

**KRONİK KEKEMELİKTE TELE-
TERAPİNİN ETKİLİLİĞİNİN
KONTROLLÜ İNCELENMESİ: KARMA
YÖNTEM ARAŞTIRMASI**

Mehmet Emrah Cangi

Doktora Tezi

**KRONİK KEKEMELİKTE TELE-
TERAPİNİN ETKİLİLİĞİNİN KONTROLLÜ
İNCELENMESİ: KARMA YÖNTEM
ARAŞTIRMASI**

Mehmet Emrah Cangi

Doktora Tezi

ANADOLU ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

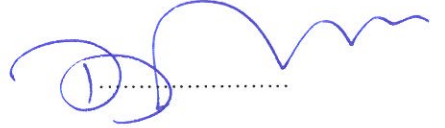




Dil ve Konuşma Terapistliği Anabilim Dalı

Eskişehir, Temmuz 2015

Tez Danışmanı : Yard. Doç. Dr. Bülent Toğram

JÜRİ ve ENSTİTÜ ONAYI

Mehmet Emrah Cangı'nın "Kronik Kekemelikte Tele-Terapinin Etkililiğinin Kontrollü İncelenmesi: Karma Yöntem Araştırması" başlıklı, Dil ve Konuşma Terapistliği Anabilim Dalı'ndaki Doktora Tezi 09.07.2015 tarihinde, aşağıdaki jüri tarafından Anadolu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

	Adı – Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı)	Yard. Doç. Dr. Bülent Toğram Anadolu Üniversitesi	
Üye	Prof. Dr. Ahmet Konrot Üsküdar Üniversitesi	
Üye	Prof. Dr. Pınar Ege ANDIKOM Dil ve Konuşma Bozuklukları Merkezi	
Üye	Prof. Dr. İlknur Maviş Anadolu Üniversitesi	
Üye	Yard. Doç. Dr. Elçin Tadihan Özkan Anadolu Üniversitesi	

Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun
23.06.2015 tarih ve/7 sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Bülent AK

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı ve soyadı : Mehmet Emrah Cangı
Doğum tarihi ve yeri : 1981, Kayseri
Uyruğu : T.C.
Medeni Durumu : Evli
E-posta : emrahcangi@gmail.com
Telefon : (216) 348 00 15

Eğitim Durumu

İlkokul : Vezirköprü Zeki Cevher İlkokulu, 1992
Ortaokul : Bafra Cumhuriyet Ortaokulu, 1995
Lise : Vezirköprü Lisesi, 1999
Lisans : Hacettepe Üniversitesi, Eğitim Fakültesi,
Psikolojik Danışma ve Rehberlik ABD, 2003
Yüksek Lisans : Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Dil ve Konuşma Terapistliği ABD, 2009
Yüksek Lisans Tez Konusu : Kekemeliği Olan ve Olmayan Ergenlerin Çok
Boyutlu Mükemmeliyetçilik Düzeylerinin
Karşılaştırılması
Y. L. Tez Danışmanı : Prof. Dr. Pınar Ege
Yabancı Dil : İngilizce

Mesleki Deneyim

Eylül 2003-Ekim 2007 : Milli Eğitim Bakanlığı, Vezirköprü Yatılı
İlköğretim Bölge Okulu, Psikolojik Danışman
Ağustos 2008-Eylül 2009 : Özel Eylül Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi
Eylül 2009-Mayıs 2011 : Özel Yağmur Çocuklar Özel Eğitim ve
Rehabilitasyon Merkezi

Mayıs 2011-Kasım 2013 : Özel Martım Özel Eğitim ve Rehabilitasyon
Merkezi

Kasım 2013-... : Harmoni Dil, Konuşma ve Gelişim Akademisi

Üye Olunan Bilimsel Kuruluşlar

Dil ve Konuşma Bozuklukları Uzmanları Derneği (DKBUD) üyeliği

Ses, Konuşma ve Yutma Bozuklukları Derneği üyeliği

Bilimsel Yayınlar

Sözlü Bildiriler

Cangi, E., Ege, P., Kekemeliği olan ve olmayan ergenlerin çok boyutlu mükemmeliyetçilik düzeylerinin karşılaştırılması, VI. Ulusal Dil ve Konuşma Bozuklukları Kongresi, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir (2011).

Cangi, E., Dil ve konuşma terapisinde iPad uygulamaları, VII. Ulusal Dil ve Konuşma Bozuklukları Kongresi, Kartepe Park Otel, Kocaeli (2013).

Cangi, E., Toğram, B., Kronik kekemelikte tele-terapinin etkililiğinin kontrollü incelenmesi: Karma yöntem araştırması, VIII. Ulusal Dil ve Konuşma Bozuklukları Kongresi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul (2015).

Poster Bildirileri

Şen, A., Dikmen, İ., Cangi, E., Eyilikeder, E., Akyıldız, P., Bilge., A., Sat, Ş., Demographic measures of voice patients, 12th Congress of the International Clinical Phonetics and Linguistics Association-ICPLA, Harbiye Askeri Müzesi, İstanbul (2008).

Cangi, E., Bengisu, S., /r/ Sesletim terapisinde terapi öncesi yapılan işleme göre terapi çıktılarının yordanması, VII. Ulusal Dil ve Konuşma Bozuklukları Kongresi, Kartepe Park Otel, Kocaeli (2013).

Kitaplar ve Kitap Bölümleri

Cangi, E., Dil ve Konuşma Bozuklukları Olan Çocuklar, Barut, Y. (ed.), Özel Eğitim, Lisans Yayıncılık, İstanbul (2011).

Topbaş, S., Cangi, E., Sosyal Beceri Nasıl Öğretilir ve Akran Sosyal Etkileşimi Nasıl Planlanır? Detay Yayıncılık, Ankara (2013).

Topbaş, S., Cangi, E., Alternatif ve Destekleyici İletişim Nasıl Kullanılır? Detay Yayıncılık, Ankara (2015).

Katılan kurslar ve eğitim programları

- 2014, Prompting Therapy, St. Francis College, Brooklyn, ABD.
- 2012, Fonocerrahi-Canlı Cerrahi, Dr. Ramon Franco, Jr. ve Prof. Dr. Ferhan Öz, Bakırköy Acıbadem Hastanesi, İstanbul.
- 2012, Uygulamalı PCDI Kursu, Tohum Otizm Vakfı, İstanbul.
- 2012, III. Uluslararası Down Sendromu Semineri, Yapı Kredi Plaza, İstanbul.
- 2011, Ses Bozukluklarında Değerlendirme ve Terapi, Prof. Dr. Joseph Stemple Anadolu Üniversitesi-DİLKOM, Eskişehir.
- 2011, Denver II, Gelişim Tarama Testi Eğitimi, Uzm. Birgül U. Bayoğlu, Gelişimsel Çocuk Nörolojisi Derneği, İstanbul.
- 2010, Dudak Damak Yarıklığı ve Kraniofasiyal Anomaliler: Konuşma ve Rezonansa Etkisi, Dr. Ann Kummer, Anadolu Üniversitesi-DİLKOM, Eskişehir.
- 2010, Otizmde Yenilikler: Tanılamadan Uygulamaya, Dr. Bridget Taylor, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- 2010, Otistik Özellikler Gösteren Çocuklarda Ortak Dikkat ve Karşılıklı Konuşma Becerilerinin Geliştirilmesi, Dr. Bridget Taylor, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- 2008, Ses Eğitimi, Dr. İris Eicher, Anadolu Üniversitesi-DİLKOM, Eskişehir.
- 2008, Sistematik Duyarsızlaştırma Eğitimi, Prof. Dr. Nilüfer Voltan Acar, Atölye Tempo, Ankara.
- 2008, Lidcombe Erken Dönem Kekemelik Terapi Programı, Prof. Dr. Ahmet Konrot, Eskişehir.
- 2007, Ses Değerlendirmesinde Yüksek Hızda Görüntüleme Tekniklerinin Rolü, İsmail Koçak, İstanbul.
- 2007, Yutma Bozuklukları Değerlendirme ve Terapisi, Dr. Melda Küçük, Anadolu Üniversitesi-DİLKOM, Eskişehir.
- 2007, PECS Kursu, Prof. Dr. Gönül Kırcaali-İftar, Anadolu Üniversitesi-DİLKOM, Eskişehir.
- 2007, Kekemelik Terapisi, Prof. Dr. Kenneth St. Louis, Anadolu Üniversitesi-DİLKOM, Eskişehir.
- 2007, Engelli Çocuklarda İletişim ve Dili Geliştirme Stratejileri, M. Jeanne Wilcox, 4. Ulusal Dil ve Konuşma Bozuklukları Kongresi, Yeditepe Üniversitesi, İstanbul.
- 2007, Ankara Artikülasyon Testi'nin (AAT) Kullanım Bilgileri, Doç. Dr. Pınar Ege, 4. Ulusal Dil ve Konuşma Bozuklukları Kongresi, Yeditepe Üniversitesi, İstanbul.
- 2007, Ses Değerlendirmesinde Yüksek Hızda Görüntüleme Tekniklerinin Rolü, Doç. Dr. İsmail Koçak, İstanbul.
- 2006, Ses Bozuklukları ve Terapisi, Yard. Doç. Dr. Melda Küçük, Anadolu Üniversitesi-DİLKOM, Eskişehir.

ÖNSÖZ

Bu çalışmada, bilgisi ve deneyimi ile bana yol gösteren, ilgisini ve vaktini hiçbir zaman esirgemeyen ve motivasyonumu hiç kaybetmememi sağlayan tez danışmanım Yard. Doç. Dr. Bülent Toğram'a,

Araştırma süresince karşılaştığım güçlükleri aşmamda yardımcı olan ve tüm yoğunluğuna rağmen tez jürisine katılmayı kabul eden hocam Prof. Dr. Ahmet Konrot'a,

Verdiği derslerle kekemelikle ilgili sağlam bir temel atmamızı sağlayan, tüm araştırma boyunca yardımlarını esirgemeyen ve önerileriyle araştırmayı zenginleştiren hocam Prof. Dr. Pınar Ege'ye,

Yüksek lisans dönemimin başından bugüne dek, yetişmemde emeği geçen, bilgi ve tecrübelerinden çeşitli vesilelerle istifade ettiğim, hep sevgisini hissettiğim ve desteğini gördüğüm hocam Prof. Dr. İlknur Maviş'e,

Araştırmamın her aşamasında sunduğu önerileriyle önemli katkılar sağlayan Prof. Dr. Kenneth St. Louis'e, Dr. Farzan İrani'ye ve Yard. Doç. Dr. Sertan Özdemir'e,

Her zaman samimi ve destekleyici olan; tez jürime gelmeyi kabul eden Yard. Doç. Dr. Elçin Tadihan Özkan'a,

Araştırma sürecinin pek çok aşamasında önemli katkılar sağlayan değerli meslektaşlarım Işıl Özdemir'e, Ayşe Serra Kaya'ya, Uğur Beştoy'a, Sercan Keçeli'ye, Füsun Yılmaz'a, Yasemin Yolal Duru'ya, İlim Aksu'ya ve Berna Demirkan'a,

Bulamadığım her makaleyi sabırla arayan ve önerileriyle araştırmayı destekleyen Büşra Ertuğrul'a, Meryem Demir Güdül'e, Hatun Zengin Bolatkale'ye, Serra İçellioğlu'na ve Miriam Franchina'ya,

Araştırmama gönüllü olarak katılan tüm katılımcılara,

Her zaman olduğu gibi tez sürecinde de hep yanımda olan amcam Rüstem Cangı'ye,

Bu zor döneminde hep yanımda olan, sabır ve anlayışı ile her zaman desteğini gördüğüm sevgili eşim Belkıs Ateş Cangı'ye,

Maddi ve manevi desteklerini doğduğumdan bugüne kadar hiç esirgemeyen ve her şekilde yanımda olan değerli varlıklarım anneme, babama, kardeşlerim Azra'ya ve Furkan'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

KRONİK KEKEMELİKTE TELE-TERAPİNİN ETKİLİLİĞİNİN KONTROLLÜ İNCELENMESİ: KARMA YÖNTEM ARAŞTIRMASI

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, kekemelik terapisinin yüz yüze ve tele-terapi yoluyla sunumunun, kekemelik şiddeti, kekemeliğin bireyin yaşamına etkisi ve kekemeliğe ilişkin tutumlar üstünde etkisini incelemek ve katılımcıların tele-terapi deneyimlerini keşfetmektir. Araştırmanın katılımcıları kekemeliği olan 20 yetişkin bireydir. Katılımcılar tercihlerine ve koşullarına bağlı olarak tele-terapi ve yüz yüze terapi grubuna eşit sayıda atanmıştır. Tele-terapi grubu katılımcıları 8 farklı şehirden tele-terapi hizmeti almışlardır. Kekemelik terapisinde akıcılık biçimlendirme, kekemelik değiştirme ve danışmanlık yaklaşımları entegre şekilde kullanılmıştır. Araştırmanın deseni, nicel ve nitel verilerin kullanıldığı bir karma araştırma yöntemi olan eş zamanlı desendir. Nicel araştırma kapsamında, kontrol gruplu, eşitlenmiş, eşdeğer etkililik; öntest, sontest, izleme yarı-deneysel modeli kullanılmıştır. Nitel araştırmada ise fenomenoloji yaklaşımı kullanılmıştır.

Araştırmanın birincil nicel verilerini üç durumda kekelenen hece oranları, kekemeliğin değerlendirilmesine ilişkin SSI-4 puanları ve katılımcıların özdeğerlendirmelerine ilişkin puanlar oluşturmaktadır. İkincil verileri ise algısal kekemelik şiddeti ve konuşma doğallığı puanları, tutumlara ilişkin OASES ve SL-ILP-S puanları oluşturmaktadır. Araştırmanın nitel verilerini yarı yapılandırılmış mülakatlardan elde edilen veriler ve klinisyen görüşleri oluşturmaktadır.

Araştırmanın bulgularına göre tele-terapi ve yüz yüze terapi grupları, kekelenen hece oranlarını ve objektif klinik verilere ilişkin puanlarını anlamlı düzeyde düşürmüştür. Sontest ve/veya izleme evrelerinde iki gruptan elde edilen bu veriler arasında ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>.05$). Nitel analiz sonuçlarına göre katılımcıların %90'ı tele-terapiyi kendileri için uygun bulduklarını ve bu hizmetten yarar gördüklerini bildirmiştir. Nicel ve nitel bulguların üçgenlenmesi bu veri setlerinin genel anlamda uyumlu olduğunu ve birbirlerini doğruladıklarını göstermektedir. Bu araştırmada tele-terapinin, kekemeliği olan bireylere hizmet vermede uygun ve yüz yüze terapi kadar etkili bir hizmet sunum yöntemi olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: tele-terapi, yüz yüze terapi, kekemelik

A CONTROLLED INVESTIGATION OF THE EFFECTIVENESS OF TELEPRACTICE FOR CHRONIC STUTTERING: MIXED METHOD STUDY

ABSTRACT

The aim of this study was to compare therapy outcomes between on-site therapy and tele-therapy groups and to explore tele-therapy experiences of participants. The participants of this study were 20 adults. Depending on participants' preferences and conditions, they were appointed to tele-therapy and on-site groups equally. The participants of tele-therapy group had received tele-therapy services from eight different cities. In stuttering therapy; fluency shaping, stuttering modification and counselling approaches were used in an integrated manner. The design of this study was convergent parallel design which is a mixed research method that uses quantitative and qualitative data. Within the scope of quantitative research, non-inferiority controlled trial; pre-test, post-test, follow-up semi-experimental designs were used. On the other hand, in qualitative research, phenomenology approach was used.

The primary quantitative data of this research consisted of stuttered syllables rates in three situations, scores of SSI-4 regarding evaluation of stuttering and the self-evaluations of participants. The secondary data consisted of scores of perceptual severity of stuttering and speech naturalness, OASES and SL-ILP-S scores regarding attitudes. The qualitative data of this research consisted of data which is obtained from semi-structured interviews.

Tele-therapy and on-site groups significantly reduced their scores on objective clinical data and stuttered syllables rates. In post-test and/or follow-up phases, significant differences were not found between data which was obtained from these two groups ($p > .05$). According to qualitative analysis 90% of participants reported that they found tele-therapy suitable for themselves and benefited from this service. Triangulation of quantitative and qualitative findings indicated that these data sets are compatible in general and they authenticate each other. In this research, it was observed that tele-therapy is a suitable method in providing services to individuals who stutter and is as effective as on-site therapy service delivery method.

Key Words: telepractice, on-site therapy, stuttering

İÇİNDEKİLER	SAYFA
ÖZGEÇMİŞ	i
ÖNSÖZ	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELER DİZİNİ	xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xvii
SİMGE ve KISALTMALAR DİZİNİ	xviii
GİRİŞ ve AMAÇ	1
Giriş	1
Amaç	2
Önem	4
KAYNAK BİLGİSİ	6
Tanım	6
Kekemeliğin Başlangıcı ve Gelişimi	7
Kekemeliğin Sıklığı ve Yaygınlığı	7
Kekemeliğin Nedenleri	8
Kekemeliğin Ortaya Çıkmasında Genetik Faktörlerin Etkisi	8
Kekemeliğin Ortaya Çıkmasında Nörofizyolojik Faktörlerin Etkisi	9
Kekemeliğin Nedenlerine İlişkin Kuramlar	9
Yetişkinlik Dönemi Kekemeliğinin Değerlendirilmesi ve Terapisi	10
<i>Yetişkin kekemeliğinin özellikleri</i>	10
<i>Kekemeliğin değerlendirilmesi</i>	10
<i>Yetişkinlik dönemi kekemelik terapisinde akıcılık amaçları</i>	12
<i>Kekemelik terapisi</i>	13
<i>Akıcılık biçimlendirme yaklaşımı</i>	14
<i>Kekemeliği değiştirme yaklaşımı</i>	15
<i>Akıcılık biçimlendirme ve kekemeliği değiştirme yaklaşımlarının entegre kullanımı</i>	16
<i>Kekemelikte grup terapileri</i>	18
<i>Akıcılık biçimlendirme ve kekemelik değiştirme yaklaşımlarının etkililiği</i>	19

<i>Kekemelik terapisi denemelerinde kalite standartları</i>	19
<i>Akıcılık biçimlendirme yaklaşımının etkililiği</i>	19
<i>Kekemeliği değiştirme yaklaşımının etkililiği</i>	23
<i>Akıcılık biçimlendirme ve kekemelik değiştirme yaklaşımlarının entegre kullanımının etkililiği</i>	24
Dil ve Konuşma Bozuklukları Alanında Tele-terapi	24
<i>Tele-terapinin temel özellikleri</i>	26
<i>Tele-terapi için teknolojik gereklilikler</i>	27
<i>Tele-terapi için uygun vaka seçimi</i>	29
<i>Roller ve sorumluluklar</i>	30
<i>Klinisyenin sorumlulukları</i>	30
<i>Yardımcıların (e-yardımcı) sorumlulukları</i>	31
<i>Güvenlik, gizliliğin korunması ve etik</i>	31
<i>Dil ve konuşma terapisi hizmetlerinde tele-terapi</i>	31
<i>Kekemelikte tele-terapi</i>	33
<i>Tele-terapi hakkında görüşler ve memnuniyet</i>	35
GEREÇ ve YÖNTEM	36
Bölüme Genel Bakış	36
Araştırma Modeli	36
<i>Nicel araştırma</i>	37
<i>Nitel araştırma</i>	38
<i>Bağımlı ve bağımsız değişkenler</i>	38
Çalışma Grubu	39
<i>Katılımcı olma temel ölçütleri</i>	39
<i>Araştırmanın katılımcıları</i>	40
Terapi Programı	42
<i>Akıcılıkla ilgili eğitim ve belirleme aşaması</i>	43
<i>Konuşmayı Şekillendirme Aşaması</i>	43
<i>Transfer aşaması</i>	44
<i>Grup Terapileri</i>	45
<i>Koruma Aşaması</i>	47
<i>Kekemelikte Danışmanlık</i>	48
Veri Toplama Ortamı	48
Teknolojik Ekipman ve Yazılım	48

Veri toplama araçları	49
<i>Kekemelik şiddeti değerlendirme aracı (SSI-IV)</i>	49
<i>Konuşmacının kekemelik deneyiminin değerlendirilmesi (OASES) ölçeği</i>	50
<i>St. Louis kekemelik ve yaşama bakış envanteri (SL-ILP-S)</i>	52
<i>Kekemelik şiddeti skalası (SSS)</i>	52
<i>Kişisel bilgi formu</i>	53
Verilerin Toplanması	53
<i>Araştırma Takvimi</i>	53
<i>Nicel verilerin toplanması</i>	53
<i>Nitel verilerin toplanması</i>	54
Verilerin Çözümlemesi	55
<i>Nicel verilerin analizi</i>	55
<i>Nitel verilerin analizi</i>	56
Geçerlik ve Güvenirlik	56
<i>İç geçerliği tehdit eden faktörler ve alınan önlemler</i>	56
<i>Dış geçerliği tehdit eden faktörler ve alınan önlemler</i>	58
<i>Nicel araştırmada geçerlik ve güvenirlik</i>	59
<i>Nitel araştırmada geçerlik ve güvenirlik</i>	59
Etik	61
BULGULAR ve TARTIŞMA	62
Araştırmanın Nicel Amaçlarına İlişkin Bulgular	62
<i>Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest, sontest ve izleme evrelerinde; “spontan konuşmada, okumada ve telefonda konuşmada” kekelenen hece oranlarına ilişkin genel bulgular</i>	62
<i>Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest, sontest ve izleme evrelerinde, “spontan konuşmada, okumada ve telefonda konuşmada” kekelenen hece oranlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular</i>	63
<i>Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest, sontest ve izleme evrelerinde, “spontan konuşmada” kekelenen hece oranlarının incelenmesine ilişkin bulgular</i>	64
<i>Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest, sontest ve izleme evrelerinde, “okumada” kekelenen hece oranlarının incelenmesine ilişkin bulgular</i>	65

<i>Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest, sontest ve izleme evrelerinde, “televonda konuşmada” kekelenen hece oranlarının incelenmesine ilişkin bulgular</i>	66
<i>Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest, sontest ve izleme evrelerinde, “Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı (SSI-4) puanlarının” incelenmesine ilişkin bulgular</i>	67
<i>Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest, sontest ve izleme evrelerinde, “katılımcıların kendi kekelilik şiddetlerine verdikleri puanların” incelenmesine ilişkin bulgular</i>	68
<i>Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest ve sontest evrelerinde, “algısal kekelilik şiddeti puanlarının” incelenmesine ilişkin bulgular</i>	69
<i>Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest ve sontest evrelerinde, “algısal konuşma doğallığı puanlarının” incelenmesine ilişkin bulgular</i>	70
<i>Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest ve sontest evrelerinde, “Konuşmacının Kekemelik Deneyiminin Değerlendirilmesi Ölçeği (OASES) alt ölçek puanları ve toplam puanlarının” incelenmesine ilişkin bulgular</i>	71
<i>Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest ve sontest evrelerinde, OASES’in “Genel Bilgi” bölümü puanlarının incelenmesine ilişkin bulgular</i>	71
<i>Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest ve sontest evrelerinde, OASES’in “Kekemeliğe Tepkiler” bölümü puanlarının incelenmesine ilişkin bulgular</i>	72
<i>Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest ve sontest evrelerinde, OASES’in “Günlük Durumlarda İletişim” bölümü puanlarının incelenmesine ilişkin bulgular</i>	73
<i>Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest ve sontest evrelerinde, OASES’in “Yaşam Kalitesi” bölümü puanlarının incelenmesine ilişkin bulgular</i>	74
<i>Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının öntest ve sontest evrelerinde OASES “toplam” puanlarının incelenmesine ilişkin bulgular</i>	75
<i>Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest ve sontest evrelerinde, “St. Louis Kekemelik ve Yaşama Bakış Envanteri (SL-ILP-S) puanlarının” incelenmesine ilişkin bulgular</i>	76
Araştırmanın Nitel Amaçlarına İlişkin Bulgular	77
<i>Katılımcıların görüşlerine göre tele-terapi için uygun aday kriterlerine ilişkin bulgular</i>	77
<i>Katılımcıların kendileri için tele-terapinin uygun olup olmadığını değerlendirmelerine ilişkin bulgular</i>	77

<i>Katılımcılar açısından tele-terapi için uygun olmayan aday kriterlerine ilişkin bulgular</i>	81
<i>Katılımcıların tele-terapiyi yüz yüze terapiyle kıyaslayarak değerlendirilmelerine ilişkin bulgular</i>	82
<i>Katılımcıların terapi öncesinde tele-terapiyle ilgili beklentilerine ilişkin bulgular</i>	83
<i>Katılımcıların tele-terapinin avantajlarını değerlendirmelerine ilişkin bulgular</i>	84
<i>Katılımcıların tele-terapinin dezavantajlarını değerlendirmelerine ilişkin bulgular</i>	85
<i>Katılımcıların tele-terapinin terapiyle ilgili çeşitli faktörlere etkisini değerlendirmelerine ilişkin bulgular</i>	88
<i>Katılımcılara göre tele-terapide gerçeklik ve doğallık hissine etkisine ilişkin bulgular</i>	88
<i>Katılımcılara göre tele-terapinin göz kontağı kurmaya etkisine ilişkin bulgular</i>	90
<i>Katılımcılara göre tele-terapinin klinisyenin terapi tekniklerini uygulamasına etkisine ilişkin bulgular</i>	90
<i>Katılımcıların grupla tele-terapiyi değerlendirmelerine ilişkin bulgular</i>	92
<i>Katılımcılar tarafından grupla tele-terapinin olumlu değerlendirilen özelliklerine ilişkin bulgular</i>	92
<i>Katılımcılar tarafından grupla tele-terapinin olumsuz değerlendirilen özelliklerine ilişkin bulgular</i>	94
<i>Katılımcıların memnuniyetlerine ilişkin bulgular</i>	96
<i>Katılımcıların kekemelik terapisi programı ve klinisyenin yaklaşımıyla ilgili memnuniyetlerine ilişkin bulgular</i>	96
<i>Katılımcıların tele-terapide kullanılan tele-konferans sistemiyle ilgili memnuniyetlerine ilişkin bulgular</i>	99
<i>Katılımcıların tele-terapiden sağladığı yarara ilişkin bulgular</i>	100
<i>Katılımcıların bir sonraki terapi yöntemi tercihlerine (yüz yüze veya tele-terapi) ilişkin bulgular</i>	100
<i>Katılımcıların önerilerine ilişkin bulgular</i>	102
<i>Katılımcıların tele-terapide başarısının artmasına yönelik önerilerine ilişkin bulgular</i>	102
<i>Katılımcıların kekemelik terapi programıyla ilgili önerilerine ilişkin bulgular</i>	105
Tartışma	107
SONUÇ ve ÖNERİLER	127

Sonuç	127
Öneriler	128
Araştırma Alanına Öneriler	128
Uygulama Alanına Öneriler	128
Sınırlılıklar	129
KAYNAKLAR	130
EKLER	148
EK 1. Araştırmacının Kekemelik ve Tele-terapi Hakkında Perspektifini Açıklaması	148
EK 2. Araştırmacının Tele-terapi Deneyimini Açıklaması	149
EK 3. Yarı-Yapılandırılmış Mülakat Soruları	152
EK 4. TT1 ile Yapılan Yarı-yapılandırılmış Mülakatın Deşifresi	153
EK 5. TT2 ile Yapılan Yarı-yapılandırılmış Mülakatın Deşifresi	157
EK 6. TT3 ile Yapılan Yarı-yapılandırılmış Mülakatın Deşifresi	159
EK 7. TT4 ile Yapılan Yarı-yapılandırılmış Mülakatın Deşifresi	162
EK 8. TT5 ile Yapılan Yarı-yapılandırılmış Mülakatın Deşifresi	164
EK 9. TT6 ile Yapılan Yarı-yapılandırılmış Mülakatın Deşifresi	167
EK 10. TT7 ile Yapılan Yarı-yapılandırılmış Mülakatın Deşifresi	169
EK 11. TT8 ile Yapılan Yarı-yapılandırılmış Mülakatın Deşifresi	173
EK 12. TT9 ile Yapılan Yarı-yapılandırılmış Mülakatın Deşifresi	175
EK 13. TT10 ile Yapılan Yarı-yapılandırılmış Mülakatın Deşifresi	178
EK 14. Etik kurul onayı	180

ÇİZELGELER DİZİNİ

ÇİZELGE NO ve ADI	SAYFA	
Çizelge 1	Tele-terapi Grubu	40
Çizelge 2	Yüz yüze Terapi Grubu	41
Çizelge 3	Şiddet ve Doğallık parametreleri için Cronbach Alfa kat sayıları	59
Çizelge 4	Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının; öntest, sontest ve izleme evrelerinde, spontan konuşmada, okumada ve telefonda kekelenen hece oranları ve ortalamaları	62
Çizelge 5	Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının deneysel işlem öncesinde karşılaştırılmasına ilişkin Mann Whitney-U testi sonuçları	64
Çizelge 6	Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının spontan konuşmada kekelenen hece oranlarına ilişkin varyans analizi sonuçları	65
Çizelge 7	Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının okumadaki kekelenen hece oranlarına ilişkin varyans analizi sonuçları	65
Çizelge 8	Öntest, sontest ve izleme testinden elde edilen okumada kekelenen hece oranlarına ait ölçümlerin gruplara göre karşılaştırılmasına ilişkin Mann Whitney-U testi sonuçları	66
Çizelge 9	Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının telefonda konuşmadaki kekelenen hece oranlarına ilişkin varyans analizi sonuçları	66
Çizelge 10	Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının SSI-4 öntest, sontest ve izleme testi puanlarına ilişkin betimsel istatistikler	67
Çizelge 11	SSI-4 öntest, sontest ve izleme testi puanlarının tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarına göre incelenmesine ilişkin varyans analizi sonuçları	67
Çizelge 12	Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının kendi kekemelik şiddetlerini değerlendirmelerine ilişkin betimsel istatistikler	68
Çizelge 13	Katılımcıların kendi kekemelik şiddetlerini değerlendirmelerine ait öntest, sontest ve izleme testi puanlarının tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarına göre incelenmesine ilişkin varyans analizi sonuçları	68

Çizelge 14	Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının algısal kekemelik şiddeti puanlarına ilişkin betimsel istatistikler	69
Çizelge 15	Algısal kekemelik şiddetine ait öntest ve sontest puanlarının tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarına göre incelenmesine ilişkin varyans analizi sonuçları	69
Çizelge 16	Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının algısal konuşma doğallığı puanlarına ilişkin betimsel istatistikler	70
Çizelge 17	Algısal konuşma doğallığına ait öntest ve sontest puanlarının tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarına göre incelenmesine ilişkin varyans analizi sonuçları	70
Çizelge 18	Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının OASES'in Genel Bilgi alt ölçeği puanlarına ilişkin betimsel istatistikler	71
Çizelge 19	OASES'in Genel Bilgi alt ölçeğine ait öntest ve sontest puanlarının tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarına göre incelenmesine ilişkin varyans analizi sonuçları	71
Çizelge 20	Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının OASES'in Kekemeliğe Tepkiler alt ölçeği puanlarına ilişkin betimsel istatistikler	72
Çizelge 21	OASES'in Kekemeliğe Tepkiler alt ölçeğine ait öntest ve sontest puanlarının tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarına göre incelenmesine ilişkin varyans analizi sonuçları	72
Çizelge 22	Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının OASES'in Günlük Durumlarda İletişim alt ölçeği puanlarına ilişkin betimsel istatistikler	73
Çizelge 23	OASES'in Günlük Durumlarda İletişim alt ölçeğine ait öntest ve sontest puanlarının tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarına göre incelenmesine ilişkin varyans analizi sonuçları	73
Çizelge 24	Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının OASES'in Yaşam Kalitesi alt ölçeği puanlarına ilişkin betimsel istatistikler	74
Çizelge 25	OASES'in Yaşam Kalitesi alt ölçeğine ait öntest ve sontest puanlarının tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarına göre incelenmesine ilişkin varyans analizi sonuçları	74
Çizelge 26	Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının OASES'in toplam puanlarına ilişkin betimsel istatistikler	75

Çizelge 27	OASES'in toplam puanlarına ait öntest ve sontest puanlarının tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarına göre incelenmesine ilişkin varyans analizi sonuçları	75
Çizelge 28	Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının SL-ILP-S puanlarına ilişkin betimsel istatistikler	76
Çizelge 29	SL-ILP-S puanlarına ait öntest ve sontest puanlarının tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarına göre incelenmesine ilişkin varyans analizi sonuçları	76
Çizelge 30	Katılımcıların kendileri için tele-terapinin uygun olup olmadığını değerlendirmeleri	77
Çizelge 31	Katılımcılar açısından tele-terapi için uygun aday özellikleri	79
Çizelge 32	Katılımcılar açısından tele-terapi için uygun olmayan aday özellikleri	81
Çizelge 33	Katılımcıların yüz yüze terapiyle tele-terapiyi karşılaştırmaları	83
Çizelge 34	Katılımcıların terapi öncesinde tele-terapiyle ilgili beklentileri	83
Çizelge 35	Katılımcılara göre tele-terapinin avantajları	84
Çizelge 36	Katılımcılara göre tele-terapinin dezavantajları	86
Çizelge 37	Katılımcılara göre tele-terapinin gerçeklik ve doğallık hissine etkisi	88
Çizelge 38	Katılımcılara göre tele-terapinin göz kontağı kurmaya etkisi	90
Çizelge 39	Katılımcılara göre tele-terapinin klinisyenin terapi tekniklerini uygulamasına etkisi	91
Çizelge 40	Katılımcılar tarafından grupla tele-terapinin olumlu değerlendirilen özellikleri	92
Çizelge 41	Katılımcılar tarafından grupla tele-terapinin olumsuz değerlendirilen özellikleri	95
Çizelge 42	Katılımcıların kekemelik terapisi programı ve klinisyenin yaklaşımıyla ilgili memnuniyetleri	97
Çizelge 43	Katılımcıların tele-terapide kullanılan tele-konferans sistemiyle ilgili memnuniyetleri	99
Çizelge 44	Katılımcıların tele-terapiden sağladığı yararlar	100
Çizelge 45	Katılımcıların bir sonraki terapi yöntemi tercihi	101
Çizelge 46	Katılımcıların tele-terapide başarının artması yönelik önerileri	103

Çizelge 47 Katılımcıların kekemelik terapi programıyla ilgili önerileri

105

ŞEKİLLER DİZİNİ

ŞEKİL NO ve ADI	SAYFA	
Şekil 1	Düşük maliyetli ve yüksek kaliteli web tabanlı tele-terapi bağlantısı	29
Şekil 2	Eş Zamanlı Desen (Creswell ve Plano Clark, 2011)	36
Şekil 3	Araştırma Takvimi	53
Şekil 4	Katılımcıların tele-terapi deneyimleri ve yöntemle ilgili görüşlerine ilişkin temalar ve alt kategoriler bulguları	78

SİMGE ve KISALTMALAR DİZİNİ

AB	: Akıcılık biçimlendirme yaklaşımı
AIS	: Kekemelik için Amerikan Enstitüsü'nün yoğun terapi programı (The American Institute for Stuttering)
AJSLP	: Amerikan Dil ve Konuşma Dergisi
ASHA	: Amerikan Konuşma, Dil ve İşitme Derneği
CALMS	: Kekemelik için Bilişsel, Duygusal, Dilbilgisel, Motor ve Sosyal Model (Cognitive, Affective, Linguistic, Motor, and Social Model)
CASLPO	: Ontario Odyologlar, Dil ve Konuşma Terapistleri Koleji
DAF	: Geciktirilmiş işitsel geri dönüt
DİLKOM	: Anadolu Üniversitesi, Dil ve Konuşma Bozuklukları Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi
DKT	: Dil ve Konuşma Terapisti
DSM-V	: Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-V
GILCU	: Gradual Increase in Length and Complexity of Utterance (Giderek Artan Sözce Uzunluğu ve Kompleksliliği)
ICD-10	: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
KD	: Kekemelik değiştirme yaklaşımı
Min.	: En düşük puan
Max.	: En yüksek puan
MPI	: Fonasyon Aralıklarının Değiştirilmesi yaklaşımı (Modifying Phonation Intervals-MPI)
OASES	: Konuşmacının Kekemelik Deneyiminin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering)
Ortn.	: Ortanca
p	: Anlamlılık düzeyi

PS	: Uzatılmış Konuşma yaklaşımı (Prolonged Speech)
PSI	: Kekemelik Algıları Envanteri (Perceptions of Stuttering Inventory)
sd	: Serbestlik derecesi
SI-ILP-S	: St. Louis Kekemelik ve Yaşama Bakış Envanteri (St. Louis Inventory of Life Perspectives and Stuttering)
ss	: Standart sapma
SSI-4	: Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı (Stuttering Severity Instrument)
SSMP	: Başarılı Kekemelik Yönetimi Programı
SSS	: Kekemelik Şiddeti Skalası (Stuttering Severity Scale)
t	: t-testi değeri
TKM	: Teknoloji Kabul Modeli (Technology Acceptance Model-TAM)
TT	: Tele-terapi grubu katılımcıları için verilen kısaltma (örn., TT1, TT2).
\bar{x}	: Aritmetik ortalama
YY	: Yüz yüze terapi grubu katılımcıları için verilen kısaltma (örn., YY1, YY2).

GİRİŞ ve AMAÇ

Giriş

Kekemelik genellikle erken dönemde başlayıp yetişkinlik dönemine kadar devam edebilen bir iletişim bozukluğudur. Bu bozukluk bireyi sözel iletişim kurmada, sosyal katılımda, akademik ve/veya mesleki performans göstermede kısıtlamaktadır (ASHA, 2005, DSM-5). Alanyazında kekemelik terapisinde iki yaklaşım kanıt temelli uygulamalar olarak değerlendirilmektedir. Bu yaklaşımlar akıcılık biçimlendirme ve kekemelik değiştirme yaklaşımlarıdır (Craig, 2007). Bothe ve arkadaşlarına (2006) göre ise en güçlü yaklaşımlar uzatılmış konuşma yaklaşımlarını, kendini yönetme yaklaşımlarını, ölçüte bağlı pekiştirmeyi, konuşmanın ve kekemeliğin alt yapısına yönelik diğer uygulamaları içermektedir.

Kekemelik terapileri diğer dil ve konuşma terapisi hizmetleri gibi büyük ölçüde yüz yüze verilmekle birlikte, vakaların hizmetlere erişim kısıtlılıklarına bağlı olarak son yıllarda tele-terapi hizmetleri ortaya çıkmıştır (ASHA, 2002; Tucker, 2012a; Lowe ve ark., 2013). Kekemelikte tele-terapi araştırmaları alanyazında önemli bir yer tutmaktadır (Lewis ve ark., 2008; Irani, 2010; Carey ve ark., 2012; Lowe ve ark., 2013; Valentine, 2015). Alan araştırmalarında dil ve konuşma terapistleri tarafından tele-terapinin kullanıldığı başlıca iletişim bozukluklarından bir tanesinin kekemelik olduğu görülmektedir (ASHA, 2002; Tucker, 2012b; Grogan-Johnson, 2015). Konuya özelleşmiş, nitelikli hizmet veren merkezlerin sayısının az olması ve kekemeliğin uzun soluklu bir takip gerektirmesi bu bozuklukta tele-terapi uygulamalarını iyi bir seçenek haline getirmektedir (Mashima ve Doarn, 2008).

Dil ve konuşma terapistliği alanyazınında, sadece kekemelikte değil, neredeyse tüm bozukluklarda tele-terapi uygulamalarının ve araştırmalarının yapıldığı görülmektedir. Bu araştırmalar tele-terapinin geniş bir vaka grubuna hizmet sunmada esnek, etkili ve uygun bir model olduğuna ilişkin kanıtlar sunmuşlardır. Konuya ilişkin gözden geçirme çalışmalarında bakıldığında büyük ölçüde olumlu sonuçların alındığı görülmektedir (Mashima ve Doarn, 2008; Reynolds ve ark., 2009; Theodoros, 2012; Lowe ve ark., 2013; Molini-Avejonas ve ark., 2015). Uygulama alanında da klinisyenler hizmetlere erişimi sınırlı olan vakaları tanılama, değerlendirme ve onlara terapi sunmada yöntemin kullanılabilir olduğunu keşfetmektedirler (Mashima ve Doarn, 2008). Ayrıca tele-terapi, yerinde hizmetlere erişimde güçlüklerde bir alternatif değil; ulaşım gerektirmemesi, teknoloji kullanımı, zaman mekan esnekliği gibi pek çok avantajıyla önemli bir seçenek haline gelmektedir (Tucker, 2012a, 2012b; Towey, 2013).

Tele-terapi, pek çok avantajıyla birlikte, önemli güçlükleri de içermektedir. Uygulama standartları, teknolojinin kullanımı ve sorunlarla baş etme, maliyet-fayda analizi, teknolojinin kabulünde bireysel, teknolojik ve kültürel faktörlerin etkisi gibi birçok konuda belirsizlik söz konusudur. Ayrıca yasal konular, güvenlik ve gizliliğin korunması, ücretlendirme, faturalandırma, standart prosedürlerin olmaması ve yetersiz klinisyen becerileri gibi potansiyel sorun alanları da mevcuttur (Tucker, 2012a, 2012b; Lowe ve ark., 2013). Dunkley ve arkadaşlarına göre (2010) DKT'ler tele-terapinin yararlarının, yaşadıkları

güçlüklerden daha fazla olduklarına inanmadıkça; onların bu yöntemleri kullanımları sınırlı olacaktır (Dunkley ve ark., 2010).

Tele-terapinin yüz yüze terapiden başlıca farklılığı insan faktörünü içermemesidir. Bu durumun, doğrudan göz kontağı kuramamaya, klinisyenlerin vakalarla terapi teknikleri için fiziksel temas kuramamalarına, vakalara model olmada ve onları gözlemlenmede kısıtlılığa, bireylerde gerçeklik hissinin azalmasına etkileri olabileceğine ilişkin görüşler ve araştırma bulguları mevcuttur (Pierrakeas ve ark., 2005; Scharff, 2012; Tucker, 2012a, 2012b; Gabel ve Irani, 2013; Valentine, 2014). Ancak klinisyenlerin klinisyenin vakayla fiziksel olarak yan yana olmamasının bir kayıba neden olmadığına, terapötik ilişkiyi etkilemediğine ve etkinliği azaltmadığına ilişkin görüşler de vardır (Mashima ve Doarn, 2008).

Houston (2013) dil ve konuşma terapisi hizmetlerinin vakaların kendine özgü ihtiyaçlarını temel almalarına bağlı olarak tele-terapinin her vaka için uygun olamayabileceğini belirtmektedir. Araştırmacıya göre kültür, eğitim düzeyi, yaş, cinsiyet ve diğer nitelikler tele-terapinin vakalar için uygun olup olmamasını etkileyebilir. ASHA'da (2005) uygun vaka kriterleri kısaca fiziksel, duyuşsal ve bilişsel, davranışsal durum; isteklilik, iletişimsel yeterlilik ve gerekli destek kaynakları kapsamında sunulmuştur. Houston (2013) ise bir vaka çalışmasında aday kriterleri olarak isteklilik, teknik bilgi, yaşam koşulları, sahip olunan internet hızı gibi özellikleri belirlemiştir. Ancak bu kriterlerin daha da spesifik hale getirilmesine ve araştırma temelli kılavuzlara ihtiyaç bulunmaktadır (Pierrakeas ve ark., 2005; Tucker, 2012a, 2012b).

Alanyazında tele-terapi araştırmaları giderek artsa da, Mashima ve Doarn'a (2008) göre bu hizmetlerle ilgili memnuniyet düzeyi hakkında sınırlı bilgi mevcuttur. Ancak mevcut olan araştırmalar vakaların, ailelerin ve klinisyenlerin tele-terapi uygulamalarından memnun olduklarını ortaya koymaktadır (Kully, 2000; Sicotte, 2003; Crutchley ve Campbell, 2010; akt: Theodoros, 2012; Towey, 2013). Kairly ve arkadaşları da (2008) sistematik gözden geçirme çalışmalarında memnuniyetin yüksek olduğunu, ancak uzmanlara göre vakalarda memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Alanyazında memnuniyette ve bu kavramla ilişkili olan kabulde ve sürdürülebilirlikte etkili olan pek çok faktörün belirtildiği görülmektedir. Bu faktörlerden öne çıkanlar; algılanan yarar, algılanan kullanım kolaylığı, inovasyon (Wade ve ark., 2012; Huang ve Lin, 2014; Kim, 2015), tecrübe (Sun ve Zhang, 2006; Tucker, 2012a), algılanan bilgi ve hizmet kalitesidir (Chiu ve ark., 2005; DeLone ve McLean, 2010; Ramayah ve ark., 2010; Chang, 2013).

Amaç

Bu kısımda bu araştırmanın yönteminin eş zamanlı desen (convergent parallel design) (Creswell ve Plano Clark, 2011) olmasından dolayı; sırasıyla nicel, nitel ve bu iki araştırma yöntemine ilişkin ortak amaçlar bulunmaktadır. Araştırmanın nicel kapsamda temel amacı, kekemelik terapisinin yüz yüze ve tele-terapi yoluyla sunumlarının bazı değişkenler üstündeki etkisini karşılaştırmaktır. Bu değişkenler sırasıyla üç durumda kekelenen hece oranları, Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı (SSI-4) puanları, katılımcıların kendi kekemelik şiddetlerine verdikleri puanlar, algısal kekemelik şiddeti puanları, algısal konuşma doğallığı puanları, Konuşmacının Kekemelik Deneyiminin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (OASES)

puanları ve St. Louis Kekemelik ve Yaşama Bakış Envanteri (SL-ILP-S) puanlarıdır. Bu amaçlara ulaşmak için aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır;

1. Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest, sontest ve izleme evrelerinde; spontan konuşmada, okumada ve telefonda kekelenen hece oranları ne düzeydedir?
2. Kekemelik terapisinin yüz yüze ve tele-terapi yoluyla sunumlarının, katılımcıların “spontan konuşmadaki” kekelenen hece oranı ortalamalarını azaltmadaki etkililiği arasında bir fark var mıdır?
3. Kekemelik terapisinin yüz yüze ve tele-terapi yoluyla sunumlarının, katılımcıların “okumadaki” kekelenen hece oranı ortalamalarını azaltmadaki etkililiği arasında bir fark var mıdır?
4. Kekemelik terapisinin yüz yüze ve tele-terapi yoluyla sunumlarının, katılımcıların “telefonla konuşmadaki” kekelenen hece oranı ortalamalarını azaltmadaki etkililiği arasında bir fark var mıdır?
5. Kekemelik terapisinin yüz yüze ve tele-terapi yoluyla sunumlarının, katılımcıların “SSI-4 puanları” üstündeki etkisine ilişkin bir fark var mıdır?
6. Kekemelik terapisinin yüz yüze ve tele-terapi yoluyla sunumlarının, “katılımcıların kendi kekemelik şiddetlerini değerlendirmelerine ilişkin puanları” üstündeki etkisine ilişkin bir fark var mıdır?
7. Kekemelik terapisinin yüz yüze ve tele-terapi yoluyla sunumlarının, “algısal kekemelik şiddeti puanları” üstündeki etkisine ilişkin bir fark var mıdır?
8. Kekemelik terapisinin yüz yüze ve tele-terapi yoluyla sunumlarının, “algısal konuşma doğallığı puanları” üstündeki etkisine ilişkin bir fark var mıdır?
9. Kekemelik terapisinin yüz yüze ve tele-terapi yoluyla sunumlarının, “Kekemelik Deneyiminin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (OASES) puanları ve alt ölçek puanları” üstündeki etkisine ilişkin bir fark var mıdır?
10. Kekemelik terapisinin yüz yüze ve tele-terapi yoluyla sunumlarının, katılımcıların “St. Louis Kekemelik ve Yaşama Bakış Envanteri (SL-ILP-S) puanları” üstündeki etkisine ilişkin bir fark var mıdır?

Araştırmanın nitel kapsamındaki amacı ise kekemeliğe ilişkin tele-terapi deneyimini, vaka perspektifine dayanarak derinlemesine betimlemek, yorumlamak ve anlamaktır. Nitel araştırma bölümünün soruları şu şekildedir;

1. Bir bireye tele-terapinin uygun olmasını ya da olmamasını sağlayan bireyle ya da yöntemle ilişkili faktörler nelerdir? Bu faktörler kekemelik terapisini nasıl etkilemektedir?
2. Katılımcıların tele-terapi almadan önce ve aldıktan sonra yönetime ilişkin düşünceleri nelerdir?
3. Önceden alınan yüz yüze terapi alma deneyimiyle tele-terapi alma deneyimi arasında farklılıklar, tele-terapinin avantajları ve dezavantajları nelerdir?
4. Tele-terapide yaşanabilen teknolojik aksaklıklar nelerdir ve süreci nasıl etkilemiştir?

5. Terapinin bilgisayar üzerinden yapılması; terapi tekniklerinin uygulanması, göz kontağı kurma, gerçeklik ve doğallık hissi gibi faktörleri etkilemekte midir? Eğer etkiliyorsa bu durum terapi sürecini veya vaka-klinisyen etkileşimini nasıl etkilemektedir?
6. Katılımcılar grupla tele-terapi deneyimlerini nasıl değerlendirmektedir? Katılımcılar açısından bireysel ve grupla tele-terapi arasında ne gibi farklılıklar vardır? Bu faktörler terapi sürecini nasıl etkilemektedir?
7. Katılımcıların terapi programına, klinisyenin yaklaşımına, tele-terapi yöntemine ve terapiden sağladıkları yararları ilişkin memnuniyetleri nasıldır?
8. Tele-terapi alan bireyler (gerekirse) bir sonraki alacakları terapiyi hangi yöntemle (tele-terapi ve yüzyüze) almak isterler ve nedenleri nelerdir?
9. Tele-terapi grubuna göre bu hizmetlerin kalitesinin artırılmasına yönelik neler yapılabilir?

Araştırmanın eş zamanlı desen olmasından dolayı nicel ve nitel bulgu setlerinin birleştirilmesi, karşılaştırılması ve birbirini doğrulayıp doğrulamadığının incelenmesi için aşağıdaki soruya araştırmanın “tartışma” bölümünde cevap aranmıştır.

1. Klinik verilere ilişkin nicel bulgular ile katılımcıların tele-terapi deneyimlerine ve yönetime ilişkin değerlendirmelerine ilişkin nitel bulgular birbirini desteklemekte midir?

Önem

Günümüzde kekemeliğin yaklaşık olarak sıklığının %5 ve yaygınlığının %1 olduğu konusunda bir uzlaşma söz konusudur (Bloodstein ve Bernstein-Ratner, 2008; Guitar, 2014). Bu oranlara göre dünyada yaklaşık 70 milyon çocuk, ergen veya yetişkinin bu sorunu yaşadığı tahmin edilebilir (Yairi ve Ambrose, 2005). Bu sıklık ve yaygınlık ile ilgili evrensel veriler dikkate alındığında, Türkiye’de yaklaşık 800.000 kekemeliği olan birey olduğu tahmin edilebilir. Oysa Türkiye’de Dil ve Konuşma Bozuklukları alanı gelişimini sürdüren bir alandır ve yetişmiş uzman sayısı henüz 130 kadardır. Bu uzmanların çoğu büyükşehirlerde hizmet vermektedir. Bundan dolayı vakalar buldukları yerleşim yerlerinde alandan olmayan uygulayıcılardan düşük nitelikte hizmetler almakta veya imkanları dahilinde yolculuk yaparak bu hizmetlere erişmeye çalışmaktadır. Bu durum vakalar ve aileler için ulaşım masrafı, yol yorgunluğu, zaman kaybı ve akademik-mesleki faaliyetlerin aksaması gibi konularda önemli düzeyde maliyetlere neden olmaktadır. Dil ve konuşma bozukluklarına yönelik müdahaleler, sıklıkla uzun soluklu ve yoğun bir süreç gerektirdiğinden dolayı bu hizmetler için “sağlık turizmi” uygun olmayabilir (Fitch, 1983; McGrath ve ark., 2008; Hoffman ve ark., 2010; Lasker ve ark., 2010; Goldberg ve ark., 2012; Ann ve Golper, 2013). Dolayısıyla tele-terapiyle vatandaşların eşit olarak hizmet almasına olanak sağlanmaktadır (Stokes and Bear, 1977) ve vakaların hem kırsal hem de kentsel alanda üretkenliği ve verimliliği devam etmektedir (http-8). Alanyazındaki bu görüşler ve bulgulara dayanarak, bu araştırmanın sonuçlarının ülkemizde kekemelik terapisi hizmetlerinin ulaştırılmasındaki mevcut güçlüklerin aşılmasına katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Tele-terapi, alanyazında yerinde sunulan hizmetlere erişimde yaşanan kısıtlılıklarda sadece bir alternatif olarak görülmemektedir (Towey, 2013). Bu yöntemin yüz yüze terapilerden farklılaşan ve hatta üstün özellikleri olduğu da belirtilmektedir; zira tele-terapi dijital çağın özelliklerine uyum sağlamakta, yüz yüze terapilere göre esnek uygulamalar içermekte ve özellikle çocuklar ve gençler olmak üzere çoğu birey tarafından benimsenmektedir (Tucker, 2012a; Towey, 2013; Walker, 2015). Dolayısıyla özellikle İnternet, akıllı telefon, e-alışveriş kullanımlarının giderek arttığı ve genç nüfus oranının yüksek olduğu ülkemizde (Deloitte, 2013; TÜİK, 2014), uygulama alanında gelecekte tele-terapinin önemli bir yer tutabileceği beklenebilir. Bu teknolojilerin kullanımının giderek artması, online ortamda sunulan hizmetlerin daha normal algılanmasını ve kabul düzeyinde artışını sağlayabilir. Ancak Stanberry (1998) tele-sağlık alanında (tele-tıp) teknolojiye ön araştırmaları yapmadan yatırım yapmanın yanlış olduğunu belirtmektedir. Vaka güvenliğini sürdürme, profesyoneller ve vakalar arasında tüketici odaklı ilişkiler ve tanımlanabilir hizmet gelişimi bu alana yatırım için önemli meselelerdir (akt: Sarhan, 2009). Bundan dolayı bu araştırmada nicel desen bakımından tele-terapinin araştırmanın bağımlı değişkenleri üstünde yüz yüze terapi kadar etkili olup olmadığı ve nitel desen açısından tele-terapi deneyimlerinin, gelecekteki uygulamalar ve kurumsal projeler için yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Dil ve konuşma bozuklukları alanında araştırmacılar; tele-terapiyle ilgili araştırmaların geniş örneklem içeren, kontrollü veya randomize kontrollü desenlerden ziyade pilot çalışmalar ve anektodal çalışmalardan oluştuğunu bildirmektedir. Ayrıca bu araştırmacılar DKT'lerin ve vakaların yönetime ilişkin perspektiflerini içeren araştırmaları önermektedir (Hill ve Theodoros, 2002; Lowe ve ark., 2013; Mashima ve Doarn, 2008). Her ne kadar son yıllarda deneysel araştırmalarda önemli bir artış olsa da; uygun aday kriterleri, etkililik, hizmetin doğrudan insan faktörünü içermemesinin etkileri ve yöntemin terapi tekniklerinin uygulanabilmesine etkisi gibi pek çok konu açığa kavuşmuş değildir (Tucker, 2012a, Tucker, 2012b; Lowe ve ark., 2012). Ayrıca tele-terapinin etkililiğinin yanı sıra vakaların ve klinisyenlerin deneyimlerinin ve görüşlerinin nitel araştırma yöntemleriyle keşfedilmesi büyük önem arz etmektedir. Bu araştırmada alanyazında tele-terapi ile ilgili önerilen pek çok eksiklik incelenmiştir (Mashima ve Doarn, 2008; Lowe ve ark., 2013). Bundan dolayı eş zamanlı desen gereği; tele-terapinin mevcut çalışma grubu üstünde yüz yüze terapi kadar etkili olup olmadığını içeren nicel ve katılımcıların perspektiflerini içeren nitel bulgu setlerinin karşılaştırıldığı bu araştırmanın sonuçlarının araştırma ve uygulama alanı için önemli olduğu düşünülmektedir.

KAYNAK BİLGİSİ

Tanım

Kekemelik, ASHA'ya (1999) göre konuşmanın akıcılık bozuklukları kategorisi içinde sınıflandırılmaktadır. Konuşma akıcılığı kavramı konuşmanın aşırı bir çaba sarfetmeden gerçekleşen şekilde akışını ifade etmektedir. Kekemelik ise bu akıcılığın; (a) ses, hece veya tek heceli sözcük tekrarı, (b) seslerin uzatılması ve (c) hava akışında veya seslemede bloklarla, olağandışı yüksek sıklıkla ve/veya uzun süreli kesintilere uğramasıdır. Uluslararası Hastalıklar Sınıflamasına (ICD-göre ise kekemelik ses, hece veya sözcüklerde sık hece tekrarları veya uzatmalarla ve durmalarla kendini gösteren bir konuşma bozukluğudur. Bu konuşma bozukluğu, konuşmanın ritmik akıcılığını sekteye uğratan duraklamalar veya durmaların sıkça gerçekleşmesiyle de kendini gösterebilmektedir ([http-1](http://1)).

DSM-5'te (2013) kekemelik çocukluk ve yetişkinlik başlangıçlı olmak üzere iki kategoriye ayrılmıştır. Burada gelişimsel kekemeliği tanımlayan, DSM-V Çocukluk Dönemi Başlangıçlı Akıcılık Bozukluğu tanısal kriterlerine yer verilecektir:

A. Bireyin yaşı ve dil beceriler için uygun olmayan normal akıcılıktaki ve konuşmanın zaman örüntüsünde bozulmalar söz konusudur ve bu durum zaman içinde süreklilik gösterme eğilimindedir. Aşağıdaki belirtilerden bir veya birden fazlasının belirlenmesi ve sıkça gerçekleşmesiyle nitelenmektedir.

1. Ses ve hece tekrarları
2. Ünlü sesler kadar ünsüz seslerin de uzatılması
3. Sözcüklerin yarım kalması (örn., sözcük içinde durmalar)
4. Sesli ya da sessiz bloklar (konuşmaya bir sesin eklenmesi veya eklenmemesi)
5. Dolaylamalar (zorlanılan sözcükten kaçmak için farklı sözcükler kullanma)
6. Sözcüklerin aşırı bir bedensel gerilimle sesletilmesi
7. Tek heceli tam sözcük tekrarları (örn., “Bbben bbben bben gördüm”).

B. Bozulmalar, konuşmayla ilgili kaygıya; etkili şekilde sözel iletişim kurmada, sosyal katılımda, akademik veya mesleki performansta tek başına veya çeşitli birleşimler halinde kısıtlılıklara neden olur.

C. Semptomların başlangıcı erken gelişim dönemindedir. (Not: Geç başlangıçlı vakalar 307.0 [F98.5] *yetişkinlik dönemi başlangıçlı akıcılık bozukluğu* olarak tanımlanmaktadır)

D. Bozulmalar; konuşma-motor ya da duyuşsal eksikliklere, nörolojik hasarlara bağlı akıcısızlıklara (inme, tümör, travma vb.) ya da diğer medikal durumlara atfedilemez ve başka bir ruh sağlığı bozukluklarıyla daha iyi açıklanamaz.

DSM-5'e göre kekemelik, normal akıcılığın bozulması ve konuşmaların yaşa uygun olmayan zamanlama örüntüsü şeklinde tanımlanmaktadır. Kekemelik aynı zamanda bireyin aşağılanmasına ve utanmasına, telefonda konuşmak gibi konuşmayla ilişkisi olan durumlardan uzak durmasına neden olabilir. Bozukluk

sıklıkla 6 yaşa kadar olan dönemde ortaya çıkar, ancak çoğu vaka iyileşir. Stres ve kaygı kekemeliği kötüleştirilebilir.

Kekemeliği tanımlamada davranışsal ve algısal olmak üzere iki ana yaklaşım mevcuttur. Davranışsal yöntem kısmi sözcük tekrarları, ritmik olmayan fonasyon ve gerilimli bloklar gibi davranış repertuarını içermektedir. Algısal yöntem ise, diğer klinisyenlerle karar vermede uyumlu ve güvenilir bir gözlemcinin durumu kekemelik olarak algılayıp algılamadığını içermektedir. Tanımlar genellikle davranışsal olarak yapılmaktadır (Bloodstein ve Bernstein-Ratner, 2008).

Guitar (2014) kekemeliğin belirtilerini, kekemeliğin çekirdek ve ikincil davranışları olmak üzere iki başlık altında değerlendirmektedir. Kekemeliğin “çekirdek davranışları”, bireyin istemsiz olarak gerçekleştirdiği hece tekrarı, uzatma ve bloklar gibi kekemeliğin temel davranışlardır. İkincil davranışlar ise bireyin bu çekirdek davranışları sona erdirmek veya onlardan büsbütün kaçınmak amacıyla verdiği tepkilerdir. Bu akıcısızlıklar başta tesadüfi gerçekleşen çabalamalarken, sonrasında iyi öğrenilmiş örüntülere dönüşür. İkincil davranışlar, kaçma ve kaçınma olmak üzere iki kategoriye ayrılmaktadır

Kekemeliği olan pek çok birey metin okurken kekeleyecekleri sözcükleri daha önceden tahmin edebilir (sezme). Çoğu kekemeliği olan birey tekrarlı metin okumada aynı sözcüklerin birçoğunda takılma eğilimindedir (tutarlılık). Onlar bir metni pek çok kez okuduklarında kekemelik şiddeti düşme eğilimindedir (adaptasyon). Kekeleyen sıklığı belli dilbilgisel bağlamlarda daha da artmaktadır. Bu bağlamlar çocuk ve yetişkinlerde kısmen farklılaşmaktadır. Kimi koşullar kekemelik sıklığını azaltabilmektedir. Bu faktörlerin etkisi konuşma örüntüsündeki değişimle ve/veya iletişimsel baskıdaki azalmayla ilişkilendirilebilir. Konuyla ilgili araştırmalar konuşmanın motor kontrol ve dil formülasyonu fonksiyonlarındaki taleplerinde azalmaya işaret etmektedir (Guitar, 2014).

Kekemeliğin Başlangıcı ve Gelişimi

Kekemeliğin başlangıcı genellikle yavaş seyirlidir (Van Riper, 1982). Gelişimsel kekemelik 18 ay ile ergenlik dönemi arasında başlamaktadır. En sık başlangıç yaşları, özellikle 3 yaş öncesi olmak üzere 2-5 yaş arasındadır (Guitar, 2014).

Kekemeliğin kronikleşmesinde etkili olabilecek başlıca faktörler; erkek olma, pozitif aile öyküsü, kekemeliğin başlamasından itibaren bir yıldan daha uzun sürede sıklık ve şiddette düşüş görülmemesi veya birkaç ay içerisinde hiçbir iyileşme olmaması, hızlı ve akıcısızlık sayısının 3'ten daha fazla gerçekleşmesi, 3,5 yaşından sonra başlaması ve eşlik eden konuşma-dil bozukluklarının olmasıdır (Guitar, 2014).

Kekemeliğin Sıklığı ve Yaygınlığı

Sıklık bir bozukluğun ya da hastalığın onun belli bir grup insanda görülme oranıdır. Sıklık boylamsal yöntem ile çalışılır ve yordayıcı bir ifadedir. Bir sıklık çalışması sağlıklı ya da normal vaka grubu ile başlar ve bu bireyleri belirli bir süre boyunca tekrar tekrar gözlemler, belli bir hastalığı/bozukluğu göstermeye başlayanların sayısını hesaplar. *Yaygınlık* ise belli bir zamanda belli bir bozukluğa ya da hastalığa sahip olanların güncel sayıdır. Bir bozukluğun yaygınlığını

saptamak için araştırmacılar kesitsel çalışma yöntemini kullanırlar (Roseberry-McKibbin ve Hegde, 2000).

Günümüzde kekemeliğin yaklaşık olarak sıklığının %5 ve yaygınlığının %1 olduğu genel olarak kabul edilmektedir (Bloodstein ve Bernstein-Ratner, 2008; Guitar, 2014). Güncel araştırma bulguları ise bu oranlardan daha yüksek sıklığa ve yaygınlığa işaret etmektedir. Örneğin; Reilly ve arkadaşları (2009) Avusturalya örneklemindeki kohort çalışmalarında 3 yaş altında kümülatif kekemelik sıklığını %8.5 olarak bulmuşlardır. Yairi ve Ambrose (2013) kekemeliğin epidemiyolojisiyle ilgili gelişmeleri gözden geçirmiş ve önceki bilgilerle karşılaştırmışlardır. Buna göre kekemeliğin sıklığı geçmiş çalışmalarda belirtilen %5'ten daha yüksek olabilir (~5–8%). Kekemeliğin yaygınlığı ise yaygın olarak düşünülen %1 oranından daha düşük olabilir. Kekemeliğin ortalama başlangıç yaşı daha küçük olabilir (33 ay). Irk, etnik köken, költür, çift-dillilik ve sosyoekonomik durumun sıklık ve yaygınlıkla ilişkisine dair araştırmalar olsa da, bu faktörlerin etkisi henüz net değildir (Guitar, 2014).

Kekemeliğin yaklaşık %75'i herhangi bir terapi almaksızın spontan olarak iyileşmektedir (Guitar, 2014). Bu oran Yairi ve Ambrose'a (2005) göre, %85'lere kadar çıkabilir. Küçük çocuklarda kekemeliğin erkek-kız oranı 1:1'e yakındır. Ancak kızlarda kendiliğinden iyileşme daha sık gerçekteştiğinden, ileri yaşlarda erkeklerde kekemelik daha sık görölmektedir. Buna göre kekemeliğin genel olarak erkek-kız oranı yaklaşık 3:1'dir (Bloodstein ve Bernstein-Ratner, 2008; Guitar, 2014).

Kekemeliğin Nedenleri

Kekemeliğin ortaya çıkmasındaki nedenler hala gizemini korumaktadır. Bu nedenler henüz net olarak keşfedilemese de, kekemelikte genetik bir temel olduğuna ilişkin güçlü işaretler ve kekemeliğin ortaya çıktığı yaş gibi bazı ipuçları mevcuttur (Guitar, 2014).

Günümüzde kekemeliğe, içsel (nörolojik, kalıtım, kişilik, motor konuşma becerileri, bilişsel ve dilbilgisel beceriler) ve dışsal faktörlerin (költür, ebeveyn tepkileri, akranlarla ilişkiler ve eğitimsel tecrübeler) kompleks ve dinamik etkileşimiyle gelişen bir bozukluk olarak bakılmaktadır (Gilliam ve ark., 2011). Diğer bir ifadeyle, kekemeliğe nörofizyolojik yatkınlığı veya doğuştan eğilimi olan çocuklarda, pek çok faktör tek başına veya çeşitli kombinasyonlar halinde bu bozukluğa zemin hazırlayabilmektedir (Guitar, 2014).

Kekemeliği Ortaya Çıkmasında Genetik Faktörlerin Genetik Faktörlerin Etkisi

Son yıllarda alanyazında kekemelikte kalıtımın etkisini ortaya koyan pek çok önemli araştırma yapılmıştır (Bloodstein ve Bernstein-Ratner, 2008; Kraft ve Yairi, 2011). Bu genetik faktörler dil ve konuşmayla ilgili nöral yollarda (pathways) etkide bulunma gücüne sahiptir (Guitar, 2014).

Kekemeliğin ortaya çıkmasında genetik bir yapının olduğuna işaret eden bulgular, ikizlerle yapılan çalışmalar gibi daha rafine çalışmalar yapmaya cesaretlendirmiştir. İkizlerdeki yüksek konkordans oranları kekemelikte genetik bir temel olduğuna ilişkin perspektifi desteklemiştir. Genetik bağlantı ve genetik ilişkiye yönelik son çalışmalar kekemeliğe genlerin katkısını açıklamaya

başlamışlardır. Ancak kekemelik ile ilgili; geçiş modeli, kromozomlar, genler ve cinsiyet faktörüne ilişkin herhangi bir kesin bulgu mevcut değildir (Kraft ve Yairi, 2011). Ortaya çıkmasında etkili olan genetik yapı henüz net anlaşılabilen kekemelik, basit bir mendelian yapıdan çok daha karmaşık bir yapıyı ifade etmektedir (Ward, 2006). Ayrıca genetik araştırmalar göstermektedir ki kekemeliğin ortaya çıkmasında ve prognozunda kalıtımla birlikte çevresel faktörler de önemli bir rol üstlenmektedir (Van Beijsterveldt ve ark., 2010; Guitar, 2014).

Kekemeliğin Ortaya Çıkmasında Nörofizyolojik Faktörlerin Etkisi

Son 20 yılda nörogörüntüleme araştırmaları, kekemeliği olan bireylerde yapısal ve fonksiyonel farklılıklar olduğuna ilişkin önemli keşiflerde bulunmuştur. Bu çalışmalar kekeme çocuklarda, beynin işitsel ve motor alanlarında, SMA ve putameni içeren kortikal-subkortikal akslarda, kekemeliğin daha ilk başlarında dahi hem yapısal ve hem de fonksiyonel nörolojik farklılıklar olduğunu göstermiştir. Ayrıca kekemeliği olan çocuklarda fonksiyonel beyin farklılıkları, kekemelik devam etme eğilimindeyse, yapısal beyin farklılıklarıyla sonuçlanabilmektedir. Dolayısıyla bu da araştırmacılarca kekemeliği olan yetişkinlerde ortaya konulmuş olan, konuşma süreçlerindeki işitsel-motor etkileşimde anormal lateralizasyona neden olabilmektedir (Chang, 2014). Kekemeliğe etkide bulunduğu düşünülen nöroanatomik ve nörofizyolojik faktörler şunlardır: Gri ve beyaz madde farklılıkları (Song ve ark., 2007; Chang ve ark., 2008, 2015; Cieslak ve ark., 2015), zamanlamayı destekleyen nöral ağ bağlantı farklılıkları (Chang ve Zhu, 2013), hemisferik fonksiyonların atipik lateralizasyonu (Kazenski, 2014), beyaz madde bağlantı farklılıkları (Watkins ve ark., 2008; Chang ve ark., 2015).

Kekemeliğin Nedenlerine İlişkin Kuramlar

Kekemeliğin ortaya çıkmasına neden olan mekanizma tam olarak açıklanamasa da bu bozukluğa ilişkin pek çok kuram bulunmaktadır (Bloodstein ve Bernstein-Ratner, 2008). Kekemeliğin nedenini açıklamaya çalışan kuramlar kabaca organik, davranışçı ve psikolojik kuramlar olmak üzere başlıca 3 kategoride incelenebilir (Owens ve ark., 2003).

Modern kuramlar kekemeliği çok daha kompleks şekilde açıklamaktadır. Kekemeliği olan ve olmayan bireyler arasında bilişsel, motor veya dilbilgisel vb. açıdan farklılıklar olduğunu ileri süren ve/veya bu farklılıklara ilişkin bulgular ortaya koyan pek çok model veya kuram vardır. Bazı araştırmacılar kekemeliğin ortaya çıkmasında nöral alt sistemlerin daha az modüler olmasını ve bilişsel yükün sisteme fazla gelmesini sorumlu tutmaktadır (Bosshardt, 2006). Motor süreçler kapsamında; müsküler programlama ve koordinasyonda problem (Van Riper, 1982), motor planlama eksikliği (Peters ve ark., 1990), motor planlama ve eşgüdüm sorunu (Peters ve ark., 2000) ve spesifik olarak artikülasyon-fonasyon eşgüdüm sorunu (Janssen ve Wieneke, 1987) olduğu belirtilmektedir.

Kimi araştırmacılar kekemeliğin ortaya çıkmasında dilbilgisel açıdan; fonolojik kodlama eksikliği (Yaruss ve Conture, 1996; Postma ve Kolk, 1993) ve motor planlamadan önce fonetik hataları düzeltme süreci (Postma ve Kolk, 1993), leksikal erişim, kodlama eksikliği ve fonolojik-artikülasyon planlama sorunu

(Wingate, 1988) ve yavaş aktivasyon (Yaruss ve Conture, 1996) sorumlu tutulmaktadır.

Kekemeliğin etiyojisini entegre bir yaklaşımla değerlendiren kuramlara göre kekemelikte ortaya çıkan temel sorun alanları; motor, dilbilgisel, bilişsel ve duygusal kapasite ve bunu aşan zaman baskısı, pragmatik beklentiler ve durumsal faktörler gibi talepler (Starkweather, 1987), dilbilgisel bileşenler; genetik, çevresel faktörler gibi paralinguistik bileşenlerde sorun, zaman baskısı ve kontrol kaybı hissi (Perkins ve ark., 1991), özellikle vurgular olmak üzere, konuşma üretiminin (oral) talepleri ve stabil olmayan motor becerileri (Packman ve ark., 1996) olarak ifade edilmektedir. Bundan sonraki kısımda, yetişkinlik dönemi kekemelik terapisi kapsamında; bu dönemin spesifik özelliklerine, akıcılık amaçlarına, değerlendirme prosedürlerine ve terapi yaklaşımlarına yer verilmiştir.

Yetişkinlik Dönemi Kekemeliğinin Değerlendirilmesi ve Terapisi

Yetişkin kekemeliğinin özellikleri

Yetişkin vakalar pek çok açıdan diğer yaş gruplarından büyük farklılıklar göstermektedir (Fogle, 2013; Ward, 2006). Kekemeliğin kompleks, çevresi korku ve yardımsızlıkla örülü, çok boyutlu bir problem olmasına bağlı olarak, yıllarca akıcı olmayan bir dünyayla baş etmeye çalışmış yetişkin bir bireye yardım etmek kolay değildir (Curlee, 1999). Bu dönemde kekemeliği olan bireyler, kendilerine yararı olmayan davranışları bırakma ve yeni bir davranışı edinme konusunda zorluk yaşamaktadır (Conture ve Curlee, 2007).

Yetişkinlik döneminde kekemeliğe ilişkin farklı yaklaşımlardan yararlanılmaktadır. Burada sıfırdan bir başlangıç söz konusu değildir. Bu dönemde vakaların büyük bir kısmı çeşitli müdahale seçenekleri hakkında son derece bilgilidir, çok çeşitli terapiler denemişlerdir ve hangisinin onlar için işe yaradığını biliyorlardır (Fogle, 2013; Ward, 2006).

Bu vakalar terapiye, yardım isteği gibi içsel veya arkadaşlarının ve işverenlerin teşviği gibi dışsal bir motivasyonla başvurabilmektedir. İçsel motivasyon gereklidir, ancak dışsal motivasyon da yararlı olabilmektedir. Bu vakaların olumsuz terapi deneyimleri olabilir. Genellikle terapi için başvurma nedenleri, kekemeliğin bireylerin mesleklerini icra etmelerini engellemesi veya iş alanında ilerlemek istemeleridir (Fogle, 2013).

Kekemeliğin değerlendirilmesi

Değerlendirme formal ve formal olmayan yaklaşımları içerebilmektedir. Çeşitli kekemelik değerlendirme ölçekleri genellikle terapiye rehberlik edebilen nicel bilgiler toplamak için kullanılmaktadır. Aynı zamanda kekemeliğin tanılanmasına yardım eden nitel bilgiler de vermektedirler. Formal olmayan değerlendirmeler, konuşma örneklerini, ikincil davranışların gözlemleri de içeren kekemelik gözlemlerini, aile veya yakınların sunduğu bilgileri içermektedir. Tüm bu değerlendirmeler bireyi etkileyen faktörleri belirlemede ve ayırıcı tanıyı koymada nitel veriler sunmaktadır. Ayrıca bu değerlendirmeler bireyselleştirilmiş bir program oluşturmada klinisyenlere yardımcı olmaktadır (Ollendick ve Schroeder, 2003).

Kekemelikte değerlendirme kekemeliği ve ilgili davranışları olduğu kadar ek sorunları değerlendirme gibi standart prosedürleri içerir (Hegde, 2008). Değerlendirmenin içeriği sonradan sunulacak olan bilişsel, davranışsal ve benzeri terapötik prosedürlere bağlı olarak farklılıklar gösterebilir (Ward, 2006).

Peters ve Guitart (1991) ilk aşamada bir ön değerlendirme yapmayı önermektedir. Bu aşamada bireye dil ve konuşma bozuklukları öyküsünün alınmasına yönelik bir form sunulmalıdır. Bu form klinisyene, kekemeliğin, hangi derecede vakanın yaşamını etkilediği hakkında bilgi verecektir. Ayrıca vakaya, kekemeliğe ilişkin tutum ölçekleri sunulmalıdır. Böylece klinisyene mülakat öncesi ölçek sonuçlarını incelemek, tutumlar hakkında ön bilgiye sahip olmak ve izleme soruları hazırlamak için bir fırsat doğmaktadır.

Vaka öyküsünün alındığı aşamada; vakanın kekemelik öyküsü, başlangıçta, tetikleyici, ailedeki yaygınlık, prognozu etkileyebilecek faktörler, ilk aşamada ailenin ve yakınların kekemeliği ele alış biçimi, kekemeliğin yıllar içinde gidişatı, alınan terapiler, kekemeliği etkileyen durumlar, sözcükler ve bununla ilgili kullandığı kaçma, kaçınma vb. stratejileri hakkında bilgi toplanmalıdır. Ayrıca şu anki akademik ve mesleki uğraşlar, kekemeliğin bu etkinliklere etkisi, hedefleri, genel sağlık öyküsü, vakanın ve ailesinin kekemeliğe ve alacağı muhtemel terapiye yönelik duygu ve tutumları hakkında bilgi edinilmelidir (Peters ve Guitart, 1991; ASHA, 1995; Roseberry-McKibbin ve Hegde, 2010).

Kekemeliğin değerlendirilmesinde karar verilmesi gereken başlıca konular; a) konuşmadaki akıcısızlıkların terapi gerektirip gerektirmediği ve gerekiyorsa, b) vaka öyküsü, vakanın şu anki çevresi, konuşma davranışları ve tepkilerinin neler olduğu ve c) nasıl bir terapinin gerektirdiğidir. Bireyin akıcısızlıklarının normal bir akıcısızlık mı yoksa kekeleme mi olduğu konusunda puanlardan ziyade terapistin algıları daha önemlidir. Toplanan bilgilerin dışında, klinisyen özellikle terapi yöntemi seçimini etkileyecek temel nitelikleri ayırtmalıdır (Peters ve Guitart, 1991).

Değerlendirmede vakadan akıcısızlıklara ve ikincil davranışlara ilişkin bilgi edinmek için bir konuşma örneği alınır. Konuşma örneği günlük konuşmayı iyi temsil etmelidir. Ölçüm koşulları vakalar arasında tutarlı olmalıdır (ASHA, 1995; Ollendick ve Schroeder, 2003). Klinisyenin tercihinin bağlı olarak dakikadaki sözcük veya hece sayısı olarak ölçülebilir (Peters ve Guitart, 1991). Onslow'a göre kekemelik şiddeti pek çok şekilde ölçülse de klinik ve araştırma bağlamında en kullanışlı olan kekelenen hece yüzdesinin hesaplanması yöntemidir (Ward, 2006). Türkçe hece zamanlı bir dildir ve bu bakımdan hece temelli ölçüme uygundur (Demirezen, 2012; Arslan, 2013). Bu ölçüm tekniğinin, kekemelik şiddetiyle oldukça yüksek korelasyona sahip olduğu bulunmuştur (Young, 1961). Bu değerlendirme şekli tüm hecelerin ve kekelenen hecelerin sayılmasını gerektirir (Howell, 2010). Ward'a göre akıcısızlıkları doğru şekilde belirlemek ve saymak deneyim gerektirmektedir. Online ortamda ise bu ölçümü, özellikle işitsel-görsel kayıtlara başvurmadan yapabilmek çok zordur (Ward, 2006). Kekeleme davranışı, seslerin ve hecelerin tekrarlanması ve uzatılması (sessiz duraklamaları da içeren) şeklinde tanımlanmaktadır (Riley, 2009). Ölçüm sesli okuma ve spontane konuşmayı içerebilir ve 300 heceyle sınırlandırılabilir (Guitart, 2014). Çekirdek

davranışlar olan tekrarlar, uzatma ve blokların sıklığı; bloklar sırasında hava akışının nerede ve nasıl engellendiği incelenir (Peters ve Guitar, 1991).

Bu ölçümler farklı ortamlarda tekrarlanabilir veya aile üyelerine zaman ve ortamlara göre kekemelik şiddetinin farklılaşıp farklılaşmadığı sorulabilir. Vakanın kekemelik ile ilgili ses, sözcük veya durumla ilgili kaçınma tepkileri olup olmadığı ve varsa bu kaçınma tepkileri tanımlanır (Roseberry-McKibbin ve Hegde, 2010). Kekemeliğe ilişkin tutumları değerlendirmek için Konuşmacının Kekemelik Deneyiminin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (OASES) veya St. Louis Kekemelik ve Yaşama Bakış Envanteri (SL-ILP-S) gibi ölçeklerden yararlanılabilir.

Değerlendirmede Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı (SSI-4) (Riley, 2009) kullanılabilir. SSI için toplam genel puanlar üç alt bileşenin ölçümünün toplamıdır: a) Sıklık, okumada ve konuşmada kekemeliğin yüzdesi olarak değerlendirilir, b) Süre, uzunluğu en uzun olan üç blok belirlenir, ortalama sürelerini hesaplanır ve formdaki karşılık gelen puanı bulunarak hesaplanır, c) Beraberindeki fiziksel davranışlar ölçeğe her alt bileşenden değerler eklenerek ve toplam bir puan oluşturularak değerlendirilir. Farklı genel puanlar için yüzdeler ve şiddet oranları (örneğin; hafif, orta, şiddetli) formda işaretlenmektedir (Peters ve Guitar, 1991).

Değerlendirmede vaka; solunum, ses, işitme ve orofasiyel durum, motor davranışlar, zeka, öğrenme bozukluğu, anlama, ifade edici dil becerileri, artikülasyon ve psikolojik uyum açısından da değerlendirilmelidir (Peters ve Guitar, 1991; ASHA, 1995; Roseberry-McKibbin ve Hegde, 2010). Ayrıca konuşmanın suprasegmental özellikleri incelenebilir. Zira kekeme bireyin konuşması anormal şekilde uzamış, aşırı ya da anormal vurgular içerebilir (Ramig ve Dodge, 2009). Kekemeliğe, belli durumlara ve belli dinleyicilere karşı duygusal tepkiler hakkında bilgi edinilebilir. Konuşma hızı ve artikülasyon hızı değerlendirilebilir. En az %2 kekelenen hece oranı, 1 saniye ve daha fazla akıcısızlık süresi gibi çeşitli kriterler kullanılarak tanılama yapılır (Roseberry-McKibbin ve Hegde, 2010).

Yetişkinlik dönemi kekemelik terapisinde akıcılık amaçları

Peters ve Guitar'a (1991) göre terapide temel amaç, çoğu vakada ulaşılamasa da, tüm sözcüklerde ve durumlarda spontan akıcılığın sağlanmasıdır. Ancak şüphesiz bazı stres anlarında akıcısızlıklara ilişkin geri dönüşler olmaktadır. Bu noktada üç adımı başarması için desteklenir: (a) Vaka akıcı konuşmanın önemli olduğunu hissettiği zaman, onun akıcı konuşabilmesi için başarılı bir şekilde, *Kekemelik Değiştirme (KD) (Stuttering Modification)* ve/veya *Akıcılık Biçimlendirme (AB) (Fluency Shaping)* tekniklerini uygulayabilir olması, (b) Birey akıcı konuşmanın önemli olduğunu hissettiğinde, ancak akıcılığını kontrol edemediğinde, bireyin kabul edilebilir bir kekemelik şiddetine ulaşması için KD ve/veya AB yaklaşımlarını kullanması ve kendini rahat hissetmesi, (c) Birey akıcı konuşmanın önemli olmadığını hissettiğinde ve akıcılığı sağlamak için çaba göstermek istemediği zaman, var olan akıcılık performansı ile ilgili kendini rahat hissetmesidir. Craig'e (2007) göre ise bu amaçlar; a) kekemelik davranışlarını kontrol etme, b) sosyal alan ve konuşmaya ilişkin korku ve kaygıyı kontrol etmeyi

sağlama, c) konuşma ve diğer bireylerle olan etkileşimle ilgili sosyal becerileri geliştirmedir.

Terapi başarısında duyguların büyük önemi vardır. Kekelemekten korkma, kaçınma gibi tepkiler üzerinde çalışılmalıdır. Eğer bir kekeme birey, kekemelik değiştirme ya da akıcılık biçimlendirme tekniklerini başarılı bir şekilde kullanacaksa, konuşmaya ilişkin korkularının azaltılmış olması gerekmektedir. Birey çok fazla korkuya sahipse, sonuç aşırı derecede kas gerginliği olacaktır. Bu koşullar altında, bireyin motor kontrolü bozulacaktır ve konuşma üretimini değiştiremeyecek durumda olacaktır. Hatta terapi sonrasında akıcısızlıklarda geri dönüş olasılığı daha yüksek olacaktır (Peters ve Guitar, 1991; Blomgren, 2013).

Kekemelik terapisi

Kekemelik terapisinde akıcısızlıkların şiddeti ve etkisi azaltılmaya çalışılmaktadır. Amaç kekemeliği tamamen yok etmek değil, meydana geldiğinde iletişim üzerindeki etkisini azaltmaktır. Bireylere akıcılıktaki aksamalara nasıl tepki gösterecekleri veya bu aksamalarla nasıl baş edeceklerini belirleme öğretilir (ASHA, 1995).

Kekemelik terapisi yaklaşımları, saf bir edimsel akıcılık biçimlendirme yaklaşımı versiyonlarından (bkz. Ryan, 2001), güçlü bir edimsel eğilimle entegre edilen programlara (örn., Boberg ve Kully, 1985), kekemeliğin değiştirilmesi yaklaşımı eğilimiyle entegre edilen programlara (Gregory, 1979; 2003), konuşma değiştirme ve bilişsel temelle entegre edilen programlara (örn., örtük kekemelik için yaklaşımlar) ve diğer konuşmaya müdahale edilmeyen saf bilişsel yaklaşımlara (Sheehan, 1975) varan bir çeşitlilik göstermektedir (akt: Ward, 2006).

Kekemelik terapisinde pek çok program olmakla beraber iki ana yaklaşım vardır (Ollendick ve Schroeder, 2003; Gilliam ve ark., 2010): Kekemelik değiştirme yaklaşımı (KD) ve akıcılık biçimlendirme yaklaşımı (AB). KD prosedürleri kekeleyen bir bireye, akıcısızlıkların rahat ve kolay gerçekleşmesi için, kendi kekemeliğini değiştirmek ya da modifiye etmek için yardım etmektedir. AB prosedürleri ise kekemeliğin yerine akıcı bir konuşma şekli oluşturmayı içerir (Gilliam ve ark., 2010). Her iki yaklaşım da kanıt temelli yaklaşımlar olduğu için uygulama alanında önerilmektedir (Craig, 2007).

AB ve KD yaklaşımlarında amaç, klinisyenin rolü, kullanılan teknikler, verinin niteliği ve başarının tanımlanması bakımından temel farklılıklara sahiptir (Gilliam ve ark., 2010; Damico ve ark., 2012). Örneğin; KD kekeleyen bireyleri değiştirmektedir, AB ise hem akıcı hem de akıcı olmayan konuşma şeklini değiştirmektedir (Ward, 2006). KD yaklaşımında vakalara daha az ve kolay takılması öğretilirken, AB yaklaşımında vakalara akıcısızlıkları içermeyen bir konuşma öğretilir. Bundan dolayı AB yaklaşımında konuşmanın doğallığında bir kayıp söz konusuysa, KD yaklaşımında konuşma daha doğaldır (Gilliam ve ark., 2010). Ancak AB terapilerinde konuşmanın doğal hale getirilmesi bazı prosedürler kullanılmaktadır (Guitar, 2013).

AB yaklaşımında klinisyenin rolü vakaların teknik kullanımını pekiştirmektir, KD'de ise klinisyen öğretici, duyarsızlaştırıcı ve danışman rolündedir. Terapi süresince sağlanan veriler AB yaklaşımında oldukça objektiftir, ancak KD yaklaşımında daha nitelikseldir (Damico ve ark., 2012). Bundan dolayı KD

yaklaşımının etkililiğine ilişkin veriler sınırlıdır (Kehoe, 2006; 2012).

Kekemelik değiştirme yaklaşımları genellikle kekemeliğin bilişsel ve duygusal yönlerini temel almıştır (Ward, 2006). Temel odağı, konuşmaya ilişkin durumlara tutumlar ve negatif tepkiler iken AB yaklaşımında bu faktörlerle çok az ilgilenilir. AB'nin temel odağı sadece konuşma üretimindedir. Oysa KD'nin odak noktası konuşma üretimi hakkındaki tutum ve inançlardır. Van Riper gibi çoğu klinisyen de kekeleyen bireylerin kekemelik ile ilgili olumsuz duygularını, dinleyicilerin tepkileriyle ilgili korkularını ve kekemelikten kaçınma eğilimlerini azaltmada yardıma ihtiyacı olduğuna inanmaktadırlar (Gilliam ve ark., 2010). AB başarı olarak; kekemeliğin azaltılması veya ortadan kaldırılmasını tanımlarken, KD başarı olarak işlevsel iletişim kapsamı altındaki süreçleri vurgulamaktadır (Damico ve ark., 2012).

Ward'a göre her vaka terapide farklı yaklaşımlardan yararlanabilmektedir. Klinisyenin hedefi vakaya en uygun olanı bulmak için çalışmaktır. Araştırmacıya göre çoğu yaklaşımlarda kısa vadede başarı elde edilse de akıcısızlıklarda geri dönüş (relaps) tüm terapi programları için önemli bir sorundur (Ward, 2006). Başarılı bir terapide, temel alınan yaklaşım dikkate alınmaksızın, bireyin probleme yönelik duygu ve tutumlarıyla da ilgilenilmelidir (Ward, 2006). Aşağıdaki kısımda öncelikle kekemelik terapisinde AB ve KD yaklaşımının temel özellikleri ve entegre şekilde kullanımı sunulacaktır.

Akıcılık biçimlendirme yaklaşımı

AB yaklaşımı edimsel koşullanmanın gelişimine, onun kekemelik teorisine uyarlanmasına, 1950'lerin sonundaki terapiyle ilgili ve 1960-1970'leri takip eden daha sonraki gelişmelere çok şey borçludur. Bu yaklaşımın özünde iki düşünce yatmaktadır: Birincisi, kekemeliğin çevresel uyaranlara bir edimsel tepki olarak ortaya çıktığı, yani bir öğrenilmiş davranış olduğu ve edimsel prensipler kullanılarak iyileştirilebildiğidir (Ward, 2006; Roth ve Worthington, 2015). İkincisi, akıcılığın, daha sonra normal konuşmaya yaklaşmak için biçimlendirilen motor kontrol tekniklerinin uygulanmasıyla elde edilebildiğidir (Ward, 2006). Bu felsefeyi temel alan programların nihai amacı sadece akıcısızlık anlarında değil, tekniğin sürekli kullanımını öğreterek konuşmacının alışlagelmiş konuşma örüntüsünü, akıcı bir konuşmayla değiştirmek ve akıcısızlıkların ortaya çıkmasını engellemektir (Roth ve Worthington, 2010). Bu terapi modelinin etkisi vakanın seçilen konuşma formunu tüm iletişimi boyunca kullanmadaki başarısına bağlıdır (Damico ve ark., 2013).

AB yaklaşımı akıcısızlıkların olmadığı yeni bir konuşma tarzı öğretmek için kullanılmaktadır (Gilliam ve ark., 2010). AB teknikleriyle vakaların konuşma örüntüleri aşama aşama ilerleyerek ve sistematik şekilde değiştirilir (CASLPO, 2005). Örneğin konuşmanın uzunluğunu ve dilbilgisel karmaşıklığını arttırmak için (Ramig ve ark., 1987; Kehoe, 2012), terapilerde genellikle belli bir dilbilgisel ve respirasyon-fonasyonla ilgili bir hiyerarşi izlenmektedir (Kehoe, 2006, Guitar, 2014). Birçok farklı akıcılık biçimlendirme prosedürü vardır (Gilliam ve ark., 2010). Terapi tekniklerine bakıldığında, edimsel terapilerin yıllar içinde kısmen değişmiş olmasına rağmen, etkili terapilerin aynı bileşenleri paylaştığı görülmektedir (Kehoe, 2006; Ward, 2006).

AB yaklaşımlarını içeren programlara Camperdown Programı (O'Brian ve ark., 2010) iyi bir örnek olabilir. Yetişkinler için uzatılmış konuşma yaklaşımının kullanıldığı program 4 basamaktan oluşmaktadır ve her basamağın tamamlanması için kriterler belirlenmiştir. Program kısaca, a) Program bileşenlerini öğretme, b) Atama ve seansa başlama, c) Genelleme ve d) Koruma evrelerinden oluşmaktadır. Programda belli model kayıtlar kullanılmakta ve vakalara Kekemelik Şiddeti Ölçeği (SEV) ve Konuşma Doğallığı Ölçeği'nin (SNS) kullanımı öğretilmektedir. Bu programın, klinisyenlerin diğer programlara göre vakalara daha az zaman ayırabildiklerini ve bununla birlikte etkili bir program olduğu ortaya konulmuştur.

Neilson ve Andrews (2010) üç hafta süren yoğun bir akıcılık terapisi modeli desenlemişlerdir. Terapinin ilk haftası boyunca, bireylere bireysel ve grup terapilerinde yeni bir konuşma şekli öğretilmektedir. Ünlü ve ünsüz seslerin süresinin biçimlendirilmesiyle konuşma hızı dakikada 50 hecenin altına düşürülmektedir. Programda belli akıcılık biçimlendirme teknikleri kullanılmaktadır. Bu beceriler belli bir konuşma hızında elde edildiği zaman, kekeleyen bireye her bir dakika aralığında 10 heceye kadar hızlanması için izin verilmektedir. Bireyler dakikada 100 hecelik bir orana ulaştığında; sözcükleri birleştirme, ritm, yüksek seslilik, vücut dili ve göz kontağı gibi özellikleri içeren uygun bir konuşma tarzı öğretilmektedir. Böylece, kekemeliği olan bireyler yeni konuşma şeklini küçük adımlarla öğrenmektedirler (akt: Gilliam ve ark., 2010).

Müdahalenin ikinci ve üçüncü haftaları süresince, bireyler klinik dışında çeşitli konuşma durumlarında yeni konuşma tarzlarını kullandıkları transfer aktiviteleriyle meşgul olmaktadır. Bu gerçek hayat aktiviteleri kekeleyen bireylerin yeni konuşma tarzlarını, kendi günlük yaşamlarında rutin olarak karşılaştıkları çeşitli konuşma durumlarına genellemeleri için yardımcı etmektedir. Terapinin üçüncü haftası boyunca bir konuşma yapma, yabancı birine kendini tanıtmaya, sokak görüşmeleri yapma ve bir radyo programını arama gibi zor konuşma durumları uygulanmaktadır. Vakalara yeni konuşma tarzlarını oluşturmaları, gerçek konuşma bağlamlarında, akıcı konuşmayı kullanmaları için yinelenen ve değişen fırsatlar vermektedirler (akt: Gilliam ve ark., 2010).

Kekemeliği değiştirme yaklaşımı

KD yaklaşımı temel olarak Van Riper tarafından kekemelik etkilerini sınırlama kavramına dayandırılarak geliştirilen ve pek çok araştırmacının katkıda bulunduğu bir dizi terapi tekniğidir (Gilliam ve ark., 2010; Damico ve ark., 2012). KD yaklaşımı "kekemelik fizyolojik bir yatkınlığı içerebilir" önermesine (Van Riper, 1973) ve kekemelerin asla akıcı konuşamayacakları varsayımına dayandırılmıştır (akt: Kehoe, 2012).

Bu yaklaşım, pek çok araştırmacı için daha az şiddetli veya kolay kekeleyen anlamına gelirken, diğerlerine göre kekemeliği anlamak ve kekemelle başa çıkmak anlamına gelmektedir (Van Riper, 1973; akt: Damico ve ark., 2012). Yaklaşımın temel öncülü kekemeliği olan bireyin kekemeliğine ilişkin korku, kaçınma ve çabalamalarıyla ilgili farkındalık kazanması ve onunla yüzleşmesidir (Fogle, 2013). Özündeki strateji, akıcısızlıkları yok etmek yerine, konuşma kontrolünün kaybedilmesine ilişkin tepkilerin azaltılmasına dayanmaktadır (Roth ve Worthington, 2011). Böylece terapinin temel odağı akıcısızlıklara olan bu tepkilerin yönetimi, azaltılması (Fogle, 2013) ve vakalara kabul edilebilir

buldukları bir konuşma tarzına sahip olmaları için yardım edilmesidir (Gilliam ve ark., 2010).

Van Riper kekemelik hakkındaki tutumların ve duyguların; bozukluğun gelişiminde, sürmesinde ve iyileşme sürecinde kritik bir rol oynadığına inanmıştır. Van Riper yaklaşıma ilişkin altı temel basamak önermiştir. Bu basamaklar sırasıyla; motivasyon, kekemelik davranışlarını tanımlama, akıcısızlıklara duyarsızlaştırma, akıcısızlıkları çeşitlendirme, akıcı konuşmaya giderek yaklaşma ve akıcı konuşmayı ve yeni algıları klinik dışına aktarmadır (Ward, 2006; Kehoe, 2006; Gilliam ve ark., 2010; akt: Roth ve Worthington, 2010; Fogle, 2012; Damico ve ark., 2012).

Akıcılık biçimlendirme ve kekemeliği değiştirme yaklaşımlarının entegre kullanımı

Yetişkin terapileri temelde kekemelikte baş etmek, kekemeliği yönetmek ve akıcı konuşmayı kolaylaştırmak için yeni yolların öğretimini içerir. KD ve AB yaklaşımları, kekemeliğin çekirdek davranışlarıyla ve pek çok yönüyle baş etmede giderek daha fazla birlikte kullanılmaktadır (Conture ve Curlee, 2007).

Spesifik entegre programlarda bileşenlerin önem sırası farklılık göstermektedir (Ward, 2006). Çeşitli teknikleri içeren bu yaklaşımlar, kekemeliğin konuşma ve ikincil davranışlar, kaçınma, korku ve kekemeliğe duygusal tepkiler gibi pek çok öğesini etkili bir şekilde ele alabilmektedir (Conture ve Curlee, 2007). Böylece vakalara konuşma tarzlarını nasıl değiştirecekleri ve nasıl akıcı olabilecekleri gösterilmektedir; fakat onlara aynı zamanda kekemelik anlarıyla karşılaştıklarında konuşmalarını nasıl değiştirecekleri de öğretilmektedir (Gilliam ve ark., 2010). Peters ve Guitar (1991) ileri seviyedeki kekemelikte bireyin olumsuz duygularının ve tutumlarının azaltılmasının ve kaçınma davranışlarının giderilmesinin önemine işaret etmektedirler. Ayrıca, bireyin kekemelik anlarını değiştirme ve akıcılığı arttırmaya ilişkin becerilerini bütünleştirme üzerinde çalışmanın yararlı olduğunu da belirtmektedirler.

Kekemelik terapileri bireyin ihtiyaçlarına göre desenlenir. Hangi terapötik yaklaşımın hangi bireyler için uygun olacağına dair çok az objektif veri vardır (Conture ve Curlee, 2007). Ancak Ward'a göre örtük-gizli kekemelik en iyi, bilişsel ya da bilişsel/kekemelik değiştirme yaklaşımlarıyla yönetilebilmektedir. Net olmasa da konuşmalarıyla ilgili güçlü olumsuz algıya ve konuşma ile ilgili yüksek kaygı seviyesine sahip olan bireylerin bilişsel yaklaşımdan faydalanması daha olasıyken, daha şiddetli kekemeliği olanların AB programlarından yararlanma olasılığının daha yüksek olduğu düşünülmektedir (Ward, 2006).

Terapi sonrasında akıcısızlıklarda geri dönüş olasılığı bakımından da AB ve KD yaklaşımlarının etkisi arasındaki farklılık net değildir. Açık olan şey şudur ki, terapi ister KD, ister AB, ister bilişsel yaklaşım ya da isterse bunların bir birleşimi olsun, aslolan vakanın terapinin hedeflerinin olabildiğince farkında olmasının gerektiğidir. Bu farkındalık terapinin başarılı olması için oldukça önemlidir (Ward, 2006).

Conture ve Curlee'ye göre kekeleyen çoğu ergen ve yetişkin birey bu teröpatik madalyonun iki yüzüne de ihtiyaç duymaktadır. Araştırmacılar terapinin başlangıcında bir KD yaklaşımının kullanılmasının genellikle etkili olduğunu belirtmektedirler. Vakanın kekemeliğini tanımlaması, akıcısızlıklara

duyarsızlaşması ve genel olarak kekemelik ve kendi kekemeliğiyle ilgili bilgi sahibi olması, aşırı çaba içeren bir kekemeliğin başarılı şekilde modifiye edilmesi için doğal bir yol sağlar. Diğer durumlarda, vaka herhangi bir akıcı konuşma üretiminde zorluk yaşadığında ve belirgin çabalama davranışları gösterdiğinde, hızlı bir şekilde akıcılığa ulaşmak için akıcılık kolaylaştırıcı tekniklerle başlamak daha yararlıdır. Böylece vaka, akıcılığını geliştirebilecek bir konuşma biçimini öğrenmekten fayda sağlayacaktır. Dinamik olarak değişen konuşma üretiminin fizyolojik özelliklerine ve ses üretiminin ayırt edici özelliklerine ilişkin artan farkındalık, bireye kendi konuşmasının analizi ve gözlemlemesi için önemli bilgiler sağlamaktadır. Bir kere başarı tecrübe ettiklerinde; kekemeliği tanımlamayı, kekemeliğe duyarsızlaşmayı ve akıcılıkların belirgin özelliklerini değiştirmeyi öğrenebilirler. Vakaların kekeleme anlarında ne yapacaklarını bilmeye ihtiyaçları vardır. Çoğu vaka kekemelik anlarıyla baş etmek için çeşitli teknikler kullanarak güvenlerini arttırmakta ve kekemeliklerine eşlik eden çaresizliğin azalmaya başladığını keşfetmektedirler (Conture ve Curlee, 2007).

Her iki yaklaşım da bireyin kendini gözlem ve değerlendirme becerilerini artırma ve konuşmasını gözlemlemede kritik olan becerileri geliştirmeyi hedefleme eğilimindedir. Terapide gelişme sağlandığında ve çok az kekeleme anları kaldığında KD tekniklerinin kullanımı öne çıkar. Sonuçta bu prosedürler bazen geride kalan ve stabil olmayan konuşmayı pürüzsüz hale getirmede, özellikle sürecin ileri evrelerinde, bireye yararlı teknikler sunmaktadır (Conture ve Curlee, 2007).

Etkili olan kekemelik terapileri ilk bakışta birisi tarafından masaya dökülmüş alfabe çorbası gibi görünür. Ancak çalışmalara yakından baktığınız zaman etkili terapilerin aynı bileşenleri paylaştığı görülmektedir (Kehoe, 2006). Kehoe (2012)'e göre tüm bu bileşenler birleştirilebilir. Kekemelik terapisinde önemli olan terapi yöntemlerinden birini seçmek değil, yukarıda bahsedilenlerin hepsini eş zamanlı yapabilmektir. Conture ve Curlee'ye (2007) göre şüphesiz vakanın ihtiyaçları bu noktada kritiktir. Telafi edici teknikler gelişimi devam ettirebilmek için doğası gereği sürekli kullanılmalıdır. Bu yüzden bir terapi yaklaşımının öğretim ve takip süreci uzun soluklu olmalıdır.

Peters ve Guitar (1991) entegre şekilde kendi oluşturdukları yaklaşımda belli bir hiyerarşi izlemektedir. Ancak bireysel özelliklere göre öncelik sırası değişebilmektedir. Araştırmacılar terapide öncelikle bireyin kendi kekemeliğini tanıması üstünde çalışmayı önermektedir. İkinci aşamada, kekeme bireye korkularını ve kekemeliği ile alakalı olan diğer olumsuz duygularını azaltması için çalışılmasını önermektedir. Bir diğer amaç, kişiye konuşması hakkındaki tutumlarını değiştirmesi için yardım etmektir. Bireyden daha açık olması ve akıcı olmadığını kabul etmesi istenmektedir. Son olarak, kullandığı tüm kaçınma davranışlarını ortadan kaldırması istenmektedir. Bu amaçlar için 4 teknik kullanılmaktadır: a) kekemeliği açıkça tartışma, b) korkulan sözcükleri kullanma ve korkulan durumlara girme, c) kekemelik anlarını dondurma veya tutma, d) gönüllü kekemelik kullanma (pseudostuttering). Sonrasında akıcılıkta gelişim, genelleme ve sürdürme desteklenmektedir. Yani, vakanın tüm durumlarda olumsuz duygularını, tutumlarını ve kaçınmalarını azaltma ve akıcılığını arttırmaktır. Ayrıca bu, bireye terapi sonlandırıldığı zaman gelişmesini sürdürmesine yardım etmektedir. Bu aşama boyunca; a) kendi klinisyenin olma ve

b) uzun vadeli akıcılık amaçları oluşturma olmak üzere iki prosedür kullanılmaktadır. İleri seviyedeki kekemelikte, terapinin son aşamasında, gelişme tüm konuşma durumlarına genellendiğinde ve gelişim sürdürüldüğünde bireyden kendi kendisinin terapisti olma sorumluluğunu üstlenmesi istenir. Sonrasında ise uzun vadeli akıcılık amaçları belirlenmektedir (Peters ve Guitar, 1991).

Kekemelikte grup terapileri

Grup terapisi deneyimlerini yaşamış her klinisyen ya da vaka, grup etkileşiminden sağlanan fırsatların kapsamlı bir terapi programının değerli bir parçası olduğunu bilmektedir (Manning, 2009). Kekemeliği olan bireyler grup terapisinden yarar gördüğünü belirtmektedirler (Yaruss, 2004). St. Louis ve arkadaşlarına (2011) göre grup kekemelik terapisinin amaçları; kekeme bireylerin diğer kekeme bireyler ile açık bir şekilde paylaşımlarda bulunup kabul ve anlayış tecrübe etmelerini, kekemeliklerine karşı daha duyarsız olmalarını, bireysel terapiden daha hızlı ilerleme göstermelerini, kekemelikleriyle ilgili daha rahat hissetmelerini ve kekemelik azaltıcı becerilerle pratik yapmalarını sağlamaktır. Ayrıca grup terapileri vakalara bir genelleme ve sohbet, tartışma gibi bağlamlarda akıcılığı geliştirme fırsatı sunmaktır (Fraser, 2007; Manning, 2009).

Bu ortam muhtemelen kekeleyen bir insanın toplumda kendini güvende hissedeceği ve kekemelik için cezalandırılmayacakları tek yerdir. Diğerlerinin benzer problemlerle nasıl başa çıktığını gözlemleme fırsatı sağlayan grup ortamı üyelere “farklı düşünme” için ideal bir ortam sağlar (Ward, 2006; Fraser, 2007). Conture (2001) bazı örneklerde; aksi halde diğerleriyle iletişim kurmadan günler ya da haftalar geçirebilen insanlar için grup buluşmalarının sosyal çevre ve konuşma fırsatları da sağladığına işaret etmiştir. Grup sosyal ortamda konuşma, başlangıçlar yapma, rol yapma, tartışma hatta görüşme gibi birçok aktivite esnasında özgüven kazanmak için kekemeliği olan bireye dinleyiciler sağlar (akt: Manning, 2009). Aynı zamanda vakaların duygularını ve düşüncelerini paylaşarak onlarda duygusal rahatlama sağlamayı, yalnız olmadıklarını hissetme-izolasyon hissini azaltmayı ve kaçınma tepkilerini azaltmayı hedeflenmektedir (Ward, 2006; Fraser, 2007).

Terapi grubu üyeleri sık sık bu gruplara aidiyet duygusu yaşarlar ve bu durum terapinin birçok aşamasının uygulamasına yardım etmektedir. Kekemeliğe ilişkin farklı bakış açıları bozuklukla ilgili özellikleri, duyguları ve yönetimi daha iyi anlamaya olanak sağlar. Vakalar terapi hedeflerini birlikte deneyebilirler. Vakalar birbirlerinin konuşmalarını ve ikincil davranışlarını gözlemleyebilirler. Sonuçta vaka bir beceriyle ilgili kendini rahat hissettiğinde akıcılığı diğer ortamlara genellemek daha kolay olur. Vaka diğerlerinin başarısı ile motive olur ve onların desteği ile güçlenmiş olur (akt: Williams, 2006).

Grup terapileri bireysel terapilerin genişletilmiş ve aynı zamanda kapsamlı halidir (Manning, 2009) Grup terapisinde, bireysel terapisinde yapılan çalışmaların yanı sıra vakaların birbiriyle kaynaşması, gerilimin azaltılması, karşılıklı yardım ve deneyimlerin aktarılması gibi amaçlar için çeşitli terapötik etkinlikler yapılmaktadır (Judith ve Belmont, 2006; Reitzes, 2006).

Akıcılık Biçimlendirme ve Kekemeliği Değiştirme Yaklaşımlarının Etkililiği

Kekemelik terapisi denemelerinde kalite standartları

ASHA kanıt temelli uygulamaları, a) klinik uzmanlık, b) mevcut olan en iyi kanıtlarla ve c) yüksek kalitede hizmet sunulması için hizmet verilen bireylerin ilgi, değer, ihtiyaç ve seçimlerinin yansıtıldığı vaka değerleri olarak tanımlamıştır (ASHA, 2004). Müdahalelerde kanıt temelli bir çerçeve, uygulamaların seçiminde deneysel yönelimli, ölçüm temelli ve vaka duyarlı bir yaklaşımı ifade etmektedir (Finn, 2003). Amerikan Dil ve Konuşma Dergisi-AJSLP (2006) sistematik gözden geçirme çalışmaları, a) terapi öncesi ve sonrası ölçüm ve nicel olarak değerlendirme, b) randomize veya ABA deseni, c) bağımsız veya körleme gözlemciler, d) klinik çevre dışında alınan konuşma örnekleri ve e) konuşma doğallığı ve hızı için kontroller olmak üzere beş kriterden en az dördünü içeren çalışmaları içermektedir (akt: Kehoe, 2012).

Alanyazında kekemelik terapilerine ilişkin araştırmalar 1940'lara kadar dayanmaktadır. Sözelimi çığneme olarak tanımlanan teknik (Froeschels, 1943), minimal dudak kullanımı (Froeschels, 1950) veya gölgeleme (Cherry ve Sayers, 1956) bu terapi tekniklerine örnek olarak verilebilir (akt: Unger, 2012). Kekemelik terapilerinde tarihsel olarak, iddia temelli uygulamalar, kanıt temelli uygulamalardan daha popüler olmuştur. Ancak görüşlere dayanan uygulamalar profesyonel gelişimi engellerken, kanıt temelli uygulamalar klinisyenleri profesyonel olarak güçlendirmektedir (Onslow, 2003). Araştırma alanında kekemelik terapisine ilişkin pek çok terapi bileşeninin değeriyle ilgili kanıtlar bulunabilir (Bernstein-Ratner, 2005). Langevin ve Kully'ye (2003) göre kekemelikte kanıt temelli uygulamalarda, terapi hakkında bilgi vermek için verinin toplanması, uzun dönemli çıktılara verilen önem; vakalar, ödeme yapanlar ve profesyoneller açısından sayılabilirliğin gösterimi ve kuramsal bilgiyi geliştirmeye yönelik istek olmak üzere 4 temel konu vardır.

ASJLP (2006) sistematik gözden geçirme çalışmaları kekemelik terapisi çıktıları olarak; a) %5'ten düşük kekemelik şiddeti, b) sosyal, duygusal veya bilişsel değerlendirmeler, c) %5'ten az kekemelik gösteren grubun en az altı ay izlenmesi ve d) sosyal, duygusal ve bilişsel açıdan gelişimin en az altı ay sonra izlenmesi olmak üzere 4 temel nitelik belirlemiştir. Bu bakımdan Ryan (2006) iki akıcılık biçimlendirme yaklaşımının kanıt temelli olduğunu belirtmektedir: Giderek Artan Sözce Uzunluğu ve Kompleksliliği yaklaşımı (Gradual Increase in Length and Complexity of Utterance-GILCU) ve Uzatılmış Konuşma Tekniği (Prolonged Speech-PS) Çocukluk çağı kekemeliğinde araştırmaların yöntemsel sınırlılıklarına bağlı olarak, davranışsal temelli kekemelik terapilerinin etkinliğine ilişkin kanıtlar sınırlıdır (akt: Kehoe, 2012). Sadece Lidcombe programı için kanıtlar açık bir şekilde mevcuttur (Nye ve ark., 2013).

Akıcılık biçimlendirme yaklaşımının etkililiği

Şu an itibarıyla kekemeliği tamamen ortadan kaldıran bir terapi veya tedavi yoktur, tüm teknikler telafi edici niteliktedir. Ancak klinik deliller kekemeliği olan bireylerin DKT'lerden aldıkları terapilerden yarar gördüğüne işaret etmektedir (Conture ve Curlee, 2007). Konuşmanın zamanlamasını değiştirme ve fiziksel gerilimi azaltma gibi teknikler, kekemeliğin şiddetini azaltmada en büyük etkiye sahiptir (Conture ve Yaruss, 2015). Özellikle AB yaklaşımının etkililiğine

ilişkin önemli bulgular mevcuttur (Perkins ve ark., 1974; Boberg ve ark., 1994; Onslow ve ark., 1996; Craig ve ark., 1996; Ingham ve ark., 2001; O'Brian ve ark., 2003).

AB teknikleri dünya genelinde kullanılmasına rağmen, etkinliği üzerine yapılan araştırmaların çoğu Kuzey Amerika ve Avustralya'da yapılmıştır. İngiltere'de kekemelik değiştirme prosedürleri daha önde olma eğilimindedir (Ward, 2006). Bu terapi modelinin etkisi, vakanın seçilen konuşma formunu tüm iletişim boyunca kullanmadaki başarısına bağlıdır (Damico ve ark., 2013).

Onslow ve arkadaşları (1996) yavaş konuşma hızının hedef olarak belirlenmediği bir uzatılmış konuşma (PS) yaklaşımının etkililiğini incelemişlerdir. Bu mevcut program vakalara net bir hedef vermemektedir. Bunun yerine vakalara kekemeliği azaltacak olan terapi sonundaki konuşma hızlarını kendilerinin seçmesine ve programın konuşma doğallığı hedeflerini karşılamasına izin verilmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkenleri kekelenen hece yüzdesi, dakikadaki hece sayısı ve konuşma doğallığıdır. Araştırmada 12 katılımcı terapi öncesi 3 farklı durumda değerlendirilmiş, terapi sonrası 8 farklı durumda sık sık ölçüm yapılmıştır. Katılımcılardan 7'si için terapiden sonra 3 yıl boyunca değerlendirmelere devam edilmiştir. Veriler klinik içinde ve dışında birçok konuşma ortamında toplanmıştır. Çalışma bulgularına göre 2-3 yıl boyunca devam eden katılımcıların kekemelik şiddeti %0 veya %0'a yakın orandadır. Katılımcıların çoğunda kekemelik şiddeti ve konuşma doğallığı terapi sonuna doğru olumsuz bir eğilim göstermemiştir. Sonuçlar olağandışı yavaş ve farklı konuşma biçimleri kullanmadan da kekemeliğin azaltılabildiğini göstermiştir. Ancak araştırmacılar 6 katılımcının düşük başarısını dikkate alarak bu yaklaşımın her vakaya uygun olmayacağını düşünmektedir.

Cocomazzo ve arkadaşları (2012) bir üniversite kliniğinde, öğrenci klinisyenlerle Camperdown Programı'nın faz 1 denemesini yapmışlardır. Araştırma deseni, randomize olmayan, bir Faz-1 klinik testinden oluşmuştur. Katılımcılar kekemelik terapisi almak isteyen, 21-47 yaşları arasında 12 yetişkinden oluşmaktadır. Birincil sonuçlar kekelenen klinik içi ve klinik dışı hece yüzdesi, terapi öncesi ve sonrası yapılan kekeleymeden konuşma örneği skorlarından oluşmuştur. Programın koşullu performans ilerlemesini içeren 4 adımı vardır: a) Konuşma uzatmanın herhangi bir referans olmadan bir model tarafından öğretildiği ve kekemelik şiddeti ve konuşma doğallığı değerlendirmesinin tanıtıldığı a) Bireysel Öğretim Seansları, b) Grup Uygulama Günü, c) Bireysel Problem Çözme Seansları ve d) Koruma Aşaması. Program Camperdown Programının klinik öğrencileri için uyarlanan versiyonunu baz almaktadır. Bu program La Trobe Üniversitesi Konuşma Kliniği'nde gerçekleştirilmiştir ve 3 bölüme ayrılmıştır. Bunlar; a) Programın ilk iki haftasında yapılan iki adet iki saatlik bireysel öğretim oturumu, b) Bir adet 8 saatlik grup uygulama günü, c) Programın son 7 haftasında yapılan 2 saatlik bireysel problem çözme seanslarıdır. Terapi öncesi toplanan ortalama puan 5.7, hemen terapi evresi sonrasında 1.0, terapinin 12 ay sonrasında 2.4 olarak rapor edilmiştir. Terapi sonrası konuşma doğallığı grup skorları, klinik olarak önemli bir ölçüde yükselmemiştir.

O'Brian ve arkadaşları (2003) yeniden kavramsallaştırılmış olan bir uzatılmış konuşma (UK) modeli olan Camperdown Programı'nın 2. aşama klinik

denemesini incelemişlerdir. Program geleneksel yaklaşımlara göre klinisyenlerin daha az saatini almaktadır ve bu programın formal bir transfer aşaması yoktur. Bu program bazı özelliklerinden dolayı klinisyenlerin daha etkili UK terapisi yapmalarına olanak sağlayacaktır: a) Klinik saatler için haftalar ayırmaları gerekli değildir, b) Karmaşık, kurala dayalı programlanmış öğretim yöntemlerini öğrenmeye ihtiyaçları yoktur, c) Ne özel bir ekipman almalarına ne de özel ekipmanları nasıl kullanacaklarını öğrenmelerine gerek vardır, d) Özel bir hedef uzatılmış konuşma davranışı öğrenmeye ve sergilemeye ihtiyaçları yoktur ve son olarak, e) Terapi kullanım kılavuzu ve konuşmaya ilişkin örnek videosu ile tamamen çalışılabilir. Diğer yaklaşımlardan farklı olarak, a) Uzatılmış konuşmada hedef davranışlar klinisyenin yönergeleri olmadan öğretilir, b) vakalar akıcısızlıklarını kontrol etmeyi herhangi bir programlı eğitim olmadan öğrenmektedirler, c) terapi süreci uzmanın kekeleme anlarını tanımlamasını içermemektedir. Denemeye 30 katılımcı kaydolmuş, ancak 16'sı deneme gerekliliklerini yerine getirmiştir. Araştırmanın bulgularına göre, 16 katılımcı koruma evresinden 12. ayın sonuna kadar, günlük konuşma ortamlarında çok az akıcısızlıklar göstermiştir veya hiç akıcısızlık göstermemiştir ve konuşma hızları normal düzeydedir. Konuşma doğallığı ve sosyal geçerlik istenen düzeydedir. Her bir katılımcıya ayrılan saat ortalama 20 saattir. Değerlendiriciler tarafından, deney grubundaki katılımcıların sadece yarısı, kontrol grubuna göre %80 ya da daha fazla rahat olarak değerlendirilmiştir.

Ingham ve arkadaşları (2001) Fonasyon Aralıklarının Değiştirilmesi yaklaşımının (Modifying Phonation Intervals-MPI) etkililiğini incelemişlerdir. Program kısa fonasyon aralıklarının sıklığının azaltılması eğitimini içermektedir. Bu programın katılımcılar tarafından sık sık bahsedilen önemli faydalarından biri onların terapinin ilerlemesi üzerinde bazı kontrol ölçütlerine sahip olmalarıdır. Katılımcılar terapi seanslarına ne zaman ve ne kadar süreyle katılacaklarını seçebilmektedirler ve kendi kekemeliklerini ve konuşma doğallıklarını değerlendirme sorumluluğuna sahip olmaktadır. MPI'nin etkililiğinin incelendiği araştırmada 5 yetişkin erkek katılımcıya, sistematik olarak kısa fonasyon aralıklarını uygun seviyeye düşürmeye yardımcı olacak bilgisayar tabanlı bir program aracılığı ile terapi uygulanmıştır. Terapi süreci çoklu başlangıç düzeyi deseniyle incelenmiştir. Terapi bireyin kendini kontrol etmesine ve belirlenmiş tüm beceriler ve değerlendirme aşamalarında performansın pekiştirilmesine dayalıdır. Terapi öncesinde, sırasında ve sonrasında değerlendirmeler yapılmıştır. Tüm konuşmacılar koruma evresinin sonunda klinik içi ve dışı becerilerde akıcısızlıklar içermeyen ve doğal bir konuşma performansı göstermişlerdir. Bu akıcılık düzeyinin 12. ay izleme evresinde de korunduğu görülmüştür. Mevcut bulgular, uzatılmış konuşma etkisinin bir önemli boyutuna delil sunmaktadır. Fonasyon aralıklarının süresi sadece işlevsel olarak kekemeliği kontrolü sağlamadığı, aynı zamanda tekrarlanabilir ve test edilebilir terapi prosedürleri sağlamak için diğer özel stratejiler ile birleştirmede kullanılabileceğine dair güçlü bulgular sağlamaktadır.

Boberg ve arkadaşları (1994) yoğun terapi programının uzun dönem etkilerini belirlemek amacıyla 42 yetişkin ve ergen vakayla, 3 haftalık Kapsamlı Kekemelik Programını tamamlamış ve sonra izleme dönemi boyunca iki ya da üç kere kekelemelik şiddetlerini değerlendirmişlerdir. İzleme verileri ani telefon

konusması örnekleri ve katılımcıların cevapladığı konuşma performans anketidir. Araştırma bulguları terapi sonrasında, katılımcıların %69'unun tatmin edici bir akıcılığa ulaştıklarını ve %7'si çok az tatmin edici düzeyi sürdürdüğünü göstermektedir. Konuşma Performansı Anketi'nde katılımcıların yaklaşık %80'i 12-24 ay terapi sonrası konuşmalarını iyi ya da orta olarak değerlendirmiştir, konuşmalarını kontrol etmek için akıcılık becerilerine sahip olmaya ihtiyaçları olduğunu açıklamışlardır ve %23'ü artık kendilerini kekeme olarak görmediklerini bildirmiştir.

Craig ve arkadaşları (1996) tarafından yapılan çalışmanın birinci amacı üç terapi programının etkinliğini karşılaştırmak, ikincisi ise bu üç terapinin etkililiğini terapi almayan kontrol grubuyla karşılaştırmaktır. Bu üç program yoğun pürüzsüz konuşma, yoğun elektromiyografi geri bildirim ve ev temelli pürüzsüz konuşmayı içermektedir. Çocuklar ve ergenler üç program bağlamında, kekelenen hece yüzdesi ve dakikada sesletilen hece bazında değerlendirilmiştir. Tekrarlı ölçümler analizi bulguları, kontrol ve terapi grupları arasında tüm ölçümler bakımından anlamlı düzeyde bir fark olduğunu göstermektedir. Kontrol grubunun kekemelik düzeyinde zaman boyunca herhangi bir farklılık görülmemesine rağmen, terapi gruplarında tüm konuşma bağlamları bakımından "çok düşük" düzeye (ortalama < %1) ulaşılmıştır. Kekemelikte %85-%90 oranında akıcılık başarısı sağlamışlardır. Kekemelik şiddeti 3. ay ve 1 yıl izleme aşamasında ortalama %3'ün altında artış görülse de bu istatistiksel olarak anlamlı bir fark değildir. Bulgular 9-14 yaş arası üç deney grubunun terapi sonrası uzun dönemli verilerinde %70'in üstünde bir oranda başarıyı göstermektedir. Grup başarısını karşılaştırmak için kesme noktasının (%2) altında olan yüzdeler kullanıldığında, EMG geri bildirim yöntemi ve ev temelli terapi grubu daha başarılı bulunmuştur. Bu araştırma, kekemeliğin genç ergenlerde uzun vadede önemli ölçüde azaltılabildiğine pozitif kanıt sağlamıştır. Mevcut araştırmanın sonuçları, üç terapinin de 9-14 yaş arasındaki kekeme çocuklar için oldukça başarılı olduğunu ve terapi etkililiği bakımından grupların ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermiştir.

Ryan ve Ryan (2009) kekemeliği olan okul çağı çocuklarının akıcılıklarını geliştirmek için 4 farklı başlangıç programını (geleneksel, geciktirilmiş işitsel geri dönüt (DAF), durma ve GILCU) karşılaştırmışlardır. Program sekiz devlet okulu kliniğinde 16 (8'i ilkokuldan, 8'i ortaokuldan) çocuğun katılımı ile her birinin kendi okulunda uygulanmıştır. Tüm terapi programları çocuklarda önemli gelişim sağlamıştır. Çocukların tamamı akıcılıklarını klinik dışına transfer edebilmiştir. DAF en az sürede amacına ulaşan program olmuştur, fakat terapistlerin doğru bir şekilde sistemi kullanması zor olmuştur. GILCU programı genel sonuçlar bakımından en başarılı program olmuştur. Transfer ve koruma programları genelleme ve akıcılığı korumayı sağlamıştır. İzleme verileri çocukların artmış olan akıcılıklarını sürdürdüklerini göstermektedir.

Perkins ve arkadaşları (1974) iki farklı kekemelik terapi yaklaşımını, etkililik, verimlilik ve etkinin kalıcılığı bakımından karşılaştırmışlardır. Birinci gruptaki 27 katılımcıyı içeren 1. Yöntem'in odağı, akıcılığı sürdürmek için hızın kontrolündedir. 2. gruptaki 17 katılımcıyı içeren 2. Yöntem ise akıcılık, nefes akışı, sözcükleri birleştirme ve prosodin normal yönetimini kolaylaştırmak için konuşma hızının kontrolünü hedeflemektedir. Her iki yöntemde de akıcılık

artmıştır. Birinci grubun %92'si ve ikinci grubun tamamı terapiden altı ay sonra var olan gelişimi korumuştur. Her iki grubun %70'i, terapi sonunda, akıcısızlıklarını %85'e varan oranda ve daha fazla düşürmüştür. 6 ay sonra birinci grubun sadece %30'u aynı seviyeyi korurken ikinci grupta bu oran %53 olmuştur. Kekemeliği %85 azaltma bir kriter olarak belirlendiğinde (normal konuşma) birinci grubun %44'ü, ikinci grubun ise %65'i bu kritere ulaşmıştır. Dinleyiciler grup 1'i normal konuşuculardan daha yavaş ve daha az ifade edici bulmuşlardır, ancak akıcılık açısından herhangi bir fark bulamamışlardır. Grup 2 ise daha akıcı olarak değerlendirilmiştir ve normal akıcı konuşmadan farklı bulunamamıştır.

Kekemelik değiştirme yaklaşımının etkililiği

Kekemelik Değiştirme terapisi günümüzde popüler olmaya devam etmektedir (Kehoe, 2012). Ancak bu tip terapilerin etkisi tamamen tartışılmaz değildir, çünkü etkililik sadece kekemeliğin düşüşü olarak ölçülemez, başarı ayrıca içsel faktörlerle de ilişkilidir. Örneğin, bireyin kendisi hakkında daha olumlu hissetmesi, iletişim fırsatlarından daha az kaçınması, artmış bir özgüvene sahip olması ya da diğer gelişmeler rahatlıkla gözlenemeyebilir (Damico ve ark., 2012). KD yaklaşımının etkililiğine ilişkin az sayıda çalışma vardır. Bu çalışmalardan sadece bir tanesi (Blomgren ve ark., 2005) ASJLP (2006) deneme kalite standartlarını karşılamıştır (Kehoe, 2006).

Blomgren ve arkadaşları (2005) yetişkin kekemeliği olan 90 bireyle 3 haftalık bir kekemeliği değiştirme programının (Başarılı Kekemelik Yönetimi Programı, Successful Stuttering Management Program-SSMP) etkililiğini incelemiştir. SSMP yaklaşımının altında yatan mantık, herhangi bir durumda aşırı bir stres yaşamadan ve kendisini veya dinleyiciyi gerginliğe itmeden kekemeliği olan bir birey olarak iletişim kurabilmesi için kekemelere kendi kekemeliklerini ve konuşmalarını yönetebilmeyi öğretmektir. Terapiden önce, terapiden sonra ve altı ay sonra katılımcılara bir dizi akıcılık ve duygusal temelli değerlendirmeler yapılmış ve sonuçlar değerlendirilmiştir. Bağımlı değişkenler kekemelik şiddeti, Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı (SSI), Kekemelik Algıları Envanteri (PSI), Denetim Odağı Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Çok Bileşenli Anksiyete Değerlendirme Aracı (MCAI-IV) ve Durumluk Kaygı Envanteri puanlarıdır. Terapinin sonunda SSI ve PSI'nin Çabalama, Kaçınma ve Beklenti alt testlerinde anlamlı düzeyde gelişme bulunmuştur. Altıncı ay değerlendirmelerinde ise gelişime ilişkin anlamlı fark yalnızca kekemeliğe ilişkin katılımcı algılarında (PSI'nin kaçınma ve beklenti alt testleri) ve MCAI'nin duygusal işlev görmeye ilişkin Psişik (Psychic) ve Somatik Anksiyete alt tesleri ölçümünde görülmüştür. Bulgular, SSMP'nin özünde anksiyolitik bir terapi olduğunu göstermektedir. Amaçlar, kaçınma davranışını, beklenti; sosyal ve bilişsel kaygıyı kekemeliğe duyarsızlaştırma yoluyla azaltmaktır. SSMP bazı kaygı azaltıcı etkiler sağlamıştır ancak kekemeliğin çekirdek davranışlarını azaltmada yetersiz bulunmuştur

Ladouceur ve arkadaşları (1981) kekemeliği olan 16 bireyden oluşan bir katılımcı grubuyla düzenli solunum yöntemi öncesi sistemik farkındalık eğitiminin akıcılığı artırıp arttırmadığını incelemiştir. Katılımcılar rastgele olarak "farkındalık eğitimi ve düzenli solunum yöntemi" ve yalnızca "düzenli solunum yöntemi" grubu olmak üzere iki gruba ayırmışlardır. Tüm katılımcılar ikişer kez doksan dakikalık süre ile tek tek gözlemlenmiştir. Katılımcılara konuşmalarının

kaydedildiği söylenmiştir. Kekemelik yüzdeleri ve konuşma hızları analiz edilmiştir. Araştırma bulgularına göre farkındalık eğitimi grubu, kontrol grubuna oranla kekemelik şiddetlerini anlamlı düzeyde azaltmıştır. Fakat asıl önemli gelişme düzenli solunum yöntemi sunulduktan sonra görülmüştür. Kekeleme oranının %5 seviyesine düştüğü görülmüştür. Birinci ay izleme verilerinin başlangıç düzeyine göre anlamlı düzeyde düştüğü belirtilse de, kekemelik şiddeti ortalama %5 olarak bulunmuştur. Araştırmacılar bu sonuçları tatmin edicilikten uzak olarak tanımlamıştır ve izleme yapmamayı tercih etmişlerdir.

Akıcılık biçimlendirme ve kekemeliği değiştirme yaklaşımlarının entegre kullanımının etkililiği

Peters ve Guitar (1991) KD ve AB terapilerinin birbirlerini tamamladıklarını ve sıralamada her iki seçeneğin eşit şekilde sonuçlar verdiğini belirtmektedir. Yapılan etkililik çalışmaları, uygulamanın hangi program ve tekniklere ağırlık vermesine göre çeşitlilik göstermektedir. Kekemelik için Amerikan Enstitüsü'nün yoğun terapi programı-AIS ([http-11](http://11)), Kekemelik için bilişsel, duygusal, dilbilgisel, motor ve sosyal model (CALMS) (Healey and Scott, 2004), Ergenler ve Yetişkinler İçin Çok Boyutlu Kekemelik Terapisi yaklaşımı (Gabels, 2008) gibi pek çok model veya program AB ve KD bileşenlerini içermektedir.

Humphrey ve arkadaşları (2001) akıcılık biçimlendirme ve kekemelik değiştirme yaklaşımlarının birleşimiyle 11 yaşındaki iki dilli (İngilizce ve Arapça) ikizlerle bir vaka çalışması yapmışlardır. Terapinin dili Arapçadır. Bu vaka çalışmasında Arapça okumada kekemelik hece yüzdesi %27 ve %18'den %2'ye düşürülmüştür ve akıcılık İngilizce okumaya genellenmiştir (akt: Shenker, 2011).

Baumeister ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan araştırmada uygulama durumlarında kekemelik için bir terapötik uygulama çalışması yapılmıştır. Yaşları 9-19 arasında değişen vakalar, çocuklar ve ergenler için düzenlenen bir kekemelik terapisi yaz kampına katılmışlardır. Katılımcıların kekemeliklerini daha açık kullanmaları ve akıcı konuşma için temel becerileri kazanmaları hedeflenmiştir. Program, akıcılık biçimlendirme ve kekemelik değiştirme terapilerinin unsurlarını içermiştir. Terapi öncesi iki değerlendirme, terapiden sonra ve takip döneminde birer değerlendirme yapılmıştır. Değerlendirmeler için üç tip test kullanılmıştır. Bunlar; videoya kaydedilmiş üç konuşma örneği, katılımcılar ve onların aileleri için dört anket ve Hedef Edinme Ölçeği'dir. Araştırmanın bulgularına göre kekemelik sıklığı %22.2'den %9.5'e düşüş göstermiştir (etki boyutu 1.29). Hedef Edinme Ölçeği ve tüm anketlerin sonuçları bir gelişme sağlandığını göstermiştir.

Pollard (2012) tarafından, 3 haftalık yoğun kekemelik terapi programının açık ve örtük kekemelik belirtileri ve katılımcıların sosyal kaygıları üstündeki etkililiği incelenmiştir. Araştırmacılar kekemeliği olan 5 yetişkin bireyden kendini değerlendirme ölçümleri; terapiden önce ve sonra konuşma örnekleri toplamışlardır. Bu programın hedefleri bireyin kekemeliğini kabul etmesini, kaçınma durumlarının yok edilmesini, kekemeliğin duygusal ve bilişsel bileşenlerinde değişimler sağlanmasını, kekemelik değiştirme ve akıcılık biçimlendirme yöntemlerinin geliştirilmesini ve terapilerin ardından konuşma yönetiminin devam etmesi için seçimler sağlanmasını içermektedir. Araştırmanın bulguları tüm katılımcılarda akıcısızlıkların azaldığını göstermektedir. Bu ilk veriler, uygulanan yoğun programın, kekemeliği kolaylaştırma, konuşma

yönetimi, psikolojik ve tutumsal yönetim hedeflerini büyük ölçüde gerçekleştirdiğini ortaya koymuştur.

Dil ve Konuşma Bozuklukları Alanında Tele-Terapi

Tele-terapi (tele-sağlık) genel tanımıyla, uzak mesafedeki bireylere destek ve sağlık hizmeti sunmada, bilgi ve telekomünikasyon teknolojisinin kullanılmasdır (Wilson ve ark., 2004). Bu yöntem sunumu, kullanıldığı profesyonel alana göre, tele-terapi, tele-sağlık, tele-odyoloji, tele-tıp, tele-rehabilitasyon gibi farklı isimlerle adlandırılmaktadır. Bu yöntem sadece müdahale değil, önleyici, teşvik edici ve iyileştirici hizmeti de kapsamaktadır (Maheu ve arkadaşları, 2001). ASHA'ya göre bu yöntem, dil ve konuşma bozuklukları alanında, klinisyenlerin vakalarla veya klinisyenlerin diğer klinisyenlerle değerlendirme, müdahale ve/veya konsültasyon yapmak için bağlantı kurmada iletişim teknolojilerini kullanmalarıdır (ASHA, 2004). Bu hizmet sunumu tele-tıp hizmetlerinin önemli bir yan disiplini. Yöntemin geçmişi, tıp ve benzeri alanlardakine göre daha kısa olmasına rağmen kısa sürede bir uygulama alanı olarak öne çıkmıştır (Brienza ve McCue, 2013). Sağlık ve rehabilitasyon gibi alanlarda yapılan araştırmalarda yerinde sunulan hizmetlere, geçerli bir alternatif olduğu ortaya konulmuştur (Schopp ve ark., 2000; Elford ve ark., 2000; Neubeck ve ark., 2009; Davis ve ark., 2014; Seghers ve ark., 2015).

İnternet başta olmak üzere bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişim günlük yaşantımız içerisinde önemli bir yer tutmaktadır. Ülkemizde İnternete erişim oranı 2014 TÜİK verilerine göre %60,2'dir ve hızla artmaktadır (http-2). Özellikle çocuklar yetişkin bireylere göre teknoloji kullanımında büyük bir beceri göstermektedirler (Towey, 2013). Artık yeni bir dijital dil kullanılmakta ve 10 yıl önce ancak hayal edilebilecek bir şekilde iletişim kurulmaktadır (Towey, 2013). Bu gelişmelerin hızlanmasıyla birlikte hayatın her alanında teknolojinin izleri görülmeye başlanmıştır. Birçok alanda klasik yöntemler yerini teknolojik araçları içeren yeni yöntemlere bırakmıştır (CRNBC, 2011). İnternet erişiminin geliştiği ve iletişim yazılımlarının ücretsiz olarak kullanılabilirdiği günümüzde tele-terapi uygulamaları yaygınlaşmakta (Valentine, 2014) ve dil-konuşma bozuklukları olan bireylerin de bu yöntemden yarar görebileceğine yönelik bulgular artmaktadır (Carey ve ark., 2010; 2012).

Dünya popülasyonunun %10'unun, yani yaklaşık 650 milyon kişinin çeşitli yetersizlikler yaşadığı tahmin edilmektedir (Mashima, 2008). Ülkemizde ise çeşitli yetersizlikler yaşayan birey sayısı yaklaşık 8.5 milyondur (OZIDA, 2010). Popülasyonun büyümesi, yaşlanma ve medikal gelişmeler sağlık ve rehabilitasyon hizmetlerine olan talebi giderek arttırmaktadır. Buna karşın bu alanda hizmet sunan uzmanların kısıtlılığı söz konusudur (Mashima ve Doarn, 2008). Bu bakımdan dünyanın uzak yakın pek çok bölgesinde yaklaşık 50 milyon çocuk ve yetişkinin pek çoğu tele-terapi (tele-sağlık veya tele-rehabilitasyon) için adaydır (Brienza ve McCue, 2013).

Bu hizmet sunum şekli hizmete erişimin sınırlı olduğu durumlarda bir alternatif olarak değil, pek çok avantajıyla cazip bir sunum şekli olarak değerlendirilmelidir. Zira kimi araştırmacılar dil ve konuşma bozuklukları alanında son 40 yılda hizmet sunumunda çok az değişim olduğunu belirtmektedirler. Uygulamalar 21. yüzyılın beklenti ve ihtiyaçlarının oldukça gerisindedir. Bazen terapistler terapilerde

bilgisayar kullanılmaktadır ama çoğu uygulama, basılı materyallerin dijital hale getirilmiş şeklindedir. Terapistler, masada vakanın karşısına oturmakta ve materyalleri kullanarak vakanın çalışmaları yapması ve temel konuşma görevlerini gerçekleştirmesi için girişimlerde bulunmaktadır. Böylece vakaların terapiden bir şekilde kazanç sağlayacaklarını ve bunu farklı ortamlara genelleyeceklerini ummaktadırlar (Towey, 2013). Oysa tele-terapi, bireylere kendi yaşadıkları ortamda, çok az maliyetle ve zengin bir içerikle terapi sunumuna olanak vermektedir (Brienza ve McCue, 2013; Towey, 2013).

Tele-terapinin temel özellikleri

Tele-sağlık, tele-tıp veya tele-terapi, özellikle sağlık hizmeti kaynaklarının ve uzmanların kısıtlı hatta var olmadığı kırsal ve uzak bölgelere hizmet ulaştırmak amacıyla ortaya çıkmıştır (Pong ve Hogenbirk, 2000). Ancak son yıllarda tele-terapinin, sadece mesafeler arasında geleneksel konuşma terapisinin video konferans ile uygulandığı bir yöntem değil, tamamen yeni ve hatta bazı açılardan daha iyi bir uygulama yöntemi olduğu belirtilmektedir. Bu sunum şeklinin; güvenilir, vakaların memnun olduğu ve başarılı birçok adaptasyonu bulunmaktadır (Towey, 2013).

Tele-terapide, vaka ve klinisyenin gerçek zamanlı olarak interaktif etkileşim kurması “senkronize”; görüntülerin, test sonuçlarının veya verilerin alınması ve iletilmesi (depolama ve ilerleme) ise “asenkronize” olarak tanımlanmaktadır (ASHA, 2014). İlk çalışmalar çift yönlü görüntü alışı gibi içeriklere sahipken (Whitten ve ark., 2000) son yıllarda senkronize, veri transferi-depolama ve otomatik sistemler gibi bileşenleri içermektedir (Whitten ve Syhpher, 2006).

Tele-terapi günümüzde hizmet sunmak amacıyla, telefon, videofon, fax makinesi, bilgisayar, videokonferans yazılımı, web kamerası ve mikrofon gibi teknolojilerin kullanımını içermektedir (Mashima ve Doarn, 2008). Hizmet sunumunda maliyetler açısından pek çok alternatif vardır. Ancak dil ve konuşma bozuklukları alanında bir tesisten öbürüne özel bağlantı sağlayan pahalı ve dijital terapi hizmetinin sağlanabildiği “tele-tıp video konferans” sistemleri gerekli değildir. Bu amaçla ücretsiz ya da düşük ücretli güvenilir yazılımlar kullanılabilir (Towey, 2013).

Tele-terapi, geleneksel modele göre daha az maliyetli, daha kullanışlı ve ulaşılabilir ve teknolojik gelişimlere paralel olarak gelişimine devam etmektedir. Tele-terapide interaktif dijital uygulama kullanıldığında terapi klinisyenin bilgisi ya da terapi dosyasındaki terapi materyalleri ile sınırlı değildir (Towey, 2013).

Dil ve konuşma hizmetlerinde tele-terapiyle ilgili alanyazın incelendiğinde, bu hizmet sunum şeklinin etkinliğini destekleyen yeterli kanıt olduğu görülmektedir (Labute, 2011). Ancak konuyla ilgili terminoloji, roller ve sorumluluklar, altyapı, lisans-hizmet içi eğitim, maliyet analizi, ödemeler, vaka ve personelin memnuniyeti, etkililik araştırmaları, uygun vaka seçimi, yasal konular, gizlilik ve güvenliğin korunması gibi yeni meseleler ortaya çıkmıştır (Mashima ve Doarn, 2008, Towey, 2013; ASHA, 2014). Klinisyenlerin mesleki gereklilikler ve faturalandırma, sigorta, telif gibi yasal zorunluluklara uyması gerekmektedir (Towey, 2013).

Türkiye için tele-sağlık hizmetleri çok yeni bir konudur. Türkiye’de tele-sağlık ve tele-tıbbı dikkatlerin çekilmesi, Bilişim Zirvesi 2008 kapsamında e-sağlık/tele-sağlık konferansı verilerek başlamıştır (Ertek, 2011). Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü kapsamında 2006 yılında kurulan Tele Sağlık Merkezi Baştabipliği, seyir halindeki ulusal ve uluslararası deniz ve hava araçlarından gelebilecek sağlık yardım taleplerine uzaktan tıbbi yardım danışmanlığı yapmak, gerektiğinde tıbbi tahliye organizasyonunu ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yaparak gerçekleştirmektedirler. Konuyla ilgili yasal mevzuatlar da hazırlanmaya başlamıştır (Tele Sağlık Servisi Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, Sayı 4073, 27 Eylül, 2006) ([http-3](http://3)).

Sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaştırılması ve özellikle maliyet açısından avantajlı yönleri ile tele-tıp uygulamalarının öncelikle uzun süreli takip gerektiren tüm kronik hastalıklarda ve bilgisayar-İnternet uygulamalarının teknolojik entegrasyonun daha kolay olduğu branşlarda ülkemiz için de yararlı olabileceği açıktır (Ertek, 2011). Sağlık Bakanlığı tele-tıp uygulamalarının ülkemizde hayata geçirilmesi için bazı çalışmalar yürütmektedir. Yürütülen proje ile ilk etapta radyoloji ve patoloji alanındaki sağlık hizmeti sunumunun, sağlık-Net omurgası üzerinden ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları arasında uzaktan verilmesi, uzman sayısının yeterli olmadığı hastanelerde ya da konsültasyon hizmeti alınması gereken kompleks vakalarda telafi edici bir rol üstlenmektedir (Özata, 2009).

Ülkemizde tele-sağlık alanıyla ilgili araştırmalar oldukça sınırlıdır. Çalışmaların sıklıkla tıp alanında *asenkronize* ve *depola-ilet* yöntemiyle ilişkili çalışmalar olduğu görülmektedir. Bu model, tıbbi verinin alınmasını ve doktora/uzmana çevrimdışı değerlendirme için gönderilmesini içermektedir. Bu modelde iki tarafın eş zamanlı olarak aktif olmasına gerek yoktur (Joseph, 2008). Bu çalışmaların; dermatoloji (Baba ve ark., 2005; Şenel ve ark., 2010), patoloji (Ongürü ve Celasun, 2000), kardiyoloji (Coşkun ve ark., 2006), konsültasyon (Kuntalp ve Akar, 2004), nöroloji ve KBB (Sakar ve Kurşun, 2010), kronik hastalıklar (Hacibekiroğlu ve ark., 2013), geriatric bakım ve takip (Oğlak ve ark., 2014), medikal eğitim (İstanbullu ve Güler, 2001) ile ilgili olduğu görülmektedir. Özellikle Baba ve arkadaşlarının (2005) ve Türk ve arkadaşlarının (2011) dermatoloji alanında senkronize ve işitsel-görsel öğeleri içeren çalışmaları yerli alanyazın için önemli görülmektedir.

Tele-terapi için teknolojik gereklilikler

Aşağıda tele-terapi için teknolojik gereklilikler sunulmaktadır. Ancak şüphesiz terapi prosedürlerine bağlı olarak bu gereklilikler farklılaşabilir.

1) Bilgisayar: Yeterli işlemci hızına sahip bir bilgisayar gereklidir. Son birkaç yılda satın alınan çoğu bilgisayar yeterlidir. Eğer bir bilgisayar video ve müzik oynatabiliyorsa yeterli kapasiteye sahiptir. Genellikle, dosya indirme hızı 1-1,5 Mbps ise, bilgisayar yeterli kapasitededir (Towey, 2013).

2) Web kamerası, mikrofon ve hoparlör: Tele-terapi için gerekli olan bu donanımlar dizüstü bilgisayarlarda genellikle yerleşik durumdadır veya USB üzerinden harici olarak eklenebilir. Böylece donanımı hareket ettirme olanağı artar (Towey, 2013). Ayrıca klinisyen ve vaka arasında yüksek netlikte görüntü alış verişi önerildiğinden dolayı daha yüksek çözünürlüklü bir kamera edinilebilir

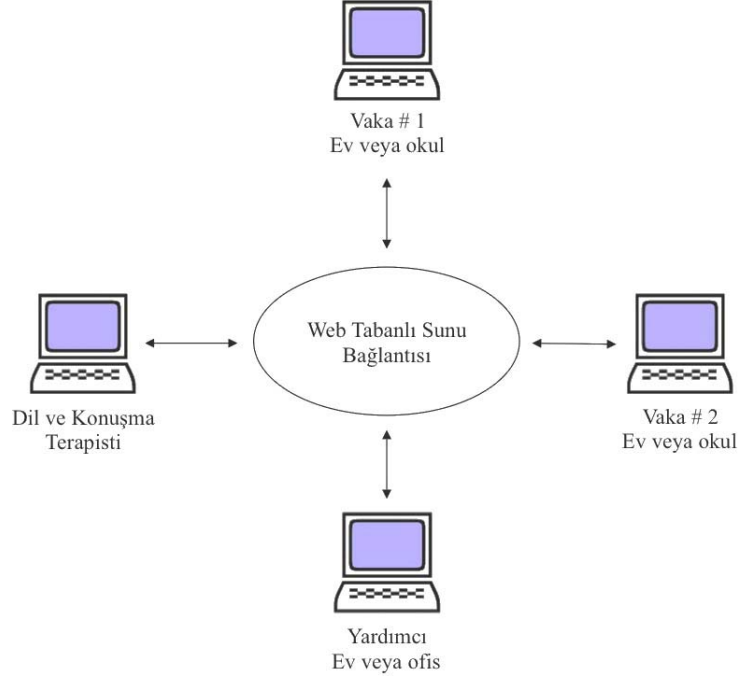
(Malagodi ve ark., 1998; Towey, 2013). Doküman kameraları ya da yüksek çözünürlüklü diğer özelleştirilmiş kameralar da (örn: fiberoptik videoendoskoplar) kullanılabilir (ASHA, 2014).

3) İnternet Bağlantısı: Tele-terapi için güvenli ve yüksek hızlı İnternet bağlantısı gereklidir (Towey ve ark., 2013). Tele-terapi bağlantısının farklı sistemlerde faaliyet göstermesi (Mac ve PC), güvenliğin korunması için ağ güvenlik duvarları ve diğer güvenlik önlemleri de önemlidir (Saptono ve ark., 2009; akt: Towey, 2013).

Mevcut bant genişliği iletişim ağındaki kullanıcıların sayısıyla azaltılabilir (örneğin, okullarda yoğun kullanım zamanları sırasında). Yüksek çözünürlüklü (HD), çift video sunumu ya da çoklu arama özelliği için yüksek hızlı bağlantı gerekli olabilir. Düşük bant genişliği gecikmeler, titremeler ve veri kaybına sebep olabilir ve klinik karar vermede ya da normal iletişimsel söylemde sinyal kalitesini engelleyebilir. Alternatif bir bağlantı kurmak (örn: telefon, e-posta) katılımcılara bağlantı sorunlarını giderme ya da seansı tekrar programlama imkânı sağlar (ASHA, 2014).

4) Terapist ve Vaka Arasında Kullanılan Sistem: Terapist ve vaka arasındaki bağlantının mümkün olabilmesi için terapistlerin online bir web host kullanması gerekmektedir. Bağlantı, video konferans ile benzer olmakla birlikte bazı önemli farklılıklar bulunmaktadır. Online video bağlantısı, web tabanlı çeşitli sistemler ve elektronik medikal kayıtları bütünleştiren uygulamalar gibi sistemler de içeren bir takım düşük maliyetli, esnek web-hosting uygulamalarına kolaylıkla ulaşılabilir. Yüksek ücretli donanım veya özel programlar zorunlu değildir. Vakalar için kolay giriş yapılabilen bir sistem önerilmektedir (Towey, 2013).

Şekil 1, web tabanlı tele-terapi bağlantısını göstermektedir. Sistemde terapist resimli bir yönergeyle sisteme giriş bilgilerini e-postayla gönderir ve vakalar girişi yapar. Terapist vakanın girişini kabul eder. Diğer vakalar, klinisyenler veya e-yardımcılar da sisteme izin dahilinde giriş yapabilirler (Towey, 2013).



Şekil 1. Düşük maliyetli ve yüksek kaliteli web tabanlı tele-terapi bağlantısı (Towey, 2013)

Seçilen tele-terapi sistemi a) klinisyen-vaka arasında dosya paylaşımı yapılabilmesi, b) kullanışlı formatlarda ses-görüntü depolayabilme (Saptano ve ark., 2009), c) vaka ve terapistlere yazma ve çizme imkanı sunan beyaz tahta uygulaması, (ç) aynı anda birden çok terapi materyaline ulaşabilme, d) materyallerin kolayca tam ekran görülebilmesi, e) terapist ve vakanın görüntülerini farklı boyutlandırma özelliği (Towey ve ark., 2013), f) çevrimiçi sunum ve g) metin sohbeti (ASHA, 2014) gibi özellikleri içermesi beklenmektedir.

Tele-terapi için uygun vaka seçimi

Vakalarla ilgili çeşitli faktörler onların tele-terapiden alacağı faydayı etkileyebilme potansiyeline sahiptir. Bu potansiyeller ASHA (2005) tarafından aşağıdaki gibi listelenmiştir:

- Vakanın; işitme ve görme yetisi, el becerisi (örneğin; gerekli ise bir klavyeyi çalıştırma) ve fiziksel dayanıklılık (örneğin, uzun süre oturabilme) gibi alanlarda fiziksel ve duyuşsal özellikleri yeterli olmalıdır.
- Vakanın bilişsel ve davranışsal özellikleri sürece aktif katılım için önemlidir. Bu kapsamda bilişsel işlev görme, dikkati sürdürme (örn., bir video monitörüne), bir kamera önünde oturma ve görüntü çözünürlüğünü olumsuz etkilemekten kaçınmak için konu ile ilgisi olmayan hareketleri en aza indirebilme gibi becerilere sahip olmalıdır.
- Tele-terapi aracılığıyla hizmet almak için vakanın ve (gerekliyse) ailenin/bakıcının istekli olması önemlidir.
- Vakanın işitsel anlama, okuryazarlık, konuşma anlaşılabilirliği gibi konularda iletişimsel yeterliliği önemli olmaktadır. Ayrıca kültürel/dilsel değişkenler de dikkate alınmalıdır. Gerekirse bir tercümandan yardım alınmalıdır.

- Vakaların/hastaların destek kaynakları yeterli olmalıdır. Gerekli teknolojinin var olması, erişim (örn., telekomünikasyon ağı, kolaylaştırıcı) ve tele-terapi için uygun çevre (örneğin; en az dikkat dağıtıcı etkenin olduğu sessiz bir oda) mevcut olmalıdır. Vakanın, bakıcının ve/veya kolaylaştırıcının sistemi kullanmak, teknolojideki çıkan sorunu gidermek ve geçişleri yapmak için yönergeleri takip edebilmesi gereklidir.

Roller ve sorumluluklar

Tele-terapiyle ilgili yalnızca klinisyenler yetki ve sorumluluk sahibi değildir. Tele-terapiyle yeni roller ve sorumluluklar, hizmet içi eğitim gibi yeni konular ortaya çıkmıştır. Tele-terapi programını uygularken paydaşların yani yöneticiler, sponsorlar/ödeyenler, teknik personel, destek elemanları öğretmenler, multidisipliner ekip üyeleri, öğrenciler, ebeveynler, hastalar, aile üyeleri ve bakıcıların desteğini almak gerekmektedir (ASHA, 2014).

Klinisyenin sorumlulukları

ASHA'ya göre tele-terapi hizmeti verecek profesyonellerin ASHA Etik Kodlarından, Etik Prensipleri 2'ye ve kişilerin eğitim düzeyleri ve deneyimleri göz önüne alındığında mesleklerinin sadece kendi yeterlilikleri dahilindeki yönleriyle meşgul olmaları gerektiğini belirten Kural B'ye uymalarını gerekmektedir (ASHA, 2010). Tele-terapi yoluyla hizmet sağlamada odyologların ve DKT'lerin rolleri ve sorumlulukları şunlardır (ASHA, 2014):

- Hizmet sunumunda kullanılan uygun teknoloji modellerini anlama ve uygulama;
- Hizmet sunumunda kullanılan teknolojinin özelliklerini ve işlemlerini anlama;
- Tele-sağlık ekipmanlarının ve klinik araçların kalibrasyonunu yapma ve ayarlama;
- Tele-terapi yoluyla değerlendirme ve müdahale hizmetleri almaya uygun bireyler seçme;
- Kullanılan teknolojiye uygun değerlendirme-müdahale yöntemleri seçme ve kullanma; vakaya/hastaya ve bozukluğa ilişkin değişkenleri göz önünde bulundurma;
- Tele-terapi yoluyla hizmet alan bireylerin tanılama, değerlendirme, terapi ve iletişim bozukluklarını/farklılıklarını yönetme süreçlerini etkileyen kültürel ve dilbilgisel değişkenlere karşı duyarlı olma;
- Hizmet sunumunda, uygun bir şekilde destek personeli kullanma ve onları eğitme;
- Mevcut araç ve yöntemlere aşina olma ve sağlanan hizmetlerin etkililiğini değerlendirme ve sonuçları ölçmek için onları uygulama;
- Dokümantasyonu uygun şekilde sürdürme (tele-terapi hakkında bilgilendirmeye ilişkin onay vb.);

- Tele-terapinin güvenlik ve gizlilik koruması, hizmetler için ödeme, lisans, yükümlülük ve terapide hatalı uygulamalar gibi konuları içeren, var olan kural ve düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olma ve uyum sağlama;
- Zamanında yönlendirme yapabilme ve takip hizmetleri için hekimler ile iş birliği içinde olma (Hofstetter ve ark., 2010);
- Bireylerin süreçle meşgul olması için, sanal ortamlar ve kişisel olarak ilgi çekici aktiviteler için web tabanlı teknolojileri kullanma (Towey, 2012).

Tele-terapi teknolojik gelişmeler doğrultusunda sürekli gelişmektedir. Teknoloji ve potansiyel klinik uygulamalardaki değişikliklere olan aşinalığın ve uzmanlığın sürdürülebilmesi için devam eden teknik destek, eğitim ve öğretim gerekmektedir (ASHA, 2014). Tele-terapinin uygun şekilde işleyişinde vakaya yardım eden e-yardımcıların teknik ve eğitimsel becerileri önemlidir. Klinisyenin sürecin etkili, sorunsuz ve güvenilir şekilde işleyişinde bağlantıyı ve dijital sistemi yönetme becerisine ilişkin teknik becerileri, kişiler arası ilişkileri ve terapötik becerileri kritik önemdedir (Towey, 2013).

Yardımcıların (e-yardımcı) sorumlulukları

Kurumsal, devlet politikaları ya da yönetmelikler tarafından kısıtlanmadığı sürece yardımcılık için eğitilmiş olan hemşire, odyolog ya da DKT yardımcısı, tele-odyoloji klinik teknisyeni, tele-sunucu (telepresenter) ya da tercüman, aile üyesi, bakıcı gibi başka bir destek personeli vakalara yardımcı olabilir (ASHA, 2014). Yardımcılar, bir konuşma tele-terapisi oturumu sırasında vakayı destekleyen kişilerdir. E-yardımcılar pasif gözlemciler değildir. Seansta iki tarafın iletişim kurmasına yardım etmede, terapi tekniklerini öğrenmede ve gün boyunca gerçekçi aktivitelerle vakaların bağımsızlık hissi geliştirmelerini desteklemede aktif rol üstlenirler (Towey, 2013). Oturumu yönlendirmek ve kolaylaştırıcı bireyin yardım etmek için yeterince eğitim almış olmasını sağlamak dil-konuşma terapistinin sorumluluğudur (ASHA, 2014).

Güvenlik, gizliliğin korunması ve etik

Mahremiyetin ve gizliliğin korunması için kullanılan sistem güvenli bir iletişim ortamı olmalıdır (Saptano ve ark., 2009). Tele-terapide güvenlik; şifreleme, benzersiz parolalar, her görüşmenin farklı şekilde numaralandırılması, sanal özel ağ ile güvenli bağlantı (VPN) ve donanım/yazılım duvarları yoluyla elde edilebilir. Towey'e göre tele-terapide; özel bir güvenlik departmanına sahip olan, terapistin seansa kimin erişeceğini kontrol edebileceği, sisteme girişin şifre gerektirdiği ve 128-bit SSL şifreleme standardı kullanılan bir tele-konferans sistemi kullanılmalıdır. Ayrıca Towey, ABD yasalarına veya global standartlara ilişkin WebTrust, HIPAA ve FERPA gibi standartları karşılayan sistemlerin kullanılmasını salık vermektedir (Towey, 2013). Görüldüğü gibi tele-terapinin belirtilen bu yönlerine dikkat etmek oldukça zahmetlidir (Carey ve O'Brian, 2012).

Dil ve konuşma terapisi hizmetlerinde tele-terapi

Tele-terapi, giderek sağlık hizmetlerinin sunum sistemlerine daha fazla entegre edilmektedir. Dil ve konuşma bozuklukları alanında tele-terapi uygulamaları; yetişkin nörojenik konuşma ve dil bozuklukları, kekemelik, ses bozuklukları,

larenjektomi, yutma ve artkölasyon, dil bozukluklarını içeren pediatrik popölasyon alanlarında geliştirilmiştir (Theodoros, 2008). Bunların yanı sıra, tele-terapi iletişim bozukluklarının değerlendirilmesi ve terapisinde yaygın olarak kullanılmaktadır.

Dil ve konuşma terapistliği alanında son 20 yıldır tele-terapiyle ilgili araştırmalar yapılmaya devam etmektedir (akt: Theodoros, 2012). Bu araştırmalarda pek çok bozukluk üzerinde yöntemin etkililiği incelenmiştir. Konuşma sesi bozuklukları (Crutchley ve ark., 2010; Hall ve ark., 2013), otizm (Parmanto ve ark., 2013; Boisvert, 2012), afazi (Hill ve ark., 2009; Steele ve ark., 2014), dizartri (Hill ve ark., 2006), akıcılık bozuklukları (Lewis ve ark., 2008; Irani, 2010; Carey ve ark., 2012; Valentine, 2015), dil bozuklukları ve bilişsel bozukluklar (Brennan ve ark., 2004; Waite ve ark., 2010; Hall ve ark., 2014), disfaji (Perlman ve Witthawaskul, 2002; Malandraki ve ark., 2014), ses bozuklukları (Mashima ve ark., 2003; Tindall ve ark., 2008; Towey, 2012) bu bozuklukların başlıcalarıdır.

Araştırma alanı ve demonstrasyon projeleri, tele-terapinin geniş vaka grubuna hizmet sunmada esnek, etkili ve uygun bir model olduğuna ilişkin kanıtlar sunmuştur. Alanyazına göre pek çok ülkede klinisyenler tele-terapiyi kullanarak hizmete erişimi sınırlı olan vakalarda tanılama, değerlendirme ve terapi sunmada kullanılabilirliğini keşfetmektedirler (Mashima ve Doarn, 2008). Vaka ve klinisyen memnuniyetine ilişkin araştırmaların bulguları da oldukça olumludur (akt: Theodoros, 2012).

Alanyazında konuyla ilgili 3 gözden geçirme çalışmasına ulaşılmıştır (Mashima ve Doarn, 2008; Reynolds ve ark., 2009; Theodoros, 2012). Bu çalışmalar arasında yalnızca Reynolds ve arkadaşları (2009) çeşitli kriterlerle araştırmaları derecelendirerek incelemiştir. Modifiye edilmiş bu öyküleyici gözden geçirme çalışmasında tele-terapiyle ilgili alanyazındaki 28 çalışma; desen, örneklem, katılımcı seçimi ve ölçüm yapılan çıktılar gibi kriterlerle incelenmiştir. Araştırmacılar bu çalışmalardan 5'inin yüksek düzeyde kanıtlar sunduğunu bulmuşlardır. Araştırmacılar tarafından çalışmalar arasında değerlendirme yöntemleri, terapi hedefleri ve kullanılan teknoloji bakımından bir tutarlılık olmadığı görülmüştür. Ön çalışma niteliğinde ve geçerlik-güvenirlik düzeyleri sınırlı olan araştırmaları içeren alanyazının çoğu düşük düzeyde kanıtlar sunmaktadır. Spesifik bozukluklara ilişkin tanılamanın geçerliği, terapi tekniklerinin etkililiği ve hangi teknolojinin etkili olduğu gibi konularda cevaplanmamış pek çok soru vardır. Araştırmacılar çalışmada yetişkinler için nörojenik iletişim ve ses bozukluklarında yeterli kanıtlar olduğu, ancak diğer bozukluklarda ve pediatrik grupta kanıtların yetersiz olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Theodoros'a (2012) göre tele-terapi alanındaki araştırmalar, büyük ölçüde çocuklar ve yetişkin popölasyonda; yetişkin nörolojik iletişim bozuklukları, ses bozuklukları, kekemelik; artikölasyon, dil ve okuma bozukluklarıyla ilgilidir. Son çalışmaların sunduğu kanıtlar, bu yöntemle disfajinin yönetimi ve larenjektomili hastaların takibini desteklemektedir. Ancak bu gözden geçirme çalışmalarından sonra alanyazında belirtilen eksiklikleri telafi eden çalışmalar da mevcuttur. Örneğin; Boisvert (2012) otizmlili çocuklarda; Grogan-Johnson ve arkadaşları (2010) sesletim bozukluğu olan çocuklarda, Valentine (2015) kekemeliği olan iki çocukta, Carey ve arkadaşları (2012) kekemeliği olan ergenlerde ve Hall ve

arkadaşları (2014) dil bozukluğu bir olan çocukta tele-terapinin etkililiğini incelemişlerdir. Waite (2010b) ise dil, konuşma ve okuma-yazma becerilerinde tele-terapiyle değerlendirmenin ve terapinin etkililiği üstünde çalışmışlardır.

Maliyet-fayda analizi bulgularını inceleyen araştırmalar ise oldukça sınırlıdır (Lowe, ve ark., 2013). Örneğin Tindall ve Heubner (2008) tele-rehabilitasyonun Parkinson hastalarıyla ilgilenen tıbbi görevlilerin iş yükü üstündeki etkisiyle ilişkili bir maliyet analizini yapmışlardır. Araştırmacılar bu yöntemin, personelin önemli düzeyde zaman ve maliyetini azalttığını bulmuşlardır.

Kekemelikte tele-terapi

Kekemelikte tele-terapi araştırmaları alanyazında önemli bir yer tutmaktadır. Mashima ve Doarn'a (2008) göre tele-terapi kekemelik alanında avantajlıdır çünkü konuya özelleşmiş az sayıda merkez vardır ve terapiler uzun soluklu takibi gerektirmektedir.

O'Brian ve arkadaşları (2008) Camperdown Programı hakkında ön bulgular elde etmek için programın etkililiğini incelemişlerdir. Araştırma vaka serilerinde karşılaştırmaz, körlere çıktı değerlendirmeleriyle tekrarlı ölçümler şeklinde yapılmıştır. Katılımcı grubunu 8'i erkek 2'si kadın olmak üzere 10 kekemeliği olan birey oluşturmaktadır. Hiçbir katılımcı kliniğe gelmemiştir, bu nedenle tüm veriler doğal durumlardan toplanmıştır. Araştırmada; terapi öncesi, terapi sonrası ve 6 ay izleme evresi olmak üzere 3 değerlendirme evresi vardır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri kekemelik şiddet yüzdesi, konuşma hızı, katılımcıların kendi kekemelik şiddetlerine verdiği puanlar ve konuşma doğallığıdır. Her bir değerlendirme evresinde telefonda 3 tane 10 dakikalık video kaydı alınmıştır. Bunların birini klinisyenle ve diğer ikisini öğrenciler ve idari personelle yapılan görüşmeler oluşturmaktadır. Çalışmanın bulgularına göre, grupta başlangıç düzeyi kekemelik şiddetine oranla, terapi sonunda %82 ve izleme evresinde %74 oranında kekemelik şiddetinde bir azalma bulunmuştur. Vakalarda programa tepki bakımından anlamlı düzeyde çeşitlilik görülmüştür. Klinisyenlerle ortalama toplam 8 saatlik bir sürecin sonunda, bazı vakalarda kısa sürede kekemelik şiddetinde bir düşüş görülmüştür. Altı katılımcının konuşma doğallığı kontrol grubuyla oldukça yakındır. Bulgular katılımcı görüşleriyle de onaylanmaktadır. Sonuç olarak, bu Faz-1 araştırmasında, bir tele- terapi modelinin zaman ve mekandan kaynaklı problemlerle terapiye erişemeyen vakaların kekemeliğini en azından azaltabileceğini göstermiştir.

Carey ve arkadaşları (2010) Camperdown Programının etkililiğini, Faz-2 çalışması kapsamında, çoklu körlere çıktı değerlendirmesi, randomize kontrollü, eşdeğerlik (non-inferiority) denemeye incelemişlerdir. Araştırmacılar bu programın tele-terapiyle sunum şeklinin yüz yüze versiyonu kadar etkili olup olmadığını incelemişlerdir. Araştırmanın çalışma grubunu yetişkin 20 deney ve 20 kontrol grubu oluşturmaktadır. Veriler 5 evrede toplanmıştır. Bunlar, 1. hafta terapi öncesi, 9 ay post-randomizasyon, 1. gün, 6. ve 12. ay terapi sonu evresidir. Birincil veriler kekemelik şiddeti yüzdesi ve klinisyen tarafından ayrılan zamandır. O'Brian ve arkadaşlarının (2008) çalışmasına benzer şekilde çalışmanın birincil bağımlı değişkenleri kekemelik şiddet yüzdesi ve harcanan klinik saattir. İkincil çıktılar ise konuşma doğallığı, katılımcıların kendi kekemelik şiddetlerine verdikleri puanlar ve memnuniyettir. Araştırma sonuçları 9 ay terapi sonu-

randomizasyon evresinde iki grup arasında bağımlı değişkenler bakımından anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir. Başlangıç düzeyi kekemelik yüzdelerini karşılaştırmak için kullanılan kovaryans analizi, müdahalenin akıcılıklarda %0.8'lik bir düşüşü sağladığını göstermiştir. Gruplar arasında terapi sonu, 6 ay ve 12 ay terapi sonu evrelerinde bir fark bulunmamıştır. Birinci gruba anlamlı düzeyde daha az zaman ayrılmıştır. Sonuç olarak, Carey ve arkadaşları Camperdown Programı'nın tele-sağlık sunumunun verimli, etkili ve uygun olduğunu ortaya koymuşlardır.

Carey ve arkadaşları (2012), ergen grubunda kekemeliğe ilişkin araştırmaların sınırlı olmasına bağlı olarak Camperdown Programının tele-terapi sunum şeklinin, yaşları 13, 15 ve 16 olan, ortalama kekemelik şiddetine sahip üç ergen katılımcıyla Faz-1 çalışmasını yapmışlardır. Katılımcılar klinik katılım olmaksızın İnternet aracılığı ile terapi hizmeti almışlardır. Birincil ve ikincil bağımsız değişkenler, ekibin önceki çalışmalarıyla benzerdir (O'Brian ve ark., 2008; Carey ve ark., 2010), ancak durumlardan kaçınmaya ilişkin ek bir bağımlı değişken eklenmiştir. Çıktılar terapi öncesi, 1. gün, terapi sonu ve izleme evrelerinde değerlendirilmiştir. Katılımcılar ortalama 18 oturum ve klinisyenlerle 11 saatlik çalışmanın ardından koruma evresine geçmişlerdir. Ortalama kekelemede düşüş oranı, koruma evresine girişte %83, 6. ayda %93 ve 12. ayda %74 olarak bildirilmiştir. Bireylerin kendi kekemelik şiddeti değerlendirmeleri bu bulguları doğrulamıştır. Bir katılımcı konuşma doğallığı için normal sınırlara girmeyi başarmıştır (1-3). İki katılımcının konuşma doğallığı kontrol grubundan yüksek, 1 katılımcının ise daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar tele-terapi sunumunun etkili ve etkin olduğunu göstermiştir. Sonuçlar bu terapi programının Faz-2 çalışmalarını sürdürülmesini destekleyen kanıtlar sunmuştur.

Valentine (2014) on bir yaşında iki çocuk üzerinde; doğrudan, hibrid ve tele-terapi olmak üzere üç farklı hizmet sunum şekliyle kekemelik terapisi sonuçlarını incelemiştir. Araştırmanın amacı, tele-terapi oturumlarıyla kısa dönemli hedeflerin korunup korunmadığını incelemektir. İki katılımcı da kendi İnternet bağlantısı ve kişisel dizüstü bilgisayarı ile iletişim kurmuşlardır. Terapi öncesi ve sonrası dönemde, Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Envanteri (SSI-IV) ile değerlendirme yapılmış ve on haftalık müdahale dönemi süresince haftada bir kekemelik şiddeti yüzdesi alınmıştır. Ayrıca çocukların iletişime yönelik tutumlarını incelemek için İletişim Tutumu Testi (CAT-R) kullanılmıştır. Tele-terapi evresinden sonra, çocuklar ve ebeveynler tele-terapi deneyimleriyle ilgili bir anketi yanıtlamışlardır. Genel olarak hem bakıcılar hem de çocuklar pozitif bir tele-terapi deneyimi yaşamışlardır. Her iki çocuk da kekemelik şiddeti bakımından gelişme göstermiştir. Tele-terapi dahil tüm modellerde akıcılıkta gelişme gözlenmiştir. SSI-4 sonuçları bir çocuk için gelişmeye işaret ederken, diğerinde sonuç benzer olarak kalmıştır. Bu sonuçlar araştırmacıya göre akıcılığı geliştirmek ve sürdürmek için tele-terapinin uygulanabilir olduğunu göstermiştir. Araştırmacıya göre bu çalışmanın bir sınırlılığı, konuşmacının kaygılarının ve davranışlarının saptanabileceği transfer aktivitelerine ve grup sunumlarına olanak vermemesidir.

Tele-terapi hakkında görüşler ve memnuniyet

Tele-terapiyle ilgili çalışmalar incelendiğinde vaka, klinisyen, konuyla ilişkili paydaşlar ve sağlayıcıların memnuniyet ve görüşlerini inceleyen araştırmaların olduğu görülmektedir. Olumlu klinik sonuçlara ek olarak, diğer alanlar gibi dil ve konuşma bozuklukları alanyazını, tele-terapiyle ilgili vaka memnuniyetine ilişkin olumlu çıktılar sunmaktadır. Teknolojik gelişmelerle ve günlük hayatımızda bilgisayarın her yerde kullanılmasıyla, sağlık hizmetleri sunumunda, tele-sağlık özellikle teknolojiye ilgi duyan vakalar için arzu edilen bir rol üstlenmektedir (akt: ASHA, 2005; Mashima ve Doarn, 2008).

Tele-terapi modeliyle klinisyen memnuniyeti, yöntemin yaygın şekilde kabul edilmesi ve kullanılması için önemlidir. Tele-terapiyle hizmet veren DKT'lerin çoğu, başlangıçta şüpheci olduklarını kabul etmelerine rağmen, olumlu vaka tepkileri ile uygulamalarında teknoloji kullanımını benimsemişlerdir (Mashima ve Doarn, 2008). ASHA (2005) tarafından yayınlanan DKT'lerin tele-terapi aracılığıyla klinik hizmet sunması hakkındaki teknik raporda, klinisyenin ve yönetimin tele-terapiye desteğinin ve kabulünün başarılı programlar geliştirmek için gerekli olduğu ve genellikle sağlayıcıların hizmet sunumu için tele-terapiyi kabul edilebilir bulduğu belirtilmiştir. Araştırmalar sağlayıcıların eğer kırsal merkezlerde hizmet veriyorlarsa ve tele-terapi teknolojisi ile önceden deneyime sahiplerse daha büyük olasılıkla tele-terapiyi etkili bulduklarını ileri sürmektedir (akt: ASHA, 2005).

Mashima ve arkadaşlarının (2003), tele-terapi yoluyla ses terapisi sundukları çalışmalarında, katılımcıların tamamı terapiden memnun olmuştur ve bu yöntemde etkileşim biçimini olumlu olarak değerlendirmiştir. Crutchley ve Campbell (2010) tarafından gerçekleştirilen, tele-terapide ebeveyn, bakıcı veya öğretmen gibi paydaşların memnuniyetini inceleyen pilot projede genel olarak ebeveynler/bakıcılar, öğretmenler ve yöneticilerin tele-terapiyi okul temelli konuşma dil terapisi için tatmin edici bir hizmet sunum modeli olarak değerlendirdikleri görülmüştür. Whitten ve Love (2005) tele-tıp kullanımında hasta ve hizmet sunanların memnuniyetlerini araştırmışlar ve hastaların genellikle tele-tıp hizmetinden memnun olduğunu ve memnuniyet oranlarının tutarlı şekilde yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Lincoln ve arkadaşlarına (2014) göre teknolojinin yol açtığı zorluklara ilişkin mevcut pek çok rapora rağmen, okullarda tele-terapi hizmet sunumu paydaşlar için büyük ölçüde kabul edilebilir düzeydedir. Ancak hizmet sağlayıcılar, tele-terapi programlarının verimlilik ve kabul edilebilirliğini desteklemek için, süreçleri ve iletişim yollarını planlamada dikkatli olmalıdırlar.

GEREÇ VE YÖNTEM

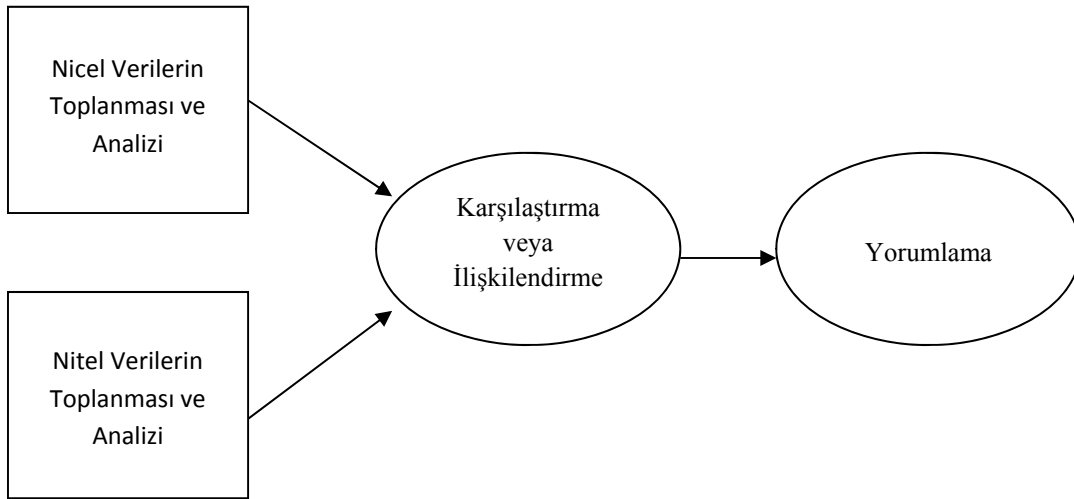
Bölüme Genel Bakış

Bu araştırmanın amacı tele-terapinin araştırmanın bağımlı değişkenleri üstünde etkisini kontrollü incelemek ve tele-terapi grubu katılımcılarının yöntemle ilgili deneyimlerini keşfetmektir. Bir önceki bölümde açıklanan alanyazına uyumlu olarak karma yöntem araştırmasıyla nitel ve nicel araştırma sorularına yanıt aranacaktır. Bu bölümde; öncelikle araştırma modeli, bağımlı ve bağımsız değişkenler sunulmuştur. Sonrasında çalışma grubu, terapi programı, veri toplama ortamı, teknolojik ekipman ve yazılım, veri toplama araçları ve verilerin toplanması süreci ile ilgili bilgiler verilmiştir. Son kısımda, verilerin çözümlenmesi, iç ve dış geçerliği tehdit eden faktörler için alınan önlemler, geçerlik ve güvenilirlik prosedürlerine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Araştırma Modeli

Bu çalışmada tele-terapi ve yüz yüze terapi temelli kekemelik terapisinin bağımlı değişkenler üstündeki etkililiğini incelemek ve tele-terapi deneyimini vaka perspektifine dayanarak derinlemesine keşfetmek hedeflendiği için bir karma araştırma yöntemi olan eş zamanlı desen (convergent parallel design) (Creswell ve Plano Clark, 2011) kullanılmıştır. Bu desen alanyazında üçgenleme (triangulation), paralel çalışma, yakınsak model (convergence model) ve eş zamanlı çeşitleme (concurrent triangulation) olarak adlandırılmaktadır (akt: Creswell ve Plano Clark, 2011). Bu desen genel anlamıyla, bir fenomeni keşfetmeyi hedefleyen bir çalışmada kullanılan yöntemlerin kombinasyonudur ve nitel ile nicel araştırma yöntemlerinin birlikte kullanımını içermektedir (Denzin, 1989; Flick, 2014). Bu yöntemle tek bir yöntemin kör noktaları ve zayıflıkları tamamlanarak telafi edilmekte ve böylece araştırmanın kalitesi artırılmaktadır (Flick, 2014). Karma yöntem alanyazınında net olarak ortaya konulmuş bu stratejide nicel ve nitel araştırma yöntemleri birbirinden bağımsız olarak yönetilmekte ve araştırma aynı zaman veya evrede sona ermektedir (Ivankova, 2015). Araştırma sürecinde ana hatlarıyla nasıl ilerlendiği Şekil 2'de gösterilmektedir.

Eş zamanlı Desen



Şekil 2. Eş zamanlı Desen (Creswell ve Plano Clark, 2011)

Bu araştırma, eş zamanlı desene ilişkin alanyazında önerilen adımlarla yönetilmiştir (Creswell ve Plano Clark, 2011). Öncelikle eş değerde görülen nicel ve nitel veriler eş zamanlı olarak toplanmış, birbirinden ayrı olarak analiz edilmiş ve araştırmanın “tartışma” bölümünde iki veri setinden elde edilen bulgular karşılaştırılmış, ilişkilendirilmiş ve bulguların birbirini destekleyip desteklemediğine ilişkin yorumlar yapılmıştır.

Kanıt temelli uygulamanın amacı; a) klinik uzmanlık/uzman görüşünü, b) mevcut olan en iyi kanıtları ve c) hizmet sunulan bireylerin ilgilerini, değerlerini, ihtiyaçlarını ve seçimlerini yansıtan yüksek kaliteli hizmet sağlamak için hizmet verilen bireylerin ve bu bireylere yardım eden kişilerin bakış açılarını bütünleştirmektir (ASHA, 2005). Kanıt temelli uygulamaların amaçları ışığında, bu araştırmanın nitel ve nitel bulgu setleriyle “uzman görüşüne” ve “vaka değerleri ve tercihlerine” ve “güncel olan en iyi kanıtı belirlemeye” yönelik yeni kanıtlar sunulmaktadır.

Nicel araştırma

Bu çalışmanın nicel araştırma kapsamında; kontrol gruplu, eşitlenmemiş, öntest-sontest-izleme yarı-deneysel modeli kullanılmıştır. Gruplar rastgele değil, katılımcıların koşullarına ve tercihlerine bağlı olarak oluşturulmuştur. Uygulamanın bağımlı değişkenler üstünde etkisi dört aylık bir izleme evresinde incelenmiştir. Araştırmanın nicel verilerini, kekelenen hece oranları, algısal değerlendirme ve test puanları oluşturmaktadır.

Araştırmanın her bir evresi şu şekildedir:

- a) Terapi öncesi değerlendirme evresi (öntest)
- b) Terapi evresi (3 ay terapi evresi)
- c) Terapi sonrası değerlendirme evresi (sontest)
- d) Koruma evresi (aylık görüşmeler) (4 ay)
- e) Dört aylık koruma evresi sonu değerlendirme evresi (izleme)

Araştırmanın birincil bağımlı değişkenleri olan; spontan konuşmada, okumada ve telefonda kekelenen hece oranları, Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı (SSI-4) puanları, katılımcıların kendi kekemelik şiddetlerine verdikleri puanlara ilişkin veriler öntest, sontest ve izleme evrelerinde alınmıştır. İkincil veriler olan; algısal kekemelik şiddeti, algısal konuşma doğallığı, Konuşmacının Kekemelik Deneyiminin Değerlendirilmesi (OASES) Ölçeği toplam ve alt ölçek puanları, St. Louis Kekemelik ve Yaşama Bakış Envanteri (SL-ILP-S) puanlarına ilişkin veriler araştırmanın öntest ve sontest evresinde alınmıştır.

Onslow ve arkadaşları (2008) kekemelik terapisi klinik deneme standartları için bazı kriterler önermiştir: a) çıktıların değerlendirmesine yönelik prospektif bir giriş olmalı, b) en azından bütün bir terapi sürecini içermeli, c) pozitif çıktıların sunulduğu vakada en az 1 adet terapi öncesi veri olmalı ve en az 3 aylık izleme verisi olmalı ve d) konuşma gözlemlerinin yapıldığı bağlam terapiden bağımsız olmalı ve kliniğin ötesinde etkileşimsel konuşma kayıtlarından alınmalıdır. Bu araştırma belirtilen bu standartlara uygun şekilde desenlenmiştir.

Nitel araştırma

Araştırmanın nitel analiz kapsamında, katılımcıların tele-terapi deneyimlerini keşfetmek amacıyla fenomenoloji (olgu bilim) yaklaşımı kullanılmıştır. Nitel yaklaşımda *fenomen* bir çalışmada katılımcılar tarafından deneyimlenen ve fenomenolog tarafından incelenen kavramı tanımlamaktadır (Creswell, 2007). Moustakas'a (1994) göre fenomenolojik çalışma, bireyler için bir fenomenle (bir konu ya da kavram) ilgili deneyimin anlamını açıklayan çalışmalardır.

Nitel araştırmada *yaşanılan deneyimler* kavramında, insanların bilinçli varlıklar olarak deneyimledikleri bireysel tecrübelerin önemine vurgu yapılmaktadır (Creswell, 2007). Patton'a (1990) göre fenomenolojik bir yaklaşımın odağı bireylerin neyi tecrübe ettiği ve bunları nasıl tecrübe ettiğinin açıklamalarına dayanmaktadır. Amaç, bu belli öğrenme tecrübelerindeki çeşitliliğin altında yatan ve paylaşılmış olan deneyimin özünü tanımlamaktır. Bu öz, insan deneyimlerinin ortak noktası olarak değerlendirilmektedir.

Bu çalışmada nitel araştırma kapsamında, tele-terapi deneyimini bireylerin nasıl algıladığı, kavramsallaştırdığı ve değerlendirdiği içerik analiziyle ve ortak temaların belirlenmesi yoluyla yapılmıştır. Nitel verileri yarı-yapılandırılmış mülakatlar ve katılımcıların tüm deney süreci boyunca kullandığı ifadeler oluşturmaktadır. Bununla birlikte Moustakas'a (1994) göre araştırmacı, kendi tecrübelerini ve bu tecrübelerini etkileyen bağlam ve durumları sunabilmektedir. Dolayısıyla bu araştırmada da tüm deney süresi boyunca klinisyenin tele-terapi deneyimiyle ilgili görüşleri de sunulmuştur (EK 2).

Bu çalışmada nitel araştırma basamakları planlanırken Creswell (2007) tarafından detaylandırılmış olan, Moustakas'ın (1994) sistematik yaklaşımından yararlanılmıştır. Bu yaklaşımın aşamaları,

1. Araştırma probleminin belirlenmesi,
2. Çalışılan fenomenin tanımlanması,
3. Fenomenolojinin yaygın felsefi varsayımlarının tanımlanması ve spesifik hale getirilmesi,
4. Fenomeni tecrübe eden bireylerden verilerin toplanması,
5. Fenomenolojik veri analizi yapılması,
6. Önemli ifadelerin ve temaların, katılımcıların neyi deneyimledikleri ve bu deneyimlerin nasıl ortaya çıktığını açıklamak için kullanılması,
7. Araştırmada incelenen fenomenin özünü açıklamaya çalışan bir kompozisyonun yazılmasıdır.

Bağımlı ve bağımsız değişkenler

Araştırmanın nicel kapsamdaki bağımsız değişkeni, kekemelik terapisinin yüz yüze terapi veya tele-terapi yoluyla sunumudur. Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise; a) spontane konuşmada kekelenen hece oranları, b) okumada kekelenen hece oranları, c) telefonda kekelenen hece oranları, ç) Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı (SSI-IV) puanları, d) Katılımcıların kendi kekemelik şiddetlerine verdikleri puanlar, e) Kekemelik Şiddeti Ölçeği puanları, f) SSI-4'ün Konuşma Doğallığı alt testi puanları, g) Konuşmacının Kekemelik

Deneyiminin Değerlendirilmesi Ölçeği'nin (OASES) Genel Bilgi alt ölçeği puanları, h) OASES'in Kekemeliğe Tepkiler alt ölçeği puanları, ı) OASES'in Günlük Durumlarda İletişim alt ölçeği puanları, i) OASES'in Yaşam Kalitesi alt ölçeği puanları, j) OASES toplam puanları ve k) St. Louis Kekemelik ve Yaşama Bakış Envanteri (SL-ILP-S) puanlarıdır.

Araştırmanın nitel kapsamında ise nitel araştırma metodolojisine uygun olarak herhangi bir bağımlı veya bağımsız değişken belirlenmemiştir. Nitel araştırmalar, nicel araştırmalardaki gibi değişkenler arası ilişkilerin belirli bir nedensellik ilişkisi içine yerleştirilmesiyle ilgilenmemektedir. Bu yöntem bir duruma dahil olan bireylerin veya diğer bir deyişle aktörlerin algı ve bakış açılarını yorumlamaya önem vermektedir. Nitel araştırmaların değişkenleri, araştırma konusuna dahil olan aktörlerin kendisidir (Yıldırım ve Şimşek, 2013).

Çalışma Grubu

Katılımcı olma temel ölçütleri

Araştırmanın katılımcıları ölçüt bağımlı örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Temel kriterler gönüllülük ve ölçütlere uygunluktur. Katılımcılara ulaşmak için mesleki e-posta gruplarında verilen araştırma ilanına 29 kekemeliği olan birey başvurmuştur. Örnekleme hatalarını ve yanlılığı en az indirmek için dahil etme ve dışlama ölçütleri belirlenmiştir. Araştırmaya dahil etme ölçütleri aşağıdaki gibidir:

- a) Katılımcının gönüllü olması,
- b) Katılımcının 18-50 yaş arasında olması,
- c) Katılımcının okur-yazar olması,
- d) Katılımcının 7 yaşından önce başlamış gelişimsel kekemeliğinin ardından kronik kekemeliğinin olması,
- e) Katılımcının nörolojik bir hastalık, travmatik beyin hasarının olmaması ve herhangi bir zihinsel, duyuşsal bozukluğun ve sesletim bozukluğunun olmaması,
- f) Son 1 yıldır psikiyatrik tedavi ve kekemelik terapisi almamış olması,
- g) Okuma ya da konuşma kekemelik ölçüm değerlerinden en az birinde %2'den fazla kekelenen hece yüzdesi puanının olması,
- h) Katılımcının tüm araştırma boyunca yüz yüze veya online şekilde düzenli katılımı taahhüt etmesidir.

Genel katılımcı kriterlerine ek olarak tele-terapi grubu için aşağıdaki kriterler belirlenmiştir:

- a) Katılımcının evinde İnternet, kulaklık, mikrofon olması,
- b) Katılımcının temel düzeyde bilgisayar kullanabilmesi,
- c) Katılımcının araştırmaya katılım için gönüllü olması, ancak akademik ve mesleki programlarından dolayı merkezde sunulan oturumlara katılamayacak durumda olmasıdır.

Araştırmanın katılımcıları

Araştırmaya başvuran bireyler özel bir dil ve konuşma merkezinde 2 haftalık bir değerlendirme takviminde 1 saatlik mülakat, test uygulamaları ve kekemelik şiddet ölçümlerinin ardından seçilmiştir. Katılımcı seçiminde kekemelik şiddeti, cinsiyet, sosyo-ekonomik düzey bakımından olabildiğince gruplar arasında denge sağlanmaya çalışılmıştır. Araştırmaya kadın bireylere kıyasla erkek bireyler daha az başvuru yapmıştır. Tüm ölçütleri karşılayan katılımcılar araştırmaya dahil edilmiştir. Gruplara atama, katılımcıların ikamet ettikleri illere bağlı olarak ulaşım güçlükleri veya merkezlerde terapi almayı imkansız kılan akademik-mesleki programları göz önünde bulundurularak yapılmıştır. Ölçüt bağımlı örnekleme yöntemi kullanımı sonucunda, tele-terapi grubuna 10 katılımcı ve yüz yüze terapi grubuna yine 10 katılımcı dahil edilmiştir. Araştırmaya kabul edilen katılımcıların demografik özellikleri Çizelge 1 ve Çizelge 2’de sunulmuştur. Çizelgelerde sunulan kekemelik şiddet düzeyi için Van Riper’ın (1971) önerdiği sınıflama temel alınmıştır (Akt: Laiho ve Klippi, 2007).

Çizelge 1. Tele-terapi Grubu

Katılımcı	Yaş	Cinsiyet	Meslek	Şehir	Kekelenen Hece Oranı	Şiddet	Daha Önce Terapi
TT1	36	Erkek	Bilg Müh.	Ankara	9,6	Şiddetli	Aldı
TT2	20	Erkek	Üniv. Öğr.	İstanbul-Prag	21,4	Şiddetli	Aldı
TT3	25	Erkek	Üniv. Öğr.	Malatya-Diyarbakır	6,15	Orta	Aldı
TT4	28	Erkek	End. Müh. Aşçı	İstanbul	7,3	Orta	Aldı
TT5	25	Erkek	Satış Tem.	Bursa	6,4	Orta	Aldı
TT6	19	Kadın	Üniv. Öğr.	Samsun	2,7	Orta	Almadı
TT7	40	Erkek	Bilg Müh.	İstanbul	6,8	Orta	Aldı
TT8	47	Erkek	İşçi	Ankara	8,2	Orta	Almadı
TT9	34	Kadın	İstatistik	Tekirdağ	6,8	Orta	Aldı
TT10	32	Kadın	Ev Hanımı	Yalova	6,3	Orta	Aldı
					$\bar{X}=8,17$ $SS=4,97$		

Çizelge 2. Yüz yüze Terapi Grubu

Katılımcı	Yaş	Cinsiyet	Meslek	Şehir	Kekelenen Hece Oranı	Şiddet	Daha Önce Terapi
YY1	21	Kadın	Hemşire	İstanbul	2,7	Orta	Aldı
YY2	33	Erkek	Teknisyen	İstanbul	4,4	Orta	Almadı
YY3	27	Erkek	Kimya Müh.	İstanbul	5,6	Orta	Aldı
YY4	28	Kadın	Arşiv Uzm.	İstanbul	5,1	Orta	Aldı
YY5	22	Erkek	Üniv Öğr.	İstanbul	8,7	Şiddetli	Almadı
YY6	19	Kadın	Üniv Öğr.	İstanbul	4,9	Orta	Aldı
YY7	29	Erkek	Üniv Öğr.	İstanbul	7,5	Orta	Aldı
YY8	29	Erkek	Muhasabeci	İstanbul	5,2	Orta	Aldı
YY9	18	Erkek	Üniv Öğr.	İstanbul	4,6	Orta	Almadı
YY10	29	Kadın	Öğretmen	İstanbul	7,6	Orta	Aldı
					$\bar{X}=5,63$ $SS=1,79$		

Katılımcıların yaşları 18 ile 49 arasında değişmektedir. Tele-terapi grubunda yer alan katılımcıların yaş ortalaması 29,9 (SS=9,24) ve yüz yüze terapi grubunda yer alan katılımcıların yaş ortalaması 25,5'dir (SS=1,79). Tüm katılımcıların yaş ortalaması ise 27,8'dir (SS=5,12). Tele-terapi grubunda ve yüz yüze grupta birer kişi şiddetli kekemeliğe sahipken diğer katılımcılar orta şiddette kekemeliğe sahiptir. Tele-terapi grubunda 4 kadın (%27,3) ve yüz yüze grupta 3 kadın (%30) katılımcı bulunmaktadır. Tele-terapi grubunda 9 katılımcı (%81,8) ve yüz yüze grupta 7 katılımcı (%70) daha önce bir dil ve konuşma terapistinden veya kekemelik kurslarından destek almıştır. Ancak bir dil ve konuşma terapistinden terapi alan katılımcı sayısı yalnızca 2'dir (%10) ve bu katılımcılar İstanbul'da ikamet eden ve yüz yüze gruptaki katılımcılardır.

Yüz yüze terapi grubuna atanan katılımcıların tamamı İstanbul'da ikamet etmektedir. Tele-terapi grubu katılımcılarının ikamet ettikleri il ve ilçeler ise; Tekirdağ merkez (1), Ankara (2), Yalova (1), Samsun-Vezirköprü (1), Bursa (1), Malatya-Diyarbakır (1), İstanbul (2), İstanbul-Prag'dır (1) (Erasmus programı nedeniyle).

Tele-terapi grubunda tüm araştırma boyunca İstanbul'da ikamet eden iki katılımcı bulunmaktadır. Ayrıca bir katılımcı araştırmanın bir bölümünde yine İstanbul'da yaşamıştır. Bu katılımcıların İstanbul'da ikamet etmelerine rağmen tele-terapi yöntemini tercih etmelerinde şu nedenler etkili olmuştur:

TT2: Öğrencidir. Aynı zamanda profesyonel olarak dansçılık yapmaktadır. Sürekli farklı gün ve saatlerde sahne aldığını belirtmiştir. Ayrıca araştırma takviminin bir bölümünde yurt dışında olacağını bildirmiştir.

TT4: Mesleği aşçılıktır. Çok yoğun ve esnek çalışma saatleri olduğunu ve yüz yüze terapi sunulacak merkezden oldukça uzakta ikamet ettiğini belirtmiştir.

TT7: Bir üniversitenin bilişim müdürüdür. Evi ve işi arasında ulaşım için her gün 5 saat vakit harcadığını ve merkezden uzakta ikamet ettiğini belirtmiştir.

Yaklaşık 9 ay süren bu araştırmada 2 katılımcı araştırmadan çekilmiştir. Bu katılımcılardan YY7 terapi evresinde ve TT8 izleme evresinde araştırmadan çekilmiştir. Bu katılımcılardan elde edilen veriler araştırmaya dahil edilmiştir.

Terapi Programı

Tüm hizmetlerin ücretsiz sunulduğu bu araştırmada, akıcılık biçimlendirme (AB), kekemelik değiştirme (KD) ve temel danışmanlık yaklaşımları belli bir protokole göre katı şekilde değil, katılımcıların ihtiyaçları doğrultusunda bireyselleştirilmiş ve esnek şekilde uygulanmıştır. Ancak çalışma boyunca söz konusu yaklaşımlara ve araştırma takvimine sadık kalınmıştır. Bu entegre yaklaşımın seçiminde öncelikle kanıt temelli uygulamalarda klinisyenin deneyimi ve görüşünün önemli olması (ASHA, 2004) etkili olmuştur, zira bu araştırmanın klinisyeni kendini bu terapi yaklaşımlarında deneyimli görmektedir. Entegre ve esnek bir yaklaşım seçiminde etkili olan diğer bir neden ise her vakanın kişisel, durumsal, sosyal, psikolojik ve fizyolojik açıdan adeta parmak izi gibi kendine özgü niteliklere sahip olmasıdır (Santilli, 2014). Alanyazında da eklektik yaklaşımları içeren araştırmalar bulunmaktadır (Humphrey ve ark., 2001; Irani ve ark., 2012; Shubert, 2014; Fry ve ark., 2014). Genel kekemelik alanyazınında da, etkili ve yaygın olarak kullanılan uygulamalardan yararlanılarak, vakaların ihtiyaç ve güçlüklerine göre desenlenmiş programlar önerilmektedir (Yaruss ve Quesal, 2002; Conture ve Curlee, 2007; ASHA, 1995). Danışmanlık yaklaşımları ise bireyin kendine özgü kekemelik deneyiminin ve güçlük çektiği alanların keşfedilmesine olanak sağlamaktadır (Ginsberg ve Wexler, 2000; Ward, 2006) ve şüphesiz böylece klinisyene terapinin desenlenmesinde yol göstermektedir.

Klinik uygulamada genellikle entegre bir yaklaşım tercih edilmektedir (Conture, 2001; Healey ve ark., 2004; Peters ve Guitar, 1991) ve bu eklektik yaklaşımların kullanımı giderek artmaktadır (Conture ve Curlee, 2007). Kekeleyen çoğu ergen ve yetişkin birey bu terapötik madalyonun iki yüzüne de ihtiyaç duymaktadır (Conture ve Curlee, 2007). Böylece vakalara konuşma tarzlarını nasıl değiştirecekleri ve nasıl akıcı olabilecekleri gösterilmektedir, fakat aynı zamanda onlara kekemelik anlarıyla karşılaştıklarında konuşmalarını nasıl değiştirecekleri de öğretilmektedir (Gilliam ve ark., 2010).

Katılımcılar için bu terapi tekniklerinin seçimi, terapi öncesi mülakat, test uygulamaları, vakaların deneme terapilerine tepkileri ve alanyazında konuyla ilgili sunulan bilgiler ışığında yapılmıştır. Ward'a (2006) göre hangi terapötik yaklaşımın hangi bireyler için uygun olacağına dair çok az objektif veri olmasına rağmen şiddetli kekemeliği olanların AB programlarından yararlanma olasılığının daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Conture ve Curlee (2011) terapide gelişme sağlandığında ve çok az kekeleme anı kaldığında KD tekniklerinin kullanımının öne çıktığını belirtmektedir. Sonuçta bu prosedürler bazen geride kalan ve stabil olmayan konuşmayı pürüzsüz hale getirmede, özellikle sürecin ileri evrelerinde, bireye yararlı teknikler sunmaktadır. Vakaların kekeleme anlarında ne yapacaklarını bilmeye ihtiyaçları vardır. Çoğu vaka kekemelik anlarıyla baş etmek için çeşitli teknikler kullanarak kendilerine olan güvenlerini arttırmakta ve kekemeliklerine eşlik eden çaresizliğin azalmaya başladığını keşfetmektedir. Her

iki yaklaşım da bireyin kendini gözlemlene ve değerlendirme becerilerini arttırma ve konuşmasını gözlemlenmede kritik olan becerileri geliştirmeyi hedefleme eğilimindedir.

Bu araştırmada kullanılan program oluşturulurken; Zebrowski ve Kelley (2002), Bloodstein ve Bernstein-Ratner'dan (2008), Yairi ve Seery (2011), Topbaş ve arkadaşları (2011), Guitar (2014) ve ASHA'dan (2014) yararlanılmıştır. Programda her katılımcının bireysel ihtiyacına ve güçlüğüne bağlı olarak belli değişiklikler yapılmakla birlikte genel olarak aşağıdaki hiyerarşi izlenmiştir.

Akıcılıkla ilgili eğitim ve belirleme aşaması

Katılımcılara öncelikle konuşmanın mekanizması, kekemeliğin tanımı, belirtileri, nedenleri, akıcılığı etkileyen faktörler gibi konularda genel bilgiler sunulmuştur. KD yaklaşımı kapsamında vakanın kendi sorumluluğunu alıp gelişimi için *motivasyonu* arttırılmaya çalışılmıştır. Vakanın motivasyonu, terapi süreci boyunca altta yatan en önemli faktördür ve birey, terapide aktif katılımcı olmalıdır. (Van Riper, 1971; 1982; akt: Fogle, 2012). Vaka bu aşamada, duygusal ve zihinsel açıdan izlemesi gereken basamaklar için hazırlanır (Gilliam ve ark., 2010). Sonrasında ise video kayıtlarıyla KD yaklaşımı kapsamında *kekemelik davranışlarını tanımlama* üstünde çalışılmıştır. Vakaların kekemeliklerinin birincil ve ikincil davranışları ve ses, durum ve ortamla ilgili kaçınma tepkileri hakkında farkındalıklar edinmesi sağlanmıştır (Van Riper, 1971; 1982; akt: Fogle, 2012). Sonrasında katılımcılarla kekelenen hece oranları, OASES ve SL-ILP-S sonuçları paylaşılmıştır. Daha sonra terapi yaklaşımları ve kullanılan tekniklerin mantığı açıklanmıştır ve uygulamalara geçilmiştir.

Konuşmayı şekillendirme aşaması

Bu aşama haftada 1 oturum olmak üzere 9 bireysel oturumdan oluşmaktadır. Çalışmalarda, özellikle şiddetli kekemeliği olan katılımcılarla, *AB teknikleriyle* sürece başlanmıştır. Ancak kekemelik ile ilgili korku, kaçınma, çaba gibi olumsuz tepkileri olan katılımcılarla danışmanlık ve KD tekniklerine öncelik verilmiştir. Oromotor beceriler, diadokinezi gibi konularda sorunları olan ve sık blok yaşayan katılımcılarda belirli akıcılık biçimlendirme teknikleri üstünde yoğun olarak çalışılmıştır.

Akıcılık Biçimlendirme yaklaşımı özetle, klinik ortamda akıcılığın belli bir formda oluşturulmasıdır (Peters ve Guitar, 1991). Terapide; hızı ve nefesi yönetmeyle ilgili yedi temel konuşma davranışı hedefi bulunmaktadır. Bu beceriler fonasyon, artikülasyon ve respirasyon arasındaki koordinasyonsuzlukla baş etmede vakalara yardımcı olmaktadır (Peters ve Guitar, 1991).

Alanyazında önerildiği gibi, terapi tekniklerinin öğretiminde giderek artan sözcük uzunluğu ve dilbilgisel karmaşıklığı içeren bir hiyerarşi kullanılmıştır (CASLPO, 2005; Peters, 1991; Kehoe, 2006). Bu sıralama, Walton ve Wallace (1998), Peters ve Guitar (1991), Zebrowski ve Kelley (2002) ve Kehoe'den (2006) adapte edilerek oluşturulmuştur. Bu hiyerarşi öncelikle okuma olmak üzere; çeşitli dilbilgisel yapılarla ilişkin resim tanımlama, soru-cevap, ilişkili sözcüğü bulma, tümce tamamlama vb. çeşitli etkinliklerle de gerçekleştirilmiştir. Dilbilgisel hiyerarşide ilerlemenin kriteri %1'in altında kekelenen hece yüzdesidir.

AB yaklaşımı kapsamında kullanılan teknikler için ilgili alanyazından yararlanılmıştır. (ASHA, 1995, CASLPO, 2005; Zebrowski ve Kelly, 2002; Kehoe, 2006; Ward, 2006; Damico ve ark., 2012; Roth ve Worthington, 2015). Bu becerileri içeren yeni konuşma örüntüsünün otomatikleşmesi için (Kroll ve De Nill, 2000), katılımcılardan olabildiğince teknikleri kullanmaları istenmiştir.

Her seansta okuma ve konuşma kekemelik şiddeti ölçümü alınmıştır ve bu veriler katılımcılara bildirilmiştir. Bunun yanında 6. 9. ve 12. haftalarda vakalara tüm ölçüm sonuçları grafiklerle birlikte sunulmuştur. Katılımcılardan sırasıyla monologda, klinisyenle, yabancı bir kişiyle, telefonda ve grup içerisinde akıcı konuşması istenmiştir. Son aşamada, akıcı hale getirilen konuşma sonrasında giderek normal algılanabilecek konuşmaya dönüştürülmeye çalışılmıştır (Peters ve Guitar, 1991).

Katılımcıların çoğunda belli bir akıcılık düzeyine ulaşıldıktan sonra, *Kekemelik Değiştirme Yaklaşımı* kullanılmıştır. Bu aşamada bireyler artık genel bir rahatlığa ulaşmaktadır, ancak kekeleme anlarıyla baş etme konusunda zorluklar söz konusu olabilir. AB yaklaşımında sözcüklere ve durumlara ilişkin korku veya kaçınmalarla ilgilenilmemektedir (Peters ve Guitar, 1991). Bu açıdan kekemlikle ilgili olumsuz tutumlara sahip katılımcılara her fırsatta danışmanlık sunulmuş, grup terapilerine teşvik edilmiş ve KD teknikleri üstünde yoğun olarak çalışılmıştır.

KD yaklaşımında temel iki öge vardır. Bireye kekeleme anlarını modifiye etme becerisi kazandırılır. Ayrıca kekeleme korkusu azaltılır ve bu korkuyla ilişkili kaçınma davranışlarıyla baş edilir (Peters ve Guitar, 1991). *Kekemelik Değiştirme* terapisinde hedef, daha az şiddetli veya kolay kekelemek ve kekeleme anlarıyla baş etmektir (Van Riper, 1973; Damico ve ark., 2012). *Motivasyon ve Kekemelik Davranışları Tanımlama* aşamalarından sonra terapide aşağıdaki hiyerarşiyle ilerlenmektedir.

Akıcısızlıklara duyarsızlaştırma etkinliklerinde kekemeliği olan birey kekemeliğin etkilerine karşı duyarsızlaşmaya yönelik desteklenmektedir. Öncelikle vaka çevresindekilerle kekemeliği ve kekemeliğiyle baş etme çabaları hakkında konuşmaya teşvik edilmektedir. Sonrasında *akıcısızlıkları dondurma aktivitesi* yapılmaktadır (Ward, 2006; Kehoe, 2006). Bir sonraki adım ise Bryngelson'un *gönüllü kekeleme* tekniğinin kullanımınıdır (Kehoe, 2006). *Çeşitlendirme* evresinde vakanın kekemeliği derece, şiddet ve gerilim bakımından çeşitlendirilmektedir (Van Riper, 1971, 1982; akt: Fogle, 2012; Damico ve ark., 2012). *Akıcı konuşmaya giderek yaklaşma* aşamasında hedef rahat ve kolay kekelemeyi sağlamaktır. Akıcısızlık anlarıyla baş etmek için sırasıyla revizyon, çekme ve hazırlık seti becerileri kullanılmaktadır (Gilliam ve ark., 2010; Kehoe, 2012).

Transfer aşaması

Bu aşama 9 oturumluk bireysel terapiden sonra, 3 oturumluk grup terapilerinden ve devam eden danışmanlıktan oluşmaktadır. AB yaklaşımı kapsamında transfer evresinin amacı akıcı olan konuşmanın doğal ortamlarda kullanılması, katılımcıların kendilerindeki değişimleri fark edebilmeleri ve kendi akıcılıklarını değerlendirebilmeleridir. Bu bakımdan katılımcılara, 1-10 arası puan verilen, akıcılıkla ilgili kendini değerlendirme formu sunulmuş ve onlardan her gün için kendilerine bir puan vermeleri istenmiştir. Her seansta verilen puanlar incelenmiş

ve sonraki hafta için puanı düşürmek üzere hedefler belirlenmiştir. Bu süreçte katılımcılar araştırmadan bağımsız bir üniversite öğrencisiyle telefon görüşmeleri yapmışlardır.

Bu aşamada ve hatta koruma aşamasında dahi KD yaklaşımı tekniklerinin kullanılmasına devam edilmiştir (Guitar, 2014). KD kapsamında *Akıcı Konuşmayı ve Yeni Algıları Klinik Dışına Aktarma* olarak tanımlanan transfer evresinde ise vakadan teknikleri stabil şekilde kullanması ve günlük hayattaki zorlayıcı anlarda uygulaması beklenmiştir (Damico ve ark., 2012). Bu noktada katılımcılar artık yeni bir bakış açısına sahip olmaktadır ve akıcısızlıklara yönelik daha güçlü tepkiler vermektedirler (Van Riper, 1971, 1982; akt: Fogle, 2012).

Grup terapileri

Katılımcılarla bireysel terapilerin ardından üç oturumluk grup terapisi yapılmıştır ve takip evresinde de ayda bir oturum olmak üzere grup terapilerine devam edilmiştir. Grup terapileri bireysel terapilerin ardından vakalara pek çok terapötik avantaj sunmaktadır. Successful Stuttering Management Program-SSMP (Blomgren ve ark., 2005), Camperdown Program (O'Brian ve ark., 2003) ve Intensive Stuttering Clinic for Adolescents and Adults-ISCAA (Gabel ve ark., 2005) gibi pek çok program benzer şekilde vakalara bireysel terapilerin ardından grup terapisi fırsatı sunmaktadır.

Gruplar 3-6 üyeden oluşturulmuştur. Bu sayının belirlenmesinde; grubun interaktif doğası nedeniyle küçük olan grupların genellikle daha yararlı olması (Williams, 2006) ve tele-terapide kullanılan telekonferans sisteminde sorunlara neden olmama kaygısı etkili olmuştur. Her bir oturum yaklaşık 1,5 saat sürmüştür. Terapiler klinisyen tarafından yönetilmiştir (St. Louis ve ark., 2011).

Grup terapisinin içeriği bireysel terapilerin genişletilmiş hali olmakla birlikte daha kapsamlı bir yaklaşım sunmaktadır (Manning, 2009). Grup terapisinin birincil amacı, vakaların sosyal ortamlarda terapi tekniklerini kullanmada ustalaşmalarını ve zor durumlarla baş etmelerini sağlamaktır (St Louis ve ark., 2011). Diğer amaçlar ise katılımcılarda; kekemeliği kabul etmeyi, kekelemeye duyarsızlaşmayı ve konuşmaya ilişkin pozitif tutumları sağlamaktır (St. Louis ve ark., 2011).

Grup terapinin ilk aşaması amaç, içerik ve kurallarla ilgili açıklamaların yapıldığı bir yapılandırmayı içermektedir. Grup içerisinde her üye eşittir. Her katılımcı katkıda bulunmaya teşvik edilmiştir, ancak hiçbir katılımcının oturuma hakim olmasına izin verilmemiştir (Ramig ve Fraser, 2003).

Terapilerin başında grup üyelerinin birbirine ısınmasını sağlayan eğlenceli aktivitelere yer verilmiştir. Örneğin; fikri sorulduğunda beğenilmeyen bir saç modeliyle ilgili yorum yapma, tercih edilen yastık türü, formal bir ortamda kürdan kullanımı gibi ilginç konularda etkileşim başlatılmış ve grubun kaynaşması sağlanmıştır (St Louis ve ark., 2011). Yine başlangıçta, katılımcıların birbirlerini tanıması için sırayla kendilerini tanımlayan sözcükleri ifade etmelerini içeren "isim" etkinliği ve kendileriyle ilgili gerçek olan ve olmayan bilgileri sunup grup içinde tartıştıkları "doğrular ve doğru olmayanlar" etkinliği gibi çalışmalar yapılmıştır. Bir diğer etkinlikte ise grup üyelerine yalnız olmadıklarını düşündürmek ve yargılama içermeyen bir ortamda kendilerini ifade etmelerini sağlamak amacıyla "yalnız değiliz" adlı etkinlik gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar

küçük gruplara ayrılmış, grupların ortak özellikleri listelenmiş ve bu özellikler genel grup içinde bir sözcü tarafından açıklanmıştır (Judith ve Belmont, 2006).

Grup terapilerinde katılımcılar, akıcısızlıklarla baş etmek için neler yaptıklarını paylaşmaya teşvik edilmiştir. Bunun yanında katılımcıların birbirlerinin konuşmalarını, akıcısızlık özelliklerini ve terapi tekniği kullanımlarını gözlemlmeleri ve diğer üyelerden geri bildirim almaları için büyük bir fırsat doğmuştur (Leith, 1993; akt: Williams, 2006; Manning, 2009). Bu bakımdan kabul edici bir dinleyici kitlesinin desteğiyle, bireysel terapide bulunan spontane iletişim ve yorumlama, tartışma gibi konuşma becerilerinin kullanımı için rahat bir genelleme ortamı sağlanmıştır (akt: Williams, 2006; akt: Manning, 2009). Ayrıca rol oynama, mülakat, sunu yapma, telefonla konuşma, zor durumların canlandırılması gibi pek çok terapötik etkinlik yapılmıştır (St. Louis ve ark., 2011).

Grup terapisinde teknik kullanımında ustalaşmanın hedeflendiği pek çok eğlenceli aktivite yapılmıştır. Söz gelimi katılımcılardan biri ilk olarak "Ben bir uçak gördüm" şeklinde bir tümce kurmaktadır. Ardından grup üyeleri sırayla, "Ben kuşların yanından geçen bir uçak gördüm", "Ben solucan taşıyan kuşların yanından geçen bir uçak gördüm" gibi tümcelerle sözcüyü genişletmektedirler. Giderek tümceler daha uzun ve eğlenceli hale gelir. Ayrıca becerileri desteklemek için çeşitli senaryolarla rol oynama etkinlikleri yapılmıştır (http-4). Bir diğer etkinlik ise Reitzes'in (2006) önerdiği "bana bir hikaye anlat" aktivitesidir. Bu etkinlikte bireylerin kalabalık bir ortamda kendini ifade etmesini sağlamak amacıyla katılımcılardan, seçilen resimli bir kitabın sadece resimlerine bakarak bir hikaye anlatmaları istenmiştir.

Katılımcılarla kekemelik ile ilgili genel bilgiler üzerine ve grup üyelerinin kekemeliklerine ilişkin; kekemeliğin başlangıcı, aile öyküsü, aldıkları terapiler gibi konularda paylaşımlar yapılmıştır (http-4). Psikoterapötik açıdan grup terapilerinden yararlanmaları için katılımcılar, konuyu ele alış biçimleri, yaşadıkları güçlükler ve baş etme stilleri gibi konularda kendilerini açmaya teşvik edilmiştir. Etkinliklerin hazırlanılmasında kekemelik ile ilgili alanyazının yanı sıra psikoloji, eğitim gibi alanlardan da yararlanılmıştır (Voltan-Acar, 2004; Ukens, 2004; Judith ve Belmont, 2006). Burada hedef; güvende hissetme (Manning, 2009), yardım alma, aidiyet duygusu sağlama (akt: Williams, 2006), duygusal bir rahatlama, izolasyon hissini azaltma ve kaçınma tepkilerini azaltmaktır (Ward, 2006; Fraser, 2007). Bu kapsamda çeşitli etkinlikler yapılmıştır. Örneğin öz-saygıyı arttırmak için katılımcılar güçlü oldukları özellikleri sırayla açıklamışlardır (http-4). Bu amaçla kekemelik hakkında deneyimlerin paylaşılması için "yakala" adlı etkinlik gerçekleştirilmiştir. Burada "Kekemeliğiniz ile ilgili yaşadığınız en olumsuz anınız neydi?" ya da "Hangi durumlarda konuşmaktan kaçınırsınız?" gibi bir soru belirlenmiştir. Daha sonra küçük bir top üyelerden birine atılmış ve topu tutan katılımcı o soruyu cevaplamıştır ve cevaplaması için başka bir üyeye atmıştır. Her üye cevaplayana kadar devam edilmiştir ve daha sonra soru değiştirilmiştir (Judith ve Belmont, 2006). Bu etkinlik tele-terapi grubunda ise top atma yerine isim söyleme şeklinde gerçekleştirilmiştir. Ayrıca katılımcıların isim, iş yeri vb. zorlandıkları sözcükler hakkında yaşadıkları kaygı ve bunlarla baş etme konusunda bir tartışma yapılmıştır (http-4).

Koruma aşaması

Kekemelik terapilerinde geri dönüşlerin önemli nedenlerinden biri egzersizleri devam ettirmede ve edinilen akıcılığı sürdürmede başarısız olunmasıdır (akt: Louw, 1996). Bu bakımdan vakalara; aktif terapi aşamasından sonra da egzersizlerine devam etme, akıcılıklarını değerlendirme, korku ve kaçınmalarını gözlemlenme ve spesifik güçlük alanları üstünde çalışma önerilmiştir (Louw, 1996; Guitar, 2008).

Bu aşamada da grup terapileri yapılmakta ve katılımcıların ihtiyaçları ve güçlükleri doğrultusunda danışmanlık sunulmaktadır. 4 aylık koruma evresi boyunca başta 2. haftada ve sonrasında ayda 1 oturum gerçekleştirilmiştir. Grup terapilerinin öncesinde veya sonrasında bireysel görüşmeler yapılmıştır. Her bir oturum sonunda vakalara ödev sunulmuştur.

Vakalar bu aşamada başarılı olmak için kendi klinisyenleri olma sorumluluğunu adım adım üstlenmiştir. Terapist vakaları uzun dönem sürdürülebilecekleri bir akıcılığı sağlamaları için desteklemiştir. Guitar'a göre vakaların kendi akıcılık hedeflerini oluşturmada; spontane akıcılık, kontrollü akıcılık ve kabul edilebilir bir kekemelik kavramlarını anlamaya ihtiyaçları vardır. Aynı zamanda vakaların terapistlere öğrendikleri tekniklerin çalışılmasına gösterdikleri özen ve akıcılık amaçlarına bağlılık arasındaki ilişkiyi önemsemeleri kritiktir (Guitar, 2014).

Koruma evresine geçişte katılımcılara akıcılığın değerlendirilmesine ilişkin yine bir form sunulmuştur. Aynı zamanda vakalarla onların yaşadığı zorluklar ve mücadele edebilecekleri güçlükler hakkında görüşülmüş ve hedefler belirlenmiştir. Çalışmalar, akıcılığın korunması konusunda ödev programı, kendini ödüllendirme, kendini kontrol etme, dışsal kontrol odakları, geri dönüş işaretlerini erkenden fark etme, kendini toplama, mükemmeliyetçilikten kaçınma (Amster ve Klein, 2008) veya "tamamen iyileştim" yanılması (Louw, 1996) gibi konularda sözel ve yazılı olarak önerilerde bulunulmuştur. Aynı zamanda terapistle telefon ve e-posta yoluyla istedikleri zaman iletişime geçebilecekleri bildirilmiştir.

Kekemelikte danışmanlık

Bu araştırmada kekemelik terapisinin yanı sıra katılımcılarla sürdürülen etkileşimlerde temel danışmanlık becerileri kullanılmıştır. Kekemelik, kekeme bireyler için, sadece konuşma akıcısızlıklarını değil, aynı zamanda zorlayıcı psikolojik ve kişilerarası deneyimleri içeren karmaşık ve yaygın bir bozukluktur (Ginsberg ve Wexler, 2000). Kekeme bireylerde utanma ve öz-bilinç düzeyinin, şiddetli kekemelik davranışlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Patraka, 1998; akt: Ginsberg ve Wexler, 2000). Kekemelik ile ilgili danışmanlığın akıcısızlıklarda yeniden dönüş (relaps) yönetimi ve kekemelik ile ilgili olumlu tutum ve duyguların oluşturulmasında etkili olduğunu ortaya koyan araştırmalar bulunmaktadır (Blood, 1995a; 1995b; akt: Ginsberg ve Wexler, 2000). Ward'a göre özellikle yetişkin bireyler danışmanlıktan oldukça yarar görmektedir. Bu yaklaşımlar bireye, akıcısızlıkları içeren bir konuşmayla yaşamayı öğrenmede ve olumsuz duygularla baş etmeyi başarmada yardım etmektedir (Ward, 2006).

Danışmanlıkta hedef, yalnızca bireyin duygusal açıdan iyilik haline katkıda bulunmak değil, daha fazla akıcı olmasına da yardım etmektir (Ginsberg ve

Wexler, 2000). Bu bakımdan tüm terapi süresince deney ve kontrol grubuyla etkileşimlerde kekemelik ile ilgili danışmanlık becerileri kullanılmıştır. Bu süreç için spesifik bir zaman dilimi ayrılmamış, katılımcıların ihtiyaçları doğrultusunda oturumlar içerisinde gerçekleştirilmiştir. Oturumların dışında da e-postalarla katılımcılar desteklenmiştir.

Kekemelik ile ilgili pek çok psikolojik yaklaşım vardır. Tüm terapiler, çeşitli şekillerde, vakanın bir birey olarak benlik algısını ve yaşam olaylarında kekeme rolünü yeniden çerçevelemesini içermektedir (Ward, 2006). Bu çalışmada sunulan yaklaşım, terapötik koşulların sağlanması ve temel danışmanlık becerilerinin kullanımıyla gerçekleştirilmiştir (Voltan-Acar, 2010; Flasher ve Fogle, 2012, htt-5). Değişimi kolaylaştırmada Rogers'ın (1951) açıkladığı terapötik koşullar sağlanmaya çalışılmıştır. Bunlar dürüstlük, gerektiğinde kendini açmayı içeren saygınlık, koşulsuz olumlu saygı ve empatik anlayıştır (Ward, 2006). Özellikle duygularını başkalarından ve hatta kendilerinden bile gizleyen vakalar bu atmosferde kendilerini oldukça rahat hissetmektedirler (Ginsberg ve Wexler, 2000). Klinisyenin kullanabileceği temel danışmanlık teknikleri ise Sugarman ve Yarus'a (2000) göre açık uçlu sorular sorma, aktif dinleme, ilgi gösterme, empatik tepki verme ve yansıtma'dır. Ginsberg ve Wexler'e (2000) göre terapistin sözsüz iletişimi takip etmesi, göz kontağını sürdürmesi, baskı içermeyen bir konuşma ortamı oluşturmak için rahat bir hızda, sıra alarak iletişim kurmayı sağlaması ve yararlı olan diğer kaynaklardan haberdar olunması vakalar için yararlı olabilmektedir.

Katılımcılar kendilerine özgü olan kekemeliklerini ve ne tür kaçınma, çaba ve beklenti tepkileri gösterdiklerini keşfetmek için desteklenmiştir. Ayrıca katılımcılar kekemelik belirtilerini, hangi sesleri üretmede zorlandıklarını ve ikincil davranışlarını keşfetmeye teşvik edilmiştir. Konuşma çabalarıyla ilgili düşünce ve duyguları, kekeledikleri zaman ne yaptıkları, bunun hakkında ne düşündükleri ve nasıl hissettikleri hakkında konuşmaları için cesaretlendirilmişlerdir ve böylece kaçınma döngüsü kırılmaya çalışılmıştır. Bireysel seanslarda ve grup seanslarında, katılımcıların geçmiş yaşantıları, bozukluğun yaşamlarındaki yeri ve kekemeliği ele alış biçimleri üstünde etkileşim olanağı sunulmuştur (Ginsberg ve Wexler, 2000).

Veri Toplama Ortamı

Bu çalışmada tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının değerlendirmeleri İstanbul'da bulunan Harmoni Dil, Konuşma ve Gelişim Akademisi'nde yüz yüze şekilde yapılmıştır. Yüz yüze terapiler de bu dil ve konuşma merkezinde yapılmıştır. Tele-terapi uygulamaları ise Adobe Connect ile İnternet ortamında gerçekleştirilmiştir.

Teknolojik Ekipman ve Yazılım

Araştırmada öncelikle seanslarda hızlı ve stabil İnternet erişiminin sağlanması için 24 Mbps hızında, VDSL erişim tipli hiperinet bağlantısı kablolu olarak kullanılmıştır. Uygulama 1,3 GHz, Intel Core i5 işlemci özelliklerine ve 4 GB, 1600 MHz, DDR3 bellek özelliklerine sahip bir Apple Macbook dizüstü bilgisayar ile gerçekleştirilmiştir. Bazı aksaklıklarda, katılımcılarla iletişim kurmak veya telefonda kekelenen hece oranları ölçümü için bir 16 GB iPhone 5s telefon kullanılmıştır. Görüntü kalitesinin artırılması ve kamera açısının daha iyi

ayarlanması için Logitech C310 HD Webcam kullanılmıştır. İletilen ses kalitesini ve klinisyen için katılımcıların konuşmalarının anlaşılabilirliğini arttırmak için Philips SHP-1900 kulaküstü kulaklık kullanılmıştır. Tüm değerlendirme ve seansların video kaydını almak için Sony HDR-CX240 Full HD Kamera ve ses kaydı almak için Sony ICDUX533B ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Kekelenen hece oranı hesaplaması için iPad 4 32 GB kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan başlıca yazılım Adobe Connect'tir. Bu sistem mekandan bağımsız olarak bireyler ve gruplar arasında sesli, yazılı ve görüntülü iletişim kurmaya olanak sağlayan, dünyada yaygın olarak kullanılan bir eğitim ve konferans platformudur. Pek çok hazır uygulamanın yanı sıra çeşitli formatlardaki dokümanların paylaşımı, görüşmelerin sesli-görüntülü kaydı, eğitimde yetki hiyerarşisini oluşturma, yazılabilir tahta ve anket uygulama gibi özellikleri içermektedir. Sadece bireysel görüşmelere değil çoklu görüşmelere de olanak sağlamaktadır. Sistemi kullanmak için herhangi bir kurulum gerek yoktur ve bilgisayar özellikleri bakımından çok talep edici bir sistem değildir. Adobe Connect'in sistem gereksinimleri 2 GHZ veya daha hızlı Pentium 4 işlemci, 1 GB Ram ve bant genişliği olarak 512Kbps hız gibi gereksinimlerdir.

Kekemelik şiddeti ölçümü için mekanik bir sayaç yerine sessiz bir şekilde ölçüme olanak sağlayan iPad temelli Smooth Talker uygulaması kullanılmıştır. Terapilerde Super Duper, Thunderloop, Tailmind AB ve Doonan Speech Therapy yayınlarının adlandırma, eylem tanımlama, resim seslendirme, sıralama gibi materyalleri kullanılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada katılımcıların kekemeliklerini ve tutumlarını ölçmek amacıyla kullanılan ölçekler ve formlar sırasıyla; Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı (SSI-4), Konuşmacının Kekemelik Deneyiminin Değerlendirilmesi Ölçeği (OASES), St. Louis Kekemelik ve Yaşama Bakış Envanteri (SL-ILP-S), Kekemelik Şiddeti Skalası ve Kişisel Bilgi Formu'dur.

Kekemelik şiddetini değerlendirme aracı (SSI-IV)

Bu araştırmada katılımcıların kekemeliğini standart bir ölçekle değerlendirmek için Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı (SSI-4) (Riley, 2009) kullanılmıştır. SSI-4, klinik ve araştırma amaçlı olarak kullanılabilen norm referanslı olan, güvenilirlik ve geçerliği ortaya konulmuş bir kekemelik değerlendirme aracıdır. SSI-4'ün norm çalışması, 72 okul öncesi çağındaki çocuk, 139 okul çağındaki çocuk ve 60 yetişkin bireyin konuşma örnekleriyle yapılmıştır. Ölçek kekemelik şiddetini 4 konuşma davranışı alanında ölçmektedir; a) Kekeleme frekansı, b) Süre c) Fiziksel olarak eşlik davranışlar (ikincil davranışlar) ve d) Bireylerin konuşma doğallığı. Kekeleme frekansı, kekelenen hece sayısı oranı ve 2-18 arası ölçek puanlarına dönüştürülerek sunulmaktadır. Süre, saniyenin onda birine en yakın şekilde ölçülmektedir ve 2-18 arası ölçek puanına dönüştürülmektedir. Ölçekte kekemeliğe eşlik eden dört tip davranış grubu tanımlanmıştır ve bu davranışlar yine 2-18 arası ölçek puanına dönüştürülmektedir (Pro-Ed, 2009). Genel puan belirtilen ilk üç kategorinin skorları toplanarak hesaplanmaktadır. Yüzde ve şiddet karşılığı okul öncesi, okul çağı ve yetişkinler için ayrı olarak sunulmaktadır. Ölçek neredeyse tüm yaş

aralıklarında kullanılması, hızlı ve kolay şekilde kullanımı ve puanlanması nedeniyle yaygın şekilde kullanılmaktadır (Manning, 2009).

Bu araştırmada bağımsız değerlendiricilerin konuşma doğallığını değerlendirmeleri için SSI-4 kapsamında bulunan Konuşma Doğallığı alt testi kullanılmıştır. Bu test bireyin konuşma doğallığının değerlendirildiği 9'lu bir Likert tipi derecelendirme ölçeğidir. Değerlendiricilerden konuşma doğallığına ilişkin 1 (oldukça doğal) ile 9 (oldukça doğal olmayan) arasında bir puan vermeleri beklenmektedir. Test Martin ve arkadaşları (1984) tarafından geliştirilen Konuşma Doğallığı Skalası (Speech Naturalness Scale) ile benzerlik göstermektedir. Puanlama öncesinde değerlendiricilere alanyazından yararlanılarak hazırlanmış bir yönerge sunulmuştur (Franken ve ark., 1995; Craig ve ark., 1996; akt: Egde, 2012).

SSI-4 kullanıma sunulduğunda yeni bir istatistiksel değerlendirme sunulmamıştır ve SSI-3'te kullanılan normlar geçerliliğini sürdürmektedir (Howell, 2012). SSI-3'ün değerlendiriciler arası güvenilirlik çalışması, 5 yargıcı tarafından 17 örneklemin frekans ve süre bakımından iki kez değerlendirilmesiyle gerçekleştirilmiştir. Ortalama uyum %75 ile %100 arasında değişmiştir. Değerlendiriciler arası güvenilirlik çalışması 15 yargıcının SSI-3'ün üç bileşenini değerlendirmeleriyle yapılmıştır. Kekemelik frekansı için uyum %94.6-%96.8 arasında, süre için %58.1-%87.2 arasında, fiziksel eşlik eden davranışlar için %59.8-97.5 arasında ve genel puan için %71-100 arasında uyum bulunmuştur. Bu güvenilirlik bulguları araştırmacı için memnun edici düzeydedir (akt: Todd ve ark., 2014).

Ölçeğin ölçüt geçerliği (SSI-3 ile ilişkili bağımsız ölçekler) çalışmasında Riley (1981) ölçek puanlarının Kekemelik Yordama Aracı (Stuttering Prediction Instrument) ile anlamlı düzeyde korelasyona sahip olduğunu bulmuştur. Yapı geçerliği çalışmasında (SSI-3'ün iç bileşenlerinin değerlendirilmesi) ise Riley (1994) SSI-3 toplam puanlarının ölçeğin üç bileşeniyle anlamlı düzeyde korelasyona sahip olduğunu bulmuştur. Araştırmacı bu bulgular doğrultusunda ölçeğin kabul edilebilir geçerlik standardına ulaştığı sonucuna varmıştır (akt: Todd ve ark., 2014).

SSI-3'ü geliştiren araştırma ekibinin deneyimli üyeleri %95 değerlendiriciler içi uyuma ve %89.6 değerlendiriciler arası uyuma ulaşmayı başarmıştır. SSI-3 toplam skoru, kekeleme frekansı ile okul öncesi çocuklarda (.83), okul çağı çocuklarda (.795) ve yetişkin konuşmacılarda (.741) korelasyon göstermiştir ($p < .01$) (akt: Manning, 2009).

Konuşmacının kekemelik deneyiminin değerlendirilmesi (OASES)

Konuşmacının Kekemelik Deneyiminin Genel Değerlendirmesi (OASES) (Yaruss ve Quesal, 2006) ölçeğinin Türkçe'ye adaptasyonunu Topbaş ve arkadaşları (2011) yapmıştır. Bu ölçme aracı rutin terapilerde ve terapi sonuçlarının incelendiği araştırmalarda kullanılabilir. Ölçek, kekemeliğe genel bakış, kekemeliğe karşı duygusal, davranışsal ve bilişsel bakış, işlevsel iletişim güçlükleri ve kekemeliğin konuşmacının yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi için dört alt bölümden oluşan 1-5 puan arasında puanlanan (hiç-tamamen) Likert tipi bir ölçektir (Topbaş ve ark., 2011). Puanların yüksek olması bireyler için bu alt ölçekler bakımından olumsuz deneyimlere işaret etmektedir.

OASES etki skorları üç adımda hesaplanmaktadır. Orijinal ölçek 100 maddeden oluşmaktadır. Topbaş ve arkadaşları (2011) madde analizlerinden sonra kültürümüze uymadığı için orijinal ölçekten 2 maddeyi çıkararak 98 madde üzerinden çalışmalarını yapmışlardır. Ölçek, dört alt bölümden oluşmaktadır. Kekemelik hakkındaki genel bilgiyi ölçen birinci bölüm 20 maddeden, kekemeliğe karşı tepkileri ölçen ikinci bölüm 30 maddeden, günlük durumlarda iletişimi ölçen üçüncü bölüm 24 maddeden ve yaşam kalitesini ölçen dördüncü bölüm 24 maddeden oluşmaktadır. Her bölümde katılımcının verdiği yanıtlar ayrı ayrı toplanmaktadır. İkinci aşamada katılımcı o bölümde kaç maddeyi işaretlediyse bu rakam 5 ile çarpılmaktadır. Böylece maksimum alacağı puan hesaplanmaktadır. Üçüncü aşamada ise, katılımcının verdiği yanıtlar 100 ile çarpılmaktadır ve maksimum alınabilecek puana bölünerek etki skoru bulunmaktadır. Her alt bölüm için yapılan bu işlemden sonra genel etki skoru bulunmaktadır. Bu bölümler için yapılan bu işlemden sonra genel etki skorunu hesaplamak için katılımcının yanıtladığı tüm maddeler toplanmaktadır. Bu sayı 100 ile çarpılmakta ve toplam 98 olan madde sayısı 5 ile çarpılarak testin genelinde elde edilebilecek puana bölünmektedir ve genel etki skoru hesaplanmaktadır (akt: Topbaş ve ark., 2011).

Ölçeğin geçerlik çalışması kapsamında uyarlama sürecinde ilk adım olarak proje ekibinde olan, alanda uzman ve iyi derecede İngilizce bilen dört araştırma görevlisi tarafından ölçekler ayrı ayrı Türkçeye çevrilmiştir. Her ölçek için dört ayrı uzmandan elde edilen çeviriler üzerinde her maddenin çeviri tutarlılığı iki konu uzmanı yargıcı tarafından bağımsız olarak puanlanmıştır (uygun-uygun değil). En yüksek puanlanan madde çevirileri seçilerek düzenlenen ölçek, daha sonra maddelerin herkes tarafından anlaşılıp anlaşılmadığı bakımından farklı özelliklere sahip bireylere (DİLKOM'a gelen aileler, öğrenciler) uygulanmış ve bu sonuçlar doğrultusunda tekrar düzenlenmiştir. Bu aşamadan sonra ölçekler Amerika'da dil ve konuşma patolojisi alanında lisansüstü öğrenimine devam eden ve anadili Türkçe olan bir öğrenci tarafından tekrar İngilizceye çevrilmiş ve anlam farklılıkları olup olmadığı orijinal ifadeler ile proje danışmanı olan araştırmacı ile birlikte karşılaştırılmıştır. Son olarak geçerlik çalışmasının bir bölümü için, alanda uzman iki yargıcının görüşlerine başvurularak kapsam geçerliği belirlenmiş ve bu görüşler doğrultusunda ölçek son halini almıştır. Bu araştırmanın katılımcılarına uygulanan ölçekten elde edilen ön-test ve son-test puanlarındaki farklılıklar da ölçeklerin yordayıcı özellikleri açısından ölçüt geçerliliğinin bir kanıtı olarak kabul edilmiştir (Topbaş ve ark., 2011).

Ölçeklerin güvenilirlik çalışması için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ve puanlayıcılar arası güvenilirlik analizi yöntemi uygulanmıştır. Analize bireysel ve grup terapisine katılan bireylerin tümü dahil edilmiştir (Topbaş ve ark., 2011). İç tutarlılık bulgularına göre, Konuşmacının Kekemelik Yaşantısının Genel Değerlendirmesi ölçeğinin Genel Bilgi alt ölçeği iç tutarlılık katsayısı (.70), Kekemeliğe Karşı Tepkiler alt ölçeği (.88), Günlük Durumlarda İletişim alt ölçeği (.88), ve Yaşam Kalitesi alt ölçeği (.92) olarak bulunmuştur. Bulgular tüm ölçeklerin güvenilir olduğunu göstermektedir (Topbaş ve ark., 2011). Ölçeklerin puanlayıcılar arası güvenilirliğini bulmak amacıyla uygulanan tüm ölçeklerden rastgele seçilen 20 form Dil ve Konuşma Terapistliği Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisans yapmakta olan bir öğrenciye puanlatılmış ve ikinci uygulamacıyla

arasındaki korelasyona Spearman korelasyon katsayısı yöntemiyle bakılmıştır. Tüm ölçekler için iki puanlayıcı arası korelasyon değeri ($r=.99$, $p=.000$) $p<.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlar, tüm ölçeklerin farklı puanlayıcılar tarafından çok yüksek bir tutarlılıkla doğru olarak puanlanabildiğini ve güvenilir ölçekler olduklarını göstermektedir (Topbaş ve ark., 2011).

St. Louis kekemelik ve yaşama bakış envanteri (SL-ILP-S)

St. Louis (2005) tarafından geliştirilen ve Topbaş ve arkadaşları (2011) tarafından Türkçe'ye adaptasyonu yapılan ölçek, bir dil ve konuşma yetersizliğinin sonucunda oluşan, birey tarafından algılanan güçlükleri, engelleri, şiddeti ve bunlara bağlı yaşanan problemleri değerlendirmektedir (Conture ve Curlee, 2007). Bireysel ya da grup terapilerinde, birey ve terapist tarafından terapi süreci ya da değerlendirme için kullanılabilir. Bireyler geçmiş zamanda belirledikleri bir dönemi göz önünde bulundurarak soruları cevaplamaktadır. Ölçek, belirledikleri bu dönemle ilgili duygu, düşünce, olumsuz tutum, kekemeliklerinden duydukları rahatsızlık, yardım almaya ne kadar ihtiyaç duydukları, başka kekemeliği olan bireylerle ne kadar bir arada olma isteğine sahip oldukları, yaşamlarından duydukları memnuniyet gibi soruları içermektedir. St. Louis tarafından geliştirilen bu ölçek, kekeleyen birey tarafından yanıtlanmakta ve 13 maddeden oluşmaktadır. Bireylerden kekemelikleri ile ilgili olarak 1'den 9'a kadar puanlama yapmaları istenmektedir. St. Louis Kekemelik ve Yaşama Bakış Envanteri'nden alınabilecek en yüksek puan 177'dir. Puanın 177'ye yakın olması, kekeleyen bireylerin yaşamlarının bir döneminde kekemelikleri ile ilgili olumsuz düşüncelere sahip olduğunu göstermektedir (Topbaş, 2011).

Ölçeğin geçerlik çalışmalarında, öncelikle 4 uzmanla ve 2 uzman yargıcı ile çeviri geçerliği sağlanmıştır. Pilot uygulama yapılmıştır ve alınan geribildirimlerle gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Bunun ardından ters çeviri yöntemi kullanılmış ve anlam farklılıkları olup olmadığı incelenmiştir. Son aşamada uzman yargıcılarla kapsam geçerliği çalışması yapılmıştır. Araştırma ön-test ve son-test puanları arasındaki farklılıklar ölçüt geçerliğinin bir kanıtı olarak değerlendirilmiştir (Topbaş, 2011). Ölçeğin güvenilirlik çalışması için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ve puanlayıcılar arası güvenilirlik analizi yöntemi uygulanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (.75) olarak bulunmuştur. Ölçeğin puanlayıcılar arası güvenilirliği Spearman korelasyon katsayısı yöntemiyle incelenmiş ve $p<.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($r=.99$ $p=.0001$).

Kekemelik şiddeti skalası-SSS

Katılımcıların kekemelik şiddetlerinin 3 dil ve konuşma terapisti tarafından değerlendirilmesi ve katılımcıların kendi şiddetlerini değerlendirmesi SSS ile yapılmıştır. O'Brian ve arkadaşları (2004) "(1) kekemelik yok", "(2) hafif kekemelik" ve "(9) Oldukça şiddetli kekemelik" olmak üzere 1'le 9 arasında derecelendirmeyi önermişlerdir. Bu şekilde yapılan bir değerlendirmenin klinisyenler tarafından güvenilir olarak kullanılabilirliği ve bu verinin kekemelik şiddetiyle güçlü bir korelasyona sahip olduğu belirtilmektedir. Klinisyenlerin ve vakaların müdahalenin etkisiyle ilgili gelişimi ve çıktıları değerlendirmeleri için kullanılan bu ölçeğin kullanıldığı araştırmalarda SSS'in klinik açıdan kullanılabilirliğini de gösterilmiştir (O'Brian ve ark., 2003).

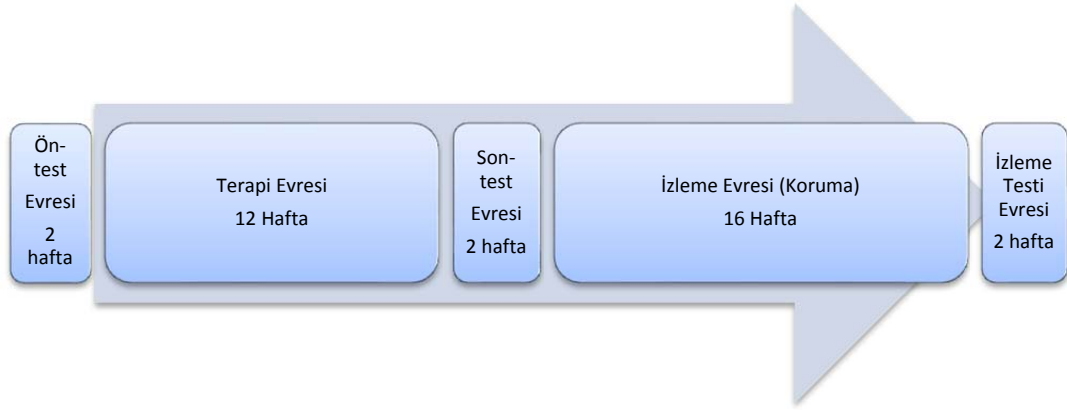
Kişisel bilgi formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen bu form; katılımcıların ismi, doğum tarihi, cinsiyeti, ikamet ettiği yer, eğitim durumu, mesleği, kekemelik öyküsü hakkında bazı bilgileri, aile öyküsü, daha önceki terapi deneyimi, bu araştırmada terapi yöntemi tercihi (yüz yüze terapi ve tele-terapi), bilgisayar kullanma yetkinliği, tele-terapi için gerekli koşullar ve donanım, tele-terapi için gerekli olan işitme-görme gibi yeterliliğe ilişkin bilgiler ve iletişim bilgileri gibi demografik bilgilerin alınmasını amaçlamaktadır.

Verilerin Toplanması

Araştırma takvimi

Bu araştırmanın veri toplama süreci, Şubat 2014-Kasım 2014 olmak üzere yaklaşık 9 aylık bir süreyi içermektedir (Şekil, 3) Terapi sürecinde çeşitli nedenlerden dolayı yapılan seans iptallerinin telafileri yapılmıştır. İki katılımcı araştırmaya bir hafta geç dahil olmuştur ve bu katılımcılar için deneysel sürecin takvimi bozulmadan sürdürülmüştür.



Şekil 3. Araştırma takvimi

Nicel verilerin toplanması

Bu araştırmanın objektif klinik verilerini üç durumda kekelenen hece oranları, katılımcıların kendi kekemelik şiddetlerine verdikleri puanlar, SSI-4, OASES, SL-ILP-S, Kekemelik Şiddeti Skalası ve SSI-4'ün Konuşma Doğallığı alt testi puanları oluşturmaktadır. Araştırmada kayıtlardan yapılan ölçümlerde, okuma ve spontan konuşma örneklerinin tümü ses kayıt cihazının yanı sıra kamerayla da alınmıştır. Zira işitsel-görsel kayıtlar daha isabetli ölçümleri olanaklı kılmaktadır (akt: Carey ve ark., 2012).

Alanyazında önerilen şekliyle bu araştırmada da terapi öncesi, terapi sonrası ve takip olmak üzere üç evrede kekemelik şiddetleri, araştırmadan bağımsız 3 uzman tarafından değerlendirilmiştir. Kekemelik ölçümleri iPad temelli sayaçlarla yapılmıştır. Wilkie ve Beilby (1996), Onslow ve arkadaşlarının (2008) belirttikleri gibi klinik bağlamın dışında araştırmadan bağımsız bir kişiyle telefonda konuşma bir bağımlı değişken olarak belirlenmiştir. Bu görüşmeler katılımcıya doğrudan gün ve saat bildirmeden gerçekleştirilmiştir. SSI-4 verilerini ise okuma ve spontan konuşmadaki kekelenen hece yüzdesi, akıcısızlıkların süresi ve ikincil davranışlar

oluşturmaktadır.

Katılımcıların kekemelik şiddetleri, kekelenen hece oranları hesaplanarak belirlenmiştir. Bu seçim Türkçe'nin özelliklerine (Demirezen, 2012; Arslan, 2013), alanyazında ve uygulama alanındaki uzlaşmaya dayanarak yapılmıştır (Onslow ve ark., 2007; Howell, 2011). Her bir değerlendirme evresinde katılımcılardan en az 400 hecelik spontan konuşma, okuma ve telefonda konuşma örnekleri alınmıştır (Guitar, 2014)

Klinisyenlerin vakaların kekemelik şiddeti yüzdelerini hesaplaması kadar, vakaların kendi tecrübeleri ve değerlendirmeleri de değerlidir. O'Brian ve Carey'e göre (2012) kekemelik şiddetini derecelendirme şeklinde değerlendirmenin nedenleri vardır. Öncelikle kekelemeleri güvenilir olarak tanımlamak ve ölçmek için bilinen bir standart prosedür yoktur. Alanyazında pek çok kaynak hem uzman hem vaka tarafından gerçekleştirilebilen kekemelik derecelendirme ölçeklerini desteklemektedir. Bu değerlendirme şeklinin avantajı, herhangi bir eğitim ya da ekipman gerektirmemesidir. Kekemeliği olan bireyler klinikte veya klinik dışında, geleneksel şiddet ölçüm araçları dışında akıcılıklarına, 1-9 arasında puan verebilirler (Eve ve ark., 1995; Onslow, 2003). Terapi çıktılarını değerlendirmede, bireylerin değerlendirme verileri önem taşımaktadır (Ingham ve Cordes, 1997; O'Brian ve ark., 2004). Bu bakımdan öntest, sontest ve izleme evrelerinde, O'Brian ve arkadaşlarının (2004) önerdiği şekilde, katılımcılardan kendi kekemelik şiddetlerini 1-9 arasında puanlamaları istenmiştir.

Kekemelik değerlendirmesi ve terapisinde deneyimi olan 3 uzman dil ve konuşma terapisti aynı algısal skala ile "kekemelik şiddeti" (O'Brian, 2003) değerlendirmesini yapmıştır. Değerlendirmede, alanyazına uygun şekilde en az 2 tane birer dakikalık dinleme yapıldıktan sonra puanlama yapılmıştır (Ward, 2006).

Konuşma doğallığı konuşma seslerinin eforsuz oluşu; yapaylık ve kısıtlılıktan ne kadar uzak olduğu ve konuşmanın ne kadar iyi hale geldiğiyle ilgili bilgi sunan niteliksel bir özelliktir. Araştırmadan bağımsız 3 değerlendiriciye konuşma doğallığıyla ilgili yönerge sunulmuş ve katılımcıların ön-test ve son-test evreleri için "konuşma doğallığı" değerlendirmesi yapmaları istenmiştir.

Nitel verilerin toplanması

Creswell'e (1998) göre bir fenomenolojik çalışma için bilgi toplama süreci en az 10 bireyle yapılan derinlemesine mülakatları içermektedir. Bu çalışmada; yaşanabilecek teknolojik aksaklıkları önleme, mülakatı yapan uzmanın daha iyi ilişki kurabilmesi ve katılımcıların ses tonu ve beden dili gibi değişkenlerini daha iyi incelemek için tüm mülakatlar yüz yüze gerçekleştirilmiştir.

Yarı-yapılandırılmış mülakat soruları (EK 3), araştırma soruları ekseninde hazırlanmıştır. Soruların hazırlanmasında Moustakas'ın (1994) (akt: Creswell, 2007) yaklaşımından yararlanılmıştır. Bu aşamada katılımcılara, tecrübelerine ilişkin dokusal ve yapısal tanımlamaya olanak sağlayacak veriler elde etmeye odaklanan başlıca iki genel çerçevede soru sorulmuştur (Moustakas, 1994; akt: Creswell, 2007). Bu sorular "Bu fenomenle ilgili deneyimleriniz nelerdir?" ve "Hangi bağlam veya ortam/durumlar genel anlamda bu fenomenle ilgili tecrübelerinizi etkiledi veya bozdu?"dur. Moustakas'ın önerdiği üzere tele-terapi deneyimini keşfetmeye yönelik diğer sorulara da yer verilmiştir. Bu sorular EK

3'te sunulmaktadır. Soruların hazırlanmasından sonra araştırmadan bağımsız ve nitel araştırma konusunda deneyimli bir öğretim üyesi bu soruları incelemiş ve listeye son halini vermiştir.

Uygulama aşamasında öncelikle mülakat sorularının araştırma dışı bir vakayla pilot uygulaması yapılmıştır. Mülakatlar, araştırmadan bağımsız 2 klinisyen tarafından, Creswell'in (1998) sunduğu yarı yapılandırılmış fenomenolojik yaklaşım temelli görüşme rehberine uygun şekilde gerçekleştirilmiştir. Klinikyenlere, mülakatın nasıl yapılması gerektiği konusunda bir yönerge sunulmuştur. Klinikyenler sırasıyla katılımcıyla tanışmış, kısa bir sohbet yapmış, mülakatın amaçlarını açıklamış, ısınma amaçlı genel bir soru sormuş ve sonrasında araştırmanın temel sorularına ilişkin etkileşim şeklinde açık uçlu sorular sormuşlardır. Mülakat içerisinde katılımcılar önem verdikleri konularda daha uzun cevap vermeye teşvik edilmiştir. Mülakatçılar yanıtların yeterince açık olmadığı durumlarda soruyu yinelemiş veya farklı şekilde yöneltmişlerdir. Mülakatlar yaklaşık 30-60 dakika sürmüştür. Tüm mülakatların içerik analizi için ses ve video kaydı alınmıştır.

Mülakat verilerinin yanı sıra tüm bireysel seanslar, grup terapilerindeki etkileşimler ve tartışmalarda katılımcıların sözel olarak, mesaj ve e-posta yoluyla ilettikleri görüşleri kayıt altına alınmıştır. Araştırmacı da bir klinisyen olarak teleterapi deneyimine ilişkin görüşlerini açıklamıştır.

Verilerin Çözümlemesi

Nicel verilerin analizi

Araştırma kapsamında spontan konuşmada, okumada ve telefonda kekelenen hece oranlarına, katılımcıların kendi kekemelik şiddetlerine verdikleri puanlar, Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı (SSI-4) puanları, Kekemelik Şiddeti Skalası, SSI-4'ün Konuşma Doğallığı alt testi, Konuşmacının Kekemelik Deneyiminin Değerlendirilmesi (OASES) Ölçeği ve alt ölçekleri, St. Louis Kekemelik ve Yaşama Bakış Envanteri (SL-ILP-S) ile elde edilen verilere ait betimsel istatistikler incelenmiştir.

Mann Whitney-U testi, iki ilişkisiz örneklemden elde edilen puanların birbirinden anlamlı bir şekilde farklılık gösterip göstermediğini test eder. Başka deyişle bu test, iki ilişkisiz grubun ilgilenilen değişken bakımından evrende benzer dağılımlara sahip olup olmadığını test eder (Büyüköztürk, 2010). Parametrik bir teknik olan varyans analizinin gerçekleştirilebilmesi için ise puanların her bir alt grupta normal dağılım göstermesi gerekmektedir (Büyüköztürk, 2010). Field (2013), güçlü bir teknik olan varyans analizinin, grup büyüklüklerinin eşit olması şartıyla, bu varsayımın ihlal edildiği durumlarda da gerçekleştirilebileceğini ifade etmektedir. Yüzyüze ve teleterapi gruplarının deneysel işlem öncesindeki denkliliğinin test edilmesinde Mann Whitney - U testi; öntest, sontest ve izleme testi verileri için ise karışık ölçümler için iki yönlü varyans analizi tekniğinden yararlanılmıştır. Varyans analizi sonucunda grup*ölçüm ortak etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu durumlarda, farklılığın hangi gruplar arasında oluştuğunun belirlenmesi amacıyla da Mann Whitney - U testi gerçekleştirilmiştir.

Nitel verilerin analizi

Bu araştırmada, yarı-yapılandırılmış mülakatlardan elde edilen verilerle katılımcıların tele-terapi deneyimini nasıl algıladıklarına ilişkin bir içerik analizi yapılmıştır. Creswell'in (2007), Moustakas'tan da (1994) yararlanarak önerdiği prosedürler kullanılmıştır. Bu prosedürler,

1. Mülakatlar, mülakatının ve katılımcıların ifadelerini içerecek şekilde deşifre edilmiştir.
2. Tüm deşifreler, tele-terapiye ilişkin araştırma soruları temelinde her bir veriye eşit değer verilerek okunmuştur. Tümcelerdeki anlamlı ifadelerin altı çizilmiştir veya fenomene ilişkin deneyimlerin anlaşılmasını sağlamak için alıntı yapılmıştır (horizontalization). Son aşamada önemli görölen, örtüşen ve tekrar eden ifadeler öne çıkarılarak ifadeler tanımlara veya anlam öbeklerine kümelendi (Creswell, 2007). Temalar teknolojiye uyum, zaman esnekliği, aksaklıklar gibi belli temalarda kategorilerlendirilmiştir. Tele-terapi kullanıcı perspektiflerinin tematik analizi yapılmıştır. Analizde MS Word'te teknoloji kullanımı turuncu, seans saatleri yeşil gibi her bir tema için farklı renk kodları kullanılmıştır.
3. Önemli bulunan ifadeler ve temalar, daha sonra katılımcıların neyi tecrübe ettiklerini tanımlamak için kullanılmıştır (dokusal tanımlama). Ayrıca bu ifade ve temalar, katılımcıların fenomeni nasıl tecrübe ettiğine etkide bulunan bağlam ya da ortamlara ilişkin açıklamaları yazmak için de kullanılmıştır (yaratıcı varyasyon veya yapısal tanımlama) (Creswell, 2007). Bu aşamada araştırmacı, kendi tecrübelerini ve bu tecrübeleri etkileyen bağlam ve durumları da tanımlamıştır (Moustakas, 1994). İki ve daha fazla aynı anlama gelen tanımlamalar için frekans ve yüzdeleri içeren tablolar sunulmuştur.
4. Yapısal ve dokusal açıklamalardan yararlanılarak fenomenin özünü sunan bir açıklama kompozisyonu yazılmıştır. Bu aşamada özellikle katılımcıların ortak tecrübelerine odaklanılmıştır.

Geçerlik ve Güvenirlik

İ geçerliği tehdit eden faktörler ve alınan önlemler

Bir çalışmada araştırmacının yanlış sonuçlara ulaşmasına neden olan çeşitli i geçerlik tehditleri mevcuttur (Maxwell, 2012). Bu aşamada Creswell (2009) ve Maxwell'in (2012) belirttiği tehditlere odaklanılmış ve önerilen önleme stratejileri kullanılmıştır.

Öncelikle *katılımcı öyküsü tehdidi* araştırma süresince katılımcıların deneyimledikleri dış olayların araştırma çıktılarını etkilemesidir (Creswell, 2009). Bu araştırmanın katılımcılarının araştırma süresince araştırmanın geçerliğini tehdit edecek düzeyde farklı bir yaşam olayı yaşadığı gözlemlenmemiştir. *Katılımcı seçimi tehdidi* ise araştırmada belli sonuçlara neden olacak niteliklere sahip katılımcıların seçilmesidir (Creswell, 2009). Bu bakımdan her bir grup; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, kekemelik şiddeti gibi nitelikler bakımından olabildiğince farklı özellikler gösteren bireylerden oluşmaktadır.

Olgunlaşma tehdidi katılımcıların deney süresince olgunlaşması veya değişmesidir (Creswell, 2009). Bu alışma 18-40 yaş arası gelişimlerini büyük ölçüde tamamlamış yetişkin katılımcıları içermektedir. Grup yaş ortalamaları

yakındır ve her iki grupta 20 veya 20 yaşın altında olan 2 katılımcı bulunmaktadır. Bu açıdan olgunlaşma veya değişme faktörünün önemli bir tehdit olmadığı düşünülmektedir.

Ölçme tehdidi katılımcıların ölçeklere ve verdiği yanıtlara aşına olmasıdır (Creswell, 2009). Ancak bu araştırmada ölçümler arası sürenin uzun olması (3 ay), katılımcıların önceki yanıtlarını hatırlamalarını mümkün kılmamaktadır.

Ölçme aracı kullanımı tehdidi uygulama öncesi ve sonrasında kullanılan ölçeklerin farklı olmasını içermektedir. Bu durum çıktıların puanlarını etkilemektedir (Creswell, 2009). Bu araştırmada her evrede aynı ölçme araçları kullanılmıştır.

Merkeze yönelme (regression) tehdidi, puanların ortalamaya kayma ihtimalinden dolayı puanları genel gruba göre oldukça uç noktada olan katılımcıların seçilmesidir (Creswell, 2009). Bundan dolayı kekelenen hece oranı %2'nin altında olan bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir. Benzer şekilde, ikamet durumu tele-terapi için uygun olan, ancak kekemelik şiddeti çok yüksek olan ve bundan dolayı kekemelik şiddeti ölçümü yeterli konuşma örneği alınamayan bir kadın katılımcı araştırmaya dahil edilmemiştir.

Vaka kaybı-mortalite tehdidi katılımcının araştırmadan çekilmesidir ve bu sebeple bu katılımcılardan çıktıların alınamamasıdır (Creswell, 2009). Bunun için çalışma grubu olabildiğince geniş şekilde oluşturulmuştur. Katılımcılara araştırma öncesi araştırmadan çekilme haklarının bulunduğu ancak bunun araştırma için önemli bir kayıp olacağı bildirilmiştir.

Terapi etkisinin yayılması tehdidi, deney ve kontrol grubundaki bireylerin etkileşim kurması ve bu durumun gruplara ilişkin çıktıların etkilemesidir (Creswell, 2009). Bu araştırmada tele-terapi grubu üyeleri kliniğe gelmediklerinden dolayı iki gruptaki üyeler etkileşim kuracak bir fırsat yakalayamamışlardır.

Telafl edici rekabet tehdidi ise kontrol grubunun deney grubuna göre değersizlik hissetmesidir. *Telafl edici moral çöküntüsü tehdidi* ise bir uygulamanın eşit düzeyde yarar sağlamaması durumunda veya sadece deney grubuna uygulama yapıldığında ortaya çıkmaktadır (Creswell, 2009). Ancak bu araştırmada katılımcılar kendi koşul ve isteklerine göre gruplara atanmıştır. Deney ve kontrol grubuna, terapi programı, oturum sayısı ve süresi eş şekilde sunulmuştur. Ayrıca katılımcılara koruma evresi sonrasında diğer yöntemle (tele-terapi ve yüz yüze terapi) ücretsiz terapi alabilecekleri bildirilmiştir.

Maxwell (2012) ise nitel araştırmalar kapsamında başlıca iki geçerlik tehdidinde vurgu yapmaktadır: Araştırmacının çalışılan kişileri veya ortamı etkilemesi (tepkisellik) ve araştırmacının taraf tutması (yanlılık).

Araştırmacı katılımcılar üstünde etkisini sınırlandırmak için tele-terapiye ilişkin görüşlerini ve tercihlerini açıklamamıştır. Gruplara atanmanın yapıldığı evrede katılımcılara yalnızca tele-terapiyle ilgili ASHA web sitesinden yararlanılarak hazırlanan genel bir rehber sunulmuştur (http-5). Katılımcıların tele-terapi deneyimlerini keşfetmeyi amaçlayan yarı-yapılandırılmış görüşmeler araştırmadan bağımsız klinisyenler tarafından yapılmıştır. Klinisyenlere mülakat

öncesi görüşmenin nasıl yapılacağına ilişkin bir yönerge sunulmuş ve yanlılık, ilişki kurma, açık uçlu soru sorma gibi beceriler hatırlatılmıştır.

Taraf tutma; araştırmacının teorisi, amacı, peşin hükümleri ve araştırmacının dikkat çekici olarak bulduğu verilerin seçiminde yatmaktadır. Bunun için Creswell (1998), araştırmacıların geçmiş tecrübelerini, önyargılarını, peşin hükümlerini ve araştırmayı yorumlamasında ve yaklaşımı biçimlendirmesinde olası etkiye sahip olacak oryantasyonu açığa çıkarmalarını önermektedir. Houser'in (2015) inandırıcılık kapsamında paranteze alma (bracketing) olarak tanımladığı aşama bu araştırmada da kullanılmıştır. Araştırmacı, bu çalışmanın bulgularını yorumlamada etkili olabilecek; kekemelik, teknolojik uygulamalar ve tele-terapiyle ilişkili mesleki geçmişini, mesleki eğilimlerini ve araştırma bulgularına ilişkin beklentilerini değerlendirmiştir. Bu süreç araştırmacının eğilimlerini tanımlamasını ve farkındalığının artmasına yardımcı olmuştur. Böylece çalışmadan elde edilen nitel verilerin analizi ve yorumlanması sırasında eğilimlerinin etkisi azaltılmaya çalışılmıştır (EK 1).

Dış geçerliği tehdit eden faktörler ve alınan önlemler

Dış geçerlilik, araştırma sonuçlarının üstünde çalışılan örneklemden tüm popülasyona genellenebilirliğin derecesi ile ilgilidir (Fraenkel ve ark., 2012). Creswell'e (2009) göre araştırmanın dış geçerliğini tehdit eden faktörler; a) Katılımcı seçimi ve uygulamanın etkileşimi, b) Ortam ve uygulamanın etkileşimi ve c) Katılımcı öyküsü ve uygulamanın etkileşimidir.

Dış geçerliği tehdit eden ilk faktöre göre, denemedeki katılımcıların kısıtlı nitelikleri sebebiyle araştırmacı, bu katılımcıların özelliğini taşımayan bireylere genelleme yapamamaktadır (Creswell, 2009). Bu araştırmada ise katılımcı grubu, kekemelik açısından heterojen karakteristiklere sahiptir ve uç nitelikleri içermemektedir. Diğer bir deyişle farklı yaş, cinsiyet, eğitim, kekemelik şiddeti ve semptomları gibi nitelikler bakımından katılımcı grubunun evreni büyük ölçüde temsil ettiği düşünülmektedir.

Creswell'in (2009) önerdiği ikinci tehdide göre bir denemedeki katılımcıların ortamlarının özelliklerinden dolayı araştırmacı başka ortamlardaki bireylere genelleme yapamamaktadır. Bu tehditle baş etmek için tele-terapi uygulaması Tekirdağ merkez (1), Ankara (2), Yalova (1), Samsun-Vezirköprü (1), Bursa (1), Malatya-Diyarbakır (1), İstanbul (2), İstanbul-Prag (1) olmak üzere farklı yerleşim yerlerinde ikamet eden bireylerle gerçekleştirilmiştir. Şüphesiz bundan sonraki araştırmalar farklı ortamlara genellenebilirliği destekleyecektir. Bunun dışında bu araştırmada tele-terapi uygulamaları, Adobe Connect tele-konferans sistemi ortamında yapılmıştır. Sistemin standart ve yaygın olarak kullanılan bir yazılım olmasının genellenebilirliği arttırdığı düşünülmektedir.

Dış geçerliği etkileyen son faktöre göre bir denemenin sonuçları zamana bağlı olduğu için, araştırmacı sonuçları geçmiş veya gelecek durumlara genellememektedir (Creswell, 2009). Bu araştırmanın takvimi, Mart, 2014-Kasım, 2014 olmak üzere yaklaşık 9 aylık bir süreyi içermesinden dolayı zaman açısından temsil edicilik düzeyi yüksek görünmektedir. Ancak tele-terapinin günümüz koşullarında mevcut çalışma grubu üstündeki etkililiğine ilişkin bu bulgular gelecekte yapılacak çalışmalarla test edilecektir.

Nicel Araştırmada geçerlik ve güvenilirlik

Bu araştırmada güvenilirlik için değerlendiriciler arası güvenilirlik tekniği kullanılmıştır. Kekelenen hece sayısı oranı ölçümü, araştırmadan bağımsız olan deneyimli klinisyenler tarafından gerçekleştirilmiştir. Tüm verilerin %20'si başka bir klinisyen tarafından değerlendirilmiş ve iki değerlendirici için hesaplanan sınıf içi korelasyon katsayısı (intra-class correlation) .998 olarak bulunmuştur. Yani değerlendiricilerin puanlarının yüksek uyum içerisinde olduğu görülmüştür. Üç klinisyenin, katılımcıların algısal kekemelik şiddeti ve doğallık parametrelerine ilişkin puanlamalarının uyumunu değerlendirmek amacıyla hesaplanan Cronbach Alfa katsayıları Çizelge 3'te verilmiştir.

Çizelge 3. Şiddet ve Doğallık parametreleri için Cronbach Alfa katsayıları

	Pre	Post
Şiddet	0.773	0.803
Doğallık	0.170	-0.012

Çizelge 3 incelendiğinde, kekemelik şiddeti için öntest ve sontest evresinde değerlendiriciler arası bir uyum olduğu görülmektedir. Ancak aynı durum doğallık için söz konusu değildir. Doğallık için hem terapi önce evre hem de terapi sonu evresinde değerlendiricilerin puanları arasında uyumun olmadığı görülmektedir. Bu durum değerlendiricilere bir yönerge sunulsa da yapılan değerlendirmelerin algısal olmasıyla ve konuşma doğallığı kavramının net olmamasıyla (Franken ve ark., 1995) ilişkilendirilebilir.

Nitel araştırmada geçerlik ve güvenilirlik

Lincoln ve Guba (1985) nitel araştırmalarda; nicel araştırmalardaki güvenilirlik ve geçerlik kavramlarına karşılık gelen, araştırmanın kalitesini arttıran, güvenilirliği (trustworthiness) veya aslına uygunluğu (authenticity) oluşturan dört kavram önermektedir. Bunlar, inandırıcılık (credibility), aktarılabirlik (transferability), tutarlık-değişmezlik (dependability) ve teyit edilebilirliktir (confirmability). Bu araştırmada, güvenilirlik düzeyini arttırmak için belirtilen bu stratejiler kullanılmıştır.

Inandırıcılık, katılımcıların açıklamaları ve araştırmacının bunlara yaptığı yorumlamalar arasında yüksek düzeyde harmoni oluşturmak için kullanılan metodolojik prosedürler ve kaynaklardır (Given, 2008). Diğer bir deyişle, araştırmacının; katılımcıların ne düşündüğünü, hissettiğini ve yaptığını ve onların düşüncelerini, duygularını ve hareketlerini etkileyen süreçleri tam olarak gösterebilmesidir (Lodico ve ark., 2010). Nitel araştırmalarda, nicel araştırmada kullanılan iç geçerlik kavramı için sıklıkla inandırıcılık kavramı kullanılmaktadır (O'Dwyer ve Bernauer, 2014).

Bu araştırmada bulguların doğruluğunu ve inandırıcılığı arttırmak için Creswell'in (2009) önerdiği bazı *inandırıcılık* stratejileri kullanılmıştır. Öncelikle araştırmacı konuyla ilgili eğitim, kültür, eğilim gibi karakteristiklerini açıklamış ve araştırma sürecini etkileyebilecek önyargılarını önlemeye çalışmıştır (EK 1). *Çeşitleme* kapsamında, nicel ve nitel verilerin birleştirilerek kullanımını içeren bir karma araştırma yöntemi kullanılmıştır. Katılımcı seçiminde her bir grup içinde yaş,

cinsiyet, eğitim, sosyoekonomik düzey, bilgisayar kullanım becerisi, ikamet edilen il/ilçe ve kekemelik şiddeti gibi niteliklerde çeşitlilik gösteren bir katılımcı grubu oluşturulmuştur. Araştırmanın veri kaynakları da yarı-yapılandırılmış mülakatların yanı sıra katılımcıların terapiler esnasındaki görüşleriyle ve e-posta, mesaj yoluyla bildirimleriyle çeşitlendirilmiştir. Ayrıca araştırmacının tele-terapi kullanımına ilişkin gözlemleri de nitel verilere dahil edilmiştir. Değerlendirme evreleri, terapi evresi ve koruma evresi boyunca katılımcıların tele-terapi hakkında görüşlerini sunmaları için *uzun süreli etkileşim* olanağı sağlanmıştır. *Katılımcı teyidi* kapsamında yarı yapılandırılmış görüşme deşifreler, içerik analizi bulguları ve yorumları değerlendirilmek üzere katılımcılara e-posta yoluyla gönderilmiştir. Katılımcıların tamamı bu verileri ve bulguları onaylamıştır ve bazı katılımcılar eklemelerde bulunmuşlardır. Böylece yanlış anlaşılmanın önüne geçilmiş, katılımcıların deneyimlerini daha da iyi şekilde yansıtılmalarına olanak sağlanmış ve inandırıcılık faktörü arttırılmıştır.

Uzman incelemesi kapsamında araştırmanın dışında olan nitel araştırma konusunda deneyimli iki öğretim üyesi, araştırmanın görüşme sorularını, bulguların yazımını ve yorumlanmasını gibi her bir basamağı eleştirel bir gözle incelemiştir. *Negatif vaka analizi* kapsamında katılımcıların çoğunun uzlaştığı görüşlerle çelişen katılımcı tanımlamaları (örn., TT1) açıklanmaya çalışılmıştır.

Uzun süreli etkileşim ve yoğun mülakatlar araştırmacıya zengin veri toplamak için olanak sağlamaktadır (Maxwell, 2012). Görüşmeleri içeren araştırmalarda zengi veri toplayabilmek için sadece önemli görülen noktaları not alma değil, genellikle birebir deşifre gereklidir (Bickman ve Rog, 2009). Bu araştırmada deney grubundaki tele-terapiyi deneyimleyen her bir katılımcıyla yapılan derinlemesine yarı-yapılandırılmış görüşmelerin video kaydı alınmıştır. Bu görüşmelerin deşifre işlemi araştırmadan bağımsız bir psikoloji öğrencisi tarafından yapılmıştır.

Nitel bir araştırmada *aktarılabirlik*; bir bireyin bir çalışmayı, yeni bir durumda veya yeni bireylere uyguladığında çalışmanın önceki sonuçlarını öngörme derecesidir. Bu kavram nicel araştırmalarda *genellenebilirlikle* veya *dış geçerlikle* benzerlik göstermektedir (Fraenkel ve ark., 2012). Bunun için başta tele-terapi uygulaması olmak üzere araştırmanın her bir bileşeni, basamağı ve katılımcıların tele-terapi deneyimleri olabildiğince detaylı olarak açıklanmıştır. Veriler verinin doğasına sadık kalınarak ve yorum katılmadan ayrıntılı olarak sunulmuş ve mülakatlardan doğrudan alıntılar yapılmıştır (Guba, 1981, Pandey ve Patnaik, 2014).

Teyit edilebilirlik araştırma sonuçlarının başkaları tarafından onaylanabilirliğin ve desteklenebilirliğin derecesidir (Trochim ve ark., 2015). Bu kavram nicel araştırmalardaki *objektifliğe* karşılık gelmektedir. Bulgular, araştırmacının kişisel özelliklerinden ve tercihlerinden değil, bilgi veren bireylerin ve katılımcıların fikirlerinden ve deneyimlerinden kaynaklanmalıdır. Bunun için araştırmacı bir dizi adımlar atmaktadır. Bu stratejiler araştırma bulgularına yönelik yanlılığı ve ayrıcalık gözetmeyi ortadan kaldırmaktadır (Pandey ve Patnaik, 2014). Bu araştırmada teyit edilebilirliği arttırmak araştırmanın yöntemi ve veri toplama süreci ayrıntısıyla açıklanmıştır. Verilerin sesli ve görsel olarak kayıt altına alınması tutarlılığı arttırmakla birlikte teyit edilebilirliği de geliştirmektedir. Veriler

ve varılan sonuçlar, nitel araştırmalar konusunda deneyimli bir uzman tarafından denetlenmiştir. Daha önceki gözlemlere aykırı olan görüşlere de yer verilmiştir. Araştırmanın modeli gereği nitel ve nicel verilerin karşılaştırılması teyit edilebilirliğe katkıda bulunmuştur (Wallendorf ve Belk, 1989; akt: Anney, 2014; Trochim ve ark., 2015).

Bu araştırmada *tutarlık* sağlanması için çaba gösterilmiştir. Bu kavram nicel araştırmalardaki *güvenirliğe* karşılık gelmektedir. Güvenilirliğin geleneksel görünüşü, test edilebilirlik ya da tekrar edilebilirlik varsayımına dayalıdır. Bu, aynı şey iki kere gözlemlenirse aynı bulguların elde edilip edilemeyeceğiyle ilgilidir. Ancak bunun imkansız olduğuna ilişkin tanım gereği eğer bir şey iki kez ölçülürse iki farklı şeyi ölçülmektedir. Bu “bir nehirde iki defa yıkanılmaz” düşüncesine dayalıdır. Bunun yanında, tutarlık araştırmacının, araştırmanın gerçekteleği bağlamın sürekli değişen doğasını hesaba katma ihtiyacını vurgulamaktadır. Araştırmacı, ortamda meydana gelen değişimleri ve bu değişimlerin araştırmayı nasıl etkilediğini açıklamakla sorumludur (Trochim ve ark., 2015). Bu araştırmada tutarlığı arttırmak için araştırma soruları net olarak sunulmuştur ve araştırma sorularıyla araştırma modeli arasında bir tutarlığın olması için çaba sarfedilmiştir. Araştırmacının rolü ve konumu açıklanmıştır. Veriler ve bulgular arasında tutarlık oluşturulmasına önem verilmiştir. Yalnızca mülakat verileri değil, dokuz ay süren tüm deney evresi boyunca katılımcıların tele-terapiyle ilgili görüşleri ve yöneme tutumları kayıt altına alınmıştır. Araştırma ve mülakat sorularının yazımı, analiz; temaların oluşturulması ve yorumlama bağımsız bir araştırmacı tarafından denetlenmiştir (Given, 2008; Miles ve ark., 2014).

Etik

Araştırma ASHA ve APA araştırma etiği ve tele-terapi etik ilkelerine uygun şekilde sürdürülmüştür. Aynı zamanda Anadolu Üniversitesi, Etik Kurulu’ndan onay alınmıştır (EK 14). Tüm katılımcılara Katılımcı Onay Formu sunulmuştur. Katılımcılara tüm hizmetin ücretsiz olduğu, hakları (klinikyene rahatça ulaşabilme, araştırmadan çekilme vb.), sorumlulukları (terapilere düzenli katılım, egzersizlerin yapılması vb.) ve klinikyenin sorumlulukları bildirilmiştir.

BULGULAR ve TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmanın amaçları doğrultusunda yapılan nicel ve nitel analiz bulguları ve tartışma bölümleri sırasıyla yer almaktadır. Öncelikle nicel ve nitel veriler ayrı başlıklar altında sunulmuştur. Daha sonra bu iki bulgu seti karşılaştırılmış, ilişkilendirilmiş ve bulguların birbirini destekleyip desteklemediğine ilişkin yorumlar yapılmıştır.

Araştırmanın Nicel Amaçlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmanın nicel amaç soruları doğrultusunda yapılan betimsel istatistikler ve veri analizlerine ait bulgular yer almaktadır.

Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest, sontest ve izleme evrelerinde; spontan konuşmada, okumada ve telefonda kekelenen hece oranlarına ilişkin bulgular

Araştırma soruları doğrultusunda yapılan analizler sonucunda tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest, sontest ve izleme evrelerinde ölçülen; spontan konuşmada, okumada ve telefonda kekelenen hece oranlarına ilişkin betimsel istatistikler Çizelge 4’te sunulmuştur.

Çizelge 4. Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının; öntest, sontest ve izleme evrelerinde, spontan konuşmada, okumada ve telefonda kekelenen hece oranları ve ortalamaları

	Katılımcı	ÖNTEST			SONTEST			İZLEME		
		Konuşma	Okuma	Telefon	Konuşma	Okuma	Telefon	Konuşma	Okuma	Telefon
Tele-terapi Grubu	TT1	9,6	6,75	3,82	2,33	0,4	1,5	2,9	1,9	3,47
	TT2	21,4	6,75	15,11	3,35	0,3	7,5	3,5	2	7,19
	TT3	6,15	2,25	6,18	0,2	0	0,7	1,75	0	1,7
	TT4	7,3	3,75	4,26	0,5	0,5	2,25	1	0,25	0,58
	TT5	6,41	14,25	7,48	0,8	0,5	4	1,5	0,5	4,25
	TT6	2,7	2,25	3,39	0,5	0,75	1,5	1,4	0,25	0,5
	TT7	6,8	4	7,1	0,2	0	1,5	0,75	2	1,21
	TT8	8,2	10,75	6,1	3,9	2,4	5	Çekildi		
	TT9	6,8	16	3,25	0,8	1	2	1,3	0,5	3
	TT10	6,3	6	3,1	1,4	0,5	3,5	2	0,5	4,53
	\bar{X} ve SS	$\bar{X}=8,17$ SS=4,97	$\bar{X}=7,28$ SS=4,86	$\bar{X}=5,98$ SS=3,61	$\bar{X}=1,4$ SS=1,34	$\bar{X}=0,64$ SS=0,69	$\bar{X}=2,95$ SS=2,08	$\bar{X}=1,79$ SS=0,89	$\bar{X}=0,88$ SS=0,83	$\bar{X}=2,94$ SS=2,02
Yüz yüze Terapi Grubu	YY1	2,7	14,75	5,35	1,75	0,3	0,7	0,5	1	6,19
	YY2	4,4	18,25	8,28	0,8	0,3	1,75	2,5	1,19	3,2
	YY3	5,6	13,5	7,2	0,3	0	1,25	0,25	0,25	1,87
	YY4	5,1	12,25	9,33	1,5	0,4	1	1	0,25	1,7
	YY5	8,7	5,25	6,54	0,9	0,3	1,25	0,9	0,5	3
	YY6	4,9	16,25	5,24	Çekildi			Çekildi		
	YY7	7,5	9	7,23	0,4	0	2,75	1,95	0	5,25
	YY8	5,2	6	2,13	1,5	0,75	3	1,6	3,6	0,9
	YY9	4,6	11,25	3,13	1	0,9	2,75	2,2	1,75	2
	YY10	7,6	20,5	9,2	3,3	0,4	3,75	2,17	0	3
	\bar{X} ve SS	$\bar{X}=5,63$ SS=1,79	$\bar{X}=12,7$ SS=5,01	$\bar{X}=6,36$ SS=2,42	$\bar{X}=1,27$ SS=0,91	$\bar{X}=0,37$ SS=0,3	$\bar{X}=2,02$ SS=1,06	$\bar{X}=1,45$ SS=0,81	$\bar{X}=0,95$ SS=1,16	$\bar{X}=3,01$ SS=1,72

Çizelge 4 incelendiğinde öntest evresinde katılımcıların ölçüm alınan üç durumda da kekelenen hece oranları bakımından heterojen özellikler gösterdiği görülmektedir. Gruplar orta (2,5-8,4) ve şiddetli ($8,5 \leq$) düzeyde kekelenmeliği olan katılımcıları içermektedir (Akt: Laiho ve Klippi, 2007).

Tele-terapi grubunun, öntest verilerine göre sontest evresinde, *spontan konuşmada* kekelenen hece oranı ortalamalarının, yaklaşık %83 ve izleme

evresinde %78 oranlarında düştüğü görülmüştür. Yüz yüze grubunun ise öntest verilerine göre sontest evresinde *spontan konuşmada* kekelenen hece oranı ortalamalarının, yaklaşık %77 ve izleme evresinde %74 oranlarında düştüğü görülmüştür.

Tele-terapi grubu, *okumada* kekelenen hece oranlarının, öntest verilerine göre sontest evresinde, yaklaşık %91 ve izleme evresinde %88 oranlarında düştüğü belirlenmiştir. Yüz yüze terapi grubu, *okumada* kekelenen hece oranlarının, öntest verilerine göre sontest evresinde yaklaşık %97 ve izleme evresinde %93 oranlarında düştüğü belirlenmiştir.

Tele-terapi grubu, *telefonda* kekelenen hece oranlarının, öntest verilerine göre sontest evresinde yaklaşık %51 ve izleme evresinde yine %51 oranlarında düştüğü belirlenmiştir. Yüz yüze terapi grubu, *telefonda* kekelenen hece oranlarının, öntest verilerine göre sontest evresinde yaklaşık %65 ve izleme evresinde %53 oranlarında düştüğü belirlenmiştir. Sontest ve izleme evrelerinde standart sapma en yüksek telefonda konuşma durumundadır, başka deyişle telefonda kekelenen hece oranlarına ilişkin başarı heterojen bir özellik göstermektedir.

Tele-terapi grubunda son-test evresinde (n=10), spontan konuşmada 8 katılımcıda (%80), okumada 9 katılımcıda (%90) ve telefonda 5 katılımcıda (%50) kekelenen hece oranının kesme noktası olan %2 ve altına düştüğü belirlenmiştir. Yüz yüze grubunda ise son-test evresinde (n=9), spontan konuşmada 8 katılımcıda (%89), okumada 9 katılımcıda (%100) ve telefonda 5 katılımcıda (%56) kekelenen hece oranının %2 ve altına düştüğü belirlenmiştir. Terapide sağlanan akıcılığı korunmasına ilişkin izleme evresinde; tele-terapi grubunda (n=9), spontan konuşmada 7 katılımcıda (%78), okumada 9 katılımcıda (%100) ve telefonda 4 katılımcıda (%44) kekelenen hece oranının %2 ve altına düştüğü belirlenmiştir. Yine izleme evresinde, yüz yüze terapi grubunda (n=9); spontan konuşmada 6 katılımcıda (%67), okumada 8 katılımcıda (%89) ve telefonda 5 katılımcıda (%56) kekelenen hece oranının %2 ve altına düştüğü belirlenmiştir.

Tele-terapi grubu katılımcılarının (n=9); konuşmada %89'u, okumada %67'si ve telefonda %78'i sontest evresindeki kekelenen hece oranlarını \pm %1 ve altında korudukları belirlenmiştir. Yüz yüze terapi grubu katılımcılarının ise (n=9); konuşmada %67'si, okumada %89'u ve telefonda %55'i sontest evresindeki kekelenen hece oranlarını \pm %1 ve altında korudukları belirlenmiştir. Görüldüğü üzere, kekelenen hece oranları sontest bulgularına göre, tele-terapi grubu konuşmada ve telefonda akıcılığını daha başarılı şekilde korumuştur. Okumada ise yüz yüze terapi grubu akıcılığını daha başarılı şekilde korumuştur.

Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest, sontest ve izleme evrelerinde, "spontan konuşmada, okumada ve telefonda konuşmada" kekelenen hece oranlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Bu bölümde araştırmanın nicel amaç soruları doğrultusunda tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest, sontest ve izleme evrelerinde; spontan konuşmada, okumada ve telefonda konuşmada kekelenen hece oranlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Deneysel işlem öncesinde, tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının konuşma, okuma ve telefonda konuşma değişkenleri açısından birbirine denk olup olmadıkları Mann Whitney - U testi ile incelenmiştir (Çizelge 5).

Çizelge 5. Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının deneysel işlem öncesinde karşılaştırılmasına ilişkin Mann Whitney-U testi sonuçları

Ön test	Grup	n	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	U	p
Konuşma	Tele-terapi	10	12,65	126,50	28,50	,10
	Yüz yüze	10	8,35	83,50		
Okuma	Tele-terapi	10	7,65	76,50	21,50	,03
	Yüz yüze	10	13,35	133,50		
Telefonda Konuşma	Tele-terapi	10	9,40	94,00	39,00	,44
	Yüz yüze	10	11,60	116,00		

Çizelge 5'te, konuşma ($p>,05$) ve telefonda konuşma ($p>,05$) değişkenleri açısından grupların birbirine denk oldukları görülmektedir. Okuma değişkeni açısından yapılan incelemede ise yüz yüze terapi grubunun daha yüksek ölçümlere sahip olduğu görülmüştür ($p<,05$). Deneysel araştırmalarda, her açıdan birbirine denk iki grubun bulunmasının güç olduğu, spontan konuşmada ve telefonda konuşmada kekelenen hece oranları ve SSI-4 puanları bakımından istatistiksel olarak fark bulunmamasına dayanarak deneysel işlem öncesinde grupların birbirine denk olduğu kabul edilmiştir.

Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest, sontest ve izleme evrelerinde, "spontan konuşmada" kekelenen hece oranlarının incelenmesine ilişkin bulgular

Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının spontan konuşma değişkenine ilişkin öntest, sontest ve izleme testi puanları arasında istatistiksel bir farkın olup olmadığı, diğer bir deyişle kekelemelik terapisinin tele-terapi ve yüz yüze sunumlarının, spontan konuşmadaki kekelenen hece oranı ortalamalarını azaltmadaki etkililiği, karışık ölçümler için iki faktörlü varyans analizi ile incelenmiştir.

Yüz yüze terapi grubundaki katılımcılardan biri sontest ve izleme testi aşamalarında, tele-terapi grubundaki bir katılımcı da izleme testi aşamasında araştırmadan çekilmiştir. Tekrarlı ölçümler içeren varyans analizinin uygulanabilmesi için katılımcılara ait verilerin eksiksiz olması gerektiğinden, bu iki katılımcıya ait verileri içeren satırlar analizlere dahil edilememiş ve dolayısıyla gruplardaki katılımcı sayılarının (9) eşit olması söz konusu olmuştur.

Tele-terapi ve yüz yüze terapi sunumlarının spontan konuşma üzerindeki etkililikleri arasında bir farkın olup olmadığı karışık ölçümler için iki faktörlü varyans analizi ile incelenmiştir. Karışık ölçümler için iki yönlü varyans analizi sonuçları Çizelge 6'da verilmiştir.

Çizelge 6. Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının spontan konuşmada kekelenen hece oranlarına ilişkin varyans analizi sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Denekler arası	155,45	17			
Grup	10,42	1	10,42	1,15	,30
Hata	145,03	16	9,06		
Denekler içi	518,58	36			
Ölçüm	368,37	2	184,19	44,32	,00
Grup*Ölçüm	17,23	2	8,62	2,07	,14
Hata	132,98	32	4,16		
Toplam	674,03	53			

Çizelge 6’da, ölçümlere ilişkin temel etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu, grup*ölçüm ortak etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Dolayısıyla, tele-terapi ve yüz yüze terapi grupları arasında ayırım yapılmaksızın, elde edilen tekrarlı ölçümlerin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($F_{(2,32)}=44,32$, $p<,05$); tele-terapi ve yüz yüze terapi sunumlarının spontan konuşmada kekelenen hece oranı ortalamalarını azaltmadaki etkililiği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı görülmüştür ($F_{(2,32)}=2,07$, $p>,05$). İki grup arasında spontan konuşmada kekelenen hece oranları bakımından istatistiksel olarak bir farklılık bulunmadığı için çoklu karşılaştırma analizi yapılmamıştır.

Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest, sontest ve izleme evrelerinde, “okumada” kekelenen hece oranlarının incelenmesine ilişkin bulgular

Tele-terapi ve yüz yüze terapi sunumlarının okuma üzerindeki etkililikleri arasında bir farkın olup olmadığı karışık ölçümler için iki faktörlü varyans analizi ile incelenmiştir. Karışık ölçümler için iki yönlü varyans analizi sonuçları Çizelge 7’de verilmiştir.

Çizelge 7. Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının okumadaki kekelenen hece oranlarına ilişkin varyans analizi sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Denekler arası	178,69	17			
Grup	44,08	1	44,08	5,24	,04
Hata	134,61	16	8,41		
Denekler içi	521,54	36			
Ölçüm	960,93	2	480,46	52,31	,00
Grup*Ölçüm	87,991	2	44,00	4,79	,02
Hata	293,93	32	9,18		
Toplam	1342,851	53			

Çizelge 7’de, ölçümlere ilişkin grup ($F_{(1,16)}=5,24$, $p<,05$) ve ölçüm ($F_{(2,32)}=52,31$, $p<,05$) temel etkilerinin ve grup*ölçüm ortak etkisinin ($F_{(2,32)}=4,79$, $p<,05$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Diğer bir deyişle, öntest, sontest ve izleme testi puanlarının tele-terapi ve yüz yüze terapi sunumlarının yapıldığı gruplar arasında anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmüştür.

Bu farklılığın gruplara ait ölçümlerin hangi aşamasında ortaya çıktığını belirlemek amacıyla tele-terapi ve yüz yüze terapi uygulamalarının öntest, sontest ve izleme testi puanları arasındaki farklar Mann Whitney U testi ile incelenmiştir (Çizelge 8).

Çizelge 8. Öntest, sontest ve izleme testinden elde edilen okumada kekelenen hece oranlarına ait ölçümlerin gruplara göre karşılaştırılmasına ilişkin Mann Whitney-U testi sonuçları

Ölçüm	Grup	n	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	U	p
Öntest	Tele-terapi	10	7,65	76,50	21,50	,03
	Yüz yüze	10	13,35	133,50		
Sontest	Tele-terapi	10	11,30	113,00	32,00	,28
	Yüz yüze	9	8,56	77,00		
İzleme	Tele-terapi	9	9,94	89,50	36,50	,73
	Yüz yüze	9	9,06	81,50		

Çizelge 8’de, öntest puanlarının tele-terapi grubuna göre yüz yüze terapi grubu lehine daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<,05$). Sontest ve izleme testlerinden elde edilen ölçümler arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamaktadır ($p>,05$). Bu bulgu, yüz yüze terapi uygulamasının okuma durumunda tele-terapi uygulamasıyla benzer şekilde kalıcı fakat daha etkili olduğunu göstermektedir.

Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest, sontest ve izleme evrelerinde, “telefonda konuşmada” kekelenen hece oranlarının incelenmesine ilişkin bulgular

Tele-terapi ve yüz yüze terapi sunumlarının telefonla konuşmadaki kekeleme oranları üzerindeki etkililikleri arasında bir farkın olup olmadığı karışık ölçümler için iki faktörlü varyans analizi ile incelenmiştir. Karışık ölçümler için iki yönlü varyans analizi sonuçları Çizelge 9’da verilmiştir.

Çizelge 9. Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının telefonda konuşmadaki kekelenen hece oranlarına ilişkin varyans analizi sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Denekler arası	173,78	17			
Grup	,01	1	,01	,00	,97
Hata	173,77	16	10,86		
Denekler içi	258,55	36			
Ölçüm	154,93	2	77,46	24,74	,00
Grup*Ölçüm	3,41	2	1,70	,54	,59
Hata	100,21	32	3,13		
Toplam	432,33	53			

Çizelge 9’da, ölçümlere ilişkin temel etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu, grup*ölçüm ortak etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Dolayısıyla, tele-terapi ve yüz yüze terapi grupları arasında ayırım yapılmaksızın, elde edilen tekrarlı ölçümlerin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($F_{(2,32)}=24,74$, $p<,05$); tele-terapi ve yüz yüze terapi sunumlarının telefonla konuşmadaki kekelenen hece oranı ortalamalarını azaltmadaki etkililiği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı görülmüştür ($F_{(2,32)}=0,54$, $p>,05$). İki grup arasında telefonda konuşmada kekelenen hece oranları

bakımından istatistiksel olarak bir farklılık bulunmadığı için çoklu karşılaştırma analizi yapılmamıştır.

Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest, sontest ve izleme evrelerinde, “Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı (SSI-IV) puanlarının” incelenmesine ilişkin bulgular

Tele-terapi ve yüz yüze terapi grubunun; öntest, sontest ve izleme evrelerindeki SSI-4 puanlarına ilişkin örneklem (n), ortalama (\bar{X}), standart sapma (ss) ve en düşük-en yüksek (min.-max.) puanlarla ilgili bulgular Çizelge 10’da verilmiştir.

Çizelge 10. Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının SSI-4 öntest, sontest ve izleme testi puanlarına ilişkin betimsel istatistikler

Grup	Ölçüm	n	Ortalama	Standart sapma	En düşük	En büyük
Tele- terapi	Öntest	9	27,22	6,91	20	41
	Sontest	9	7,78	4,55	3	18
	İzleme	9	8,44	5,25	4	21
Yüz yüze	Öntest	9	30,22	5,40	26	43
	Sontest	9	10,89	6,17	4	24
	İzleme	9	11,00	5,32	5	19

Çizelge 10’da, tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının sontest ve izleme testi ortalamalarının öntest ortalamalarına göre düşüş gösterdiği görülmektedir. Tele-terapi ve yüz yüze terapi sunumlarının SSI-4 puanları üzerindeki etkililikleri arasında bir farkın olup olmadığı karışık ölçümler için iki faktörlü varyans analizi ile incelenmiştir. Karışık ölçümler için iki yönlü varyans analizi sonuçları Çizelge 11’de verilmiştir.

Çizelge 11. SSI-4 öntest, sontest ve izleme testi puanlarının tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarına göre incelenmesine ilişkin varyans analizi sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Denekler arası	1219,04	17			
Grup	112,67	1	112,67	1,63	,22
Hata	1106,37	16			
Denekler içi	4872,67	36			
Ölçüm	4422,48	2	2211,24	157,45	,00
Grup*Ölçüm	,78	2	,39	,03	,97
Hata	449,41	32	14,04		
Toplam	6091,71	53			

Çizelge 11’de, ölçümlere ilişkin temel etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu, grup*ölçüm ortak etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Dolayısıyla, tele-terapi ve yüz yüze terapi grupları arasında ayırım yapılmaksızın, SSI-4’e ilişkin tekrarlı ölçümlerin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($F_{(2,32)}=157,45$, $p<,05$); tele-terapi ve yüz yüze terapi sunumlarının SSI-4 puanlarını azaltmadaki etkililiği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı görülmüştür ($F_{(2,32)}=0,03$, $p>,05$). İki grup arasında SSI-4 puanları bakımından istatistiksel olarak bir farklılık bulunmadığı için çoklu karşılaştırma analizi yapılmamıştır.

Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest, sontest ve izleme evrelerinde, “katılımcıların kendi kekemelik şiddetlerine verdikleri puanların” incelenmesine ilişkin bulgular

Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının kendi kekemelik şiddetlerini değerlendirmeleriyle ilgili öntest, sontest ve izleme testi puanlarına ilişkin örneklem (n), ortalama (\bar{X}), standart sapma (ss) ve en düşük-en yüksek (min.-max.) puanlarla ilişkili betimsel istatistikler Çizelge 12’de verilmiştir.

Çizelge 12. Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının kendi kekemelik şiddetlerini değerlendirmelerine ilişkin betimsel istatistikler

Grup	Ölçüm	n	Ortalama	Standart sapma	En düşük	En büyük
Tele-terapi	Öntest	9	5,56	1,24	4	8
	Sontest	9	3,44	1,13	2	6
	İzleme	9	3,56	0,88	2	5
Yüz yüze	Öntest	9	6,22	0,97	5	8
	Sontest	9	2,89	,60	2	4
	İzleme	9	3,44	0,78	2	5

Çizelge 12’de, tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının sontest ve izleme testi ortalamalarının öntest ortalamalarına göre düşüş gösterdiği görülmektedir. Tele-terapi grubu öntest evresi puanlarına göre ($\bar{X}=5,56$), sontest evresinde yaklaşık %38 ($\bar{X}=3,44$) ve izleme evresinde yaklaşık %36 oranında ($\bar{X}=3,56$) puanlarını düşürmüştür. Yüz yüze terapi grubu öntest evresi puanlarına göre ($\bar{X} =6,22$), sontest evresinde yaklaşık %54 ($\bar{X} =2,89$) ve izleme evresinde yaklaşık %45 oranında ($\bar{X} =3,44$) puanlarını düşürmüştür. Tele-terapi grubu ve yüz yüze terapi gruplarında katılımcıların kekemelik şiddetlerine verdikleri puanlar bakımından gerçekleşen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=.003$, $p=.001$; $p<.01$).

Tele-terapi ve yüz yüze terapi sunumlarının, katılımcıların kendi kekemelik şiddetlerini değerlendirmeleri üzerindeki etkililikleri arasında bir farkın olup olmadığı karışık ölçümler için iki faktörlü varyans analizi ile incelenmiştir. Karışık ölçümler için iki yönlü varyans analizi sonuçları Çizelge 13’te verilmiştir.

Çizelge 13. Katılımcıların kendi kekemelik şiddetlerini değerlendirmelerine ait öntest, sontest ve izleme testi puanlarının tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarına göre incelenmesine ilişkin varyans analizi sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Denekler arası		17			
Grup	,00	1	,00	,00	1,00
Hata	26,15	16			
Denekler içi		36			
Ölçüm	79,37	2	39,68	50,42	,00
Grup*Ölçüm	3,44	2	1,72	2,19	,13
Hata	25,18	32	,79		
Toplam		53			

Çizelge 13’te, ölçümlere ilişkin temel etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu, grup*ölçüm ortak etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Dolayısıyla, tele-terapi ve yüz yüze terapi grupları arasında ayırım yapılmaksızın,

katılımcıların kendi kekemelik şiddetlerini değerlendirmelerine ilişkin tekrarlı ölçümlerin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($F_{(2,32)}=50,42$, $p<,05$); tele-terapi ve yüz yüze terapi sunumlarının katılımcıların kendi kekemelik şiddetlerine ilişkin değerlendirmelerindeki düşüşteki etkililiği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı görülmüştür ($F_{(2,32)}=2,19$, $p>,05$).

Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest ve sontest evrelerinde “algısal kekemelik şiddeti puanlarının” incelenmesine ilişkin bulgular

Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının algısal kekemelik şiddeti puanlarıyla ilgili öntest, sontest ve izleme testi puanlarına ilişkin örneklem (n), ortalama (\bar{X}), standart sapma (ss) ve en düşük-en yüksek (min.-max.) puanlarla ilişkili betimsel istatistikler Çizelge 14’te verilmiştir.

Çizelge 14. Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının algısal kekemelik şiddeti puanlarına ilişkin betimsel istatistikler

Grup	Ölçüm	n	Ortalama	Standart sapma	En düşük	En büyük
Tele-terapi	Öntest	10	5,83	1,37	4,33	8,66
	Sontest	10	3,03	1,37	1,33	5,00
Yüz yüze	Öntest	10	6,16	1,20	3,66	7,66
	Sontest	9	2,63	0,74	1,66	4,00

Çizelge 14’te, tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının sontest ortalamalarının öntest ortalamalarına göre düşüş gösterdiği görülmektedir.

Tele-terapi ve yüz yüze terapi sunumlarının, katılımcıların kendi kekemelik şiddetlerini değerlendirmeleri üzerindeki etkililikleri arasında bir farkın olup olmadığı karışık ölçümler için iki faktörlü varyans analizi ile incelenmiştir. Karışık ölçümler için iki yönlü varyans analizi sonuçları Çizelge 15’te verilmiştir.

Çizelge 15. Algısal kekemelik şiddetine ait öntest ve sontest puanlarının tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarına göre incelenmesine ilişkin varyans analizi sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Denekler arası	43,95	19			
Grup	,13	1	,13	,05	,82
Hata	43,82	18	2,44		
Denekler içi	97,07	19			
Ölçüm	90,10	1	90,10	246,95	,00
Grup*Ölçüm	,77	1	,77	2,11	,16
Hata	6,20	17			
Toplam	141,02	38			

Çizelge 15’te, ölçümlere ilişkin temel etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu, grup*ölçüm ortak etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Dolayısıyla, tele-terapi ve yüz yüze terapi grupları arasında ayırım yapılmaksızın, algısal kekemelik şiddeti puanlarına ilişkin tekrarlı ölçümlerin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($F_{(1,18)}=243,75$, $p<,05$); tele-terapi ve yüz yüze terapi sunumlarının algısal kekemelik şiddeti puanlarındaki düşüş üzerindeki etkililiği

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı görülmüştür ($F_{(1,17)}=2,11, p>,05$).

Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest ve sontest evrelerinde, “algısal konuşma doğallığı puanlarının” incelenmesine ilişkin bulgular

Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının algısal konuşma doğallığı puanlarıyla ilgili öntest, sontest ve izleme testi puanlarına ilişkin örneklem (n), ortalama (\bar{X}), standart sapma (ss) ve en düşük-en yüksek (min.-max.) puanlarla ilişkili betimsel istatistikler Çizelge 16’da verilmiştir.

Çizelge 16. Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının algısal konuşma doğallığı puanlarına ilişkin betimsel istatistikler

Grup	Ölçüm	n	Ortalama	Standart sapma	En küçük	En büyük
Tele-terapi	Öntest	10	2,63	,98	1,33	4,00
	Sontest	10	3,00	,63	2,00	3,66
Yüz yüze	Öntest	10	2,13	,50	1,33	3,00
	Sontest	9	2,77	,76	1,66	4,00

Çizelge 16’da, tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının sontest ortalamalarının öntest ortalamalarına göre düşüş gösterdiği görülmektedir.

Tele-terapi ve yüz yüze terapi sunumlarının, algısal konuşma doğallığı üzerindeki etkililikleri arasında bir farkın olup olmadığı karışık ölçümler için iki faktörlü varyans analizi ile incelenmiştir. Karışık ölçümler için iki yönlü varyans analizi sonuçları Çizelge 17’de verilmiştir.

Çizelge 17. Algısal konuşma doğallığına ait öntest ve sontest puanlarının tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarına göre incelenmesine ilişkin varyans analizi sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Denekler arası	12,72	18			
Grup	1,06	1	1,06	1,55	,23
Hata	11,66	17	,69		
Denekler içi	9,44	19			
Ölçüm	2,17	1	2,17	5,16	,04
Grup*Ölçüm	,12	1	,12	,29	,60
Hata	7,15	17	,42		
Toplam	22,16	37			

Çizelge 17’de, ölçümlere ilişkin temel etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu, grup*ölçüm ortak etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Dolayısıyla, tele-terapi ve yüz yüze terapi grupları arasında ayırım yapılmaksızın, algısal konuşma doğallığı puanlarına ilişkin tekrarlı ölçümlerin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($F_{(1,17)}=5,16, p<,05$); tele-terapi ve yüz yüze terapi sunumlarının algısal konuşma doğallığı puanlarındaki düşüş üzerindeki etkililiği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı görülmüştür ($F_{(1,17)}=0,29, p>,05$).

Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest ve sontest evrelerinde, “Konuşmacının Kekemelik Deneyiminin Değerlendirilmesi Ölçeği (OASES) alt ölçek puanları ve toplam puanlarının” incelenmesine ilişkin bulgular

Bu bölümde tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının *Konuşmacının Kekemelik Deneyiminin Değerlendirilmesi Ölçeği'nin (OASES)* alt ölçekleri *Genel Bilgi, Kekemeliğe Tepkiler, Günlük Durumlarda İletişim, Yaşam Kalitesi* ve ölçeğin *toplam puanına* ilişkin betimsel istatistikler ve istatistiksel analiz sonuçları sunulmuştur.

Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest ve sontest evrelerinde, “OASES'in Genel Bilgi Alt Ölçeği” puanlarının incelenmesine ilişkin bulgular

Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının OASES Genel Bilgi alt ölçeği puanlarıyla ilgili öntest ve sontest puanlarına ilişkin örneklem (n), ortalama (\bar{X}), standart sapma (ss) ve en düşük-en yüksek (min.-max.) puanlarla ilişkili betimsel istatistikler Çizelge 18'de verilmiştir.

Çizelge 18. Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının OASES'in Genel Bilgi alt ölçeği puanlarına ilişkin betimsel istatistikler

Grup	Ölçüm	n	Ortalama	Standart sapma	En küçük	En büyük
Tele-terapi	Öntest	10	62,28	10,33	48,00	78,00
	Sontest	10	40,90	9,95	27,00	56,00
Yüz yüze	Öntest	10	65,77	6,08	56,84	78,00
	Sontest	9	45,33	5,27	37,00	53,00

Çizelge 18'de, tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının sontest ortalamalarının öntest ortalamalarına göre düşüş gösterdiği görülmektedir.

Tele-terapi ve yüz yüze terapi sunumlarının, OASES'in Genel Bilgi alt ölçeği üzerindeki etkililikleri arasında bir farkın olup olmadığı karışık ölçümler için iki faktörlü varyans analizi ile incelenmiştir. Karışık ölçümler için iki yönlü varyans analizi sonuçları Çizelge 19'da verilmiştir.

Çizelge 19. OASES'in Genel Bilgi alt ölçeğine ait öntest ve sontest puanlarının tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarına göre incelenmesine ilişkin varyans analizi sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Denekler arası	1878,31	18			
Grup	139,50	1	139,50	1,36	,30
Hata	1738,81	17			
Denekler içi	4758,78	19			
Ölçüm	4093,18	1	4093,18	105,04	,00
Grup*Ölçüm	3,36	1	3,36	,09	,77
Hata	662,24	17	38,97		
Toplam	6637,09	37			

Çizelge 19'da, ölçümlere ilişkin temel etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu, grup*ölçüm ortak etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Dolayısıyla, tele-terapi ve yüz yüze terapi grupları arasında ayırım yapılmaksızın, OASES Genel Bilgi puanlarına ilişkin tekrarlı ölçümlerin istatistiksel olarak

anlamli farklılık gösterdiği ($F_{(1,17)}=105,04$, $p<,05$); tele-terapi ve yüz yüze terapi sunumlarının OASES Genel Bilgi puanlarındaki düşüş üzerindeki etkililiği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı görülmüştür ($F_{(1,17)}=0,09$, $p>,05$).

Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest ve sontest evrelerinde, "OASES'in Kekemeliğe Tepkiler alt ölçeği" puanlarının incelenmesi ne ilişkin bulgular

Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının OASES'in Kekemeliğe Tepkiler alt ölçeği puanlarıyla ilgili öntest ve sontest puanlarına ilişkin örneklem (n), ortalama (\bar{X}), standart sapma (ss) ve en düşük-en yüksek (min.-max.) puanlarla ilişkili betimsel istatistikler Çizelge 20'de verilmiştir.

Çizelge 20. Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının OASES'in Kekemeliğe Tepkiler alt ölçeği puanlarına ilişkin betimsel istatistikler

Grup	Ölçüm	n	Ortalama	Standart sapma	En küçük	En büyük
Tele-terapi	Öntest	10	61,25	13,36	38,00	76,00
	Sontest	10	48,09	12,48	32,60	68,00
Yüz yüze	Öntest	10	65,06	13,15	34,66	82,66
	Sontest	9	44,27	8,23	34,00	56,60

Çizelge 20'de, tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının sontest ortalamalarının öntest ortalamalarına göre düşüş gösterdiği görülmektedir. Tele-terapi ve yüz yüze terapi sunumlarının, OASES Kekemeliğe Tepkiler üzerindeki etkililikleri arasında bir farkın olup olmadığı karışık ölçümler için iki faktörlü varyans analizi ile incelenmiştir. Karışık ölçümler için iki yönlü varyans analizi sonuçları Çizelge 21'de verilmiştir.

Çizelge 21. OASES'in Kekemeliğe Tepkiler alt ölçeğine ait öntest ve sontest puanlarının tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarına göre incelenmesine ilişkin varyans analizi sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Denekler arası	4037,96	18			
Grup	4,54	1	4,54	,02	,89
Hata	4033,42	17	237,26		
Denekler içi	3512,99	19			
Ölçüm	2515,78	1	2515,78	47,29	,00
Grup*Ölçüm	92,86	1	92,86	1,75	,20
Hata	904,35	17	53,20		
Toplam	7550,95	37			

Çizelge 21'de, ölçümlere ilişkin temel etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu, grup*ölçüm ortak etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Dolayısıyla, tele-terapi ve yüz yüze terapi grupları arasında ayırım yapılmaksızın, OASES Kekemeliğe Tepkiler puanlarına ilişkin tekrarlı ölçümlerin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($F_{(1,17)}=47,29$, $p<,05$); tele-terapi ve yüz yüze terapi sunumlarının OASES Kekemeliğe Tepkiler puanlarındaki düşüş üzerindeki etkililiği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı görülmüştür ($F_{(1,17)}=1,75$, $p>,05$).

Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest ve sontest evrelerinde, "OASES'in Günlük Durumlarda İletişim alt ölçeği" puanlarının incelenmesine ilişkin bulgular

Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının OASES'in Günlük Durumlarda İletişim alt ölçeği puanlarıyla ilgili öntest ve sontest puanlarına ilişkin örneklem (n), ortalama (\bar{X}), standart sapma (ss) ve en düşük-en yüksek (min.-max.) puanlarla ilişkili betimsel istatistikler Çizelge 22'de verilmiştir.

Çizelge 22. Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının OASES'in Günlük Durumlarda İletişim alt ölçeği puanlarına ilişkin betimsel istatistikler

Grup	Ölçüm	n	Ortalama	Standart sapma	En küçük	En büyük
Tele-terapi	Öntest	10	57,31	13,93	33,33	78,40
	Sontest	10	34,56	11,41	20,00	56,48
Yüz yüze	Öntest	10	63,75	9,14	45,26	75,20
	Sontest	9	42,58	5,57	29,60	48,80

Çizelge 22'de, tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının sontest ortalamalarının öntest ortalamalarına göre düşüş gösterdiği görülmektedir. Tele-terapi ve yüz yüze terapi sunumlarının, OASES Günlük Durumlarda İletişim üzerindeki etkililikleri arasında bir farkın olup olmadığı karışık ölçümler için iki faktörlü varyans analizi ile incelenmiştir. Karışık ölçümler için iki yönlü varyans analizi sonuçları Çizelge 23'te verilmiştir.

Çizelge 23. OASES'in Günlük Durumlarda İletişim alt ölçeğine ait öntest ve sontest puanlarının tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarına göre incelenmesine ilişkin varyans analizi sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Denekler arası	3204,63	18			
Grup	412,37	1	412,37	2,51	,13
Hata	2792,26	17	164,25		
Denekler içi	5309,24	19			
Ölçüm	4308,53	1	4308,53	74,62	,00
Grup*Ölçüm	19,11	1	19,11	,33	,57
Hata	981,60	17	57,74		
Toplam	8513,87	37			

Çizelge 23'te, ölçümlere ilişkin temel etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu, grup*ölçüm ortak etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Dolayısıyla, tele-terapi ve yüz yüze terapi grupları arasında ayırım yapılmaksızın, OASES Günlük Durumlarda İletişim puanlarına ilişkin tekrarlı ölçümlerin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($F_{(1,17)}=74,62$, $p<,05$); tele-terapi ve yüz yüze terapi sunumlarının OASES Günlük Durumlarda İletişim puanlarındaki düşüş üzerindeki etkililiği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı görülmüştür ($F_{(1,17)}=0,33$, $p>,05$).

Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest ve sontest evrelerinde, "OASES'in Yaşam Kalitesi alt ölçeği" puanlarının incelenmesi ne ilişkin bulgular

Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının OASES'in Yaşam Kalitesi alt ölçeği puanlarıyla ilgili öntest ve sontest puanlarına ilişkin örneklem (n), ortalama (\bar{X}), standart sapma (ss) ve en düşük-en yüksek (min.-max.) puanlarla ilişkili betimsel istatistikler Çizelge 24'te verilmiştir.

Çizelge 24. Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının OASES'in Yaşam Kalitesi alt ölçeği puanlarına ilişkin betimsel istatistikler

Grup	Ölçüm	n	Ortalama	Standart sapma	En küçük	En büyük
Tele-terapi	Öntest	10	57,37	19,56	26,40	82,40
	Sontest	10	38,00	13,54	22,40	59,20
Yüz yüze	Öntest	10	59,94	18,96	25,60	79,20
	Sontest	9	39,38	9,98	25,60	60,00

Çizelge 24'te, tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının sontest ortalamalarının öntest ortalamalarına göre düşüş gösterdiği görülmektedir. Tele-terapi ve yüz yüze terapi sunumlarının, OASES Yaşam Kalitesi üzerindeki etkililikleri arasında bir farkın olup olmadığı karışık ölçümler için iki faktörlü varyans analizi ile incelenmiştir. Karışık ölçümler için iki yönlü varyans analizi sonuçları Çizelge 25'te verilmiştir.

Çizelge 25. OASES'in Yaşam Kalitesi alt ölçeğine ait öntest ve sontest puanlarının tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarına göre incelenmesine ilişkin varyans analizi sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Denekler arası	7049,02	18			
Grup	9,35	1	9,35	,02	,88
Hata	7039,67	17	414,09		
Denekler içi	3416,58	19			
Ölçüm	3415,18	1	3415,18	33,40	,00
Grup*Ölçüm	1,40	1	1,40	,01	,91
Hata		17			
Toplam	10465,60	37			

Çizelge 25'te, ölçümlere ilişkin temel etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu, grup*ölçüm ortak etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Dolayısıyla, tele-terapi ve yüz yüze terapi grupları arasında ayırım yapılmaksızın, OASES Yaşam Kalitesi puanlarına ilişkin tekrarlı ölçümlerin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($F_{(1,17)}=33,40$, $p<,05$); tele-terapi ve yüz yüze terapi sunumlarının OASES Yaşam Kalitesi puanlarındaki düşüş üzerindeki etkililiği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı görülmüştür ($F_{(1,17)}=0,01$, $p>,05$).

Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının öntest ve sontest evrelerinde “OASES toplam puanlarının” incelenmesine ilişkin bulgular

Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının OASES’in toplam puanlarıyla ilgili öntest ve sontest puanlarına ilişkin örneklem (n), ortalama (\bar{X}), standart sapma (ss) ve en düşük-en yüksek (min.-max.) puanlarla ilişkili betimsel istatistikler Çizelge 26’da verilmiştir.

Çizelge 26. Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının OASES’in toplam puanlarına ilişkin betimsel istatistikler

Grup	Ölçüm	n	Ortalama	Standart sapma	En küçük	En büyük
Tele-terapi	Öntest	10	59,47	12,80	37,57	73,80
	Sontest	10	40,82	10,11	26,40	56,60
Yüz yüze	Öntest	10	63,48	10,82	40,21	76,80
	Sontest	9	42,67	5,86	32,30	50,20

Çizelge 26’da, tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının sontest ortalamalarının öntest ortalamalarına göre düşüş gösterdiği görülmektedir. Tele-terapi ve yüz yüze terapi sunumlarının, OASES Toplam puanları üzerindeki etkililikleri arasında bir farkın olup olmadığı karışık ölçümler için iki faktörlü varyans analizi ile incelenmiştir. Karışık ölçümler için iki yönlü varyans analizi sonuçları Çizelge 27’de verilmiştir.

Çizelge 27. OASES’in toplam puanlarına ait öntest ve sontest puanlarının tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarına göre incelenmesine ilişkin varyans analizi sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Denekler arası	2828,79	18			
Grup	49,97	1	49,97	,31	,59
Hata	2778,82	17	163,46		
Denekler içi	4247,20	19			
Ölçüm	3448,06	1	3448,06	73,51	,00
Grup*Ölçüm	1,73	1	1,73	,04	,85
Hata	797,41	17	46,91		
Toplam	7075,99	37			

Çizelge 27’de, ölçümlere ilişkin temel etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu, grup*ölçüm ortak etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Dolayısıyla, tele-terapi ve yüz yüze terapi grupları arasında ayırım yapılmaksızın, OASES Toplam puanlarına ilişkin tekrarlı ölçümlerin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($F_{(1,17)}=73,51$, $p<,05$); tele-terapi ve yüz yüze terapi sunumlarının OASES Toplam puanlarındaki düşüş üzerindeki etkililiği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı görülmüştür ($F_{(1,17)}=0,04$, $p>,05$).

Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının, öntest ve sontest evrelerinde, St. Louis Kekemelik ve Yaşama Bakış Envanteri (SL-ILP-S) puanlarının incelenmesine ilişkin bulgular

Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının SL-ILP-S puanlarıyla ilgili öntest ve sontest puanlarına ilişkin örneklem (n), ortalama (\bar{X}), standart sapma (ss) ve en düşük-en yüksek (min.-max.) puanlarla ilişkili betimsel istatistikler Çizelge 28’de verilmiştir.

Çizelge 28. Tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının SL-ILP-S puanlarına ilişkin betimsel istatistikler

Grup	Ölçüm	n	Ortalama	Standart sapma	En küçük	En büyük
Tele-terapi	Öntest	10	63,30	16,20	41,00	82,00
	Sontest	10	43,00	13,88	28,00	65,00
Yüz yüze	Öntest	10	68,00	13,05	52,00	94,00
	Sontest	9	47,00	14,40	19,00	68,00

Çizelge 28’de, tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarının sontest ortalamalarının öntest ortalamalarına göre düşüş gösterdiği görülmektedir. Tele-terapi ve yüz yüze terapi sunumlarının, SL-ILP-S puanları üzerindeki etkililikleri arasında bir farkın olup olmadığı karışık ölçümler için iki faktörlü varyans analizi ile incelenmiştir. Karışık ölçümler için iki yönlü varyans analizi sonuçları Çizelge 29’da verilmiştir.

Çizelge 29. SL-ILP-S puanlarına ait öntest ve sontest puanlarının tele-terapi ve yüz yüze terapi gruplarına göre incelenmesine ilişkin varyans analizi sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Denekler arası	6536,58	18			
Grup	161,42	1	161,42	,43	,52
Hata	6375,16	17	375,01		
Denekler içi	4846,63	19			
Ölçüm	3953,31	1	3953,31	75,24	,00
Grup*Ölçüm	,16	1	,16	,00	,96
Hata	893,16	17	52,54		
Toplam	11383,21	37			

Çizelge 29’da, ölçümlere ilişkin temel etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu, grup*ölçüm ortak etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Dolayısıyla, tele-terapi ve yüz yüze terapi grupları arasında ayırım yapılmaksızın, SL-ILP-S ilişkin tekrarlı ölçümlerin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($F_{(1,17)}=75,24$, $p<,05$); tele-terapi ve yüz yüze terapi sunumlarının SL-ILP-S puanlarındaki düşüş üzerindeki etkililiği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı görülmüştür ($F_{(1,17)}=0,00$, $p>,05$).

Araştırmanın Nitel Amaçlarına İlişkin Bulgular

Bu kısımda, katılımcıların tele-terapi deneyimleri, bu yönetime yönelik görüşlerini keşfetmek amacıyla yapılan içerik analizine ilişkin araştırma bulguları ve yorumlar sunulmaktadır. Nitel verilerin çözümlenmesi sonucunda 7 tema ve 15 alt kategori elde edilmiştir (Şekil 4). Bu temalar şu şekildedir: 1) Tele-terapi için uygun aday kriterleri, 2) Tele-terapinin yüz yüze terapiyle kıyaslanarak değerlendirilmesi, 3) Tele-terapinin terapiyle ilgili çeşitli faktörlere etkisi, 4) Grupla tele-terapinin değerlendirilmesi, 5) Memnuniyet, 6) Bir sonraki terapi yöntemi tercihi (yüz yüze terapi ve tele-terapi) ve 7) Önerilerdir.

Aşağıdaki nitel bulgular ve yorumlara ilişkin her başlık araştırma amaçlarına ve elde edilen temalara ve alt kategorilere uygun şekilde düzenlenmiştir. Araştırma bulguları katılımcıların ifadelerinden doğrudan alıntılar yapılarak desteklenmiştir.

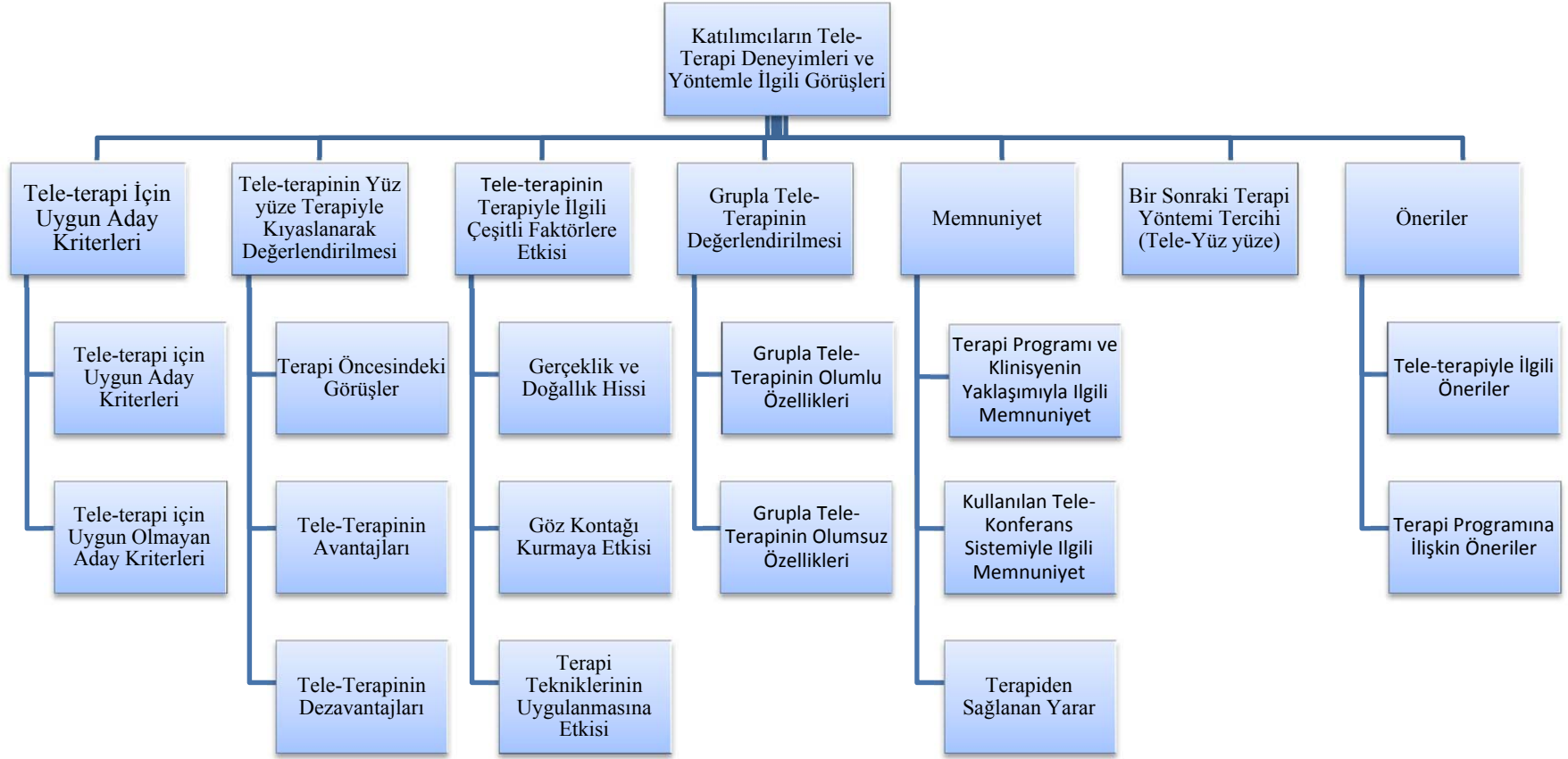
Katılımcıların görüşlerine göre tele-terapi için uygun aday kriterlerine ilişkin bulgular

Katılımcıların kendileri için tele-terapinin uygun olup olmadığını değerlendirmelerine ilişkin bulgular

Bu kısımda katılımcıların kendileri için tele-terapinin uygun olup olmadığını ve bunların nedenlerini değerlendirmelerine ilişkin bulgular sunulmaktadır. Bu alt kategoriye ait dağılım Çizelge 30'da yüzde (%) ve frekans (f) olarak verilmiştir.

Çizelge 30. Katılımcıların kendileri için tele-terapinin uygun olup olmadığını değerlendirmeleri

Tema	Kategori	f	%
Katılımcıların kendileri açısından tele-terapinin uygun olup olmaması	Uygundu	9	%90
	Hem uygundu hem değil	1	%10



Şekil 4. Katılımcıların tele-terapi deneyimleri ve yöntemle ilgili görüşlerine ilişkin temalar ve alt kategorileri

Çizelge 30'a göre on katılımcının dokuzu tele-terapiyi kendileri için uygun bulmuştur. Bir katılımcı ise tele-terapiyi ikamet ettiği şehir bakımından kendisine uygun bulmuştur, ancak terapinin zamanlamasına ve yöntemin özelliklerine göre yöntemi kendisine uygun bulmamıştır. Katılımcıların tele-terapinin kendilerine uygun olmasına ve tele-terapi için uygun aday kriterlerine ilişkin görüşleri Çizelge 31'de verilmiştir.

Çizelge 31. Katılımcılar açısından tele-terapi için uygun aday özellikleri

Tema	Kategori	f	%
Uygun aday kriterleri	Okul veya iş koşullarından dolayı uygun zaman bulamama	5	%50
	Hizmet verilen noktalara uzakta olma	5	%50
	Bilgisayar kullanımında yetkinlik	2	%20
	Daha önce online görüşme deneyiminin olması	2	%20
	Tele-terapinin utangaçlığı azaltması	2	%20
	Terapistlerden saat bulma güçlüğü	1	%10

Çizelge 31'e göre uygunluk kriterleri bakımından en sık mesafeden dolayı hizmete erişim sorunu, terapilerin bireye uygun gün ve saatlerde sunulması, terapiye katılım için mesleki sorumluluklardan fedakarlığa gerek olmaması, bilgisayar kullanımında yetkinlik, online iletişime aşinalık ve tele-terapide utangaçlığın azalması ve daha rahat olunması, DKT'lerden istenen saatte seans bulunamaması vurgulanmıştır. Bu temalara tele-terapinin avantajları kısmında da yer verilmiştir.

"(...) Benim çalışma vardiyalarım genellikle çok yoğun. Saatlerime uydurmam gerçekten çok imkansız oluyor. Tele-terapi olduğu zaman hem terapist için hem de katılımcı için daha esnek bir program sağlıyor." (TT5)

"(...) Belli bir yaşa gelmişiz biz belli sorumluluklarımız var. Hani bir öğrencilik dönemimiz yok artık, yani boşta zaman geçirebileceğimiz yıllarımız yok. Artık bizim ilk önceliğimiz bu hayatı sürdürebilmek. Yani artık bizim için bu hastalıklar ikinci planlara gitmeye başladı. İşte belli bir sorumluluklarımız var. Kimisi iş hayatında kimisi evli... Yani gerçekten benim arayıp bulamadığım bir terapiydi bu. Bir de başka bir şehirdesin yani saatini belirliyorsun, hiçbir işinden kalmıyorsun. Hiçbir şey sana engel olmuyor." (TT5)

"Çok yoğunum bu şeye kadar. Bu yoğunlukta sabah dokuzdan öğlen üçe dörde kadar derse girerdim. Oradan çocukların yanına giderdim. Oradan gelir saat dokuzda ona kadar dans ederdim. Gelir bir de tele-terapi yapardım. Yani yoğunlukta gelenler için çok iyi bir şey." (TT2)

Tele-terapi grubunda 7 katılımcı İstanbul dışında ikamet etmektedir. Bir katılımcı ise araştırmanın belli bir döneminde yurt dışından terapilere devam etmiştir.

Katılımcıların tele-terapinin kendileri için uygun olup olmamasına ilişkin değerlendirmelerinde hizmet verilen noktalara uzakta olma önemli bir temadır.

“(...) Ben Vezirköprü’de olduğum için, buraya çok uzak bir yer Vezirköprü. (...) Benim yaşadığım bölgede böyle bir yer yok.” (TT6)

“(...) İstanbul ve Ankara yani mesafemiz uzak olsa bile iletişim açısından çok rahat bir şey. Emrah hoca beni çağırıyordu ben her hafta İstanbul’a gelemezdim. O açıdan çok iyi bir şey.” (TT8)

TT4 dil ve konuşma terapistlerinden uygun bir saat bulmanın güç olması bakımından tele-terapiyi kendisi için uygun bulmaktadır.

“(...) Bir konuşma terapisti zaten şu aralar bilmiyorum. Zaten çok yoğun çalışıyorlar. Saat bulması gerçekten çok zor.” (TT4)

Bazı katılımcılar kekemeliği olan bireylerin kişilik özelliklerine dayanarak tele-terapinin daha uygun olduğunu belirtmektedirler.

“Evet uygun ama biz kekemelerde biraz daha utanma var. Ortamlardan, kişilerden kaçınma var. O yüzden daha rahat oluyor tele-terapi.” (TT10)

“Benim için uygundu. Çünkü nasıl söylesem, ben biriyle konuşurken fazla çekinirdim mesela. Ama Emrah Bey’in yanımda olmamasının verdiği bir cesaretle biraz daha kendimi dış ortamlara uydurabildim.” (TT3)

Tele-terapi grubundan kimi katılımcılar tele-terapinin kendileri için uygun olduğunu belirtirken bunu bilgisayar kullanımına ve online görüşmeye aşına olmalarıyla açıklamaktadır.

“Bilgisayarla tele-terapi aslında bu kullandığımız şey. Ama bilgisayarla farklı ortamlarda bulunup yine aynı anda karşılıklı görüntülü ve sesli konuşma çok kullandım. (...) Çok verimli bir şey, güzel bir şey.” (TT4)

“Bana uygun bir yöntemdi. İşim bilgi işlem olduğu için uygun bir yöntemdi.” (TT7)

Tele-terapinin avantajları olarak da nitelenebilecek zaman ve mekan esnekliği faktörü katılımcılar tarafından bir uygunluk nedeni olarak tanımlanmıştır. Bu faktör tele-terapinin avantajlarına ilişkin tema altında detaylı sunulmaktadır.

“Evet, çok uygundu. Şöyle çok uygundu. Ben sınırlandırılmayı sevmiyorum. Hani saat şurada ol... Zamanla çok uğraşılan bir hayat şu anda yaşadığımız hayat. Buraya üçte gelebilmek için on birde çıkmıştım mesela Çorlu’dan. Kendi kendime ikide orada olurum. Üçte çoktan varmış olurum dedim. Ama ne oldu trafik... Ne oldu gelemedim, randevu aksadı. Hani böyle şeylerden bağımsız. Açınca tak doktor karşınızda. Ya da gece on, eğer doktoru etkilemiyorsa gece onda terapi var. Hayatımızı kısıtlamadan terapiye imkan sağlıyor. Çok faydalı olduğunu düşünüyorum.” (TT9)

“Evde yaptım, iş yerinde yaptım gündüz saatlerinde. O yüzden çok güzeldi. Herhangi bir boş saatimde oldu bu benim için. İlla evde olmak zorunda değildim iş yerinde orda burada her tarafta olabilirdi.” (TT7)

Katılımcılar açısından tele-terapi için uygun olmayan aday kriterlerine ilişkin bulgular

Bu kısımda katılımcılar açısından tele-terapi için uygun olmayan aday kriterlerine ilişkin bulgular sunulmaktadır. Bu alt kategoriye ait dağılım çizelge 32’de yüzde (%) ve frekans (f) olarak verilmiştir.

Çizelge 32. Katılımcılar açısından tele-terapi için uygun olmayan aday özellikleri

Tema	Kategori	f	%
Uygun olmayan aday kriterleri	Bilgisayar kullanımında güçlüğü olan bireyler	2	%20
	Çekingen bireyler bu özelliklerini gizleyebilir	1	%10
	Zaman ayıramama	1	%10
	Terapistle temas etmeyi tercih etme	1	%10

Dokuz katılımcı tele-terapiyi kendileri için uygun bulsa da 1 katılımcı (TT1) tele-terapinin kendisine hem uygun hem uygun olmadığını belirtmiştir. Uygun olmama ile ilgili temel tema, terapilerin programlı şekilde haftada bir seans olmasına rağmen “terapiye zaman ayıramama”dır. Diğer yandan TT1 hizmetlere erişim güçlüğü olduğundan dolayı yöntemin kendisine uygun olduğunu belirtmiştir.

“İşte en büyük sıkıntı bence kendi adıma ben çok şey bir insanım, çok her şeyi soran bir insanım, her şeyi araştıran bir insanım. Mesela Emrah Bey’le yarın yapacağız diyoruz. Yarın birisi bana dansa gidelim diyor, tiyatroya gidelim diyor. Kafam orada kalıyor. Kafam bir yerde kaldığı zaman online terapi diğer tarafta kalıyor. Şöyle bir şey var, normal terapi yine söylüyorum çok rahat insanların daha yapabileceği bir şey. Bana uymadı. Ben tam kendi adıma yapamadım.” (TT1)

“(…) Bunun yanında ben uzaktayım. Her hafta gelmeyi isterim. Ama bunun maddi ve zaman bulmak sıkıntı. Yani hem o yönü var hem bu yönü var.” (TT1)

TT9 tele-terapinin, çekingen ve temas gerektiren vakalar için kaçışın kolay olduğu bir yöntem olarak tanımlamıştır. Bu bireylerin tele-terapide “kaçışı yapabilecek, sorunlarını gizleyebilecek, o dakikaya kendini programlayabileceklerini” belirtmiştir. Bundan dolayı bu bireyler için yüz yüze terapinin daha iyi bir seçenek olduğuna işaret etmiştir.

“(…) Kişilik ile çok ilgili olabilir. Eğer çekingen ve temas gerektiren bir hastaysa tele-terapi kaçışın kolay olduğu bir terapi. (...) Ama tele-terapi ile kaçışı yapabilecek, sorunlarını gizleyebilecek, o dakikaya kendini programlayabilecek kişiler de vardır. Bunlar yüz yüze terapide de saklayabilirler ama siz onları yüz yüze daha rahat gözlemlersiniz diye düşünüyorum.” (TT9)

TT7 de bilgisayar kullanımında güçlüğü olan bireylerle tele-terapinin verimli olmayacağını belirtmiştir.

“Bu yöntemde biraz bilgisayar bilmek gerekiyor. Bilgisayarı kullanabilmek gerekiyor. Mikrofon ayarları, webcam ayarları, bilgisayar ayarları... Çünkü eğer kesinti olursa,

İnternet kesintisi, webcamin ayarlanamaması, sesin gitmemesi, gelmemesi ile konsantrasyon dağılabiliyor ve verimsiz oluyor. Bu yöntemi kullanacak kişilerin birazın üzerinde bilgisayar bilmesi gerekiyor. Yani word, excel oyun değil de işte webcam nedir, mikrofon nedir, ses nedir, kulaklık nedir, o program ne işe yarar, nedir bilmesi gerekiyor. Bilirse daha verimli olur, bilmezse çok verimli olamaz. Kesintilere uğrar. O anlamda biraz bilgisayar bilmesi gerekiyor bunu kullanacak kişilerin.” (TT7)

Her ne kadar TT6 tele-terapinin hizmete ulaşım gücü bakımından kendine uygun olduğunu belirtse de kendi kişisel bilgisayarının olmaması ve bilgisayar kullanımı konusunda yeterince yetkin olmadığını belirterek büyük güçlükler çektiğini ifade etmiştir. Ancak bu sorunların süreci etkilemediğini düşünmektedir. Benzer şekilde TT8 de teknoloji kullanımında güçlük çektiğini, ancak ailesinin yardımı ve araştırmacının gönderdiği kılavuz ile sorunu aştığını belirtmektedir.

“Birazcık bilgisayar hakimiyetim olmadığı için bilgisayarla alakalı sıkıntılar olmadı değil, oldu. Bundan birazcık şikayetçiyim. Bilgisayar bizim evde yok. Birilerine gitmem gerekiyor. Arkadaşlarımın evine falan gitmem gerekiyor. Uygunlar mı uygun değil mi, saati uygun mu saati uygun değil mi böyle bir sıkıntı oldu benim için. Yani onları ayarlayabilmek falan sıkıntıydı.” (TT6)

“Teknoloji ile alakalı sorunlar ilk zamanlar çok yaşadım kendi bilgisayarım olmadığı için sıkıntı yaşadım o konuda ama süreci etkilediğini düşünmüyorum. Bilgisayara hakim olmadığımdan kaynaklı sorunlar yaşadım.” (TT6)

“İlk saatte oldu. Kızım ve oğluma sordum. Çünkü ilk defa böyle bir... Sonra onlar bana söylediler. Sonra bana Emrah hocam mail attı. Zaten ikincide hiç kimseye ihtiyacım olmadı. Kendim yaptım.” (TT8)

Bir katılımcı çalışma koşullarından dolayı tele-terapinin kendisine uygun olduğunu belirtse de yakın teması sevdiğinden dolayı yüz yüze terapinin kendisine daha yakın gelebileceğini belirtmiştir.

“Kişilik olarak yakın teması, dokunmayı sevdiğim için yüz yüze terapi daha yakın gelebilirdi diye düşünüyorum.” (TT7)

Katılımcıların tele-terapiyi yüz yüze terapiyle kıyaslayarak değerlendirilmelerine ilişkin bulgular

Bu kısımda katılımcıların terapi öncesi tele-terapiyle ilgili beklentileri ve katılımcıların tele-terapinin yüz yüze terapiye göre avantaj ve dezavantajlarına ilişkin görüşleri sunulacaktır. Tele-terapi grubunun tele-terapiyle yüz yüze terapiyi genel anlamda karşılaştırmalarına ilişkin dağılım Çizelge 33’te yüzde (%) ve frekans (f) olarak verilmiştir.

Çizelge 33. Katılımcıların yüz yüze terapiyle tele-terapiyi karşılaştırmaları

Tema	Kategori	f	%
Tele-terapi ve yüz yüze terapi arasındaki fark	Fark yok	6	%60

Çizelge 33'e göre tele-terapi grubundan altı katılımcı ifadelerinde tele-terapiyle yüz yüze terapiyi genel anlamda karşılaştırırken "fark yok" tanımlamasını kullanmıştır.

"Karşılaştırdığım zaman ben yine aynı hızda, tabi bunu keşke elimizde veriler olsa da karşılaştırsak ama ben kendim olarak yan yana koyduğum zaman hiçbir farkı yoktu aslına bakarsanız benim için." (TT5)

"Ben şu ana kadar iki terapiyi de gördüm. Bence aralarında bir fark yok." (TT3)

Katılımcıların terapi öncesinde tele-terapiyle ilgili beklentilerine ilişkin bulgular

Bu kısımda katılımcıların terapi öncesinde tele-terapiyle ilgili beklentilerine ilişkin bulgular sunulmaktadır. Bu alt kategoriye ait dağılım Çizelge 34'te yüzde (%) ve frekans (f) olarak verilmiştir.

Çizelge 34. Katılımcıların terapi öncesinde tele-terapiyle ilgili beklentileri

Tema	Kategori	f	%
İlk izlenim	Terapist ve vaka arasında düşük nitelikte bir etkileşim beklentisi	3	%30
	Düşük başarı beklentisi	2	%20
Olumsuz ilk izlenime sahip bireylerin terapi sonundaki düşünceleri	Olumsuz fikrim değişti	4	%80
	Duruma alışıyor	2	%20

Tele-terapi grubundan üç katılımcı klinisyen-vaka arasında düşük nitelikte bir etkileşim beklemektedir. İki katılımcı ise terapi öncesinde tele-terapinin yüz yüze terapi kadar başarılı olmayacağını düşündüklerini belirtmiştir. Ancak bu yönde görüş bildiren katılımcıların dördü bu olumsuz fikrinin değiştiğini ve ikisi duruma alıştıklarını belirtmişlerdir.

"(...) Başlarda (...) bu kadar başarılı olacağını pek sanmazdım." (TT2)

"İlk başta sanki biraz tedirgin olmuştum. Şöyle bir şey aklıma gelmişti. Yan yana dururken o sinerjiyi yakalayabilecek miyiz? Ama sonradan bu terapi süreci devam ederken bu kaygı söndü. Bir fark olmadığını fark ettim." (TT3)

“Yani başta bir yadırgadım hatta ilk geldiğim ki videolarımda da hocam sormuştu sence bu başarılı olur mu demişti. Emin değilim demiştim herhalde öyle bir cevap verdim. Ben pek inanmamış gibiydim. (...) Yüz yüze görüşmeden tabi çok iyi bir deneyimdi bence başarılı geçti (TT4)

“Ben hiç bu kadar güçlü bir etkileşim olmasını beklemiyordum. (...) Umduğumdan da etkiliydi.” (TT5)

Katılımcıların tele-terapinin avantajlarını değerlendirmelerine ilişkin bulgular

Bu kısımda katılımcıların tele-terapinin genel anlamda ve kendileri için avantajlarını değerlendirmelerine ilişkin bulgular sunulmaktadır. Bu tema altında bazı ifadeler tele-terapi uygunluk kriterlerine ilişkin temayla kesişim göstermektedir. Bu alt kategoriye ait dağılım Çizelge 35’te yüzde (%) ve frekans (f) olarak verilmiştir.

Çizelge 35. Katılımcılara göre tele-terapinin avantajları

Tema	Kategori	f	%
Tele-terapinin avantajları	Hizmete erişim sorunun ortadan kalkması	6	%60
	Zaman esnekliği	6	%60
	Mekan esnekliği	3	%30
	Teknoloji kullanımını içermesi	2	%20
	Kekemeliği olan bireyin daha rahat iletişim kurması	2	%20
	Verimli olması	1	%10

Çizelge 35’e göre tele-terapi grubu tele-terapinin avantajları olarak hizmete erişim kısıtlılığının ortadan kalkması, mekan esnekliği, zaman esnekliği ve verimlilik faktörlerini bildirmiştir. Tele-terapiye uygun aday kriterleriyle ilgili olarak da bildirilen bu temalar bu kısımda detaylı sunulmaktadır.

“(...) Her yerde [dil ve konuşma terapistleri] yok. Bilgisayar sayesinde, İnternet sayesinde her yere ulaşabilirler. Bence güzel bir şey. Herkes seanslara, yüz yüze görüşmelere gelemeyiz. Biraz imkansız oluyor. Mesela köyde yaşayan biri rahatlıkla bilgisayardan görüşebiliyor.” (TT10)

“(...) Mesai saatleri açısından, buraya iki saatte geldim, iki saatte gideceğim, altı saatim gidecek. Oysa kaç kere oldu ben dedim ki Emrah Bey dörtte müsait değilim akşam olur mu? Olur TT7 Bey dedi akşam yaparız. Dokuzda eve gittim, yemeğimi yanıma aldım. Geç gitmiştim. Aynen böyle o da biliyor yemek yediğimi. Aldım yemek yiyorum, çay içiyorum o karşımda ve başladık. Diğer türlü ben buradaki randevuyu kaçırırsam bir sonraki haftaya yapmam gerekecek. Ama o yöntemde uygun olan bir saatte olur gece on iki, bir, on herhangi bir saatte yapılabilir. Bu anlamda faydası çok fazla. Yani yüz yüze olmanın

faýdasıyla evet faydalı ama zaman açısından da, zaman kavramı hiç önemli değil çünkü burada, sanki zaman dolayısıyla daha iyi bu yöntem.” (TT7)

“(…) Zaman ve mekan kısıtı olmadığı için bu anlamdaki telaş ya da mevcut durumu sürekli ayarlamaya çalışmak gibi engellerle karşılaşmadım. Yol telaşı ya da farklı heyecanla verici unsurlarda olmadığı için bu kısıtlar düzeyinde oldukça iyi bir deneyim diyebilirim.” (TT7)

Tele-terapi grubundan 2 katılımcı tele-terapinin teknoloji kullanımını içermesini bir avantaj olarak değerlendirmektedir.

“(…) Bilgisayarla farklı ortamlarda bulunup yine aynı anda karşılıklı görüntülü ve sesli konuşma çok kullandım. Bu çok güzel bir imkan oluyor. Görüşme imkanınız olmayan insanlarla görüşebiliyorsunuz. Bunu çok kullandım. Çok verimli bir şey, güzel bir şey.” (TT4)

“Zaten bilişim benim yaptığım bir iş. Bilgisayarın başındayım ve biliyorum ben ne olacağını çünkü uzaktan eğitimde ben gördüğüm için ve gösterdiğim için üniversitede. Uzaktan eğitim gibi bir şey aslında. Benim için çok farklı değil. (...)” (TT7)

Tele-terapiden iki katılımcı kekemeliği olan bireylerin tele-terapide daha rahat iletişim kurduklarını belirtmektedirler. Buna karşın TT1 tele-terapiye kıyasla yüz yüze terapide kendisini daha rahat anlattığını ifade etmektedir. Aşağıdaki ifadeler “katılımcıların kendileri için tele-terapinin uygun olup olmadığını değerlendirmeleri” temasında da kullanılmıştır.

“(…) Biz kekemelerde biraz daha utanma var. Ortamlardan, kişilerden kaçınma var. O yüzden daha rahat oluyor tele-terapi.” (TT10)

“(…) Ben biriyle konuşurken fazla çekinirdim mesela. Ama Emrah Bey’in yanımda olmamasının verdiği bir cesaretle biraz daha kendimi dış ortamlara uydurabildim.” (TT3)

“(…) Şöyle bir şey var yüz yüze insan çok daha rahat anlatıyor.” (TT1)

Katılımcıların tele-terapinin dezavantajlarını değerlendirmelerine ilişkin bulgular

Bu kısımda katılımcıların tele-terapinin dezavantajlarını değerlendirmelerine ilişkin bulgular sunulmaktadır. Bu alt kategoriye ait dağılım Çizelge 36’da yüzde (%) ve frekans (f) olarak verilmiştir.

Çizelge 36. Katılımcılara göre tele-terapinin dezavantajları

Tema	Kategori	f	%
Tele-terapi hakkında olumsuz görüşler	İnternet kopmaları	8	%80
	Bilgisayarla ilgili sorunlar	4	%40
	Ses sorunları	4	%40
	Vakanın yüz yüze terapideki kadar rahat anlatamaması	2	%20
	Vakanın seans saatini unutması	2	%20
	Vakanın klinikteki kadar konsantre olamaması ve dikkatin kolayca dağılması	2	%20
	Terapistin vakanın nefes alma şeklini, konuşmasını ve eksikliklerini yeterince görememe olasılığı	1	%10
	Vakanın heyecanının anlaşılama olasılığı	1	%10
	Yüz yüze terapi kadar sıcak olmaması	1	%10
	Yüz yüze terapiye göre daha az sorumluluk olması	1	%10
	Yüz yüze terapiye göre heyecan daha az olması	1	%10
Yüz yüz terapiye göre daha az gerçekçi olması	1	%10	

Çizelge 36'ya göre katılımcıların tele-terapiyle ilgili yaşadığı olumsuz deneyimlerinde en öne çıkan temalar İnternet kopmaları, bilgisayarla ilgili sorunlar, ses sorunları, vakanın seans saatini unutması ve vakanın yüz yüze terapideki kadar kendini rahat anlatamamasıdır.

Tele-terapi grubundan sekiz katılımcının görüşlerine göre tele-terapinin dezavantajlarına, başka deyişle olumsuz özelliklerine ilişkin en belirgin tema teknolojiyle ilgili sorunlardır. Pek çok katılımcı Türkiye'deki İnternet hızının düşük olmasının ve olumsuz hava koşullarına bağlı olarak İnternet sorunlarının tele-terapi sürecini olumsuz etkilediğini belirtmiştir. TT7 İnternetteki bağlantı sorunlarının grup terapilerini daha fazla olumsuz etkilediğini belirtmiştir.

"(...) Sadece (...) bazen hava muhalefetinden dolayı kesinti oluyordu." (TT5)

"(...) İnternetin Türkiye kalitesi ile ilgili bir iki kere sıkıntımız oldu o kadar. Birinde ben Ankara'daydım bağlanamadım, sıkıntılar oldu. Bir türlü sorunu çözemedik o kadar. Birinde de karşı taraftan biri, çok yağmur yağdığı bir gündü, sesi gidip geldi. O oldu grup terapilerinde." (TT9)

"Aslında yok ama işte tek sorun Türkiye'deki İnternet bağlantısı. Ne kadar hızlı da olsa çok yavaş. Benim için tek sorun kaynağı oydu." (TT2)

"(...) Aklıma gelen tek bir tane terslik var. O da son haftalardaki toplu konuşmalardaki bir tane, oda kendi bağlantısından kaynaklanan bir sorundan dolayı, sorun yaşadık." (TT4)

Tele-terapinin dezavantajlarına ilişkin diğer öne çıkan temalar, donanımsal eksiklikler; bilgisayarlarda kamera, mikrofon, kulaklık bağlantılarından ve ayarlarından kaynaklanan sorunlardır. TT1 ve TT7'nin meslekleri bilgisayar mühendisi olmasına rağmen, onlar dahi bazı sorunlar yaşamışlardır.

"(...) Mesela benim evimde üç tane bilgisayar var kulaklık şeyini ben çözemedim. Emrah Bey biliyor. Üç tane bilgisayar var iki laptop bir kasa. Laptopu taktım laptopun mikrofonu oluyor, öbürünün kamerası olmadı. Mesela işte online terapide bir şey. Bir de mesela şeydi benim yaşadığımı başkası yaşasa aman der büyük ihtimalle. Çünkü evde onu kurdum böyle tekrar gittim, tekrar kurdum. Format atıyorum mesela, kamera olmadı gittim yeni kamera aldım sorunu çözdüm. Ama evdeki en kötü bilgisayara uydu, yenilere değil ama. Teknolojinin azizliği..." (TT1)

"Yok sorunlar yaşamadık. Bazen iletişimde sorun yaşadık. İnternetin gitmesi ya da sesin gelmemesi ya da bizim sesimizin gitmemesi. Zaten terapileri okulda yapıyorduk bilgisayar karşısında. Evimizde bilgisayar yoktu. Var dizüstü ama bozulmuştu, tamirdeydi." (TT10)

"Benim bilgisayarla alakalı sorunum var ondada sizin yapabileceğiniz bir şey yok. Ama benim şanssızlığım. Gidiyorum arkadaşşıma, bilgisayarda hiçbir problem yok, her şey yerinde. Ben geliyorum bilgisayara bir şey oluyor. Bu her zaman böyle olmuştu. Ben İnternete girerim İnternet olmaz. Hep benle alakalı bir problem var. Bunda sizin yapabileceğiniz bir şey yok tabii ki de." (TT6)

"Mikrofonun ayarlanması, İnternet bağlantısı gidip geldi. Öyle bir sıkıntım oldu. Sesi alamamak, benim sesim gitmiyordu karşı tarafa böyle sıkıntılar çok çok yaşadık." (TT6)

Tele-terapi grubundan bazı katılımcılar kendi evlerinden bağlanarak katıldıkları terapide konsantrasyonlarının daha sınırlı olduğunu ve daha kolay dikkatlerinin dağıldığını bildirmektedir. Bu görüşler tele-terapide gerçeklik ve doğallık algısına ilişkin temayla ilişkilendirilebilir.

"(...) Karşılaştırmam gerekirse aynı odada bulunmanın verdiği konsantrasyonun eksikliğini belirtebilirim." (TT5)

"Online terapide İnternet gidiyor, bir şey oluyor, kapı çalıyor, telefon çalıyor. Hani dediğim gibi benim çok kolay dikkatim dağılır." (TT1)

Tele-terapi grubundan TT7 klinisyenin terapi tekniklerini gösterirken veya katılımcıların tekniği doğru şekilde yapıp yapmadığını ve katılımcının duygusal tepkilerinin yeterince iyi görünüp görünmediği konusunda şüpheli olduğunu ifade etmiştir. Bu temaya ilişkin bulgular "katılımcılara göre tele-terapinin klinisyenin terapi tekniklerini uygulamasına etkisi" başlığı altında ayrıntılı olarak sunulmuştur.

"(...) Gösterilen egzersizleri anlamakta bazen güçlükler yaşadığımı söyleyebilirim. (...) yüz yüze sohbet terapistin bizdeki eksiklikleri daha iyi görebileceği inancını taşıyorum. (...) (TT7) (Bu ifade katılımcılara göre tele-terapinin klinisyenin terapi tekniklerini uygulamasına etkisi" başlığı altında da kullanılmıştır.)

TT2 de tele-terapide daha az sorumluluk olduğunu belirtmiştir. TT1 ve TT9 haftalık sabit seans takvimine uyum sağlayamadıklarını belirtmektedirler.

“Ama tabii ki de yüz yüze de daha çok bir sorumluluk var. Yani şu saatte randevumuz var hadi bakalım gel. Geliyoruz tek yaptığımız şey yüz yüze bağlantı kurmak gibi.” (TT2)

“Seans saati olabilir. Alışkanlık haline getirmek için neler eksik bilmiyorum. Ama ben hala alışkanlık haline getiremedim. Bu benden kaynaklanıyor olabilir. Hatırlamam gerekiyor.” (TT9)

“(…) Biz hep zaten bir yere koşuşturuyoruz. Eve gidiyorum hadi hemen yemek yiyelim dansa koşuşturalım, sinemaya koşuşturalım. Böyle rahat bir yere giderken bile hep koşturmaca. Belki bundan dolayı bu terapinin gereksinimleri daha şeyde kalıyor.” (TT1)

Katılımcılardan TT1 tele-terapiye kıyasla yüz yüze terapide kendisini daha rahat ifade ettiğini bildirmiştir.

“(…) Şöyle bir şey var yüz yüze insan çok daha rahat anlatıyor.” (TT1)

Katılımcıların tele-terapinin terapiyle ilgili çeşitli faktörlere etkisini değerlendirmelerine ilişkin bulgular

Bu kısımda sırasıyla terapide katılımcılar açısından algılanan gerçeklik ve doğallık hissine, göz kontağı kurmaya ve tele-terapinin terapi tekniklerini uygulanmasına olan etkilere ilişkin bulgular sunulacaktır.

Katılımcılara göre tele-terapinin gerçeklik ve doğallık hissine etkisine ilişkin bulgular

Bu kısımda katılımcılara göre tele-terapide algılanan gerçeklik ve doğallık hissine ilişkin bulgular sunulmaktadır. Bu alt kategoriye ait dağılım Çizelge 37’de yüzde (%) ve frekans (f) olarak verilmiştir.

Çizelge 37. Katılımcılara göre tele-terapinin gerçeklik ve doğallık hissine etkisi

Tema	Kategori	f	%
Doğallık Hissi	Uzaklık hissi yaşamadım	3	%30
	Doğaldı	2	%20
	Başta soğuk ve mekanik gelse de birkaç seans sonra alışılıyor.	1	%10

Çizelge 37’ye göre tele-terapi grubundan üç katılımcı uzaklık hissi yaşamadıklarını, iki katılımcı süreci doğal algıladıklarını belirtmişlerdir.

“(…) Yüz yüze görüşmek bile artık teknolojinin o kadar üst düzey boyutlarındayız ki neredeyse cama el sokup tokalaşacağız insanlarla, karşıdakilerle. Yani nasıl kelimelere dökecek şu anda başarı oranı çok etkili oldu yani eksi bir etkisi olmadı yüzde ile ilgili.” (TT4)

“Uzaklık hissi olmadı.” (TT5)

“Açıkçası bana pek farklı gelmedi. Hatta şey dedim ben çok fazla İnterneti kullanan, sürekli yurt dışındaki insanlarla İnternet üzerinden konuşuyorum. Çoğu dostum yurt dışında. Bana o kadar doğal geliyor ki.” (TT9)

“Çok uzaklık hissi yaşamadım.” (TT7)

Tele-terapi grubunda TT7 ve TT10 kekemelik terapisinin etkililiği için gerçekçi bir ortamın önemine vurgu yapmaktadır. Ancak TT7 kendisinin birkaç seans sonra yönteme uyum sağladığını belirtmiştir. TT7 terapi sürecinin sonunda yüz yüze yapılan yarı-yapılandırılmış mülakatta daha fazla heyecanlandığını belirtmiştir.

“(…) Ben otuz sekiz yıldır kekemeyim problemim topluluk içerisinde. Burada bir kişi daha olsa, bir kişi daha olsa, bir kişi daha olsa... bu konuşma problemi artacak çünkü benim. Asıl grup içerisinde nasıl konuşacağımızı öğrenmek önemli. Orada sanki grup içerisinde yalnızım ben orada. Tek başıyım. Onlar oradalar burada değiller. Yanımda değiller çünkü onlar benim odada değiller. Ekranı kapatınca kimse yok yanımda çünkü, açınca var. Ama burada öyle değil. Gözümü kapatsam da buradalar. O yüzden daha önemli. Motivasyonu artırır mı... artırmasa bile belki heyecan uyandırırsa bile o kişilerin yanında da konuşabilmemiz gerektiği için önemli bence.” (TT7)

“Heyecanım daha azdı. Mesela buraya gelirken sizinle ilk defa karşılaşacağım içimdeki heyecan arttı. Kekeleyeceğim hissine birazcık kapılmıştım. Çünkü ilk defa görüyorum sizi yüz yüze. Ama İnternette öyle bir şey yok. Karşıda küçük bir fotoğrafınız var, uzaktayım sizden, yanımda değilsiniz, görmüyorum sizi. Yüz yüze terapi bu anlamda gerçekçi bir terapi. Biraz daha gerçekçi yüz yüze terapi. Neden çünkü yüz yüze sizinle. Mimiklerimi görüyorsunuz, duygularımı görüyorsunuz, heyecanımı yüzüme bakıp görebiliyorsunuz.” (TT7)

“(…) Yüz yüze daha iyi oluyor. Kolay oluyor bilgisayarın önünden çünkü. Normalde nasıl oluyor televizyon karşısında gibi hissediyorsun kendini. (...)” (TT10)

“(…) Az önce söylediğim gibi utanma, heyecan biraz daha geçiyor.” TT10)

Katılımcı grubundan TT7 tele-terapi sürecinin başta kendisine soğuk ve mekanik geldiğini, ancak birkaç seans sonra duruma alıştığını bildirmektedir.

“Kekemelik terapisinde yüz yüze görüşmeden terapi almak ilk başlarda soğuk ve mekanik gelse de, ki ben bilişimciyim ve işim sadece bilgisayarlarla uğraşmak, Bir iki seans sonra mevcut duruma alışılıyor.” (TT7)

“[Tele-terapide] zaman içinde alışılıyorsunuz birbirinize. Bir süre sonra oradan bakıyor olmadı TT7 Bey, hızlandınız, yavaşlayın diyebiliyor, bakıyorum olmamış diyorum. Yani aslında ilk başta değil ama üç beş seans sonra o yöntemde başka. Çünkü ben sizle ilk defa karşılaştım şimdi burada konuşuyorum, heyecanım fazla ama iki üç seans sonra o heyecan kalmayacak bende niye artık alışacağız birbirimize. O yüzden tele-terapi yönteminde de iki üç seans sonra ikisi eşitleniyor sanki heyecan anlamında.” (TT7)

Tele-terapi grubunda TT8 tele-terapiye kıyasla yüz yüze terapinin daha sıcak bir ortam sağladığını ve TT4 yüz yüze terapinin farklı olduğunu ifade etmiştir.

“Tabi yüz yüze olsa daha değişik, sıcak bir ortam olur.” (TT8)

“Çok doğaldı diyebilirim. Yüz yüzedekinden farkını tabii ki siz de anlayabilirsiniz. Şu anda sizle birlikte olmamız daha farklı bir şey ama...” (TT4)

Katılımcılara göre tele-terapinin göz kontağı kurmaya etkisine ilişkin bulgular

Bu kısımda katılımcılara göre tele-terapinin göz kontağı kurmaya etkisine ilişkin bulgular sunulmaktadır. Bu alt kategoriye ait dağılım Çizelge 38’de yüzde (%) ve frekans (f) olarak verilmiştir.

Çizelge 38. Katılımcılara göre tele-terapinin göz kontağı kurmaya etkisi

Tema	Kategori	f	%
Tele-terapinin göz	Olumsuz etkisi olmadı	10	%100
kontağı kurmaya etkisi	Göz kontağından kaçınmak için müsait	2	%20

Katılımcılara tele-terapide göz kontağının doğrudan kurulamıyor oluşunun süreci etkileyip etkilemediği sorulmuştur. Çizelge 38’e göre tele-terapi grubu katılımcılarının tamamı tele-terapi yönteminin göz kontağı kurmaya olumsuz bir etkisinin olmadığını belirtmişlerdir.

“Ben göz kontağı kurdum açıkçası. Hiç bunda bir eksiklik hissetmedim.” (TT9)

“Ben hiç onu hissetmedim. Yine göz göze geliyorum diye düşünerek davrandım.” (TT7)

“Herhangi bir sorun olmadı. (...) Çünkü sonuçta konuşmaya bağlı. Bir de kendimizi ve birbirimizi yüz yüze görebiliyorduk. Sorun olmuyordu.” (TT3)

“Ekranında zaten o bizi izliyor. Aynısı yani. Emrah hocam bizi izliyor. Bana tek kalan okumak. Ben yani şahsen etkilenmedim.” (TT8)

“Ben hep kurdum bunu. Emrah Bey’de kurdu. Ben hep Emrah Bey’in yüzüne baktım kutucuktan. Beni etkilemedi.” (TT1)

Katılımcı grubunun tamamı göz kontağı konusunda sorun yaşamadığını belirtmesine rağmen iki katılımcı tele-terapide bazı bireylerin göz kontağıyla ilgili sorunlar yaşayabileceğini belirtmiştir.

“Ben bu terapi sürecinde hiç göz kontağına takılmadım. Yani böyle bir şey aklıma gelmedi. Ancak bir psikolojik danışma öğrencisi olarak bir terapide göz kontağı çok önemli. Yani tele-terapide insanlar bazen bakışlarını kaçırabiliyorlar.” (TT3)

“Terapistim ile sürekli göz kontağımız oldu, fakat kaçınmak için çok müsait bir ortam olduğunu söyleyebilirim.” (TT4)

Katılımcılara göre tele-terapinin klinisyenin terapi tekniklerini uygulamasına etkisine ilişkin bulgular

Bu kısımda katılımcılara göre tele-terapinin klinisyenin terapi tekniklerini uygulamasına etkisine ilişkin bulgular sunulmaktadır. Bu alt kategoriye ait dağılım Çizelge 39’da yüzde (%) ve frekans (f) olarak verilmiştir.

Çizelge 39. Katılımcılara göre tele-terapinin klinisyenin terapi tekniklerini uygulamasına etkisi

Tema	Kategori	f	%
Tele-terapinin terapi tekniklerinin uygulanmasına etkisi	Olumsuz bir etkisi olmadı	9	%90
	İnternette kaynaklanan sesi duyamama	2	%20
	Egzersizlerde vakanın nefes alma şekli ve konuşması yeterince görünmeyebilir	1	%10
	Vakanın heyecanı anlaşılamayabilir	1	%10
	Bilgisayar kullanımıyla ilgili sorunlar	1	%10

Çizelge 39'a göre dokuz katılımcı açısından, terapinin online olmasına bağlı olarak kekemelik terapisinde kullanılan tekniklerin uygulanmasında herhangi bir kısıtlılık yaşanmamıştır.

“Bütün uygulamalar net bir şekilde anlaşıldı.” (TT4)

“Hiçbir şekilde sağlıksız bir şekilde uygulama olmadı.” (TT4)

Tele-terapi grubundan TT7 klinisyenin terapi tekniklerini gösterirken veya katılımcıların tekniği doğru şekilde yapıp yapmadığını ve katılımcının duygusal tepkilerinin yeterince iyi görünüp görünmediği konusunda şüpheli olduğunu ifade etmiştir.

“(…) Gösterilen egzersizleri anlamakta bazen güçlükler yaşadığımı söyleyebilirim. (...) Yüz yüze [terapide] terapistin bizdeki eksiklikleri daha iyi görebileceği inancımı taşıyorum. (...) (TT7)

“Onun dışında tele-terapi yönteminde dudaklarımız okunabiliyor mu ondan çok emin değilim. Çünkü resimler küçük büyütüyor mu bilmiyorum. Benim dudak hareketlerime bakıyorlar mı acaba. Tam olarak görebiliyorlar mı bilmiyorum. Hakim mi tam olarak benim nasıl konuştuğuma. Heyecanlandığımı, heyecanlanmadığımı, nefesimin artıp artmadığını... Bunlar önemli çünkü. Siz burada olsanız ve ben heyecanlansam dersiniz ki TT7 Bey sakın olun, yavaşlayın. Ama orada öyle mi acaba bilmiyorum.” (TT7)

“Bu deneyim güzel bir deneyim olmakla beraber yüz yüze olmak daha farklı bir his yani karşındasınız, dudaklarınızı görebiliyorum ve bana eğer konuşma terapisinde ki yöntemleri söyleyecekseniz işte ba'yı 'barış ben okula gidiyorum' derken dudaklarınızı görmem gerekiyor, sesinizi duymam gerekiyor, sizden duymam gerekiyor. Yapacağım, olmayacak bakacaksınız bana, direkt yüzüme bakacaksınız ve TT7 Bey olmadı diyecekseniz. Ba'yı 'barış okula gidiyor' diyeceksiniz. Bu anlamda sanki yüz yüze biraz daha iyi.” (TT7)

Katılımcıların grupla tele-terapiyi değerlendirmelerine ilişkin bulgular

Bu kısımda katılımcıların bireysel tele-terapiye göre grupla tele-terapi deneyimlerine ilişkin bulgular sunulmaktadır. Bu kapsamda önce katılımcılar tarafından grupla tele-terapinin olumlu görülen özellikleri ve sonra grupla tele-terapinin olumsuz görülen özelliklerine ilişkin bulgular sunulacaktır.

Katılımcılar tarafından grupla tele-terapinin olumlu değerlendirilen özelliklerine ilişkin bulgular

Bu kısımda katılımcılar tarafından grupla tele-terapinin olumlu değerlendirilen özelliklerine ilişkin bulgular sunulmaktadır. Bu alt kategoriye ait dağılım Çizelge 40’ta yüzde (%) ve frekans (f) olarak verilmiştir.

Çizelge 40. Katılımcılar tarafından grupla tele-terapinin olumlu değerlendirilen özellikleri

Tema	Kategori	f	%
Grupla tele-terapinin	Grup terapisinin daha eğlenceli olması	4	%40
	Grup terapisinde zamanın daha çabuk geçmesi	4	%40
bireysel tele-terapiye	Grup terapisinin daha rahat olması	3	%30
	Karşılıklı yardımı içermesi	3	%30
göre olumlu özellikleri	Grup terapisinde kekemeliği unutulması	2	%20
	Yalnız olmadığını hissedilmesi	2	%20
	Arkadaş edinilmesi	1	%10
	Benzer özellikleri olan kişilerle sohbet fırsatını içermesi	1	%10
	Diğer vakaların akıcılık durumunun gözlemlenmesi	1	%10
	Kendi hatalarını onlarda gözlemlenme ve farkındalığın gelişmesi	1	%10
	Genelleme olanağı	1	%10
	Diğerlerinin tecrübelerinden yararlanılması	1	%10
	Diğerlerinin teknik kullanımının gözlemlenmesi ve kendi tarzının oluşturulması	1	%10
	Kendini diğerleriyle karşılaştırıp çalışmaya motive olunması	1	%10

Çizelge 40’a göre katılımcılar grupla tele-terapiyi bireysel tele-terapiye göre ağırlıklı olarak daha eğlenceli, daha neşeli, daha hızlı ve daha rahat bulduğunu belirtmiştir.

“Grupla tele-terapi daha eğlenceli oluyor.” (TT10)

“Tele-terapiyi insanlarla birlikte yaptığınız zaman çok daha eğlenceli tabii ki geçiyor, daha hızlı geçiyor, daha rahat geçiyor çünkü nispeten sizinle aynı pozisyonda olan insanlarla birlikte oluyorsun.” (TT4)

Grupla tele-terapiye ilişkin öne çıkan diğer bir tema karşılıklı yardımdır. Bu etkileşim ortamı katılımcılar için destek grubu işlevi görmüştür.

“Sohbet ettik çünkü sorular sorduk birbirimize, konuştuk, ettik aynı şeyler aslında.” (TT7)

“Bazen kekeme olduğumu bile hatırlamıyorsun. Yalnız olmadığımı hissediyorsun grup terapisi ile. Başka kekemeleri görünce daha iyi hissediyorsun.” (TT10)

“(…) Belki Emrah Bey’in aklına gelmeyen bir şeyler olduğunda arkadaşımız hatırlatıyordu. Abi bu yöne gidelim diyordu arkadaşlarımız. Böyle şeyler bana önermişti. Olumsuz bir yönü bence yok. Eğlenceli oluyor. Avantajı daha fazla insanla yüz yüze olmuş oluyorsun o anda. Bir hafta sonra biz dört tane insanla yaptık biri Emrah hoca. O gün ben iki kişi ile arkadaş oldum. Bu bir avantaj.” (TT8)

“(…) Diğer insanları görmek yalnız olmadığımı uyandırıyor bende. Olumlu yönde yalnız değilim diyorum. Tek kekeme ben değilim bu dünyada. Daha önce karşılaşmıştım ama çok az karşılaşmıştım.” (TT7)

Tele-terapi grubunda katılımcılar arası destek konusunda özellikle TT10’un TT6’ya desteği ve TT4’ün TT8’e desteği dikkat çekicidir.

“Biriyile tanıştım terapilerden birinde. TT6 diye bir hanım. Ona faydam dokunduğunu duydum. Ben düşünmüyorum. Bana Emrah Bey söyledi benden çok etkilenmiş. Açıkçası ona faydam dokunduğu zaman anladım ki ben otuz dört yılın otuz yılı kekemeyim ve kekemelikle ilgili farkında olmadan çok şey biriktirmişim ve onunla da paylaşarak bir faydam dokunmuş. Grup terapilerinde farklı tecrübeler birbirleriyle paylaşıldığı zaman faydalı olabiliyormuş onu gördüm. Bu bana etkili geldi yani.” (TT9)

“Grup terapisinde benim biraz önyargılarım kırıldı. Bu açıdan benim için önemliydi grup terapileri. Fikirlerim değişti. Mesela ben hiç şey yapmıyordum. Ben hep sustum. Yani insanlardan sürekli saklandım, gizlendim. Ama ben çok büyük bir hata yapmışım. Ama bunu onlar çok benimsemişler. Hiç insanların fikirlerini takmamışlar. Ben bunu fark ettim. Ben çok takıyormuşum insanları. Hep onlara göre yaşamışım hayatımı. Şu ne der, bu ne der, o güler mi, o dalga geçer mi buna göre yaşamışım ama onlarda bu yoktu. Terapilerde benimle aynı sıkıntıyı yaşayan insanların fikirlerini öğrendim. Bireysel terapi tabii ki faydalı oldu benim için ona bir şey diyemem ama grup terapileri benim için bu açıdan gerçekten güzel oldu. (...) Ben mesela ailemle konuşurken bile bazen bu durumdan kaçırıyordum. Bu artık böyle olmayacak. İnsanların fikirlerini önemsememeye başladım.” (TT6)

“Grup terapileri benim için çok güzeldi. (...) Sonuçta onlarla beraber ortak bir sorunu paylaşıyoruz. Çok heyecanlıyım. Ben normalde konuşkan falan değilim. Farklı ortamlara girdiğim zaman çok kasiyorum kendimi o yüzden. Benim için çok güzeldi. (...) Grup terapilerinden çok çok keyif aldım. Ben hep şunu düşünmüştüm. Benim gibi yok gibi geliyordu. Bir tek benmişim gibi geliyordu. Ama bu kırıldı tamamen. Benim gibi varmış. Ortak duyguları paylaştığım birileri de varmış. Beni anlayabiliyorlar sonuçta benimle aynı sıkıntılarını yaşıyorlar.” (TT6)

“Üç hafta önce galiba yanlış hatırlamıyorsam. TT4 diye bir arkadaş daha vardı. Biz üçümüzüzdük. Emrah hocam bizi okuttu. Muhabbet sohbet falan yaptık. Emrah hocam ne önerirsiniz dedi. Çünkü benim şiddetim biraz yüksekti. O da bana şunu önerdi. Abi dedi şiir

okuyun ben okudum dedi. Size öneririm dedi. Zaten evde kitabımız vardı. Ben okudum onu. Bazen odada okudum ben sadece kendim. Bazen eşimle beraber okuduk. O takip etti. O yani bence çok doğru bir faydasını gördük. Arkadaşların da verdiği fikirler çok değerli yani.” (TT8)

Katılımcılara göre grupla tele-terapinin bir diğer avantajı; diğer bireylerin kekemelik özelliklerini, teknik kullanımlarını ve yaptıkları hataları gözleme olanağı sağlamasıdır. TT5 bu fırsatın kendisini motive ettiğini ve grupla tele-terapiyi, bireysel terapiye göre daha başarılı bulduğunu ifade etmiştir.

“(…) Bireysel terapilerde genelde kendi yaptıklarını görüyorsun. Ama toplu terapilerde hem neşeli geçiyor. Yani zaman süreci çok uzun da olsa zamanın nasıl geçtiğini anlamıyorsun. Yani daha eğlenceli geçiyor ve onun haricinde de mesela (...) karşıdaki mesela benden daha iyi konuma gelmiş onu görebiliyorsun. Kendi kendini tetikliyorsun mesela hani ben niye bu kadar ilerleyemedim diye. İşte onun dışında ya da kendinden daha az seviyede olan kişiyi gördüğün zaman hani konuşma olarak aaa ben yol kat etmiş diyorsun mesela. Bence yani grup terapileri bireyselle göre daha başarılı, daha iyi.” (TT5)

“(…) Grupta çok kişi gördük. Onların nasıl kekeleydiğini gördük. Çoğu kendi hatamı da onlarda gördüm. Bir ayna gibi oldu.” (TT2)

“Benden iyileri ve benden kötülerini görmüş oldum.” (TT1)

“Grup terapisi ayna vazifesi görüyor. Karşı tarafın kekeleyme tarzını gözlemleyebiliyorum. Acaba bende böyle yapıyor muyum ya da böyle hissediyor muyum... Ya da o da beni görüyor. O bir fayda. Bir de tekniği onun kullandığını duyuyorsun. Sen unutsan da biri kullanıyor ve sen onu duyuyorsun. Sadece doktor değil bir iki üç dört kişinin farklı şekillerde uygulamalarını görüyorsun ve belki de böylece ortalamasını alıyorsun. Daha düzgün bir konuşma belki oturtabiliyorsun. Bu benim tekniği algılama tarzım. Emrah Bey’in ki daha farklı, TT6’nunki daha farklı. Sonra aaa normal bir konuşma tarzı gibi. Böyle bir faydası var diye düşünüyorum.” (TT9)

Tele-terapi grubunda TT3’e göre grupla tele-terapi akıcı konuşma tekniklerini genellemek için ortam sağlamaktadır.

“Bence grupla tele-terapinin şu farkı var. İnsanları psikolojikman etkiliyor. Ben ilk başlarda bireysel terapiyi aldıktan sonra bu teknikleri tanımadığım kişilere tek tek uygulayamayabiliyordum. Ama grupla terapi aldıktan sonra hemen hemen herkesle bu teknikle konuşmayı başarabildim.” (TT3)

Katılımcılar tarafından grupla tele-terapinin olumsuz değerlendirilen özelliklerine ilişkin bulgular

Bu kısımda katılımcılar tarafından grupla tele-terapinin olumsuz değerlendirilen özelliklerine ilişkin bulgular sunulmaktadır. Bu alt kategoriye ait dağılım Çizelge 41’de yüzde (%) ve frekans (f) olarak verilmiştir.

Çizelge 41. Katılımcılar tarafından grupla tele-terapinin olumsuz değerlendirilen özellikleri

Tema	Kategori	f	%
Grupla Tele-terapinin Olumsuz Özellikleri	Terapistin ilgisinin bölünmesi	1	%10
	Birebir terapiye göre daha az faydalı olması	1	%10
	Terapi tekniğini uygulamaya yönelik konsantrasyonun azalması	1	%10
	Kendini diğerleriyle karşılaştırıp olumsuz duygular yaşanması	1	%10
	Grup terapisinde daha fazla kekelenmesi	1	%10
	Teknik aksaklıkların grup terapisi atmosferini daha çok bozması	1	%10

Çizelge 41'e göre katılımcılar bireysel tele-terapiye göre grupla tele-terapiyle ilgili bazı olumsuz görüşler bildirmiştir. Grupla tele-terapiyle ilgili öne çıkan olumsuz temalar; terapistin ilgisinin bölünmesi, grupla tele-terapinin birebir terapiye göre daha az faydalı olması, terapi tekniğini uygulamaya yönelik konsantrasyonun azalması, kendini diğerleriyle karşılaştırıp olumsuz duygular yaşanması, grup terapisinde daha fazla kekelenmesi ve teknik aksaklıkların bireysel terapiye kıyasla grup terapisi atmosferini daha çok olumsuz etkilemesidir.

Katılımcılardan TT4 bireysel tele-terapide, grupla tele-terapiye göre akıcı konuşma tekniklerine daha fazla konsantre olduğunu belirtmiştir.

"(...) İnsanların arasında bir rahatlık seviyesi oluşuyor ve herkes daha rahat konuşuyor. Fakat bireysel çalıştığımızda da daha iyi konsantre olup tekniği daha iyi benimseyebiliyorsunuz diyebilirim." (TT4)

Tele-terapi grubundan TT2 grupla tele-terapide daha fazla kekeleyişini bildirmiştir. Ayrıca TT10 grupla tele-terapilerde kendi akıcılığının diğer katılımcılardan yüksek olduğunu görüp kendisini kötü hissettiğini bildirmiştir.

"Kendim için söylersem eğer grupta daha çok takıldım." (TT2)

"Bir katılımcı çok iyiydi. Bende o gün hiç iyi değildim seansta kendimi çok kötü hissetmişim. Ama güzel konuşuyordu. Benimde çok kötü olmayabilir. Ama ilginç değildi. İlginç değildi de o sefer psikolojim bozulmuştu kendimi kötü hissetmişim sadece o." (TT10) (Bu ifade "Katılımcıların kekelilik terapi programıyla ilgili önerilerine ilişkin bulgular" başlığı altında da kullanılmıştır).

Katılımcılardan TT1 grupla tele-terapinin kısıtlılıklarını bildirirken terapistin ilgisinin bölündüğüne vurgu yapmaktadır.

"Grup olunca bir insan soru soruyor o cevap veriyor. Ama birebirdeyken terapist ile daha kolay anlaşıyorsunuz. O anda bir sorun varsa hemen söylüyorsunuz. Ama öbür terapide öyle bir şey olmuyor. İyiliği var da yüzde elli iyiliği var. Ama benim kendi açımdan birebir"

terapide yüzde seksen. Mesela az önce okurken hemen söyledim ben size. Ama grup terapide olsa söyleyemem, orada onu ben dile getiremem.” (TT1)

Tele-terapi grubundan TT7 İnternet bağlantısıyla veya sistemle ilgili aksaklıklardan grup terapilerinin atmosferinin daha fazla etkilendiğini belirtmiştir.

“Ben yaşamadım ama toplu terapilerde, grup terapisinde karşı taraf bir kişi gelemiyordu ya da bir kişi kopuyor sürekli o motivasyonumuzu dağıtıyordu bizim biraz. Çünkü üç kişi olması gerekiyor ki grup terapisi olsun üç ya da dört kişi ile. İki kişi bağlanamayınca gelemiyor, kopuyor, yavaşlıyor, sesi gelmiyor, gitmiyor bu biraz sıkıntı oluyor tabii ki. (...) Ama diğerleri bu sıkıntıysa eğer grup terapisinde problem oluyor bu. Motivasyonu dağıtıyor biraz. Birebir olursa Emrah Bey zaten konuşur halleder ama grup terapisi aynı anda dört kişi olması gerektiği için ikisi gelemezse problem o zaman başlıyor.” (TT7)

Tele-terapi grubundan TT1 grupla tele-terapilerde diğer katılımcıların dinleyici tepkilerinden rahatsız olduğunu belirtmiştir.

“Bir de şöyle bir şey oluyor ben dikkatliyimdir mesela izliyorum bir tane bayanla biri daha vardı. Ben konuşurken diğer insanlar havaya bakıyorlar. (...) Kimse öyle dikkatli bir şekilde izleyemez. Ben orada görüyorum. Biri televizyona bakıyordu, biri bir şeye bakıyordu, kocası geçiyor...” (TT1)

Katılımcıların memnuniyetlerine ilişkin bulgular

Bu kısımda sırasıyla katılımcıların kekemelik terapi programını, klinisyenin yaklaşımını ve terapide kullanılan tele-konferans sistemini değerlendirmelerine ve terapiden sağladıkları yarara ilişkin bulgular sunulacaktır.

Katılımcıların kekemelik terapisi programı ve klinisyenin yaklaşımıyla ilgili memnuniyetlerine ilişkin bulgular

Bu kısımda katılımcıların araştırmada kullanılan kekemelik terapisi programıyla ve klinisyenin yaklaşımıyla ilgili memnuniyetlerine ilişkin bulgular sunulmaktadır. Bu alt kategoriye ait dağılım Çizelge 42’de yüzde (%) ve frekans (f) olarak verilmiştir.

Çizelge 42. Katılımcıların kekemelik terapisi programı ve klinisyenin yaklaşımıyla ilgili memnuniyetleri

Tema	Kategoriler	f	%
Terapiyle ilgili memnuniyet	Yeterli içerik ve her hafta yeni bir çalışmanın sunulması	3	%30
	Terapistin çabası	3	%30
	Bilgilendirme e-postaları ve örnek videoların gönderilmesi	2	%20
	Terapistin oldukça hazırlıklı olması	1	%10
	İhtiyaca göre çalışmalar	1	%10
	Terapistin birebir ilgilenmesi	1	%10
	Terapistle sürekli iletişim halinde olma ve terapistin takip etmesi	1	%10
	Konuşmayı kontrol etmeye yönelik bir terapi bana uygun değil	1	%10

Çizelge 42'ye göre katılımcıların kekemelik *terapisi programına* ilişkin memnuniyetleri özetle klinisyenin yaklaşımını ve hazırlığını, yeterli içerik sunulmasını ve her hafta yeni bir çalışma sunulmasını, ihtiyaca göre çalışmaların yapılmasını ve örnek videoların gönderilmesini içermektedir.

TT4 ve TT8 terapi programının içeriğinin; iyi, yoğun ihtiyaca göre biçimlenmiş ve öğretici olduğunu ve TT7 her hafta yeni bir çalışmanın sunulmasının motivasyonlarını arttırdığını belirtmektedir.

“Açıkçası bence süreç fazla iyi bile, çünkü şu an biraz fazla yoğun hani. (...) Bu sizi çok rahatlatan, çok geliştiren, sizi çok eğiten bir süreç, bunu takip ederseniz bu size yüzde yüz kesinlikle faydası var. (...) Zaten şu ana kadar benim kafamda olan çoğu şey terapilerde vardı.” (TT4)

“Rahattı. İyiydi. (...) Bence çok dolu dolu geçti.” (TT8)

“(…) Emrah Bey yöntemlerinden her seferinde farklı bir şey gösterdi bize. Her hafta farklı bir şeyle çalıştık biz. Bu çok güzeldi ama öncekilerde sürekli uzatma... (...) Uzat uzat uzat nereye kadar uzatacağım. Ne zaman bitecek bu uzatmalar ne yapacağım belli değil. Ama bunda öyle değil. Kontaklarda yumuşak diyor. Bunları öğreniyorsunuz, uyguluyorsunuz, bir şeyler öğretiyor. Her seferinde ayrı bir şey öğrettiği için motivasyon hiç bitmedi bizde.” (TT7)

“İhtiyacım olan terapi, egzersizlerim ve çalışmalarım belirlenen program doğrultusunda ilerledi. Sağlıklı ve verimli bir deneyim yaşadım.” (TT4)

TT4 ve TT7 gönderilen bilgilendirme e-postalarıyla ve model videolarıyla sorularına cevap bulduklarını ve tek başlarına kalmadıklarını belirtmektedirler.

“(...) Bize sürekli mail gönderdi. Sürekli yaptınız mı, yapıyor musunuz, ödevleriniz bunlar, ne kadar yaptınız... Yani bize sürekli maillerle bizi bilgilendirdi, sürekli ama. Asla bizi bu süreçte tek başımıza bırakmadı.” (TT7)

“(...) Daha sonraki işte terapiden sonra aaa ben ne yapacaktım diyip kafamızda soru işareti olduğu zaman daha bu soru işaretini biz kendimize sormadan hocamız bize işte nasıl konuşacaksın video, nasıl okuyacaksın video onları görüyorduk yani. Mesela kontrolü kaybettin ya ben bunu nasıl okuyacaktım diye düşündüğün zaman yani videoyu açıp bakabiliyordun.” (TT5)

TT1 bireyin konuşmasını kontrol etmesine dayalı bir terapi programının kendisine uygun olmadığını belirtmektedir.

“(...) Tüm [terapi] en basit insana göre yapılır. Bunu sonra insanlar [kullanır]. Şöyle bir şey var bunun şeyi kontrol. Ben dışarıda kontrolü sağlayamıyorsam bunun farklı bir yolu olması lazım. (...) Şöyle bir şey var benim yerimde bir başka insan var, çok rahat bir insan o terapiyle üç günde şey oluyor. Ama benim şartlarımda bir insan iki sene oluyor, üç sene oluyor. İnsanlardan kaynaklanan terapi farkı var.”

TT1 terapi sürecinde araştırmacıya bir e-posta atmıştır. Burada terapi programına uyum sağlayamadığını belirtmiştir. (Katılımcının bu görüşleri kendisinden izin alınarak kullanılmaktadır.)

“Hocam “kontrollü olmak” benim gibi işi çok zor insanlar için sanırım olmuyor. Yapılan terapi aslında çok basit. (...) Ama sizden gelen mailler bana hiç uymuyor hocam. (...) Ben çok ileri temizlik hastalığı olan bir ailede büyüdüm. Şimdi düşününce bile ruhum daralıyor. Hem kontrollü oldum, tek başıma eve çıkana kadar. Aman şuraya basmayım, aman yanlış hareket etmeyim, aman annem kızmasın, aman babam kızmasın, aman anneannem kızmasın... Böyle büyüdükten sonra ve işimin gereği olarak da çok dikkatli olmam gerekiyor. Ben “kontrollü olmaya” çalıştıkça işimde hata yapıyorum. Geçen konuşmama odaklanıcam diye işimde çok büyük bir hata yaptım ve düzeltene kadar insanlara tonla laf dökmem gerekti.” (TT1)

“Keşke bu terapinin kontrollü olmak dışında bir olgusu olsaydı ya da benim gibi işinde ya da hayatında çok zorluk çekenler için başka bir yolu olsaydı. (...) Etrafımda insanlar, iş yapmaya çalıştıkları ya da patronlarım, o kadar robotlaşmışlar ki, işin içinde hep milyon dolarlık firmalar, işler, projeler döndüğü için kimseden ne destek ne de başka birşey göremiyorum. İş dünyamda bana destek olup, konuşmama yardım edebilecek ya da bana ara sıra “yavaş” diyecek kimse yok.

TT1 ve TT5 terapistin hazırlıklı olmasının, katılımcılarla iyi ilişki kurmasının, olumlu ve destekleyici yaklaşımının terapi sürecini olumlu yönde etkilediğini belirtmektedir.

“Bence Emrah Bey gayet hazırlıklıydı.” (TT9)

“(...) İlk başladığım zamanlarda yani hocamızın da pozitifliği gerçekten hocamız insanı kendine çekebiliyor ve bizimde bu terapiye inanmamız gerçekten de önyargılarımızı yıktı. Çok çok da başarılı olduğuna inanıyorum. Yani hocamızın bizden fazla özveri verdiğini ben gördüm. Bizden fazla bizlerin bu sıkıntısını tamamen yenebilmek için çabaladığını gördüm. Ben çok şaşırılmıştım.” (TT5)

“Terapiden ziyade Emrah Bey’in kendisini düşündüğünde insanda bir motivasyon oluyor terapi yapmadan da. (...) Arkamda Emrah Bey olduğunu bilmek belki terapiden bana daha iyi geliyor. (...) Emrah Bey çok güler yüzlü olduğu için Emrah Bey’i çok seviyorum.” (TT1)

TT10 programda terapistin katılımcıyla birebir çalışmasının kendisini iyi hissettirdiğini belirtmektedir.

“(...) Başımızda hoca vardı. O bizi yönlendiriyordu. Güzeldi yani sonuçta başında birinin olması daha farklı oluyor. Kekemelerde ilgi çok önemli, kendilerini daha iyi hissederler. Ben öyle hissediyorum da o yüzden.” (TT10)

Tele-terapi grubunda TT6 teknolojik sorunlar karşısında klinisyenin oldukça sabırlı olduğunu düşünmektedir. Ayrıca TT7 bir tele-terapi oturumunda buna vurgu yapmıştır.

“(...) Emrah Bey’e buradan çok teşekkür ediyorum. Çok anlayışlıydı. Gerçekten çok anlayışlıydı. Çok sabırlı biri. Çünkü bayağı sıkıntılar oldu İnternetle alakalı ama o hiçbir zaman pes etmedi.” (TT6)

“(...) Ben de bilgisayarla ilgileniyorum ama siz gerçekten çok sabırlısınız.” (TT7)

Katılımcıların tele-terapide kullanılan tele-konferans sistemiyle ilgili memnuniyetlerine ilişkin bulgular

Bu kısımda katılımcıların tele-terapide kullanılan tele-konferans sistemiyle ilgili memnuniyetlerine ilişkin bulgular sunulmaktadır. Bu alt kategoriye ait dağılım Çizelge 43’te yüzde (%) ve frekans (f) olarak verilmiştir.

Çizelge 43. Katılımcıların tele-terapide kullanılan tele-konferans sistemiyle ilgili memnuniyetleri

Tema	Kategoriler	f	%
Kullanılan tele-konferans sistemi hakkında düşünceler	Kullanılan sistem oldukça profesyonel ve iyi işliyor	1	%10
	Herhangi bir sorun yok	1	%10

Tele-terapi grubunda TT3 ve TT5 tele-terapi için kullanılan tele-konferans sistemi için olumlu görüş bildirmiştir. Sistemi sorunsuz ve profesyonel olarak tanımlamışlardır.

“Yoksa neredeyse yaklaşık on dört hafta oldu neredeyse hiç sorun yaşamadık gayet profesyonel ve çok iyi işleyen bir sistem kullanıldı.” (TT5)

“(...) Uygulanan sitelerde bir sorun görmüyordum.” (TT3)

Katılımcıların tele-terapiden sağladığı yarara ilişkin bulgular

Bu kısımda katılımcıların kekemelik terapi programında sağladığı yararlarla ilgili bulgular sunulmaktadır. Bu alt kategoriye ait dağılım Çizelge 44'te yüzde (%) ve frekans (f) olarak verilmiştir.

Çizelge 44. Katılımcıların tele-terapiden sağladığı yararlar

Tema	Kategoriler	f	%
Sağlanan yarar	Yararlı oldu	9	%90
	Günlük hayatta rahatladım	4	%40
	Günlük hayatıma olumlu etkileri oldu	2	%20
	Kendime güvenim arttı	1	%10
	Tele-terapi olmasına rağmen çok yarar sağladı	1	%10
	Yararlı olmadı	1	%10

Çizelge 44'e göre dokuz katılımcı tele-terapinin kendilerine yararlı olduğunu bildirmiştir. Elde ettikleri yararları açıklarken konuşma akıcılıklarına ve yaşamlarındaki değişikliklere de atıf yapmaktadırlar.

“Çalıştığım zaman kendimi daha iyi hissediyordum. İyi hissettiğim içinde konuşmam düzgündü. Evdeki kişilerle, komşularla, bir işim için bir yere, bir markete gittiğim zamanlar daha rahattım. Kendime güvenerek gidiyordum. Yani faydasını gördüm. (TT10)

“(…) Ben ilk hocamın çektiği videoyu seyrettim gerçekten konuşurken her konuşma arasında duraksıyordum (...) Bloklar, duraksamalar çok vardı. (...) Başlama sürecinden sonra eğitimlerle bunlar giderildi yavaş yavaş. Şu an belki çok az kaldığına inanıyorum.” (TT5)

“(…) Şu anda aldığım bu eğitimden çok mutluyum. Üç ay öncesine kadar ben kendimi bu kadar çok ve rahat bir şekilde ifade edemiyordum açıkçası. (...) Mesela az önce bir beyefendi de anlamış (...) Benim bu şeyi aldığımı bilenler zaten hemen hissediyorlar farklılığı, değişikliği. Mesela iş yerinde bile bazen... Ben sinirli bir insanım. Nedeni de bu. Şimdi önceki gibi değilim.” (TT8)

TT1 kendi kısıtlılıklarından ve konuşmanın kontrol edilmesine dayalı bir terapi yaklaşımı kullanılmasından dolayı yararlı olmadığını belirtmiştir.

“Online bana uygundu ama benim kendi açımdan bana yararlı olmadı. Belki başka bir insana yapsanız olur. Çünkü benim kendi kısıtlamalarımın dolayısıyla yeterli olmadı.” (TT1)

Katılımcıların bir sonraki terapi yöntemi tercihlerine (yüz yüze veya tele-terapi) ilişkin bulgular

Bu kısımda katılımcıların ihtiyaç duyulduğunda tele-terapi ve yüz yüze terapi olmak üzere bir sonraki terapi yöntemi tercihleriyle ilgili bulgular sunulmaktadır. Bu alt kategoriye ait dağılım Çizelge 45'te yüzde (%) ve frekans (f) olarak

verilmiştir.

Çizelge 45. Katılımcıların bir sonraki terapi yöntemi tercihi (yüz yüze veya tele-terapi)

Tema	Kategori	f	%
Bir sonraki terapi yöntemi tercihi	Tele-terapiyi tercih ederim	5	%50
	Koşullarımdan dolayı tele-terapiyi tercih ederim	5	%50
	Yüz yüze terapiyi tercih ederim	2	%20
	Grup terapilerini devam ettirebilirim	1	%10
	Önce yüz yüze tanışma sonrasında kesinlikle tele-terapi tercih ederim	1	%10
	Bu araştırmadaki terapistin yaklaşımından dolayı tele-terapiye devam ederim	1	%10

Çizelge 45'e göre beş katılımcı böyle bir imkan sunulursa yine tele-terapiyi tercih edeceklerini, diğer beş katılımcı ise koşullarından dolayı tele-terapiyi tercih edeceklerini bildirmişlerdir.

"Belli dönemlerde yine tele-terapiyi görmek isterim." (TT5)

"İsterdim. Bana çok faydası oldu. Yani şöyle ki dış dünyanın biraz yansımaları şeklindeydi. Yani beni dış dünyaya hazırladı. Bu terapi sonrasında insanlarla daha rahat konuşabiliyordum. İsterim bir daha almayı." (TT3)

"İleride (...) grup terapilerini devam ettirebilirim. Çünkü benim gibi konuşan farklı insanlar ile konuştuğum zaman farklı tecrübeler görüyorum. O ilgimi çekti. Bir de tekniği unutmamak, tekniği hatırlamak... Çünkü bu otonom bir konuşma tekniği değil, (...) Hani onu alışkanlık haline getirene kadar, kulağımda yer edinene kadar dönem dönem o tekniği hatırlatabilecek terapiler faydalı olabilir." (TT9)

"Almak isterim. (...) Çünkü bu benim için dediğim gibi çok büyük bir umut gerçekten çok büyük. (...) Bu benim için gerçekten büyük bir şans. (...) O yüzden isterim." (TT6)

Tele-terapi grubundan beş katılımcı terapi yöntemi tercihinin yüz yüze terapi olduğunu, ancak koşullarından dolayı en iyi seçimin tele-terapi olduğunu bildirmiştir.

"Tele-terapiyi tercih ederim. Çünkü zaman kavramı için çok güzel bir şey. Yani zaman asla önemli değil burada. (...) İki saatte geldim ve iki saatte geri gideceğim ve ya iş yerine gideceğim. Altı saatim geçiyor. İş yerine gidiyorum yorgun argın gidiyorum. Eve geçiyorum akşam saati zaten eve gitmem gerekiyor. İnternetin başındayım zaten oradayım bir yere gitmeme gerek yok. (...) Çünkü bir sene sonra buraya geliş gidişler bıkkınlık olur. Üç hafta sonra ya yine mi gideceğim, zor, ne yapsam gitmesem mi, uff falan demeye başlar insanlar. Ama bu yöntemde öyle bir şey yok. Emrah Bey'i arıyorum bugün müsait değilim şu saatte olsa olur mu, olur diyor tamam diyor." (TT7)

"(...) Dediğim gibi benim tercihim yüz yüze olmak." (TT2)

“Evet olabilir. Özellikle bundan sonra. Çünkü ben eğer bir aksilik çıkmazsa erasmusa gidiyorum. Sonuçta uzak olunca tele-terapi en iyi yöntem diye bir fikrim var tabi.” (TT2)

“(…) Az öncede söyledim size, ben istanbul’da olsam Emrah hocam bana yani haftada bir saat ya da iki saat de ayırabilirim. İstanbul’da olsam ayırırım hocam. Yani İstanbul’da otursaydım ben yüz yüze tercih ederdim.” (TT8)

“Yüz yüze terapi daha iyi ama öyle bir imkanımız yok. Olmadığı için de tele-terapi de iyi oluyor. Yani kekemeler için bence yüz yüze daha iyi.” (TT10)

Katılımcılardan TT4 terapistle baştan yüz yüze görüşmek koşuluyla tele-terapiyi tercih etmiştir.

“Koşullarıma bağlı (...) En başta terapiyi alacağım terapistim ile bir tanışmayı fakat sonrasında tele-terapiyi almayı kesinlikle tercih ederim. Ben mesela kimden konuşma terapisi alacağım konusunda çok seçici bir insanım. O yüzden bunun aslında yüz yüze görüşmek ya da tele-terapi ile de bir alakası yok. Sadece birlikte çalışacağım insanı tanımak için yüz yüze görüşmeyi çok isterim. Ama sonrası için kesinlikle tele-terapiyi tercih ederim.” (TT4)

Katılımcılardan TT1 ise yüz yüze terapiyi tercih edeceğini belirtmiştir. Ancak terapistle kurduğu ilişkiden dolayı tele-terapiye devam edeceğini de belirtmiştir.

“Ben yüz yüze isterim bu saatten sonra denk gelirse. Şöyle bir şey var yüz yüze insan çok daha rahat anlatıyor.” (TT1)

“(…) Ben burada yüzde yüz düzelene kadar geleceğim. Hemen olmayacak büyük ihtimalle ama sonuna kadar gideceğim. (...) Emrah Bey’den bağımsız olarak ben tele-terapiyi tercih etmezdim. Yüz yüze tercih ederdim.” (TT1)

Katılımcıların önerilerine ilişkin bulgular

Bu kısımda katılımcıların tele-terapide başarının artmasına ve kekemelik terapi programıyla ilgili önerilerine ilişkin bulgular sunulacaktır.

Katılımcıların tele-terapide başarının artması için önerilerine ilişkin bulgular

Bu kısımda katılımcıların, tele-terapide gördükleri eksiklikler ve yaşanan sorunlar ışığında, yöntemin başarısının artmasına yönelik önerilerine ilişkin bulgular sunulmaktadır. Bu alt kategoriye ait dağılım Çizelge 46’da yüzde (%) ve frekans (f) olarak verilmiştir.

Çizelge 46. Katılımcıların tele-terapide başarımın artması için önerileri

Tema	Kategori	f	%
Tele- terapide başarımın artması için öneriler	Başlangıçta ilişki kurulması için başta yüz yüze bir görüşme yapılmalı	2	%20
	Hızlı ve stabil bir İnternet bağlantısı sağlanmalı	2	%20
	Vakalara terapinin çeşitli aşamalarında kendi videoları gönderilmeli	2	%20
	Başlangıçta yöntemin tanıtımı için yüz yüze görüşme yapılmalı	1	%10
	Yeterli donanımsal hazırlık olmalı	1	%10
	Her terapi öncesinde bilgisayar ayarları yapılmalı	1	%10
	3-4 haftada bir yüz yüze görüşmeler yapılmalı	1	%10
Terapiler tamamlanmadan başka bir uzmanla yüz yüze görüşmeler yapılmalı	1	%10	

Çizelge 46'ya göre bazı katılımcılar tele-terapinin başarımının artması için teknolojik açıdan; hızlı ve stabil İnternet bağlantısının olmasını, donanımsal açıdan yeterliğin sağlanmasını ve her terapi öncesi bilgisayar ayarlarının yapılmasını önermektedir. Tele-terapi grubu katılımcılarından TT5 ve TT7 tele-terapinin daha başarılı gerçekleşmesi için bazı ön hazırlıkların gerekliliğine işaret etmiştir. TT7 ise süreçte yaşanan aksaklıkların terapisti ve vakaları olumsuz etkileyeceğini belirtmiştir.

"(...) Bu terapinin sağlıklı ve kesintisiz olması için terapiden önce terapi alacak kişilerin iyi bir İnternet ve ayarları iyi yapılmış bir bilgisayara sahip olmaları ve her terapi öncesinde bu ayarları muhtemel aksaklıklara karşı kontrol etmiş olmaları gerekiyor. Aksi durumda terapiyi yapanın da konsantrisi bozulur, terapi alanında suçluluk ve heyecan düzeyi artar." (TT7)

"(...) Hızlı ve stabil bir bağlantı kadar iyi bir kulaklık ve mikrofon ihtiyacını belirtebilirim." (TT4)

Çizelge 46'ya göre bazı katılımcılar çeşitli amaçlarla bazı aşamalarda yüz yüze terapilerin yapılmasını önermiştir. Örneğin TT7 ve TT5 yöntemin tanıtımı ve terapist-vaka ilişkisinin gelişmesi için tele-terapi öncesinde yüz yüze görüşmenin olması gerektiğini belirtmektedir.

"Terapiyi verecek kişi ile bir ön görüşme tanışma gibi bir şey kesinlikle olması gerekiyor. Sonrası zaten çok doğal bir şekilde geliyor. Çünkü hani bunların önüne bir bilgisayar konduğu zaman çok farklı bir şey olmuyor. Birebir tam aynısı olmuyor. Değişen hiçbir şey yok. Fakat o samimiyeti ve ritmi yakalamak çok önemli bir şey. O yüzden tele-terapi öncesi bence yüz yüze görüşme, tanışma, bir mülakat gibi bir şey yapılırsa daha verimli, daha güzel sonuçlar alınabilir." (...) (TT4)

“Bir kere başta tele-terapiye katılacak kişi eğer imkan varsa buraya bir çağırılrsa, burada bir konuşma yapılırsa, tele-terapi burada gösterilse o insanlara bu şekilde yapılıyor diye. Karşılıklı oturulsa biz burada yapsak bilmeyenler için. Bir kere bir ön bilgilendirme iyi olur teknik anlamda.” (TT7)

Katılımcılardan TT5 ve TT9 tele-terapide başarının artması için, dinleme amaçlı ses kayıtlarının gönderilmesini, farkındalığı arttırmak ve gelişimi görmek amacıyla kendi videolarının gönderilmesini önermektedir. Bu araştırmada da katılımcılara 3 adet model video kaydı gönderilmiştir.

“(...) Ses kayıtları gönderilebilir. Hani bu tekniği kullanan kişilerin konuşmaları, hem şiir hem okuma hem düz konuşma. Sürekli onları dinleyerek bu konuşmayı kulağınızda yer edebilirsiniz.” (TT9)

“(...) İlk videomla son halimi ben bir görmek isterdim.” (TT5)

“Bizim başlama sürecimize devam ettiğimiz süreçler arasındaki o dönemi biz de görebiliriz. Biz işte nasıl konuşuyorduk, nasıl olduk, nasıl bir konumdayız, nasıl devam ettirmemiz gerekiyor. Biz de işte ses kayıtlarımızı, görüntülerimizi, yaptığımız hareketleri... Belki ben belki fiziksel olarak bir hareket yapmıyorum ama belki sıkıldığım zaman göz kırpyorum mesela hani bunun mesela ben farkında değilim çok küçük bir ayrıntı. Belki onu da o an keşfedebiliriz. Aaa ben bu kelimeyi mesela söylerken göz kırpmışım...” (TT5)

Katılımcılardan TT6 ve TT7 belli aralıklarla ve terapiler bitmeden tele-terapinin dezavantajlarını azaltmak bakımından farklı bir klinisyenle veya farklı kişilerle yüz yüze görüşmeyi önermektedir.

“Arada sırada sizinle görüşme olabilir. Terapiler arasında, bireysel terapiler bitmeden yüz yüze görüşme olabilir.” (TT6)

“(...) İki haftada bir, üç haftada bir biri daha gelse yanına onunla da konuşsak, o bize sorular sorsa on dakika kadar, on beş dakika kadar. Farklı bir sima görsek iyi olur kanaatindeyim. Emrah Bey yanında olsa onun, kenarda olsa ama on dakika bizle sohbet etse, sorular sorsa, ona okusak, o soruları sorsa, ona cevap versek farklı birine bireysel seansta. Çünkü zaten toplum içerisinde hep aynı insanla karşılaşmıyoruz problemimiz bu bizim. Farklı insanlarla da karşılaşıyoruz. Akıcılık problemi artıyor o zaman. O yüzden başka birisi olsa bazen...” (TT7)

Katılımcılardan TT7 yüz yüze terapiyi daha gerçekçi bulmaktadır. Bu bakımdan grup terapilerinin yüz yüze şekilde sunulmasının daha yararlı olabileceğini belirtmiştir.

“Yüz yüze grup terapi daha iyi olur. Onu söylemem lazım. Yüz yüze grup terapisinin daha faydalı olduğu kanaatindeyim. En azından canlı bireyler yanımızda olacak. Çünkü zaten bizim problemimiz topluluk içinde konuşmak. Yine İnternet üzerinde üç kişi var ama o üç kişi oradalar. Yanımızda değiller bizim. Oysa yanımızda olsa işte oturup yüz yüze konuşacaksınız. Ama orada öyle değil.” (TT7)

Katılımcıların kekemelik terapi programıyla ilgili önerilerine ilişkin bulgular

Bu kısımda katılımcıların kekemelik terapi programıyla ilgili önerilerine ilişkin bulgular sunulmaktadır. Bu alt kategoriye ait dağılım Çizelge 47'ye yüzde (%) ve frekans (f) olarak verilmiştir.

Çizelge 47. Katılımcıların kekemelik terapi programıyla ilgili önerileri

Tema	Kategori	f	%
Kekemelik terapi programıyla ilgili öneriler	Konuşmayı kontrol etme dışında terapi yaklaşımları kullanılmalı	1	%10
	İhtiyaca göre seans sıklığı artırılmalı	1	%10
	Belli konuşma sesleri üzerine odaklanılmalı	1	%10
	Terapi programına psikolojik danışma uygulamaları eklenmeli	1	%10
	Vakaların motivasyonunu arttırmak için vaka performansları karşılaştırılmalı	1	%10

Çizelge 47'ye göre katılımcıların kekemelik terapi programıyla ilgili önerileri; konuşmayı kontrol etme yaklaşımı dışında tekniklerin kullanılmasını, seans sıklığı ve yapılan çalışmalarla ilgili bireyselleştirmeyi, daha fazla psikolojik danışma uygulamalarına yer verilmesini ve katılımcı performanslarının karşılaştırılmasını içermektedir.

TT9 araştırmanın belli bir takvimi olduğunun farkındadır. Ancak terapide başarının artması için programın bireyselleştirilmesine vurgu yapmaktadır.

“(...) Bizimki bir araştırmaydı ve çok da hani kişisel zaman ayrılacak bir araştırma değildi. (...) Bir süre var. Emrah Bey'in bir süresi var. Biz haftada bir görüşüyorduk.” (TT9)

“(...) Normal doktor hasta ilişkisi olsaydı, belki muayenehanesine de gidip gelebilirdim. Hani çok yoğunlaştırabilirdi tele-terapi. İşte b harfi p harfi bununla ilgili daha çok doktorun hasta üzerindeki kontrolü artabilir diye düşünüyorum ve daha çok vakit ayırabilirdi.” (TT9)

“Haftada bir gün sadece. Belki ilk başlarda çok daha yoğun olabilir. Sonra git gide seyrelebilir diye düşünüyorum.” (TT9)

“(...) Mesela bende belli harflerde sıkıntılar var. Hani o harfler herkeste farklıdır. (...) Harfler üzerine birebir gitmeye fırsat tanınabilir.” (TT9)

TT3 psikolojik danışma ve rehberlik bölümü öğrencisidir. Görüşlerinde psikolojik yaklaşımların ağırlığı göze çarpmaktadır. Bu araştırmada her ne kadar temel danışmanlık becerileri kullanılsa da, TT3 terapilerde psikolojik danışma uygulamalarının yapılmasını önermiştir.

“Biraz daha psikolojik danışma süreci başlatılabilseydi bence daha faydalı olurdu.” (TT3)

TT4 katılımcı performansları arasında bir kıyaslama önermektedir.

“Bir de genelde insanlar arasında belki kıyaslama olabilir (...) Grup terapilerinde mesela işte başka bir arkadaşımızın bak şu arkadaşın şu seviyedeydi, bu seviyeye geldi, sen de böyle olabilirsin. Hani başarı oranını kıyaslama yapıyor, yani insanları birbiriyle yarışmaya sokabiliyorsun... Bu tip bir uygulamada olabilirdi” (TT4)

Buna karşın TT10 grup terapisinde katılımcıların birinin çok akıcı konuştuğunu gördüğünü ve kendini çok kötü hissettiğini belirtmektedir.

“Bir katılımcı çok iyiydi. Bende o gün hiç iyi değildim seansta kendimi çok kötü hissetmişim. Ama güzel konuşuyordu. Benim de çok kötü olmayabilir. (...) kendimi kötü hissetmişim.” (TT10) (Bu ifade “Grupla tele-terapinin olumsuz değerlendirilen özellikleri” başlığı altında da kullanılmıştır).

Her ne kadar tele-terapi grubu; yaş, cinsiyet ve kekemelik şiddeti açısından heterojen nitelikler gösterse de TT5 daha farklı niteliklere sahip bireylerin grup terapilerinde bir araya getirilebileceğini önermektedir.

“Daha farklı yaş grubunda, daha farklı şiddet, konuşma zorluğu çeken insanları bir arada bulunması, birbirlerine sempati duyması açısından. (...)” (TT5)

TT1 terapinin başarısında, aile desteğinin ve ailenin terapiyle uyumlu tutumlara sahip olmasının önemine işaret etmektedir.

“(...) Anne babalarla konuşmak... Ben mesela anne babadan (...) hiç destek görmedim. (...) Ben kendi eşimde bile göremiyorum. (...) Şu anda ben destek görmedim kimseden bir de bu var. Belki destek görsem daha motive olacağım.” (TT1)

“(...) Benim babam (...) düz bir insandır. Diyorum ki bak ben terapi alıyorum düz olma diyorum, düz oluyor inatla. Hani şey olmuyor. Benim oğlum terapi alıyor, mesela anne baba konuşuyorlar oğlumuz terapi alıyor şunu şunu yapmayalım yok. Mesela annem aşırı nettir aşırı. (...) Telaşlı telaşlı konuşuyor mesela bu bana düşüş oluyor.” (TT1)

Terapide başarı TT5 ve TT9’a göre kişinin kendi elindedir, başka deyişle kendi çabasına bağlıdır.

“(...) Bu süreci birebir takip ederseniz hakikaten [başarısız olmama] şansınız yok. [Başarı] ne kadar iyi takip ettiğiniz ya da takip etme isteğinizle ilgili bir şey.” (TT5).

“(...) Tele-terapide de sana teknikleri hoca anlatıyor. Kapattığında hayatında devam ettirmek senin elinde. Muayenehanede de doktor sana anlatıyor. Çıkıp bunu kullanmak yine senin elinde.” (TT9).

Buna karşın TT9 başarısının kişinin kendi elinde olduğunu ifade etse de, daha önce belirtildiği üzere TT2 tele-terapide daha az sorumluluk olduğunu belirtmiştir: *“Tabii ki de yüzde de daha çok bir sorumluluk var” (TT2).*

TT3 başarıyı arttırmak için kendine cesaret telkin ettiğini belirtmektedir.

“Ben bu terapi süreci uygulanırken, ben kendi kendimi şu şekilde cesaretlendirdim. Sürekli aynanın karşısına geçtim. Kendime telkinlerde bulunurdum ya da sesimi kaydedip kendim dinlerdim telkin vererek. Yani sen takılmıyorsun, sen kekelemiyorsun, akıcı konuşabiliyorsun... Hani siz de biliyorsunuz insanlar bilinç dışı süreçlerde çok fazla hareket ederler. (...) Biz tele-terapide teknikleri öğreniyoruz. (...) Teknikleri uygularken kişi kendine cesaret verebilir diye düşünüyorum.” (TT3)

Tartışma

Kontrollü yürütülen bu araştırmada, tele-terapinin araştırmanın bağımlı değişkenleri üstündeki etkisini incelemek amaçlanmıştır. Araştırmanın temel hipotezi, tele-terapinin kekemelikte üç durumda kekelenen hece oranlarını ve Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı (SSI-4) puanlarını düşürmede yüz yüze terapiyle eşdeğer düzeyde olduğu, başka deyişle daha geride olmadığıdır. Araştırmanın birincil bağımlı değişkenlerine ilişkin bulgularına göre, sontest ve izleme evrelerinde, tele-terapi ve yüz yüze terapi grubu arasında, SSI-4 verileri, spontan konuşmada, okumada ve telefonda konuşmadaki kekelenen hece oranı ve katılımcıların kendi kekemelik şiddetlerine verdikleri puanlar bakımından anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır. Ancak iki grubun okumada kekelenen hece oranlarına ilişkin öntest verileri arasındaki istatistiksel açıdan farklılık dikkate alındığında, yüz yüze terapi uygulamasının okuma durumunda tele-terapi uygulamasıyla benzer şekilde kalıcı fakat daha etkili olduğu görülmektedir. Ayrıca araştırmanın ikincil bağımlı değişkenlerine ilişkin bulgularına göre, sontest evresinde, iki grup arasında algısal kekemelik şiddeti, algısal konuşma doğallığı, St. Louis Kekemelik ve Yaşama Bakış Envanteri (SL-ILP-S), Konuşmacının Kekemelik Deneyiminin Değerlendirilmesi Ölçeği'nin (OASES) dört alt ölçeği ve toplam puanı bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Araştırmanın nicel bulguları, tele-terapinin belirtilen bu bağımlı değişkenler üstünde etkisinin yüz yüze terapi kadar etkili olduğuna ilişkin araştırma hipotezini doğrulamaktadır.

Araştırmanın nicel bulguları, çocukluk ve yetişkinlik kekemeliğinde tele-terapinin kullanıldığı ve kontrol grubu içeren deneysel araştırmalarla tutarlılık göstermektedir (Lewis ve ark., 2008; Carey ve ark., 2010). Ayrıca bu bulgular, kekemelik alanyazınında tek denekli desenlerle veya kontrol grubu içermeyen desenlerle yapılan tele-terapi etkililiği çalışmalarının bulgularıyla uyumludur (Sicotte ve ark., 2003; O'Brian ve ark., 2008; Irani ve Gabel, 2011; Carey ve ark., 2012; Cocomazzo ve ark., 2012; O'Brian ve ark., 2014; Valentine, 2014). Hall ve arkadaşlarının (2013) sistematik gözden geçirme çalışmasında da tele-terapinin uygulanabilir ve yüz yüze terapi kadar etkili olduğu belirtilmektedir.

Bu araştırmada dikkat çeken bir konu, katılımcıların kapsamlı olarak değerlendirilmesinde kekelenen hece oranları kadar; öz değerlendirmelerin, klinisyenlerin algısal değerlendirmelerinin ve SSI-4 puanlarının önem arz etmesidir. Bu araştırmada katılımcıların yalnızca kekelenen hece oranlarının bir değişken olarak ele alınmasının, yanlış sonuçlara ulaşılmamasına neden olabileceği düşünülmektedir, çünkü bazı katılımcıların bir ölçüm veya puanda gösterdikleri gelişim oranı bir diğeriyle uyumluluk göstermeyebilmektedir. Örneğin konuşmada kekelenen hece oranları bakımından, sontest ve izleme evrelerinde olumlu bir gelişim gösterdiği görülen YY1 ve YY10'un; sontest evresine kıyasla izleme evresinde konuşmada kekelenen hece oranlarında belirgin bir artış görülen TT6 ve YY2'nin bu ölçümleriyle, SSI-4 puanları ve/veya kendi kekemelik şiddetlerine verdikleri puanlar arasında farklılık görülmektedir. Ayrıca YY1'nin öntest evresinde spontan konuşmada kekeleme oranı %2,7 ölçülmüştür. Bu oran, çalışma grubunda tüm katılımcıların (n=20) kekelenen hece oranı ortalamasının (\bar{X} =%6,9) oldukça altında olmasına rağmen, TT1 kendi kekemelik şiddetine 9 puan vermiştir (1-oldukça hafif, 9-oldukça şiddetli). Bu noktada kekemeliği olan bireylerin

değerlendirilmesinde çok boyutlu değerlendirmenin yapılmasının önemi ortaya çıkmaktadır.

Dil ve konuşma bozuklukları alanındaki araştırmacılar, tele-terapiyle ilgili araştırmaların geniş örneklem içeren, iyi şekilde kontrollü ve randomize kontrollü desenlerden ziyade pilot çalışmalar ve anektodal çalışmalardan oluştuğunu bildirmektedir. Ayrıca DKT'lerin ve vakaların yõteme ilişkin perspektiflerini içeren araştırmaları önermektedir (Hill ve Theodoros, 2002; Lowe ve ark., 2013; Mashima ve Doarn, 2008). Zira vakaların tele-terapiye ilişkin algılarının oluşmasında ve yöntemi kabulünde etkili olan faktörler hakkında çok az bilgi vardır (Kairy ve ark., 2009). Sun ve Zhang'a (2006) göre de nitel yaklaşımlar teknolojinin kabul edilmesinde önemli olan faktörleri tanımlamada büyük fırsatlar sunmaktadır. Bu araştırmanın nicel bulgularına göre iki yöntemin eşdeğer düzeyde bulunması da tele-terapi grubunun yöntemle ilgili deneyimleri ve görüşlerinin önemini ortaya çıkarmaktadır. Aşağıda araştırmanın nitel bulguları nicel bulgularla ilişkilendirilerek ilgili alanyazın ışığında tartışılmıştır. Tartışmada mülakat veya araştırma soruları doğrultusunda belli bir tema sırası izlenmemiş ilişkili bulunan temalar birlikte irdelenmiştir.

Klinik hizmetlerin vakaların kendine özgü ihtiyaçlarını temel almasına bağlı olarak tele-terapi her vaka için uygun olmayabilir. Vakalar tele-terapi hizmeti almadan önce mutlaka değerlendirilmelidir. Kültür, eğitim düzeyi, yaş, cinsiyet ve diğer nitelikler vakalar için tele-terapinin uygunluğunu etkileyebilir (Houston, 2013). Ancak alanyazında tele-terapi için uygun aday kriterleri sınırlıdır ve bu önemli bir güçlük alanıdır (Tucker, 2012a, 2012b). Uygun aday kriterleri ASHA (2005) tarafından özetle fiziksel, duyuşsal, bilişsel, davranışsal, isteklilik, iletişimsel yeterlilik ve gerekli destek kaynakları kapsamında değerlendirilmiştir. Houston (2013) ise tele-terapi vaka çalışmasında aday kriterleri olarak; isteklilik, teknik bilgi, yaşam koşulları, sahip olunan İnternet hızı gibi özellikleri belirlemiştir.

Bu araştırmada katılımcılar, tele-terapi için uygun aday kriterlerini kendileriyle ilişkilendirerek ve kendilerinden bağımsız olarak tartışmıştır. Bu konudaki görüşler incelendiğinde, bireysel farklılıkların, tele-terapinin avantaj ve dezavantajlarının yöntemin kendilerine uygun olup olmadığını değerlendirmelerinde etkili olduğu görülmektedir. Uygun aday kriterlerine ilişkin bulgular katılımcılar açısından tele-terapinin avantajlarıyla ve dezavantajlarıyla birlikte tartışılacaktır.

Tele-terapinin katılımcılar için uygun olup olmaması, yöntemin avantajları ve dezavantajları ve katılımcıların sunduğu öneriler, Davis'in (1989) alanyazında bilgisayar kullanımı davranışlarını açıklamada önemli yer tutan Teknoloji Kabul Modeli (TKM) ile yorumlanabilir. Model, muhtemelen, yalın ve ampirik destekli olmasından dolayı yaygın şekilde kabul görmüştür. TKM algılanan kullanım kolaylığı ve algılanan yarar olmak üzere iki anahtar inancın; bireylerin teknolojiye yönelik tutumları, niyetleri ve mevcut adaptasyon davranışları üstünde etkili olduğunu öne sürmektedir (Agarwal ve Prasad, 1999). Modele göre; kullanım kolaylığı algısı, teknolojinin kullanımının çok çaba gerektirmeyeceğine olan inanç, kullanım yararı algısı, bireyin bilişim teknolojileri aracılığıyla işindeki performansının artışına yönelik beklentisini, kullanım niyeti ise bireyin bilişim

teknolojilerini kullanmaya olan olumlu ve olumsuz duygu ve düşüncelerini ifade etmektedir (Fusilier ve Durlabhji, 2005). Bu modelin teknoloji kabulünü açıklamadaki yeterliliği e-posta kullanımı, uzaktan eğitim ve tele-terapi (tele-sağlık, tele-tıp) alanında da incelenmiştir (Hu ve ark., 1999; Kowitlawakul, 2008; 2011; Tsai, 2013; Dunkley ve ark., 2013; Chung-Hung, 2014). Sun ve Zhang (2006) bilgi teknolojilerinin kabul edilmesinde önemli olan faktörleri üç ana başlık altında değerlendirmektedir. Bunlar organizasyonel faktörler (gönüllülük ve beceri-uzmanlık) ve teknolojik faktörlerle (amaç ve komplekslik) birlikte, bireysel faktörlerdir (entellektüel beceriler, kültürel geçmiş, cinsiyet, yaş ve tecrübe). Dunkley ve arkadaşlarına göre (1989), TKM modeli bağlamında, DKT'lerin tele-terapide yaşanan güçlüklerle göre, sağlanan yararın daha büyük olduğuna inanması yöntemin kullanımı için gereklidir. Şüphesiz bu durum vakalar için de geçerlidir.

Tele-terapi grubu katılımcılarının %90'ı kendilerini tele-terapi için uygun bulmuştur. Bunda katılımcıların koşulları ve onların tele-terapinin avantaj olarak değerlendirildiği faktörler etkili olmuştur. Katılımcıların kendilerini bu yöntem için uygun bulmasında önemli nedenlerden biri "hizmet verilen noktalara uzakta olmalarıdır" (%50). Buna paralel olarak katılımcılar tele-terapinin en olumlu özelliklerinden birini yöntemin hizmete erişim kısıtlılığını ortadan kaldırması olarak bildirmiştir (%60). Örneğin Diyarbakır'da yaşayan TT3'e nitelikli şekilde hizmet veren en yakın merkez 890 km ve Samsun-Vezirköprü'de yaşayan TT6'ya ise 320 km uzaklıktadır. TT2 uluslararası öğrenci değişim programından dolayı araştırmanın bir bölümünde yurt dışından çalışmalara katılmıştır. Diğer yandan tüm araştırma boyunca İstanbul'da ikamet eden TT4 ve TT7 de mesafe ve trafik yoğunluğundan yüz yüze terapi alamamaktadır. Bu görüşlere paralel alanyazında hizmetlere erişim önemli bir avantaj olarak bildirilmektedir (Sicotte ve ark., 2003; Mashima ve Doarn, 2008; Theodoros, 2012; Tucker, 2012; Lee ve Harada, 2013; Molini-Avejonas ve ark., 2015). Bu hizmet sunum modeli, nitelikli personele erişimde, coğrafi vb. çeşitli nedenlerle merkez-tabanlı hizmetlere ulaşmada zorluk yaşayan vakalar ve/veya seyahat etmemeyi tercih edenler için en uygun yöntemdir (Helm-Estabrooks ve Ransberger, 1986; ASHA, 2005; Towey, 2013; Crutchley ve ark., 2013). Dolayısıyla hizmet almada eşitliğe katkıda bulunmaktadır (Stokes and Bear, 1977). Kully'ye (2000) göre özellikle kekemeliğin yönetimi zordur ve sıklıkla uzun dönemli izleme desteği gerektirmektedir. Tele-terapi bu özelliklere sahip bozukluklarda daha da ümit vericidir.

Bu araştırmada ilgi çekici olarak değerlendirilecek bir bulgu, yerinde sunulan hizmetlere oldukça uzak mesafelerde yaşayan TT3'ün (Malatya ve Diyarbakır) ve TT6'nın (Vezirköprü-Samsun) SSI-4 ve kekelenen hece oranları bakımından önemli bir gelişme göstermeleridir. Örneğin TT3 öntest verilerine göre SSI-4 puanlarını, sontest evresinde %87 (\bar{X} =%68) ve izleme evresinde yine %87 (\bar{X} =%67) oranlarında düşürmüştür. TT6 ise öntest verilerine göre SSI-4 puanlarını, sontest evresinde %70 (\bar{X} =%68) ve izleme evresinde yine %80 (\bar{X} =%67) oranlarında düşürmüştür. Yarı yapılandırılmış mülakatlarda hizmete yönelik en olumlu değerlendirmelerden bir tanesi yine TT6 tarafından yapılmıştır. Katılımcı kekemeliğinden dolayı artık sosyal ortamlardan kaçınmadığından ve yaşamında olumlu pek çok değişim olduğundan söz etmiştir. Nicel veriler olan

OASES ve SL-ILP-S puanları da bu perspektifi doğrulamaktadır. Bu katılımcı sınıfta OASES'in Günlük Durumlarda İletişim alt ölçeği puanlarını %28 ve Yaşam Kalitesi alt ölçeği puanlarını %33 oranında düşürmüştür.

Katılımcıların tele-terapiyi kendileri için uygun bulmalarında öne çıkan diğer bir faktör, katılımcıların bu yaş dönemi gereği yoğun akademik ve mesleki faaliyetlerinden ödün vermeden hizmet alabilmeleridir (%50). Sözelimi TT2, TT3 ve TT6'nın yüz yüze terapiyi tercih etmesi durumunda akademik faaliyetlerinden ödün vermeleri zorunludur. TT1, TT4, TT5, TT7 ve TT8'in ise mesleki koşulları yüz yüze terapi almayı olanaklı kılmamaktadır. Katılımcılar bununla ilişkili olarak tele-terapinin diğer avantajlarını zaman esnekliği (%60) ve mekan esnekliği sağlama (%30) ve verimli olması (%10) olarak bildirmiştir. Bu görüşler Carey ve O'Brian'ın (2012) çalışmasında belirtilen vaka deneyimiyle uyumludur. Ann ve Golper da (2013), tele-terapinin, akademik ve mesleki aktivitelerinden dolayı klinisyenlerle ortak bir saat bulmakta güçlük yaşanan vakalar için bir zaman esnekliği sunduğunu belirtmiştir. Ayrıca kekemelik terapilerinde sorumluluk ve kendini yönetme becerileri oldukça önemlidir. Brienza ve McCue'ya (2013) göre kendini yönetme sadece kekemelikte değil, tüm kronik sorunlarda önemli bir konudur. Araştırmacılara göre tele-terapi ile bu becerilerin gelişmesi sağlanmaktadır (Stokes ve Bear, 1977; Hawkins, 2012). Lee ve Harada'ya (2013) göre tele-terapiyle vakalara kendi uğraşlarının ve sosyal çevrelerinin olduğu ortamlarda hizmet sunulmaktadır. Bu kazanç vakaların terapi takvimine, protokollere uyumunu, sürecin devamlılığını ve vakaların kolayca takip edilmesini sağlamaktadır (Mashima ve ark., 2003; McGrath ve ark., 2008; Dunkley ve ark., 2010; Hoffman ve ark., 2010; Lasker ve ark., 2010; akt: Hall ve ark., 2013).

Hizmete erişimde bir diğer sorun kaynağı, TT4'ün de belirttiği üzere, vakaların koşullarından değil, Türkiye gibi ülkelerdeki sınırlı uzman sayısından kaynaklanmaktadır. Bu çalışmada, katılımcılar ve klinisyen karşılıklı olarak uygun olan her ortamda ve zamanda seansları sürdürmüştür. Bu görüşler Tucker'ın (2012a) araştırma sonuçlarıyla uyumludur. Bu yöntemde bireyselleştirilmiş bir programlama ve öğrenme yaşantılarının artması söz konusudur. Böylece diğer alanlardaki uzmanlar değil, doğrudan DKT'ler hizmet sunmakta ve kaliteli hizmet verilmektedir. DKT'lerin de hizmet vermek için seyahat etmesine gerek kalmamaktadır ve uzmanlar aynı günde farklı yerleşim yerlerindeki vakalara hizmet verebilir. Ayrıca Tucker'ın (2012) çalışmasında DKT'ler tele-terapinin yüz yüze hizmet veren klinisyenlerin vaka yükünü hafiflettiğini düşünmektedir.

Tele-terapiyle ilgili alanyazında üstünde durulan önemli bir konu yöntemin maliyetleri azaltmasıdır. Türkiye'nin pek çok bölgesinden ve hatta anadilde destek almak için çeşitli ülkelere vakalar büyük şehirlere hizmet almak için gelmektedir. Ancak bu terapiler genellikle haftada bir veya daha fazla seans gerektirmektedir. Bu durum; ulaşım, yol yorgunluğu, zaman kaybı ve akademik-mesleki faaliyetlerin aksaması gibi konularda önemli düzeyde maliyete neden olmaktadır. Özellikle dil ve konuşma bozuklukları alanı "sağlık turizmi" için uygun bir alan olmayabilir. Pek çok araştırmacıya göre tele-terapi vakalar açısından maliyetleri en az indirebilir (Fitch, 1983; McGrath ve ark., 2008; McGrath ve ark., 2008; Mashima ve Doarn, 2008; Hoffman ve arkadaşları, 2010;

Carey ve ark., 2010; Lasker ve ark., 2010; Goldberg ve ark., 2012; Towey, 2013; Ann ve Golper, 2013). Böylece vakaların hem kırsal hem de kentsel alanda üretkenliği ve verimliliği devam etmektedir (http-8). Nitekim katılımcılardan TT4 de tele-terapiyi “verimli” bir yöntem olarak tanımlamıştır.

Alanyazında tele-terapinin hizmetler ve klinisyenler açısından maliyetleri azalttığı belirtilmektedir (araç-gereç, basılı materyallere gerek kalmaması vb.) (Fitch, 1983; Goldberg ve ark., 2012; Brienza ve McCue, 2013; http-8). Towey’e (2013) göre bu yöntem spesifik donanımlara ve yazılımlara gerek duyulmadan da sunulabilmektedir. Theodoros’a (2010; 2012) göre tele-terapiyle hizmetlerin sunumunda klinikle ilgili kompleks bir fiziksel alt yapıya ihtiyaç kalmamaktadır. Hizmetler için maliyet tele-terapinin yaygınlaşmasıyla daha da azaltılabilir (Ann ve Golper, 2013). Tele-terapide maliyetlerin azaldığına ilişkin görüşler olsa da bu araştırmada araştırmacı ve katılımcılar mikrofon, kulaklık gibi ek donanımlar almak zorunda kalmışlardır. Dunkley ve arkadaşlarının çalışmasında da (2010) DKT’ler pc, e-posta gibi araçlara ulaşırken, vakaların özellikle DVD ve kayıt materyalleri gibi ekipmanlara kolay ulaşamadığı görülmüştür. Bu çalışmada araştırmacı tarafından da herhangi bir teknolojik sorun anında alternatif çözüm yolu olarak Cisco WebEx Web Konferans sistemi satın alınmış, kimi zaman terapiler telefonda görüntülü arama yapılarak gerçekleştirilmiş ve bu durum sunulan hizmet açısından maliyetleri arttırmıştır. ASHA’nın (2002) alan araştırması çalışmasında da DKT’ler en önemli güçlük olarak maliyeti bildirmiştir. Sonuç olarak Lowe ve arkadaşlarına (2013) göre kekemelikte tele-terapinin ekonomik faydası henüz bilinmemektedir ve bunu değerlendirmede geçerli ve tutarlı bir yöntem bulunmamaktadır. Bununla birlikte, tıp, rehabilitasyon gibi diğer alanlarda da maliyet analizine ilişkin yapılan araştırmalar sınırlıdır veya yöntemin maliyet etkili olup olmadığına ilişkin henüz anlamlı bulgulara ulaşılamamaktadır (Mistry, 2011; Udsen ve ark., 2014; Grustam ve ark., 2014).

Aas’a (2001) göre vakanın kişilik özellikleri gibi teknik olmayan faktörler de tele-terapi başarısını etkileyebilmektedir. TT3 ve TT10 da kişilerle iletişimden kaçınma ve çekingenlik yaşadıklarını, tele-terapide daha rahat iletişim kurduklarını ve sonra dış ortamlara genelleyebildiklerini belirtmiştir. TT7 ise klinisyenle teması sevdiğini belirtmiştir. TT9 uygun olmayan aday özelliklerini belirtirken; çekingen, temastan kaçınan ve sorunlarını gizleyen bireylerin tele-terapiye uygun olmadığını belirtmiştir. Bu bireylerin tele-terapide “kaçışı yapabilecek, sorunlarını gizleyebilecek, o dakikaya kendini programlayabileceklerini” belirtmiştir. Katılımcıların bu farklılaşan değerlendirmeleri bireysel özelliklerle ve tercihlerle ilişkilendirilebilir. Bazı katılımcıların da belirttiği gibi içe dönük bireyler tele-terapiyi tercih edebilirler. Ancak her ne kadar bu araştırmanın bulguları sontest ve izleme evrelerinde iki grup arasında anlamlı bir farklılık olmadığını ortaya koysa da, kekemelik terapisinde online ortamda akıcı konuşabilmek, akıcılığın yüz yüze ortama genellenmesinin garantisini sunamayabilir. Yöntemin insan faktörünü doğrudan içermemesi alanyazında da vurgulanmaktadır (Tucker, 2012b; Gabel ve Irani, 2013). Diğer yandan klinisyenin fiziksel varlığının eksikliğinin insan unsurunda bir kayıba yol açmadığını ya da tele-sağlık aracılığıyla sağlanan hizmetlerin etkinliğini azaltmadığına ilişkin görüşler de vardır (Mashima ve Doarn, 2008).

Tele-terapinin başarısında etkiye sahip olabilecek bireysel özelliklere ilişkin görüşlere dayanarak, TT4'ün de önerdiği üzere tele-terapi öncesi vakaların kişilik özellikleri değerlendirilebilir. TT3 ve TT10 gibi nitelikler gösteren bireylerde akıcı konuşma ile ilgili özgüven oluşuktan sonra, TT7'nin de belirttiği üzere belli aralıklarla yüz yüze terapilere yer verilmesi bu eksikliği telafi edebilir.

Tele-terapiye uyum sağlamada yaşam tarzı ve davranışsal özellikler gibi faktörlerin de etkisi olabilir. Tucker'ın (2012a) çalışmasında DKT'lerin beşi de tele-terapi ortamına belli derecelerde uyum sağlamışlardır. Ancak çalışmada bazı çocukların ve klinisyenlerin kulak üstü kulaklık kullanımından rahatsız olduklarından söz edilmektedir. Bir DKT ise tele-terapinin çok zahmetli olduğunu ifade etmiştir, çünkü kalkmadığını ve genellikle koridorda yürüyemediğini belirtmiştir. Bu DKT'nin görüşünün aksine bu çalışmada TT9 sınırlandırılmayı sevmediğini ve esnek şekilde katılımın kendisine daha uygun olduğu belirtmiştir. Denise ve Harrison'a (2011) göre de tele-terapiyle bu kısıtlayıcılık en aza inmektedir. Ancak burada vakalar ve klinisyenler açısından farklı bir deneyim söz konusu olabilir. Uzun süre boyunca vakalarla terapiler yapan bir DKT için bu deneyim yorucu olabilirken, vakalar için pek çok avantajıyla konforlu olabilir. Nitekim Kairly ve arkadaşları (2008) sistematik gözden geçirme çalışmalarında memnuniyetin yüksek olduğunu, ancak uzmanlara göre vakalarda memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Diğer yandan enerji düzeyi yüksek ve daha aktif olan bir birey tele-terapide sürekli bilgisayar başında olmayı çok zorlayıcı bulabilir.

Tele-terapinin kendilerine uygun olmasına gerekçe olarak, TT7 bilgisayar kullanma becerilerine ve mesleği gereği sıklıkla tele-konferans yapmasına ve TT9 çok sık online görüşme yapmasına vurgu yapmıştır. Towey'e (2013) göre tele-terapi dijital çağın özelliklerin uyum sağlamaktadır. Walker'a (2015) göre teknoloji bireyler tarafından sevilmektedir. Yetişkinler mesleki faaliyetleri ve sosyal iletişim için sıklıkla bu teknolojileri kullanmaktadır. Ülkemizde de bilgisayar ve İnternet kullanım oranları ve akıllı telefonlara olan yoğun ilgide bu açıkça görülmektedir (Deloitte, 2013; TÜİK, 2014). Bilgisayar, İnternet ve sosyal ağların kullanımının giderek artması, online ortamda sunulan hizmetlerin daha normal algılanmasını ve kabul düzeyinde artışı sağlayabilir. Özellikle çocuklarda olmak üzere, tüm bireylerde tele-terapi motive edici bir araç olarak kullanılabilir. Çocuklar ve gençler rahatlıkla bu sistemleri kullanabilmektedir (Tucker, 2012a; Towey, 2013; Walker, 2015). Özkanan ve Erdoğan da (2013) e-öğrenme ile ilgili araştırmalarında öğrencilerin bilgisayar kullanım sürelerine bakıldığında, çoğunluğun 3 ve daha fazla yıldır kullanmasından dolayı karşılaştıkları teknik problemleri çözmede zorlanmadıklarını belirtmektedirler.

Houston ve Zecker'a (2012) göre bazı bireyler teknolojiyle alakalı kaygılarından dolayı tele-terapiyi tercih etmeyebilirler. TT7 vakaların tele-terapiden yarar görmesi için ortalama düzeyde, hatta diğer bir ifadesinde ortalamanın üstünde bilgisayar kullanma becerilerine sahip olması gerektiğini, aksi takdirde yöntemin verimli olamayacağını belirtmektedir. Sun ve Zhang'a (2006) ve Tucker'a (2012a) göre de tecrübe teknoloji kabulünde ve sürecin başarılı olmasında rol alan faktörlerdendir. TT6 bilgisayarı olmaması ve yeterli bilgisayar kullanma becerisine sahip olmamasından dolayı güçlük çektiğini belirtmiştir. TT10 terapilerde eşinden yardım almıştır. TT6, TT8 ve TT10 bilgisayar kullanımında

çevresindekilerden destek almıştır. Bu araştırmada sistemi kullanma ile ilgili sorunlarla baş etmek için resimli bir kılavuz hazırlanmış ve terapi öncesinde katılımcılara gönderilmiştir. Tele-terapi ve tele-sağlık alanında vakalar ve klinisyenler açısından pek çok faktörle birlikte teknolojiye erişim ve bilgisayar kullanma becerileri de önem arz etmektedir ve bu önemli bir güçlüktür (Dwivedi, 2009; Jordan-Marsh, 2011; SASLPA, 2011; ACSLPA, 2009; Houston, 2013; ASHA, 2015).

Bu araştırmada bilgisayar kullanımında ve yaşanan güçlüklerle baş etmede en fazla sorun yaşayan ve çevresinden destek alan katılımcı veya katılımcılar, kadın üyeler (TT6 ve TT10) ve yaşça en büyük bir üye (TT8) olmuştur. Sun ve Zhang'ın (2006) teknolojinin kabulüne ilişkin sistematik analiz çalışmalarında da öne çıkan faktörler; cinsiyet, entelektüel beceriler, tecrübe, yaş ve kültürel geçmiş olmuştur. Yazarlar cinsiyet konusundaki bulguları; erkeklerin daha pragmatik, görev yönelimli (Schneider, 1980) ve başarı ihtiyacıyla motive olduğuyula (Minton and Hoffman, 1972) temellendirmektedir. Ayrıca araştırmacılar teknoloji kabulünde cinsiyet etkisini, kadınlarda bilgisayar anksiyetesi ve bilgisayar kullanımında düşük özyeterlik olmasıyla ilişkilendirmektedirler. Ancak onlara göre bu etkileşimi basit şekilde açıklamak mümkün değildir. Tsai (2013) çalışmasında özyeterlik ve bilgisayar kaygısı gibi psikososyal faktörlerin teknolojinin kabul edilmesinde etkili olduğunu bulmuştur. Yaş konusunda ise Tucker'ın (2012b) çalışmasında genç DKT'ler tele-terapiye daha istekli olduğu görülmüştür ve araştırmacıya göre bu, genç personelin teknolojiye daha aşına olmasıyla ilişkili olabilir.

TKM kapsamında tele-terapinin (tele-sağlık) kabulünde kullanım kolaylığı önemli bir yer tutmaktadır (Huang ve Lin, 2014). Hill ve Miller (2012) araştırmalarda kullanılan telefon ve e-postada daha ileri teknolojilerin karmaşıklığının ve maliyetinin DKT'ler ve vakalar için en önemli engel olabileceğini belirtmektedir. Wade ve arkadaşları da (2012) yaşlı bireylerde tele-terapinin (tele-sağlık) kabulünde kullanım kolaylığının etkili olduğunu bulmuşlardır. Bu bakımdan kullanımı kolay bir sistemin seçimi, sistemin vakalara tanıtımı ve kullanımıyla ilgili kısa bir eğitim kabul düzeyini arttırabilir. Katılımcılardan TT7 de tele-terapi sürecinin başında yöntemin tanıtımı ve nasıl kullanıldığını açıklamak için yüz yüze görüşmeyi önermektedir. Tucker'ın (2012a) araştırmasında DKT'ler öğrencilere ve diğerlerine teknik ya da ekipman başarısızlığı olasılıklarını anlatmanın gerekliliğine vurgu yapmaktadırlar. Ayrıca tele-terapi programının başlangıcından önce teknolojiye ve prosedürlerle ilgi eğitim verilmesini önermişlerdir ve onlara göre bu eğitim yüz yüze ya da telefon üzerinden yaklaşık 30 dakika yarım gün arasında bir süre için gerçekleştirilmelidir. Sun ve Zhang (2006) teknoloji kabulüne ilişkin eğitimlerde cinsiyet bağlamında bazı öneriler sunmaktadır. Buna göre erkekler için eğitim programı yararlılığa vurgu yapmalıdır. Kadınlar için ise kullanım kolaylığı ve eşdüzeydekilerin etkisi gibi öznel normlar vurgulanmalıdır. Özellikle, sistem kullanımının erken evrelerinde bu faktörler kadınlar için daha önemlidir.

Katılımcılardan TT1 terapiye zaman ayıramadığı ve seans takvimine uyum sağlayamadığı gerekçesiyle yöntemin kendisine uygun olmadığını ve yarar görmediğini belirtmiştir. TT1'in bakış açısı isteklilik faktörü kapsamında da değerlendirilebilir. Houston (2013) ve ASHA (2014) tele-terapi için uygun aday

kriterlerine istekliliği de eklemiştir. Kekemelik terapilerinde de vakanın istekliliği ve sorumluluğunu alması büyük önem arz etmektedir. Aksi durumda yeterli başarının sağlanması olanaklı değildir (Hulit, 2004; Guitar, 2013). Vakanın sorumluluğunu alması; neyin önemli olduğunu ve neye ihtiyaç duyduğunu değerlendirerek sağladığı içsel motivasyon ve başka bir kişinin cesaretlendirmesiyle ortaya çıkan dışsal motivasyon kavramlarıyla ilişkili olabilir (Fogle, 2012). Terapide içsel motivasyon bir gerekliliktir, ancak dışsal motivasyon da bireye yardımcı olmaktadır (Fogle, 2008). TT1 yeterli içsel motivasyona sahip olmadığı gibi ailesi ve eşinden sağlayabileceği dışsal motivasyon kaynakları da sınırlıdır. Ayrıca pek çok katılımcı gibi bu katılımcı da, Ericson'un Üretkenliğe Karşı Durgunluk dönemini hatırlatan, yoğun mesleki faaliyetlere ve zaman ayırması gereken bir evliliğe sahiptir. Şüphesiz bireyin belli bir zamanı ve enerjisi vardır. Kimi zaman yaşamın her kategorideki talepleri eksiksiz yerine getiremeyebilir. Bu bakımdan TT1 ile ilgili başarısızlıkta terapi almada hazırbulunuşluk faktörü de dikkate alınmalıdır.

Tele-terapi grubundan dokuz katılımcı bu tele-terapiyi kendisini uygun bulduğunu ve hizmetten yarar gördüğünü belirtirken, bir katılımcı (TT1) aksi yönde görüş bildirmiştir. Ayrıca TT8 mülakatta olumlu görüş bildirirken sontest evresinden sonra koruma aşamasında araştırmadan çekilmiştir. TT1'in görüşü ve TT8'in bu araştırmadan çekilme tercihinin nicel veriler de büyük ölçüde doğrulamaktadır. Örneğin TT1 konuşmada kekelenen hece oranını sontest evresinde %76 (\bar{X} =%83) ve izleme evresinde %70 (\bar{X} =%78) oranlarında düşürmüştür. Telefonda kekelenen hece oranlarını ise sontest evresinde %61 (\bar{X} =%51) ve izleme evresinde %9 (\bar{X} =%51) oranında düşürebilmiştir. Kekemeliği daha kapsamlı ele alan SSI-4 puanlarını ise sontest evresinde %65 (\bar{X} =%68) ve izleme evresinde %44 (\bar{X} =%67) oranlarında düşürmüştür. TT8 ise konuşmada kekelenen hece oranını sontest evresinde %52 (\bar{X} =%83) oranında düşürmüştür. SSI-4 puanlarını ise sontest evresinde %37 (\bar{X} =%68) oranında düşürebilmiştir. Bu veriler dikkate alındığında memnuniyet, hizmetleri kabul ve sürdürülebilirlikte algılanan yararın önemi ortaya çıkmaktadır.

Tele-terapi için uygun aday kriterleri değerlendirilirken ve süreç planlanırken kültürel değişkenler de göz önüne alınmalıdır (Tucker, 2012a; ASHA, 2014). Kültürü de ele alarak geliştirilen sağlık teknolojileri yüksek adaptasyon oranlarını ve kültüre ilişkin engellerin kolaylaştırılmasını sağlamalıdır (Perchonok ve Montague, 2012). Ancak bu teknolojiler geliştirilirken bu faktör sıklıkla gözardı edilmektedir (Sun ve Zhang, 2006; Perchonok ve Montague, 2012). Türkiye ise bir "geçiş toplumu" olarak tanımlanmaktadır (Tezcan, 1997) ve çok kültürlü bir yapıya sahiptir; ne toplulukçu ne bireyci, ne geleneksel ne de çağdaş olarak tanımlanabilir (Demirtaş-Madran, 2012). Hofstede (1980) çalışmaları sonucunda Türkiye'yi; yüksek güç mesafesi, düşük bireycilik, yüksek belirsizlikten kaçınma düzeyi olan ve orta sınıra yakın dişi özellikler gösteren ülkeler grubunda değerlendirmiştir. Aşağıda bu kültür özelliklerinin temel özellikleri, bu özelliklerin hizmet veren-vaka (hasta) ilişkisine, teknoloji kabulüne ve tele-terapi (tele-sağlık) uygulamalarına yönelik tutumlara olası etkileri alanyazın ışığında detaylı tartışılacaktır.

Türkiye güç mesafesi ve belirsizlikten kaçınma düzeyi yüksek olan ülkeler grubundadır (Hofstede, 1980). Güç mesafesi yüksek kültürlerde az gücü olan

insanlar, gücün eşit olmayan bir biçimde dağılımını kabullenir. Belirsizlikten kaçınma düzeyi yüksek olan kültürlerde ise bireyler belirsizlik karşısında kendilerini tehdit altında hissederler (akt: Soares ve ark., 2007; Sargut, 2010). Yüksek güç mesafesi olan kültürlerde teknolojilere ilişkin adaptasyon, kullanımı ve inovasyon daha düşük düzeyde olabilir (Straub ve ark., 1997; Eseonu ve Egbue, 2014). Güç mesafesi ve belirsizlikten kaçınma düzeyi yüksek toplumlardaki kurumlarda ise e-posta gibi bir iletişim aracı dahi tercih edilmeyebilir (Raman ve Watson, 1989; Straub ve ark., 1997). Belirsizlikten kaçınmanın da tele-tıbbın gelecekte kullanımına ilişkin eğilim üstünde güçlü bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur (Nwabueze ve ark., 2009). Zira bu kültürdeki bireyler stabil bir düzeni, sabit yapıları ve açık yorumları tercih etmektedir. Çeşitliliği ve bilinmeyen çıktılara yol açacak denemeleri sevmezler ve açık hatalardan hoşlanmazlar (Banger ve Doctor, 2003). Her ne kadar yerli alanyazında Türk kültürü ve tele-terapiye yönelik tutumlar arasındaki ilişkilerle ilgili araştırmalar olmasa da projeler geliştirilirken bu potansiyel faktörlerin dikkate alınması yararlı olabilir.

Paunković ve arkadaşlarına göre e-sağlık teknolojisi belirsizlikten kaçınma düzeyi yüksek olan kültürlerde başarılı ve sürdürülebilir şekilde uygulanacaksa, organizasyonun mekanik bir dizayn olması gereklidir (yüksek komplekslik, formallik ve merkezileşme) (Paunković ve ark., 2010). TT7'nin ve Tucker'ın (2012a) önerdiği üzere yeni teknolojilerin bireylere yüz yüze tanıtımı kabul düzeyini arttırabilir. Zira Nwabueze ve arkadaşlarına (2009) göre bir birey için yeni teknolojinin başlangıcından önce ve kullanıcılar teknolojiye entegre edilmeden önce, kültür önemli ölçüde bireylerin muhtemel yeni teknolojiyi kullanma niyetlerini etkilemektedir. Bir kere teknoloji mevcutken ve bireyler ona aşına olduğunda, kültür bireylerin teknolojiye ilişkin kullanım davranışlarında önemli bir rol oynamamaktadır. Ayrıca Dong'un (2009) belirsizlikten kaçınma düzeyi yüksek Çin kültüründe teknolojinin kabul edilmesine ilişkin araştırma bulguları doğrultusunda, algılanan yarar ve sonuçların gösterilebilirliği açıkça sunulabilir. Ayrıca bireycilik-toplulukçuluk faktörü kullanıcıların teknolojiye ilişkin sosyal etki algısı üstünde güçlü bir etkiye sahiptir (Nwabueze ve ark., 2009). Bu bakımdan yeni bir teknolojinin geliştirilmesinde sosyal etki faktörünün yönetimi önem taşıyabilir.

Teknolojiyle ilişkili dezavantajlar Hall ve arkadaşlarına (2013) göre aşılamaz değildir. Burada yardımcılarla işbirliği büyük önem arz etmektedir. Buckley (2002) araştırmasında, inmeliyle ilgilenen yardımcıların tele-terapinin kabulünde en önemli faktörün hemşirelerle yardımcıların kurduğu ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Towey'e (2013) göre e-yardımcılardan bu amaçla destek alınabilir.

E-yardımcılardan destek almak büyük önem arz etmekle beraber bu konu bir güçlük potansiyeli taşımaktadır. Her seans için bir e-yardımcı ayarlanması maliyetleri arttırabilir. Tucker'ın araştırmasında DKT'ler tele-terapi eğitimi almamış e-yardımcıların ya da asistanların ekipmanları düzgün bir şekilde kuramadığında, öğrencileri terapiye zamanında getirmediğinde, öğrencilerin davranışlarını etkin bir şekilde yönetemediğinde ve terapi materyalleri hazır olmadığında engellerle karşılaşmışlardır. Bunun için bu personellerin eğitilmesi de önem arz etmektedir (Tucker, 2012a). Ayrıca terapide e-yardımcıların olması klinisyen ve vaka arasında terapötik ilişkinin kurulmasını da geciktirebilir.

Tele-terapi için uygun aday kriterleri konusunda alanyazında çeşitli kriterler sunulsa da hala bir belirsizlik söz konusudur ve araştırmaya dayalı kılavuzlar bulunmamaktadır (Tucker, 2012a, 2012b; http-1). Tele-terapiye ilişkin çıktılar özellikle daha karmaşık terapötik ihtiyaçları olan vakalar için net değildir (Tucker, 2012b). Bu araştırmada da tele-terapide etkili olabilecek belli kişilik özellikleri, davranışsal özellikler, yaşam tarzı gibi alanyazında ulaşılamayan nitelikler ortaya çıkmıştır. Pierrakeas ve arkadaşlarına göre uygun aday seçimi için araştırmalara dayalı kılavuzlar bulunmamaktadır ve bu nedenle her klinisyen kendi kriterini geliştirebilir (Pierrakeas ve ark., 2005). Ancak var olan durumu telafi etmeye yönelik bu öneri de mesleki açıdan standart uygulamaların yapılmasını sekteye uğratacaktır. Bu bakımdan konuyla ilgili araştırmaların bulguları bu konuda yol göstericidir (Mashima ve Doarn, 2008; Tucker, 2012a, 2012b).

Katılımcılar açısından tele-terapiyle ilgili yukarıda belirtilen olumlu görüşlerin yanı sıra önemli yönetime ilişkin dezavantajlar da söz konusudur. Bu görüşlere ilişkin tema katılımcıların önerileriyle ilgili tema ile birlikte sunulacak ve tartışılacaktır. Tele-terapiyle ilgili en önemli engeller İnternet kopmaları (%80), bilgisayarla ilgili sorunlar (%40) ve ses sorunlarıdır (%40). Bu sorunlar alanyazında da sıklıkla vurgulanmaktadır. Bundan dolayı kimi zaman telefon kullanmak zorunda kalınmaktadır (Carlin ve ark., 2012; Irani ve Gabel, 2013). Tucker'ın (2012a; 2012b) çalışmasında DKT'ler ek olarak görünür bir nedeni olmayan teknik sorunlardan ve teknik desteğin olmamasından yakınmaktadır. Bu araştırmada da TT1 ve TT7 bilgisayar mühendisi olmalarına rağmen nedenini açıklayamadıkları sorunlar yaşamışlardır. Bu araştırmada klinisyen, Tucker'ın (2012a) araştırmasında DKT'lerin söz ettiği gibi, alanyazında (örn., Sicotte ve ark., 2003, Towey, 2013) söz edilenden daha fazla sorun yaşamıştır. Tele-terapide potansiyel sorunları önlemek için katılımcılar; hızlı ve stabil bir İnternet erişiminin, yeterli donanımsal hazırlığın sağlanmasının ve her terapi öncesi ayarların kontrol edilmesinin önemine işaret etmektedir. Irani ve Gabel de (2013) ön hazırlıkların önemine işaret etmekte ve bu dezavantajın vakayla tartışılmasını tavsiye etmektedir. Bununla beraber Tucker'ın (2012a) çalışmasında ve Molini-Avejonas ve arkadaşlarının (2015) araştırmalarında hizmetiçi eğitimlere vurgu yapılmaktadır. Tucker'a (2012a) göre herhangi bir beklenmedik sorun olasılığı dikkatli planlamayla ve gerekli becerilerle en aza indirgenebilmektedir. Bu sorunlar mali, teknolojik, algısal, ya da yasal olabilmektedir (Crutchley ve ark., 2013). Bundan dolayı bu hizmetler özellikle kurumsal olarak sunulacaksa klinisyenlerin becerileri artırılmalı ve aksaklıklara karşı alternatif çözümler geliştirilmelidir.

İnternet hızı, görüntü kalitesi ve sesin netliğini etkilemektedir. Jarvis-Selinger ve ark arkadaşlarının çalışmasında dil ve konuşma bozukluklarını da içeren klinik ortamlarda gerçekleştirilen video konferans uygulamalarıyla ilgili 225 makale gözden geçirildiğinde, yeterli ses ve görsel netliği sağlamak için gereken minimum bant genişliğinin 384 Kbps olduğu ortaya çıkmıştır (Jarvis-Selinger ve ark., 2008). Türkiye'deki İnternet bağlantısı hızı, 2014 Akamai raporuna göre, son yıllarda bir gelişme gösterse de yılın üçüncü çeyreğinde dünya sıralamasında 50. sıradadır (ortalama 5,5 Mbps). Şüphesiz bu oran maksimum indirme hızıdır ve resmi kurumlara kıyasla ev kullanıcılarının kullandığı İnternet hızı daha düşük

olabilir. Bundan dolayı ülkemizdeki İnternet erişim kalitesi tele-terapi uygulamaları için ek bir sorun kaynağı olabilir.

Yaşanan sorunların yanı sıra sistemin doğasına bağlı İnternet erişimi ne kadar hızlı ve stabil olursa olsun birkaç saniyelik ses gecikmeleri sıklıkla yaşanmaktadır. Bu karşılıklı iletişimde terapistle katılımcının aynı anda konuşmasına neden olmaktadır. Bu engele ilişkin deneyimler alanyazında da belirtilmektedir (Tucker, 2012a). Bu durum grup terapilerinde daha da büyük bir sorun haline gelmiştir. Terapist bunun için grup üyeleriyle bir kural koymuş ve söz almak için el kaldırmalarını istemiştir. Bireysel seanslarda ise klinisyen katılımcıların sözlerini tamamen bitirmesini beklemiş ve sonra söze girmiştir.

Alanyazında bu görüşlere ek olarak tele-terapinin vakaların güvenliğine ilişkin riskler barındırdığı belirtilmektedir (Tucker, 2012b; http). Bu araştırmada katılımcılar bu konudan hiç söz etmemişlerdir. Bunun nedeni karşılıklı imzalanan katılımcı onamı, klinisyene duydukları güven veya onunla kurdukları terapötik ilişki olabilir. Ancak klinisyenler vakaların güvenliği için potansiyel riskleri dikkate almalıdırlar (ASHA; Estes, 2013).

Gabel ve İrani'ye (2013) göre tele-terapide vaka ve klinisyen için bir fiziksel sınırlılık söz konusudur. Tele-terapi boyunca bilgisayar önünde oturulması gerekmektedir. Bu araştırmada bu fiziksel sınırlılığa bağlı olarak katılımcıların görüşleri doğrultusunda tele-terapinin; göz kontağı kurmaya, gerçeklik-doğallık hissine ve tekniklerin uygulanmasına etkisine ilişkin üç tema ortaya çıkmıştır.

Tele-terapide göz kontağı kurma konusunda katılımcıların tamamı sorun yaşamadığını belirtmiştir. Ancak TT3 ve TT4 tele-terapinin göz kontağından kaçınmak için uygun bir ortam olduğunu bildirmiştir. TT3 bunu açıklarken psikolojik danışmanlık ve rehberlik bölümü öğrencisi olduğunu ve göz kontağı kurmanın önemli olduğunu belirtmiştir. ASHA'ya (2005) göre kameranın konumuna bağlı olarak klinisyen ve vaka arasında göz kontağı kurmak zorlayıcı olabilmektedir. ASHA bunun için klinisyenin göz kontağı kurmak için kameraya bakmasını önermektedir. Burada paradoksal bir durum söz konusudur. Zira klinisyen kameraya bakarken, TT7'nin de belirttiği üzere, tele-terapide vakanın heyecanını, nefes alış verişini ve teknik kullanımını gözden kaçırma olasılığı daha da arttırabilir. Scharff da (2012) TT7'nin bu görüşünü desteklemektedir. Katılımcıların tele-terapide göz kontağı kurmada bir sorun yaşamadıklarını açıklamaları, Türkiye'nin toplulukçu kültür özellikleri göstermesiyle yorumlanabilir. Bu kültürlerde doğrudan göz kontağı kurmak eşitliği ifade etmektedir ve yetişkin hastalar, otorite figürü olarak bakılan sağlık personeliyle doğrudan göz kontağı kurmamaktadır (Meiner, 2014). Bu araştırmada da katılımcılar bundan dolayı klinisyenle göz kontağı kurma konusunu batı toplumundaki bireyler kadar önemli görmemiş olabilirler.

Katılımcılardan TT7 şartları gereği tele-terapiyi tercih ettiğini, ancak terapistle temas etmeyi tercih ettiğinden dolayı yüz yüze terapinin kendisine uygun olduğunu belirtmiştir. Bu görüş tele-terapiye ilişkin gerçeklik ve doğallık hissi temasıyla da ilişkili görülmektedir. Tele-terapi grubundan 3 katılımcı uzaklık hissi yaşamadıklarını ve 2 katılımcı süreci doğal olarak algıladıklarını belirtmiştir. Bir katılımcı yöntemin kendisine başta soğuk ve mekanik gelse de birkaç seans sonra alıştığını ifade etmiştir. Bazı katılımcılar ise yine gerçeklik algısıyla

ilişkilendirilebilecek bir konu olarak, konsantrasyonlarının daha sınırlı olduğunu, daha az heyecanlandıklarını ve daha kolay dikkatlerinin dağıldığını belirtmiştir. Bu deneyim ve görüş Tucker'ın (2012a) araştırmasının sonuçlarıyla çelişmektedir. Tucker'a göre bir DKT kulaklıklarla sesin direkt olarak kulaklara iletilmesinin öğrencilerin dikkatini sürdürmesine yardım ettiğine inanmaktadır. Böylece öğrenci sadece DKT'nin söylediğini duymaktadır ve bu nedenle dikkat dağıtıcılar en az seviyededir. Ancak bu araştırmanın sorumlusunun konuya ilişkin görüşleri katılımcıların perspektifini desteklemektedir. Katılımcıların konsantrasyonlarının azalması, tele-terapinin daha az gerçekçi olması ve doğrudan insan faktörünü içermemesiyle açıklanabilir.

TT5 ve TT9 terapide başarının artmasıyla ilgili faktörleri açıklarken ve önerilerini sunarken başarının kişinin kendi elinde olduğunu belirtmiştir: “[Başarı] ne kadar iyi takip ettiğiniz ya da takip etme isteğinizle ilgili bir şey.” (TT5). Bazı vakalar terapi gerekliliklerini ve terapi takvimine uyumda güçlük çekmiştir. Örneğin, TT1 mesleki faaliyetlerinden dolayı tele-terapiye zaman ayıramadığını bildirmiştir. TT9 da haftalık sabit seans takvimine uyum sağlayamadığını belirtmektedir. Bununla ilişkilendirilebilecek bir görüş olarak TT2 tele-terapide daha az sorumluluk olduğunu belirtmiştir. Araştırmacı da tele-terapi grubunda daha sık seans saatlerinin unutulması, gecikme ve iptal gerçekleştiğini gözlemlemiştir. Bu durum alanyazındaki tecrübelerle tutarlıdır (Tucker, 2012a). Yüz yüze terapilerde vakaların hizmete ulaşmak için hazırlanması, bir yol kat etmesi ve terapide klinisyenle yüz yüze kontak sağlama deneyimiyle, evde bilgisayarı açıp hizmet alma deneyimi arasında bir farklılık vardır. Ayrıca aşağıda detaylı sunulacak olan tele-terapinin gerçeklik ve doğallık hissi üstünde olumsuz bir etkisi olduğuna ilişkin görüşler bulunmaktadır. Tüm bu nedenlerden dolayı tele-terapide bireyler daha az sorumluluk hissi yaşıyor, terapi takvimine uyum sağlamakta güçlük çekiyor veya seansları daha kolay iptal ediyor olabilirler. Oysa bazı araştırmacılara göre tele-terapiyle vakaların daha fazla sorumluluk alması, kendini yönetme becerilerinin gelişmesi sağlanmaktadır (Stokes ve Bear, 1977; Hawkins, 2012). Bu noktada tele-terapinin başarısında vakalardaki içsel denetim odağı (Rotter, 1966) ve Bandura'nın özyeterlik kavramı (akt: Senemoğlu, 2009) gibi faktörlerin rolü akla gelmektedir. Ayrıca alanyazın Türk popülasyonunda kader veya şansın yanı sıra otoriteye dayalı bir dış denetim odağına eğilim olduğunu göstermektedir (Dağ, 1991; Lester ve ark., 1991). Bunun anlamı Rotter'e (1975) göre bireyin pekiştiricilerin kendisinin dışındaki güçlerin kontrolünde olduğuna dair genel bir beklentiyi (inancı) benimsemesidir (Dağ, 1991). Tele-terapide terapistle doğrudan kurulamayan temas ve yetersiz kontrol edilme hissi dış denetim odaklı bireylerde başarısızlığa neden olabilir. Ancak bu konuda kesin yargılara varmak için spesifik olarak bu konuda yapılacak araştırmalara ihtiyaç vardır.

Dil ve konuşma bozuklukları alanında tele-terapi uygulamalarında vakaların gerçeklik ve doğallık hissine ilişkin alanyazında yeterli araştırma bulgusuna ulaşılamasa da DKT'lerin perspektiflerine ilişkin çalışmalar bulunmaktadır. Tucker'ın (2012a) çalışmasında da bazı DKT'ler tele-terapiyi çok soğuk bulmaktadır ve basitçe “bilgisayara girip yazmak” olarak değerlendirmektedir. Bir DKT ise tele-terapide yalnızlık hissi yaşadığını ve bunun sandığından daha zor olduğunu belirtmiştir. Tucker'ın (2012b) araştırmasında da DKT'ler yöntemin

insana dayanmamasını bir sınırlılık olarak değerlendirmişlerdir ve vakalarla ilişki kurulmasına yönelik endişelidirler. Shiller (2012) psikolojik danışmanlık alanında danışan perspektifinden online uygulamaların dezavantajlarını listelemiştir. Bunlardan bazıları; acele hissi, değerli olmama hissi, duygusal bağ yoksunluğu, sözel olmayan ipuçlarını kaçırma ve yüz yüze kontak kadar sıcak olmayan kişisel ilişkidir. Buna ek olarak TT7'nin de tele-terapide vakaların duygularını anlamının zor olduğuna dair görüşlerine paralel, alanyazında vakalara ilişkin ipuçlarının gözden kaçabileceğine ve yanlış anlamaların gerçekleşebileceğine ilişkin görüşler vardır (Popoola, 2012). Sicotte ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında DKT'ler vakayla terapötik ilişkinin kalitesinden memnun olsa da, diğer araştırmalarda DKT'lerin görüşü de tele-terapide vaka-klinisyen arasında samimiyet seviyesinde bir azalma olduğu ve oturumların yüz yüze temastan daha az cana yakın olduğu yönündedir (Pierrakeas ve ark., 2005; Valentine, 2014). Oysa kekemelik terapisinde vakayla klinisyen arasında terapötik ilişkinin kurulması sürecin önemli bir bileşenidir, güven ve anlayışın sağlanmasıdır (Ramig ve Dodge, 2010). Vakalar terapistlerine güven duyduklarında, terapide yaşanan zorlukları daha kolay hoş görebilirler (Egolf, 2013). Bundan dolayı tele-terapide klinisyenin vakalarla daha yakın ilişkiler kurmak için yüz yüze terapilerden daha fazla çaba göstermesi, yüz yüze görüşmelere yer vermesi ve diğer teknolojik iletişim araçlarıyla da iletişime girmesi bu dezavantajı kısmen de olsa telafi edebilir. Ayrıca vakanın çevresi ile iletişime geçmek yine etkililiği arttırabilir. Zira algılanan yarar düzeyinde ise Kim (2015) diğer faktörlerle birlikte sosyal etkinin etkili olduğunu bulmuştur. Gurung'a (2013) göre de Türkiye gibi kolektivist özellikler gösteren toplumlarda yapılan müdahalelerde aile üyeleri sürece dahil edilmelidir. Aksi takdirde müdahale planı sürdürülemezdir.

Bu araştırmada bazı katılımcıların tele-terapinin sıcak bir etkileşimin olup olmadığını sorgulamaları Türk toplumunun dış kültür özellikler göstermesi bağlamında yorumlanabilir (Hofstede, 1980). Bu kültürde başarı değil; şefkat, diğerlerine özen gösterme ve yaşamın genel niteliğine verilen önem gibi özellikler öne çıkmaktadır (Soares ve ark., 2007; Sargut, 2010). Dışliliğin olduğu bir kültürde bireyler; hedefe, etkililiğe ve verimliliğe değil, insana odaklıdır ve bu nedenle diğerlerinin düşüncelerine daha fazla dikkat etmektedir (Sun ve Zhang, 2006). Bu araştırmada katılımcıların terapistle ilgili olumlu görüşleri de (iyi ilişki kurması, sabırlı olması, olumlu ve destekleyici yaklaşımı) bu kültür özellikleriyle ilişkilendirilebilir. Türkiye'de hastaların beklentilerine ve hekim seçimlerine ilişkin araştırmalarda öne çıkan kişisel nitelikler de benzer yöndedir. Alanyazındaki araştırmalara bakıldığında, Türkiye'de hastaların doktorlarda aradığı özelliklerden bazıları; iletişim, yumuşak başlı olma, güler yüzlü olma, arkadaşça davranma, sır saklama ve şefkatli olmasıdır (Arslan, 2005; Oklay-Bozkaya, 2008; Uludağ, 2011). Sonuç olarak vakaların (hastaların) bu yöndeki ihtiyaçlarını içeren bu kültürde tele-terapi uygulamalarının kabul düzeyini arttırmak için araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu araştırmada da öntest aşamasında ilişkinin gelişmesi ve tele-terapinin daha açıklanması için katılımcılarla yüz yüze görüşülmüştür. Nitekim TT5 de terapist tercihi seçici olduğunu ve mutlaka yüz yüze tanımak istediğini belirtmiştir. Alanyazında tele-terapi seanslarıyla yüz yüze terapinin kekemelikte ve diğer bozukluklarda sıralı veya eşzamanlı olarak uygulandığı ve pozitif sonuçların alındığı araştırmalar

bulunmaktadır (Grogan-Johnson ve ark., 2010; Steele ve ark., 2014; Valentine, 2014).

Tele-terapi grubunun %90'ı açısından, terapinin online olmasına bağlı olarak kekemelik terapisinde kullanılan tekniklerin uygulanmasında herhangi bir kısıtlılık yaşanmamıştır. TT9 buna ilişkin "*Normalde de tele-terapinin teknikleri ile yüz yüze terapinin teknikleri arasında bir fark yok. Çünkü tele-terapide de sana teknikleri hoca anlatıyor. Kapattığında hayatında devam ettirmek senin elinde. Muayenehanede de doktor sana anlatıyor. Çıkıp bunu kullanmak yine senin elinde.*" şeklinde görüşlerini açıklamıştır. Tucker'ın (2012a) araştırmasında da bir DKT buna paralel olarak "*aynı tedavi görevlerini gerçekleştirme arzusu ama bunun farklı bir formatta yapılması*" şeklinde bakış açısını bildirmiştir. ASHA'nın (2002) alan araştırması çalışmasında tele-terapi akıcılık bozukluklarında %46 düzeyinde kullanılmaktadır. Ancak TT7 tele-terapide yapılan egzersizleri anlamada bazen güçlük yaşadığını ve terapistin vakanın teknik kullanımını yeterince gözlemleyip gözlemediğine ilişkin endişelerini bildirmiştir. Her ne kadar Lowe ve arkadaşları (2013) tele-konferans ile belirsiz veya örtük (covert) akıcısızlıkların görülebildiğini belirtse de, araştırmacının görüşü de TT7'nin kaygısını desteklemektedir. ASHA'ya göre vaka ile direkt fiziksel temasa sahip olma sınırlılığı tele-terapi ile geleneksel yüz yüze hizmetleri arasındaki birincil farktır. DKT'ler yüz yüze terapilerde ipucu vermek, pekiştirmek, dokunsal manipülasyon ve uyarım gibi pek çok amaçla fiziksel teması kullanmaktadır ve tele-terapide bu açıdan bir kısıtlılık söz konusudur (Mashima ve Doarn, 2008; Squires, 2013; Gabel ve Irani, 2013). Bu araştırmacılara göre yöntem, ince motor hareketleri için dilin ne yaptığını görmeyi, çeşitli teknikleri göstermeyi, pratik yaparken işitsel-görsel ipuçları vermeyi, model olmayı, duyarsızlaştırma ve transfer aktivitelerini yapmayı ve vakayı gözlemlemeyi zorlaştırmaktadır (Tucker, 2012a; Gabel ve Irani, 2013, Valentine, 2014). Gammon'un (1998) araştırmasında da; yetersizliği olan çocukların sınırlı görüntü kalitesinden dolayı karşıdakinin sözsüz ipuçlarını yakalamada güçlük çektikleri belirtilmektedir. Ancak Gabel ve Irani'ye (2013) göre şüphesiz yeni teknolojik gelişmelerle bu sınırlılıkla baş edilebilecektir. Bu araştırmada da klinisyen, kekemelik terapisiyle ilgili nefes alma, yumuşak kontak gibi becerilerde katılımcılara model olmakta ve vakanın tekniği uygun şekilde kullanıp kullanmadığını gözlemlemede güçlük çekmiştir. Bunun için araştırmacı kullanılan tele-konferans sisteminde görüntüyü büyütme ve kameraya yaklaşma yoluna gitmiştir. Valentine'in de (2014) belirttiği gibi aktiviteler için daha fazla çaba gerekmiştir.

Katılımcıların %30'u tele-terapi sürecinden önce "vaka-terapist arasında düşük nitelikte bir etkileşim" ve %20'si "düşük başarı" beklentisine sahip olduğunu bildirmiştir, ancak bu olumsuz düşüncelerinin değiştiğini ve/veya duruma alıştıklarını açıklamışlardır. Towey (2013) ise çok az vakanın veya bakıcının tele-terapinin başarısına ilişkin tereddüte sahip olduğunu belirtmektedir. Dunkley ve arkadaşlarının çalışmasında da (2010) klinisyenlere göre ailelerin yöntemi denemede beklenenden daha pozitif tutumlara sahip oldukları görülmüştür. Bu araştırmada terapi öncesinde katılımcıların tele-terapinin başarısına ilişkin alanyazında belirtilenden daha fazla tereddüte sahip oldukları gözlemlenmiştir. Tele-terapi ortamına alışma süreci alanyazında vurgulanmaktadır (Tucker, 2012a).

Mashima ve Doarn'a göre klinisyenler ilk aşamada tele-terapiye şüpheyle bakmaktadır (Mashima ve Doarn, 2008). Tucker'a (2012a) göre tele-terapiye ilişkin bir memnuniyetsizlik genellikle katılım öncesinde meydana gelmektedir. Burada tele-terapiyle ilgili bir karar vermeden önce denemelerin önemi ortaya çıkmaktadır ve bu prosedürler alanyazında da önerilmektedir (Grogan-Johnson, 2013). Bu noktada Dong'un (2009) belirsizlikten kaçınma düzeyi yüksek Çin kültüründe teknolojinin kabul edilmesine yönelik görüşleri önemli görülmektedir. Türkiye gibi belirsizlikten kaçınma düzeyinin yüksek olduğu Çin'de algılanan yarar ve sonuçların gösterilebilirliği tele-terapiye yönelik tutumlarda önemli bir faktör olarak bulunmuştur (Dong, 2011). Bundan dolayı tele-terapi uygulamalarında vakalarla bir karar vermeden önce denemeler yapılması önerilebilir. Böylece belirsizlik ortadan kalkacak ve somut olarak bu hizmet sunumu değerlendirilmiş olacaktır.

Grupla tele-terapide aynı anda farklı şehirlerde yaşayan katılımcılar bir arada seans yapma fırsatını yakalamışlardır. Katılımcılara göre bireysel tele-terapiye kıyasla grupla tele-terapinin psikosyal açıdan olumlu bazı yönleri; yalnız olmadığını hissetme, benzer özellikleri olan kişilerle sohbet olanağı, kekemeliği unutmama, arkadaş edinme, diğerlerinin tecrübelerinden yararlanma, kendini diğerleriyle karşılaştırıp çalışmaya motive olma ve karşılıklı yardımdır. Özellikle TT9'un TT6'ya öneriler sunması ve desteği; TT5'in TT8'ye terapi teknikleriyle ilgili önerileri dikkat çekicidir. Bu katılımcıların klinisyenin önerilerinden daha çok grup üyelerinin bakış açılarını ve tavsiyelerini içselleştirdiği gözlemlenmiştir. Terapiyle sağlanan yarara ilişkin görüşler ise; diğerlerinin acıklık durumunu, teknik kullanımını ve kendi hatalarını onlarda gözlemleme, farkındalığın gelişmesi, gözlemlerden yararlanarak kendi tarzını oluşturma ve kolayca genelleme olanağıdır. Katılımcıların grup terapisinin eğlenceli; psikoterapötik açıdan olumlu etkileri bulunmasına ve kekemelik terapisine katkıları olduğuna ilişkin görüşleri alanyazınla uyumludur. Alanyazında da grup terapilerinde konuyu tartışma, farklı perspektifleri gözlemleme, kabul, duygusal rahatlama, sosyal destek alma, karşılıklı yardım gibi avantajların söz konusu olduğu belirtilmektedir. Diğer yandan grup terapilerinin; kekemeliğe ve teknik kullanımına ilişkin gözlem ve farkındalığın gelişmesi, rahat bir ortamda genelleme olanağı gibi üstün yönlerinden de söz edilmektedir (Belmont, 2006; Ward, 2006; Reitzes, 2006; Fraser, 2007; akt: Williams, 2008; akt: Manning, 2009; Louis ve ark., 2011). Tele-terapi temelli grup oturumları vakaların izlenmesine ve yüz yüze terapinin olanaklı olmadığı koşullarda sosyal beceri için desteklenmesine olanak sağlamaktadır. Tele-terapi ortamı gruptaki üyelere metinler, resimler gibi terapi materyalleri, etkileşim ortamı ve rol oynama gibi etkinlik fırsatları sunmaktadır (Pierrakeas, 2005). Tucker'ın (2012a) araştırmasında da bir DKT tele-terapide iki öğrenciyle birlikte seans yapılması onlarda motivasyonu arttırmıştır. Özkanan ve Erdoğan da (2013) e-öğrenme ortamının kabulü ile ilgili araştırmasında önemli bir bulgu birliktelik duygusunun etkisidir. Grupla tele-terapide katılımcılar hayatlarında belki de hiç görmeyecekleri farklı yerleşim birimlerinde ve sosyoekonomik özelliklere sahip katılımcılarla tanışmış ve onların deneyimlerinden yararlanmışlardır. Adobe Connect tele-konferans sisteminde olan her bir katılımcıya geribildirim için özel mesaj atabilme seçeneği büyük bir avantaj sağlamıştır.

Katılımcıların grupla tele-terapiye ilişkin olumsuz görüşleri ise terapistin ilgisinin bölünmesi, birebir terapiye göre daha az faydalı olması, terapi tekniğini uygulamaya yönelik konsantrasyonun azalması, diğerlerinin tepkileri, kendini diğerleriyle karşılaştırıp olumsuz duygular yaşanması, grup terapisinde daha fazla kekelenmesi ve teknik aksaklıkların grup terapisi atmosferini daha çok bozmasıdır. Bireysel tele-terapilerde katılımcıların seansa gecikmesi, yaşanan teknik aksaklıklar gibi sorunlar sadece klinisyenin değil tüm üyelerin de zaman kaybetmesine yol açmıştır. Katılımcıların bireysel ve grupla tele-terapiyi değerlendirirken görüşlerinde önemli bir çeşitlilik göze çarpmıştır. Burada kişilik özellikleri, sağlanan akıcılık düzeyi gibi faktörler rol oynayabilir. Nitekim yüz yüze ve grupla tele-terapide bazı katılımcılar grup seanslarında daha fazla takıldıklarını ve kendilerini kötü hissettiklerini belirtmiştir. TT4 tarafından grup terapilerinde motivasyonu arttırmak için tüm üyelerin performanslarının karşılaştırılması önerilse de, klinisyen katılımcılara her bireyin kekemeliğinin kendine özgü olduğunu ve farklı güçlükler içerdiğini, bundan dolayı başarı değerlendirmesinin her bireyin kendi içinde yapılması gerektiğini ifade etmiştir. Katılımcıların bireysel seanslara kıyasla grup terapilerinde, terapi tekniklerini kullanmaya konsantre olmada güçlük çekmeleri ve daha fazla takılmaları beklenen bir durumdur. Transfer aşamasında hedef, katılımcıların grup içerisinde sohbet ederken, eğlenirken veya tartışırken de akıcı konuşabilmeleridir, zira grupla tele-terapi ortamı gerçek hayat için bir prova niteliği de taşımaktadır.

TT7 tele-terapinin avantajlarını açıklarken işten çok geç geldiğini ve bazen yemek yiyerek seanslara katıldığını belirtmiştir. Klinisyen bu katılımcının koşullarını bildiğinden ve diğer katılımcılarla uygun bir saat bulma güçlüğünden dolayı bu durumu hoş görmüştür. Oysa bu gibi durumlar TT1 tarafından grup terapilerinde rahatsız edici bulunmuştur. Ayrıca TT1 diğer katılımcıların kendisini dikkatli şekilde dinlemediğinden söz etmiştir. Bu nedenle her seans başında genel kuralların ve grupla terapi kurallarının açıklanması bu sorunları önleyebilir.

Alanyazında tele-terapi araştırmaları giderek artsa da Mashima ve Doarn'a (2008) göre bu hizmetlere ilişkin çıktılar ve memnuniyet düzeyi hakkında sınırlı bilgi mevcuttur. Ancak mevcut olan araştırmalar vakaların, ailelerin ve klinisyenlerin büyük ölçüde memnuniyetlerini ortaya koymaktadır (Kully, 2000; Sicotte, 2003; Crutchley ve Campbell, 2010; akt: Theodoros, 2012; Towey, 2013). Bu araştırmada katılımcıların %90'ı tele-terapinin kendilerine yararlı olduğunu bildirmiştir. Elde ettikleri yararları açıklarken konuşma akıcılıklarındaki gelişime ve yaşamlarındaki değişikliklere de atıf yapmaktadırlar. Katılımcılar büyük oranda bu yöntemi yararlı görse de sıkça tekrarlanan "tele-terapi olmasına rağmen çok yarar sağladı" ifadesi önemli görülmektedir. Bazı katılımcıların hizmetlere erişim güçlüklerinden dolayı bu yöntemi seçtiği ve yüz yüze terapilere olumlu değer atfettiği görülmektedir.

Katılımcıların sağladıkları yarar; üç evrede kekelenen hece oranlarıyla, kendi konuşma akıcılıklarına verdikleri puanlarla, kekemeliğin etkilerine ilişkin OASES ve SL-ILP-S puanlarıyla tutarlıdır. Sontest evresi OASES puanları değerlendirildiğinde katılımcıların kekemeliğe genel bakışları, kekemeliğe karşı duygusal, davranışsal ve bilişsel bakışları, işlevsel iletişim güçlükleri ve kekemeliğin yaşam kalitelerine etkileri bakımından anlamlı düzeyde bir gelişme elde edilmiştir. Terapi sonunda OASES ortalamaları tele-terapi temelli kekemelik

araştırmaları bulgularıyla uyumludur (Irani, 2010; Erickson ve ark., 2012; Shuber, 2014). Sontest evresi SL-ILP-S puanları incelendiğinde de katılımcılar tarafından kekemlikle ilgili algılanan güçlükler, engeller, şiddet ve bunlara bağlı yaşanan problemler bakımından anlamlı bir fark gerçekleşmiştir. Bu bulgulara göre öntest evresine göre sontest evresinde kekemelik katılımcıların yaşamlarına daha az negatif etkide bulunmaktadır. Ayrıca tele-terapi grubunun bu ölçeklere ilişkin puanları yüz yüze terapi grubunun puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı değildir. Katılımcıların bu oranda yarar gördüğünü açıklaması ve yine aynı oranda katılımcının yöntemi kendisine uygun görmesi TKM modelinde kabul düzeyinde vurgulanan “yarar” algısı kapsamında yorumlanabilir. Tele-terapide (tele-sağlık) algılanan yararın teknolojinin kabulü üzerinde etkisi bazı araştırmalarca ortaya konulmuştur (Wade ve ark., 2012; Huang ve Lin, 2014).

Katılımcılarından TT3 ve TT5 tele-terapi için kullanılan Adobe Connect tele-konferans sistemi için olumlu görüş bildirmiştir. Sistemi sorunsuz ve profesyonel olarak tanımlamışlardır. Araştırmacının görüşleri de katılımcılarla aynı yöndedir. Bu tele-konferans sistemi dil ve konuşma terapistliği alanyazınında önerilen sistemlerden bir tanesidir (Towey, 2013) ve bazı araştırmalarda kullanılmıştır (Boisvert, 2012; Lincoln ve ark., 2014; Anderson ve ark., 2014). Bu tele-konferans sisteminin kullanımın kolay, güvenli ve esnek olması olması, depolama özelliği, beyaz tahta aracı ve resim, dosya, video paylaşımına olanak vermesi gibi pek çok avantajıyla etkili bir terapi yapılmasına olanak sağlamaktadır. Tele-terapi grubundan yedi katılımcı bu sistemi bağımsız olarak ve üç katılımcı minimum yardımla kullanabilmiştir. Adobe Connect’e giriş için şifre girme zorunluluğu, sistem yöneticisinin kabulünü gerektirmesi ve tüm içeriğin sistem tarafından korunması bu tele-konferans aracını güvenli kılmaktadır. Her bir katılımcıyla özel olarak yazışma, grup terapilerinde özellikle önemli bir avantaj sağlamıştır. İnternet erişim hızı düştüğünde ses ve video kalitesinin değiştirilebilmesi yine terapinin sürdürülebilirliğini arttırmıştır. Sistemin dizaynının esnek olması katılımcıların daha iyi gözlemlenmesi için görüntülerinin büyütülmesine olanak vermektedir. Tüm videoların sistem üzerine kayıt edilebilmesinin gelişimin görülmesi, paylaşımı ve etik açıdan hesap verebilirlik bakımından önemli olduğu düşünölmektedir. Tucker’ın (2012a) araştırmasının sonuçlarına göre de vakalara ve ailelere video gönderimi, otumlardan alıntılar yapılması ve öğrencilere pratik materyalleri gönderebilmenin onların daha çok pratik yapmasına olanak sağlaması vakalarda gelişimi arttırmaktadır. E-öğrenme ile ilgili bazı çalışmalarda, teknolojik sisteme ilişkin algılanan kalitenin; algılanan değer ve kullanıcı memnuniyeti üstünde (Chang, 2013) ve yine algılanan kalitenin e-öğrenme sistemlerinin kullanımına ilişkin süreklilik niyeti üstünde (DeLone ve McLean, 2010) etkisi olduğu bulunmuştur. Bu bakımdan bu araştırmada kullanılan Adobe Connect sistemi yöntemin kabulünü, memnuniyeti ve katılımcı kaybının oldukça az olduğu dikkate alındığında sürdürülebilirliği pozitif etkilemiş olabilir. Tele-terapinin kabulünde teknolojinin inovasyonunun, algılanan kullanım kolaylığı ve algılanan yarar üstündeki etkisini ortaya koyan araştırmalar bulunmaktadır (Huang ve Lin, 2014; Kim, 2015). Bu açıdan tele-terapiye özel araçlar ve oyunlar vb. içeren ve çocuklarda dikkati arttıracak ek görsel araçlar içeren tele-konferans sistemleri DKT’ler ve vakaların kabul düzeyini arttıracaktır.

Bu araştırmada klinisyen tele-konferans sistemini ilgili kılavuzlardan yararlanarak öğrenmiştir ve tele-terapiyi katılımcılara açıklarken, sistemin kullanımını öğretirken ve yaşanan güçlüklerle baş etmede zorluklar yaşamıştır. Tele-terapiye ilişkin spesfik mesleki kılavuzlara, teknik standartlara ve hizmetiçi eğitimlere büyük ihtiyaç bulunmaktadır (Tucker, 2012a; Lowe ve ark., 2013). Tele-terapi için temel yeterlilikleri olmayan DKT'ler bu hizmet modelinin güvenilirliğinde risk oluşturmakta ve bu durum, modeli çevrimiçi sohbetten ayırt edilemez hale getirmektedir (Towey, 2013). DKT'lere göre tele-terapinin uygulanmasında belli bir prosedürün olmaması zaman kaybettirmekte ve oturumlar boyunca karışıklıklara neden olmaktadır (Tucker, 2012a).

Katılımcıların kekemelik terapisi programına ilişkin memnuniyetleri özetle; ihtiyaca göre çalışmaların yapılması, yeterli ve yoğun içerik sunulması, terapistle birebir çalışılması, her hafta yeni bir çalışma sunulması, e-posta ve model videoların gönderilmesiyle ilgilidir. Teknolojinin kabulü ile ilgili alanyazında bazı araştırmacılarca bilgi kalitesi ve hizmet kalitesinin; memnuniyet ve kullanım niyeti üstünde pozitif etkileri olduğu ortaya konulmuştur (Chiu ve ark., 2005; DeLone ve McLean, 2010; Ramayah ve ark., 2010). Bu araştırmada etkililiği pek çalışma tarafından net şekilde ortaya konulmuş AB ve KD yaklaşımları kullanılmıştır (Perkins ve ark., 1974; Boberg ve ark., 1994; Onslow ve ark., 1996; Craig ve ark., 1996; Ingham ve ark., 2001; Humphrey ve ark., 2001; Baumeister ve ark., 2003; O'Brian ve ark., 2003; Blomgren ve ark., 2005; Craig, 2007; Pollard, 2012). Bu araştırmada da terapi programı ve terapistin yaklaşımına ilişkin memnuniyet tele-terapiyle ilgili olumlu görüşler sunulmasında etkili olmuş olabilir.

Bu araştırmada bir katılımcı (%10) bireyin konuşmasını kontrol etmesine dayalı bir terapi programının kendisine uygun olmadığını ve yarar görmediğini bildirmiştir. Sürece devam etmesinde en önemli nedenin klinisyenle kurduğu ilişkiden kaynaklandığını açıklamıştır. Alanyazına bakıldığında; konuşmanın, düşüncelerin ve duyguların kontrolünün kronik kekemeliğin yönetiminde zorunlu olduğu görülmektedir (Conture ve Curlee, 2007), dolayısıyla bu faktörlerin kontrol edilmediği bir yaklaşım yeterince etkili olmayabilir. Ayrıca bu katılımcı mülakatta ebeveynlerinin olumsuz tutumlarından ve ailesel sorunlarından söz etmiştir. Van Riper'a (1979) göre kişilik ve psikolojik faktörler bireyin kekemelik terapilerinden alacağı yararı olumsuz etkileyebilir (akt: Silverman, 2004). Ayrıca psikolojik faktörler terapi sonrasında akıcısızlıklarda geri dönüşlere neden olabilir (Craig ve Hancock, 1995). Bu araştırmada TT1 için tüm katılımcılara olduğu gibi esnek ve ihtiyaca göre bir program sunulmuş ancak temel alınan yaklaşımların ve araştırma takviminin çerçevesi dışına çıkılmamıştır. Bu gibi güçlükleri ve ihtiyaçları olan TT1 gibi vakalar için değerlendirme evresinde Iverach'ın (2009) da önerdiği gibi terapi başarısını arttırmak için süreç öncesinde özsaygı, kontrol odağı, yılmazlık (resilience) ve kaygı gibi psikolojik değerlendirmeler ve ek prosedürler kullanılabilir. Terapide ise programın esnekliği arttırılabilir, vakayla birlikte tekniklerin seçimi yapılabilir, her ne kadar temel bir konu olsa da kontrol kavramından olabildiğince uzak kalınmaya çalışılabilir, kekemelikte geciktirilmiş işitsel geri dönüt sistemlerine (DAF), bilişsel davranışçı terapilere yer verilebilir ve bazı KD prosedürlerine daha fazla ağırlık verilebilir. Psikolojik yaklaşımlarla

kontrolün negatif çağrışımları, ebeveyn-klinisyen transferans süreçleri ve kontrolün bireye sağlayacağı kazanımlar üstünde çalışılabilir.

Katılımcıların terapistin yaklaşımına ilişkin tutumları olumludur. Ancak bu araştırmada yaklaşık dokuz ay boyunca ücretsiz terapi aldıklarından dolayı terapisti değerlendirirken daha pozitif bir yaklaşım göstermiş olabilirler. Katılımcıların terapistin yaklaşımına ilişkin görüşleri; terapistin hazırlıklı olmasını, onlarla iyi ilişki kurmasını, teknik sorunlar karşısında sabırlı olmasını, olumlu ve destekleyici yaklaşımını içermektedir. Bu görüşler tıp alanında hastaların beklentilerinin incelendiği çalışmalarla uyumluluk göstermektedir. Uludağ'ın (2011) tez çalışmasında hastaların hekim seçiminde etkili olan faktörler içerisinde iletişim en yüksek puan ortalaması alan faktördür. İletişim faktöründe en fazla yüke sahip maddeler; hekimin hastanın sorularına cevap vermesi, ayrıntılı bilgi vermesi, yumuşak başlı olması, güler yüzlü olması, hastaya arkadaşça davranması, sır saklaması ve sabırlı olmasıdır. Oklay-Bozkaya'nın (2008) uzmanlık tez çalışmasında görüşmeden önce hastaların ifade ettikleri beklentiler için yapılan faktör analizi; 'medikal konular ve bilgilenme' beklentileri konusunun yanı sıra 'ilişki ve katılım' beklentileri, 'iletişim' beklentileri ve 'ortaklık – karşılıklı anlayış oluşturma' beklentileri olmak üzere dört faktör ortaya koymuştur. Arslan'ın (2005) çalışmasında da hastaların hekimlerle aralarında etkin bir iletişim kurulabilmesi için hekimlerden bekledikleri rol gereklerinden öne çıkanlar; gülyüzlü, sevecen ve şefkatli yaklaşım ve kaygılarının giderilmesidir

Katılımcılardan %50'si gerektiğinde gelecekte bir sonraki terapi yöntemi tercihlerini (tele-terapi ve yüz yüze terapi) tele-terapi olarak bildirmişlerdir. Bu eğilim tele-terapinin mevcut avantajlarıyla cazip bir tercih olduğuyula ilişkilendirilebilir. Katılımcıların %50'si ise koşullarından dolayı tele-terapiyi tercih edeceklerini belirtmiştir. Dunkley ve arkadaşlarının (2010) araştırmasında da benzer görüşler açığa çıkmış ve aileler hizmetlere erişimin zor olduğu durumlarda tele-terapinin iyi bir seçim olduğunu ifade etmişlerdir. Bu araştırmada bazı katılımcılar tele-terapi yönündeki tercihlerini süreçle ilgili yararlı, önemli veya olumlu buldukları faktörlerle temellendirmiştir. Sözelimi TT9 tekniği pratik etmeye devam etmek için grup terapilerine devam etmek istediğini belirtmiştir. TT5 önce yüz yüze tanışıp sonra tele-terapiyi tercih edeceğini ve TT1 klinisyenin yaklaşımından dolayı tele-terapiyi tercih edeceğini bildirmiştir. Bu iki görüşte klinisyenle olan veya muhtemel ilişkinin önemine bir atıf vardır. Kekemelik alanyazınında da pek çok araştırmacı klinisyen ve vaka arasında ilişkinin (rapport) kurulmasının önemini vurgulamaktadır (Zebrowski ve Kelly, 2002; Conture ve Curlee, 2002; Guitar, 2013).

Tele-terapi grubunda beş katılımcının koşullarından dolayı tele-terapiyi tercih etmesi, yani mümkün olsa yüz yüze terapiyi tercih edeceklerini bildirmesi, nice verilerle büyük ölçüde uyumluluk göstermektedir. Bu katılımcılar kekelenen hece oranlarını, öntest verilerine göre sontest evresinde %81 (\bar{X} =%88) oranında düşürmüşlerdir. Bu yönde tercihte bulunan katılımcılardan TT8 sontest evresinden sonra araştırmadan çekilmiştir. Diğerleri ise izleme evresinde bu oranlarını %78 düzeyinde düşürmüşlerdir (\bar{X} =%76). Bu katılımcılar SSI-4 puanlarını ise sontest evresinde %59 (\bar{X} =64) ve izleme evresinde %48 (\bar{X} =69) oranında düşürebilmişlerdir. Dolayısıyla katılımcıların terapi yöntemi tercihi algıladıkları

yarardan etkilenmiş olabilir.

Katılımcılardan TT1, TT2, TT4, TT7, TT8 ve TT10 tele-terapiye kıyasla yüz yüze terapiyi daha sıcak, gerçekçi ve doğal olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların %50'si kısıtlılıklardan dolayı tele-terapiyi tercih edeceğini belirtmektedir. Batı toplumlarında yapılan araştırmalarda DKT'lerin, ebeveynlerin ve yardımcıların bu yöntemden memnun oldukları görülmektedir (Kully, 2000; Sicotte ve ark., 2003; Valentine, 2014; Molini-Avejonas ve ark., 2015). Oysa bu araştırmada bazı katılımcılar çeşitli şekillerde klinisyenle yüz yüze teması içeren terapilere farklı bir değer ve önem atfetmiştir. Bu perspektif kültürel bağlamda da değerlendirilebilir. Nwabueze ve arkadaşlarına (2009) göre pek çok araştırma; kültürün bireylerin, organizasyonların ve toplumların bilgi teknolojilerini kullanıp kullanmadıklarını ve kullanıyorlarsa bunu nasıl gerçekleştirdikleri üstünde güçlü bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Türk kültürü gibi toplulukçu özellikler gösteren kültürlerde genel olarak yakın kişilerarası ilişkilerin egemen olduğu söylenebilir (akt: Ercan, 2013). Toplulukçu kültür klinisyen-vaka (hasta-doktor) ilişkilerine de etkide bulunmaktadır (Meiner, 2014). Toplulukçu kültürlerde doktor ve hasta arasında güven inşa edilmekte, sıcak ve paternalist bir ilişki sağlanmaktadır. Doktor formal ancak sıcak bir etkileşim geliştirmektedir ve genelde bu ilişki uzun solukludur (http-9, http-10). Draguns'a (1990) göre bu kültürde ruh sağlığı alanında daha yakın, kişisel ve dışavuruma dayalı terapötik bir ilişki söz konusudur (akt: Maclachlan, 2006). Kekemelik alanyazınında da DKT ve vaka arasında terapötik ilişkinin kurulmasının önemini vurgulanmaktadır (Zebrowski ve Kelly, 2002; Conture ve Curlee, 2002; Guitar, 2013). Sonuç olarak katılımcıların yüz yüze terapilere atfettiği pozitif değer kültür bağlamında yorumlanabilir.

Katılımcıların terapi programına ilişkin yukarıda sunulmayan diğer önerileri, vaka ihtiyaçlarına daha esnek bir içerik ve terapi takvimi sunulması; psikolojik danışma uygulamalarının yapılmasıdır. Ancak katılımcılar bunun bir araştırma olduğunun farkındadır. Bu çalışmanın klinisyeni araştırma dışındaki mesleki uygulamalarında, yukarıda sunulan alanyazın doğrultusunda, daha esnek bir program kullanmaktadır ve katılımcıların bu önerilerini şüphesiz makul karşılamaktadır. Ancak kekemelik terapisi sürecinde her vaka için psikolojik danışma uygulamalarının yapılması kanıt temelli bir yaklaşım olmayacaktır (Bloodstein ve Ratner, 2008).

Katılımcılardan TT5 ve TT9 tele-terapide başarının artması için, dinleme amaçlı ses kayıtlarının gönderilmesini, farkındalığı arttırmak ve gelişimi görmek amacıyla kendi videolarının gönderilmesini önermiştir. Bu araştırmada klinisyen kendi konuşmasını içeren bazı videolar gönderse de katılımcıların bunun daha fazla olmasına ilişkin talebi dikkate alınmalıdır. Bu şekilde tele-terapiyle ilişkilendirilen sınırlılıklar telafi edilebilir. Katılımcıların kendi kayıtları kolayca gönderilebilir ama bu kayıtların gönderilmesi klinisyenin, diğer vakaların ve hizmetin mahremiyeti için bir risk barındırmaktadır. Burada yapılabilecek olan yalnızca vakanın konuşma örneklerinin kendisine iletilmesi olabilir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç

Sonuç olarak, iletişim alanında yaşanan gelişmeler, bu araştırmanın nicel bulguları ve katılımcı perspektifleri göstermiştir ki, kekemeliği olan bireyler için tele-terapi yöntemi, yüz yüze hizmetlere erişim güçlüklerinde uygun ve yüz yüze terapi kadar etkili bir hizmet sunumudur. Kekelenen hece oranlarını, özdeğerlendirmeleri ve tutum ölçeklerine ilişkin puanları içeren nicel verilerle, katılımcıların ve klinisyenin deneyimleri ve görüşlerine ilişkin nitel verilerin üçgenlenmesi bu bulgu setlerinin genel anlamda uyumlu olduğunu ve birbirlerini doğruladıklarını göstermektedir. Araştırmanın bu nicel bulguları ilgili alanyazınla büyük ölçüde örtüşmektedir.

Tele-terapiye yönelik katılımcı perspektifi, yüz yüze hizmetlere erişimdeki güçlüklerde en iyi seçeneğin tele-terapi olması veya katılımcıların bireysel farklılıklarıyla birlikte yöntemin zaman-mekan esnekliği, teknoloji kullanımını içermesi gibi özellikleriyle tele-terapinin cazip bir seçim olması yönündedir. Ancak bazı katılımcıların deneyimlerine ve görüşlerine dayanarak bu yöntemin her birey için uygun olmayabileceği düşünülmektedir. Ayrıca tele-terapinin, uygun aday kriterlerinin henüz yeterince spesifik olmaması, klinisyenle doğrudan teması içermemesi ve bu durumun vakalar üstündeki etkileri, bilgisayar kullanımıyla ilgili sorunlar ve terapi tekniklerinin uygulanmasında güçlükler gibi bariyerleri de söz konusudur.

Nitel analiz sonucunda ortaya çıkan bulgular, tele-sağlık, tele-tıp ve tele-terapi alanyazınında da üstünde önemle durulan konulardır. Ancak alanyazınla uyumlu olmayan veya alanyazınında rastlanmayan bazı deneyimler, görüşler ve gözlemler de ortaya çıkmıştır. Terapi öncesinde katılımcılarda tele-terapinin başarılı olacağına ilişkin daha fazla tereddüt gözlemlenmiştir ve terapi sürecinde bu endişeler büyük ölçüde azalmıştır. Uygun aday kriterlerinde ve tele-terapi başarısında vakalarda bilgisayar tecrübesi, teknolojiye olan ilgi, yaşam tarzı, kültür, özyeterlik, hazırbulunuşluk, sorumluluk, bilgisayar anksiyetesi gibi niteliklerin önemli olabileceği düşünülmektedir. Uygulama sürecinde yine alanyazınında belirtilenden daha fazla güçlüklerle karşılaşmıştır ve bazı maliyetler gerçekleşmiştir. Klinisyenin katılımcıları daha fazla motive etmesi ve onların gelişimi için daha fazla çaba göstermesi gerekmiştir. Ayrıca bazı görüşlerle (Lowe ve ark., 2013) çelişen şekilde kekemelik değerlendirmesinde örtük (covert) akıcısızlıkların gözlemlenmesinde güçlükler yaşanmıştır.

Ülkemizde bilgisayar, akıllı telefon, internet, e-alışveriş ve sosyal medya kullanımındaki artış; genç nüfus oranı ve klinisyen sayısı dikkate alınarak orta vadede bu yöntemin uygulama alanına intikal edebileceği düşünülmektedir. Bu bakımdan yasal konular, güvenlik ve gizliğin korunması, ücretlendirme, faturalandırma, standart prosedürlerin oluşturulması ve klinisyenlere yönelik hizmetiçi eğitimler gibi konularda gerekli çalışmalara ve düzenlemelere ihtiyaç bulunmaktadır.

Öneriler

Araştırma alanına öneriler

1. Tele-terapi için uygun aday kriterleri, vakalardaki psikolojik faktörler, bozukluklar/yetersizlikler ve davranışsal özellikler bağlamında incelenebilir.
2. Tele-terapi için uygun aday kriterleri ve başarı, içsel denetim odağı, hazırbulunuşluk ve özyeterlik gibi psikolojik faktörler açısından incelenebilir.
3. Çocuk ve ergen kekemeliğinde tele-terapinin etkililiği incelenebilir.
4. Gecikmiş dil ve konuşma, hızlı-bozuk konuşma (cluttering), dudak-damak yarıklığı, Down sendromu gibi bozukluklarda/yetersizliklerde, çoklu bozukluklarda/yetersizliklerde ve özellikle çocuk popülasyonda tele-terapinin etkililiği incelenebilir.
5. Tele-terapi hizmetlerinin hizmetler, klinisyenler ve vakalar açısından maliyet/fayda düzeyi incelenebilir.
6. Klinisyenlerin tele-terapi ve yüz yüze terapiler için harcadıkları zaman karşılaştırılabilir.
7. Tele-terapiye ilişkin memnuniyet ve kabul, yaş, cinsiyet, deneyim, kültür ve teknolojik faktörler bağlamında incelenebilir. Ayrıca bireysel ve grupla tele-terapi vaka memnuniyeti açısından karşılaştırılabilir.
8. Tele-terapinin, klinisyenle vaka arasında kurulan terapötik ilişkiye etkisi ve vakalardaki sorumluluk, konsantrasyon; gerçeklik, doğallık ve sıcaklık hissi gibi faktörler üzerindeki etkisi incelenebilir.
9. Tele-terapi deneyimi gömülü teori yaklaşımı kullanılarak keşfedilebilir ve yeni kavram veya kuramlar oluşturulabilir.

Uygulama Alanına Öneriler

1. Tele-terapi için uygun aday seçimini yapmak, yöntemin kabulünü ve sürdürülebilirliği arttırmak için vakalarda bilgisayar tecrübesi, yaş, cinsiyet, bilgisayar anksiyetesi, kültür, teknolojiye olan ilgi, kişilik özellikleri, yaşam tarzı ve davranışsal özellikler dikkate alınmalıdır. Müdahalede bu faktörlere göre bir yaklaşım gösterilmelidir.
2. Vakaların bilgisayar kullanım becerileri informal veya standart testlerle değerlendirilebilir.
3. Tele-terapi sürecine başlamadan önce, yöntemin tanıtımı, kullanımının öğretimi, önceki sonuçların gösterimi, gerçeklik hissinin artırılması ve terapötik ilişkinin kurulması için yüz yüze görüşme önerilebilir.
4. Tele-terapinin kullanımı ve olası sorunlarla baş etmek için kılavuzlar hazırlanabilir.
5. Yöntemin kabulünü ve sürdürülebilirliği arttırmak için kaliteli, sağladığı yararlar açıkça gösterilebilen ve kullanımı kolay bir yazılım kullanılmalıdır.
6. Vakanın çevresinden destek alınmalıdır.

7. Tele-terapi öncesi gerekli donanımsal hazırlık yapılmalı ve her seans öncesi sistemin işlerliği kontrol edilmelidir. Seanslar sessiz bir odada yapılmalı, hızlı ve stabil bir İnternet bağlantısı mevcut olmalı, terapilerde mutlaka mikrofon ve kulaklık kullanılmalıdır.
8. Tele-terapi süreci öncesinde vakalarla gizliliğin korunması, seans saatlerine uyulması ve teknolojik hazırlığın yapılması gibi konularda bir sözleşme yapılabilir.
9. Tele-terapi seansların sorunsuz devam etmesi için önceden net bir terapi planı yapılması yararlı olabilir.
10. Kekemelik terapilerinde grup oturumlarına yer verilebilir.
11. Güvenlik ve hesap verebilirlik için her seansın kaydı alınmalıdır.
12. Kekemelikte hatalı ölçümleri önlemek amacıyla en azından bir telafi olarak klinisyenler akıcısızlık-düşünme arasındaki kararını vakayla doğrulayabilirler.
13. Tele-terapi sürecinde belli aralıklarla yüz yüze terapilere yer verilebilir.
14. Klinisyenler tele-terapinin sınırlılıklarını telafi etmek için vakalarla terapötik ilişki kurmaya, onları daha fazla motive etmeye ve diğer teknolojik iletişim araçlarını sıkça kullanmaya çaba gösterebilirler.
15. Mobil iletişim araçları kullanılarak transfer süreçleri kısmen de olsa aşılabılır.

Sınırlılıklar

Bu araştırmada katılımcılara sunulan tüm hizmetler ücretsiz sunulmuştur. Bundan dolayı tele-terapi katılımcıları tele-terapi deneyimleri hakkında daha olumlu görüşler sunmuş olabilirler.

KAYNAKLAR

Aas, IHM., The organizational challenge for health care from telemedicine and e-health. Oslo: Work Research Institute (2007).

ACSLP (the Alberta College of Speech-Language Pathologists and Audiologists) (2009) <http://acslpa.ab.ca/download/college/Telepractice.pdf>

Agarwal, R., Prasad, J., Are individual differences Germane to the acceptance of new information technologies?, *Decision Sciences*, 30, 2, 361-391 (1999)

Amster, B. J., Klein, E. R., Perfectionism in people who stutter: Preliminary findings using a modified cognitive-behavioral treatment approach, *Behav. Cog. Psychot.*, 35-40 (2008).

Anderson K., Balandin, S., Stancliffe, R. J., Layfield, C., Parents' Perspectives on tele-aac support for families with a new speech generating device: Results from an Australian pilot study, *Perspectives Telepractice ASHA, SIG 18 Perspectives on Telepractice*, 4, 52-60 (2014)

Anney, V. N., Ensuring the quality of the findings of qualitative research: Looking at trustworthiness criteria, *Journal of Emerging Trends in Educational Research and Policy Studies*, 5 (2), 272-281 (2014).

Arslan, A., Ondokuz mayıs üniversitesi tıp fakültesi hastanesi'nde hekim-hasta iletişimi, Ankara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun, Türkiye (2005).

Arslan, R. Ş., Ana dili İngilizce olmayan İngilizce öğretmen adaylarının İngilizce cümlelerde vurgulama yeteneklerinin geliştirilmesi, *Pamukkale Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi*, 34 (2), 183-195 (2013).

ASHA (American Speech-Language-Hearing Association), *Evidence-Based Practice in Communication Disorders: An Introduction [Technical Report]* (2004). www.asha.org/policy

ASHA (American Speech-Language-Hearing Association), *Guidelines for Practice in Stuttering Treatment* (1995).

ASHA (American Speech-Language-Hearing Association), *Survey of Telepractice Use Among Audiologists and Speech-Language Pathologists*. Rockville, MD: Author (2002).

ASHA (American Speech-Language-Hearing Association), *Terminology Pertaining to Fluency and Fluency Disorders: Guidelines* (2004).

ASHA (American Speech-Language-Hearing Association), *Speech-Language Pathologists Providing Clinical Services via Telepractice: Position Statement* (2005). www.asha.org/policy.

Baba, M., Seçkin, D., Kapdağlı, S., A comparison of teledermatology using store-and forward methodology alone, and in combination with Web camera videoconferencing. *J Telemed Telecare*, 11 (7), 354-360 (2005).

Bangert, D., Doctor, R., The role of organizational culture management of clinical a-health systems, *Proceedings of the 36nd Hawaii International Conference on System Sciences* (2003).

- Baumeister, H., Caspar, F., Herziger, F., Treatment outcome study of the stuttering therapy summer camp 2000 for children and adolescents. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53, 455–463 (2003).
- Bernstein Ratner, N., Bilingualism, fluency and stuttering, Paper presented at the Annual Convention of the American Speech-Language-Hearing Association, San Diego (2005).
- Bernstein Ratner, N., Evidence-based practice in stuttering: Some questions to consider, *Journal of Fluency Disorders*, 30, 163–188 (2005).
- Blomgren, M., Review of the successful stuttering management program. *The Science and Practice of Stuttering*, Jelcic Jaksic, S.; Onslow, M. (ed.) *The Science and Practice of Stuttering Treatment: A Symposium*, Wiley-Blackwell 99-105 (2013).
- Blomgren, M., Roy, N., Callister, T., Merrill, R. M., Intensive stuttering modification therapy: A multidimensional assessment of treatment outcomes, *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 48(3), 509–523 (2005).
- Bloodstein, O., Bernstein-Ratner, N. B., *A Handbook on Stuttering*, NY: Thomson/Delmar Learning, Clifton Park, 242-244 (2008).
- Boberg, E., Kully, D., Long-term results of an intensive treatment program for adults and adolescents who stutter, *Journal of Speech and Hearing Research*, 37, 1050–1059 (1994).
- Boisvert, M. K., An Investigation of The Efficacy of Speech and Language Interventions with Students with ASD Using Telepractice, *Doktora Tezi*, University of Massachusetts Amherst, Department of Communication Disorders, Massachusetts, USA (2012).
- Bosshardt, H. G., Cognitive processing load as a determinant of stuttering: Summary of a research programme, *Clinical Linguistics and Phonetics*, 20, 371–385 (2006).
- Bothe, A. K., Davidow, J. H., Bramlett, R. E., & Ingham, R. J., Stuttering treatment research 1970–2005: Systematic review incorporating trial quality assessment of behavioral, cognitive, and related approaches, *American Journal of Speech-Language Pathology*, 15, 321–341 (2006).
- Brennan, D. M., Georgeadis, A. C., Baron, C. R., Barker, L. M., The effect of videoconferencebased telerehabilitation on story retelling performance by brain-injured subjects and its implications for remote speech-language therapy. *Telemedicine Journal and e-Health*, 10, 147-154 (2004).
- Brienza, D. M., McCue, M., Introduction to Telerehabilitation. In: Kumar, S. and Cohn, E. R. (ed.) *Telerehabilitation*. pp. 1–11. Springer, London (2013).
- Buckley, K. M., Acceptance/Use of Telehealth Technology by Family Caregivers of Stroke Patients in the Home Setting (2002).
- Büyüköztürk, Ş., *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı: İstatistik, Araştırma Deseni, SPSS Uygulamaları ve Yorum* (14. Baskı), Pegem Akademi, Ankara (2010).

- Carey, B., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., Menzies, R., Webcam delivery of the Camperdown Program for adolescents who stutter: A phase i trial, *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 43, 370-380 (2012).
- Carey, B., O'Brian, S., Onslow, M., Block, S., Jones, M., Packman, A., Randomized controlled non-inferiority trial of a telehealth treatment for chronic stuttering: The Camperdown Program, *International Journal of Language and Communication Disorders*, 45 (1), 108-120 (2010).
- CASLPO (College of audiologists and speech-language pathologists of ontario), Preferred Practice Guideline for Stuttering (2005). <http://www.caslpo.com/members/resources>
- Chang, C. C., Exploring the determinants of e-learning systems continuance intention in academic libraries, *Library Management*, 34 (1-2), 40-55 (2013).
- Chang, S. E., Research updates in neuroimaging studies of children who stutter. *Seminars in Speech and Language*, 35, 67-79 (2014).
- Chang, S. E., Erickson, K. I., Ambrose, N. G., Hasegawa-Johnson, M. A., Ludlow, C. L., Brain anatomy differences in childhood stuttering, *Neuroimage*, 39 (3), 1333-1344 (2008).
- Chang, S. E., Zhu, D. C., Neural network connectivity differences in children who stutter, *Brain*, 1-18 (2013).
- Chang, S. E., Zhu D. C., Choo A. L., Angstadt M., White matter neuroanatomical differences in young children who stutter, *Brain*, 138, 694-711 (2015).
- Chiu, C. M., Hsu, M. H., Sun, S. Y., Lin, T. C., Sun, P. C., Usability, quality, value and e-learning continuance decisions, *Computers and Education*, 45(4), 399-416 (2005),
- Cocomazzo, N., Block, S., Carey, B., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., Iverach, L., Camperdown Program for adults who stutter: A student training clinic phase i trial. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 47 (4), 365-372 (2012).
- Conture, E., Curlee, R. F., *Stuttering and Related Disorders of Fluency*, (Third Edition) Thieme Medical Publishers Inc., USA (2007).
- Conture, E. G., *Dreams of our theoretical nights meet the realities of our empirical days: Stuttering theory and research*, The International Fluency Association, Nijmegen University Press, Nijmegen pp. 3–20 (2001).
- Coşkun, O., Eren, A., Eren, M., A., Computer based telemedicine protocol to predict acute coronary syndrome in patients with chestpain at home, *Int Heart J*, 47 (4), 491-500 (2006).
- Craig, A., Evidence-based practice in the treatment of adolescent and adult stuttering: What do we know and what works?, *ASHA 2007 Convention Fluency Division Seminar* (2007).
- Craig, A., Hancock, K., Anxiety in children and young adolescents who stutter, *Australian Journal of Human Communication Disorders*, 24 (1), 28–38 (1996).

- Craig, A., Hancock, K., Chang, E., McCready, C., Shepley, A., McCaul, A., A controlled clinical trial for stuttering in persons aged 9 to 14 years, *Journal of Speech and Hearing Research*, 39 (4), 808–826 (1996).
- Creswell, J. W., *Qualitative Inquiry Research Design: Choosing Among Five Approaches*, (Second Edition) Sage Publications, USA (2007).
- Creswell, J. W., *Research design qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*, International Educational and Professional Publisher, 2 (2009).
- Creswell, J. W., Plano-Clark, V. L., *Designing and Conducting Mixed Methods Research*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc., California (2011).
- Creswell, J. W., *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Traditions*, Thousand Oaks, CA: Sage, Los Angeles (1998).
- CRNBC (College of registered nurses of british columbia), Telehealth <https://www.crnbc.ca/Standards/PracticeStandards/pages/telehealth.aspx> (22.05.2015)
- Crutchley, S., Alvares, R. L., Cambell, M. F., Getting started: Building a successful telepractice program, *Telepractice in Speech-Language Pathology*, 51-55 (2013).
- Crutchley, S., Campbell, M., TeleSpeech Therapy pilot project: Stakeholder satisfaction, *International Journal of Telerehabilitation*, 2 (1), 21-30 (2010).
- Crutchley, S., Dudley, W., Campbell, M., Articulation assessment through videoconferencing: A pilot study. *Communications of Global Information Technology*, 2, 1223 (2010).
- Curlee, R. F., *Stuttering and Related Disorders of Fluency* (2nd ed.), New York: Thieme Medical Publishers 139-145 (1999).
- Curlee, R., Identification and Case Selection Guidelines for Early Childhood Stuttering. In: *Stuttering and Related Disorders of Fluency*, ed. by Curlee R. Thieme, New York, 1-21 (1999).
- Dağ, İ., Kontrol odağı, öğrenilmiş güçlülük ve psikopatoloji ilişkileri, *Psikoloji Dergisi*, 7 (27), 1-9 (1992).
- Damico, J. S. Müller, N., Ball, M. J., *The Handbook of Language and Speech Disorders*, John Wiley and Sons, Ltd., UK (2013).
- Davis, F. D., Usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology, *MIS Quarterly*, 13 (3), 319-340 (1989).
- Davis, F. D., Bagozzi, R. P., Warshaw, P. R., User acceptance of computer technology: A comparison of two theoretical models, *Management Science*, 35 (8), 982-1003 (1989).
- Davis, L. E., Coleman, J., Harnar, J., King, M. K., Teleneurology: Successful delivery of chronic neurologic care to 354 patients living remotely in a rural state, *Telemedicine and e-Health*, 20 (5), 473-477 (2014).
- Deloitte (Deloitte - Türkiye Mobil Tüketici Anketi), *Gamification: Gaming gets serious*, Tech Trends 2012, Deloitte Consulting LLP (2012).

- Deloitte, Türkiye’de E-Ticaret 2014 Pazar Büyüklüğü, TÜBİSAD Bilişim Sanayicileri Derneği, Haziran (2015)
- Demirezen, M., Öğretmen yetiştirilmesinde sözcük vurgusu ve sözcük ilişkileri, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 1, 112-123 (2012).
- Demirtaş-Madran, H. A., Cinsiyet, cinsiyet rolü yönelimi ve düşünme ihtiyacı, Türk Psikoloji Yazıları, 15 (29), 1-10 (2012).
- Denzin, N. K., Qualitative Inquiry under Fire: Toward A New Paradigm Dialogue, Left Coast Press, USA (2009).
- Dong, J. Q., User acceptance of information technology innovations in the remote areas of China, Journal of Knowledge-based Innovation in China, 3 (1), 44-53 (2011).
- DSM-V-TR (DSM-5 Guidebook: The Essential Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Paperback), American Psychiatric Association, Washington, 38 (2013).
- Dunkley, C., Pattie, L., Wilson, L., McAllister, L., A comparison of rural speech-language pathologists' and residents' access to and attitudes towards the use of technology for speech-laguage pathology service delivery, International Journal of Speech-Language Pathology 12 (4), 333-339 (2010).
- Dyro, J., Clinical Engineering Handbook. Elsevier Academic Press, New York (2008).
- Edge, R. L., Measuring speech naturalness of children who do and do not stutter: the effect of training and speaker group on speech naturalness ratings and agreement scores when measured by inexperienced listeners, Doktora Tezi, University of Georgia, Communication Sciences and Disorders, Georgia, ABD (2012)
- Elford, R., White, H., Bowering, R., Ghandi, A., Maddigga, B., John, K. St., A randomized, controlled trial of child psychiatric assessments conducted using videoconferencing, J Telemed Telecare, 6 (2), 73-82 (2000).
- Ertek, S., Endokrinolojide tele-sağlık ve tele-tıp uygulamaları, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2 (3), 126-130 (2011).
- Eve, C. L., Onslow, M., Andrews, C., Adams, C., Clinical measurement of early stuttering severity: The reliability of a 10-point scale, School of Communication Disorders, 23 (2), 26-39 (1995).
- Field, A., Discovering Statistics Using SPSS (4. Ed). Sage (2013).
- Finn, P., Evidence-based treatment of stuttering: II. Clinical significance of behavioral stuttering treatments, Journal of Fluency Disorders, 28, 209–218 (2003).
- Fitch, S. A., Adams, G. R., Ego identity and intimacy status: Replication and extension, Developmental Psychology, 19, 839-845 (1983).
- Flasher, L. V., Fogle, P. T., Counseling Skills for Speech-Language Pathologists and Audiologists, (Second Edition) Delmar, Cengage Learning, USA (2012).

- Flick, U., *An Introduction to Qualitative Research. (Five Edition)* Sage Publications, USA (2015).
- Fogle, P. T., *Essentials of Communication Sciences and Disorders*, Delmar, Cengage Learning, New York (2013).
- Fraenkel, J. R., *e-Study Guide for: How to Design and Evaluate Research in Education*, Cram101 Textbook Reviews (2012).
- Franken, M. C., Bovers, L., Peters, H. F. M., Webster, R. L., Perceptual rating instrument for speech evaluation of stuttering treatment. *J. Speech Hear. Res.* 38, 280, 88 (1995).
- Fraser, M., *Self-Therapy for The Stutterer, (Tenth Edition)* Stuttering Foundation of America, Memphis 178 (2007).
- Fry, J., Millar, S., Botterill, W., Effectiveness of intensive, group therapy for teenagers who stutter, *International Journal of Language and Communication Disorders*, 49 (1), 113-126 (2014).
- Fusilier, M., Durlabhji, S., An exploration of student internet use in India: The technology acceptance model and the theory of planned behaviour, *Campus-Wide Information Systems*, 22 (4), 233 – 246 (2005).
- Gabel., R., Daniels., D., Hughes. S., BGSU's intensive stuttering clinic for adolescents and adults, *Annual Convention of the National Stuttering* (2005).
- Gillam, R. B., Marquardt, T. P., Martin, F. N., *Communication Sciences and Disorders: From Science to Clinical Practice, (Second Edition)* Jones and Bartlett Publishers, LLC., Canada (2011).
- Ginsberg, A. P., Wexler, K. B., Understanding stuttering and counseling clients who stutter, *Journal of Mental Health Counseling*, 22 (3), 228-239 (2000).
- Given, L. M., *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*, SAGE, USA (2009).
- Goldberg, S., Haley, K. L., Jacks, A., Script training and generalization for people with aphasia, *American Journal of Speech-Language Pathology*, 21, 222-238 (2012).
- Golper, L. A. C., Frattali, C. M., *Outcomes in Speech-Language Pathology: Contemporary Theories, Models, and ...*, Thieme Medical Publishers, Inc., New York (2013).
- Grogan-Johnson, S., Alvares, R., Rowan, L., Creaghead, N., A pilot study comparing the effectiveness of speech language therapy provided by telemedicine with conventional on-site therapy, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 16, 134–139 (2010).
- Grogan-Johnson, S., Meehan, R., McCormick, K., Miller, N., Results of a national survey of preservice telepractice training in graduate speech-language pathology and audiology programs, *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 42 122-137 (2015).

- Guba, E. G., ERIC/ECTJ annual review paper: Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries, *Educational communication and technology*, 29 (2), 75-91 (1981).
- Guitar, B., *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment (Fourth Edition)*, Lippincott Williams & Wilkins, A Wolters Kluwer Business, China (2014).
- Gurung, R., *Health psychology: A cultural approach*, Cengage Learning (2013).
- Hall, N. C., An investigation of the efficacy of direct and indirect AAC service provision via telepractice, *Doktora Tezi*, University of Massachusetts Amherst, Massachusetts, ABD (2013).
- Hancock, K., Craig, A., McCready, C., McCaul, A., Costello, D., Campbell, K., Two-to-six-year controlled-trial stuttering outcomes for children and adolescents. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 41, 1242-1252 (1998).
- Hawkins, S. Y., Telehealth nurse practitioner student clinical experiences: An essential educational component for today's health care setting, *Nurse Education Today*, 32 (8), 842-845 (2012).
- Healey, E.C., Scott, L., Susca, M., Clinical application of a multidimensional approach for the assessment and treatment of stuttering, *Contemporary Issues in Communication Disorders*, 31 40 – 48 (2004)
- Hill, A. J., Miller, L. E., A survey of the clinical use of telehealth in speech-language pathology across Australia, *Journal of Clinical Practice in Speech-Language Pathology*, 14 (3), 110-117 (2012).
- Hill, A. N., Theodoros, D., Research into telehealth applications in speech-language pathology, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 8 (4), 187-196 (2002).
- Hill, A. N., Theodoros, D., Russell, T., Ward, E., Using telerehabilitation to assess apraxia of speech in adults, *International Journal of Language and Communication Disorders*, 44 (5), 731-747 (2009).
- Hoffman, H. J., Dobie, R. A., Ko, C. W., Themann, C. L., Murphy, W. J., Americans hear as well or better today compared with 40 years ago: hearing threshold levels in the unscreened adult population of the United States, 1959–1962 and 1999–2004. *Ear Hear* 31, 725–734 (2010).
- Hofstede, G., *Culture's Consequences. International Differences in Work-Related Values (Abridged Edition)*, Sage Publications, Newbury Park (1980).
- Hofstede, P. J., Kokesh, J., A., Ferguson, A. S., Hood, L. J., The impact of telehealth on wait time for ENT specialty care. *Telemedicine and eHealth*, 16 (5) (2010).
- Houser, J., *Nursing Research: Reading, Using and Creating Evidence (Second Edition)*, Jones and Bartlett Publishers, LLC., USA (2012).
- Houston, K. T., *Telepractice in Speech-Language Pathology*, Plural Publishing, Inc., USA (2014).

Houston, K. T., Behl, D., Walters, K. Z., Using telepractice to improve outcomes for children with hearing loss & their families, e-Book chapter, National center for hearing assessment & management, USA (2012).

Howell, P., Recovery from Stuttering, Taylor and Francis Group, LLC., Madison (2011).

Hu, P. J., Chau, Patrick Y. K., Liu Sheng, O. L., Tam, K. Y., Examining the technology acceptance model using physician acceptance of telemedicine technology, *Journal of Management Information Systems*, 16 (2), 91-112 (1999).

Huang, J-C., Lin, S-P., Home telehealth acceptance model: The role of innovation, *African Journal of Business Management*, 8 (18), 791-800 (2014).

Hulit, L. M., Straight Talk on Stuttering: Information, Encouragement, and Counsel for Stutterers, Caregivers, and Speech-Language Clinicians (Second Edition), Charles C Thomas Publisher, LTD (2004).

Humphrey, B. D., Natour, Y. A., Amayreh, M., Bilingual stuttering: comparing treatment studies of children vs. adults, *Présenté au congrès de la Florida* (2001).

Ingham, R. J., Cordes, A. K., Self-measurement and evaluating stuttering treatment efficacy, In: R. F. Curlee, G. M. Siegel (Eds.), *Nature and treatment of stuttering: new directions* (2nd ed., pp. 413 – 438), Needham Heights, MA: Allyn and Bacon (1997).

Ingham, R. J., Kilgo, M., Ingham, J. C., Moglia, R., Belknap, H., Sanchez, T., Evaluation of a stuttering treatment based on reduction of short phonation intervals, *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44, 1229–1244 (2001).

Irani, F., A mixed methods approach to evaluating treatment outcomes for an eclectic approach to intensive stuttering therapy, *Doktora tezi*, Green State University, Ohio, ABD (2010).

Irani, F., Gabel, R., Daniels, D., Hughes, S., The long term effectiveness of intensive stuttering therapy: A mixed method study, *Journal of Fluency Disorder*, 37, 164-178 (2012).

Irani, F., Gabel, R., Teletehabilitation: Adult Speech and Swallowing Disorders, Houston, K. T. (ed.), *Telepractice in Speech-Language Pathology*, Plural Publishing San Diego 157-181 (2003).

İstanbulu, A., Güler, İ., Sağlık sektörü çalışanlarının eğitiminde bilişim teknolojilerinden yararlanma, *Akademik Bilişim*, 01, 1-2 (2001).

Ivankova, N. V., *Mixed Methods Applications in Action Research: From Methods to Community Action*, Sage Publications, USA (2015).

Iverach, L., Jones, M., O'Brian, S., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., Onslow, M., The relationship between mental health disorders and treatment outcomes among adults who stutter, *Journal of fluency disorders*, 34(1), 29-43 (2009).

Janssen, P., Wieneke, G., The effects of fluency inducing conditions on the variability in the duration of laryngeal movements during stutterers' fluent speech.

- In: *Speech Motor Dynamics in Stuttering*, H. F. M. Peters and W. Hulstijn, eds. Wien: Springer-Verlag (1987).
- Jarvis-Selinger, S., Chan, E., Payne, R., Plohman, K., Ho, K., *Clinical telehealth across the disciplines: Lessons learned*, *Telemedicine and e-Health*, 14(7), 720-725 (2008).
- Judith, A., Belmont, M. S., *103 Group Activities and Treatment Ideas and Practical Strategies*, PESI, Wisconsin (2006).
- Kairy, D., Lehoux, P., Vincent, C., Visintin, M., *A systematic review of clinical outcomes, clinical process, healthcare utilization and cost associated with telerehabilitation*, *Disability and Rehabilitation*, 31 (6), 427-447 (2009).
- Kazenski, D. M., *FNIRS Measures of Prefrontal Cortex Lateralization During Stuttered and Fluency Enhanced Speech in Adults Who Stutter*, *Doktora Tezi*, The Faculty of the Graduate College of The University of Vermont, Vermont, ABD (2014).
- Kehoe, T. D., *No Miracle Cures: A Multifactorial Guide to Stuttering Therapy*, University College Press, an imprint of Casa Futura Technologies, USA (2006).
- Kehoe, T. D., *What Stuttering Treatments Are Effective?: An Evidence-Based Review of More Than 200 Scientific Studies*, Owner, Casa Futura Technologies, Member, American Speech-Language Hearing Association, USA (2012).
- Kim, S. S., *A study on the acceptance factor for telehealth service according to health status by group*, *Indian Journal of Science and Technology*, 8 (1), 542-550 (2015).
- Kraft, S. J., Yairi, E., *Genetic bases of stuttering: The state of the art*, *Folia Phoniatria et Logopaedia*, 64, 34-47 (2011).
- Kroll, R. M., De-Nil, L. F., *Functional neuroimaging studies of stuttering: Theoretical implications and clinical speculations*, *Journal of Fluency Disorders*, 25 (3) (2000).
- Kully, D., Langevin, D., *Telehealth in stuttering treatment*, *Journal of Fluency Disorders*, 25 (3) (2000).
- Kuntalp, M., Akar, O., *A simple and low-cost Internet-based teleconsultation system that could effectively solve the health care access problems in underserved areas of developing countries*, *Comput Methods Programs Biomed*, 75 (2), 117-126 (2004).
- Ladouceur, R., Boudreau, L., Theberge, S., *Awareness training and regulated breathing method in modification of stuttering*, *Perceptual and Motor Skills*, 53, 187-194 (1981).
- Laiho, A., Klippi, A., *Long and short term results of children's and adolescents' therapy courses for stuttering*, *Int. J. Lang. Comm. Disord.*, 42, 367-382 (2007).
- Langevin, M., Kully, D., *Evidence-based treatment of stuttering: III. Evidence-based practice in a clinical setting*, *Journal of Fluency Disorders*, 28, 219-236 (2003).

- Lasker, J. P., Stierwalt, A. G., Spence, M., Calvin-Root, C., Using webcam interactive technology to implement treatment for severe apraxia: A case example. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 18 (4), 4-10 (2010).
- Lee, A. C., W., Harada, N. D., Telerehabilitation as a means of health-care delivery, *Telerehabilitation Health Informatics*, 79-89 (2013).
- Lester, D., Castromayor, I. J., Içli, T., Locus of control, depression, and suicidal ideation among American, Philippine, and Turkish students, *The Journal of social psychology*, 131(3), 447-449 (1991).
- Lewis, C., Packman, A., Onslow, M., A phase II trial of the Lidcombe Program of early stuttering intervention, *American Journal of Speech-Language Pathology*, 17, 139-149 (2008).
- Lincoln, M., Hines, M., Fairweather, C., Ramsden, R., Martinovich, J., Multiple stakeholder perspectives on teletherapy delivery of speech pathology services in rural schools: A preliminary, qualitative investigation, *International Journal of Telerehabilitation*, 6 (2), 65-74 (2015).
- Lincoln, Y. S., Guba, E. G., *Naturalistic inquiry*, Newbury Park, CA: Sage, Los Angeles (1985).
- Louw, P., *Coping with Stuttering*, National Center for Stuttering, USA (2012).
- Lowe, R., O'Brian, S., Onslow, M., Review of telehealth stuttering management, *Folia Phoniatr Logop*, 65, 223-238 (2013).
- Maheu, M., Allen, A., Whitten, A., *E-Health, Telehealth, and Telemedicine: A guide to startup and success*, New York: Telehealth SAGE, 1-15 (2001).
- Malagodi, M., Schmeler, M. R., Shapcott, N. G., Pelleschi, T., The use of telemedicine in assistive technology service delivery: Results of a pilot study, *Technology: Special Interest Section Quarterly*, 8(1), 1-4 (1998).
- Malandraki, G. A., Roth, M., Sheppard, J. J., Telepractice for pediatric dysphagia: A case study, *International Journal of Telerehabilitation*, 6 (1), 3-16 (2014).
- Manning, W. H., *Clinical Decision Making in Fluency Disorders (Third Edition)*, Delmar Cengage Learning, New York (2009).
- Marguerite, G. L., Dean. T. S., Katherine, V. H., *Methods in Educational Research: From Theory to Practice*, John Wiley & Sons, Ltd., San Francisco (2010).
- Martin, R. R., Haroldson, S. K., Triden, K. A., Stuttering and speech naturalness, *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 49 (1), 53-58. (1984).
- Mashima, P. A., Doarn, C. R., Overview of telehealth activities in speech-language pathology, *Telemedicine and e-Health*, 14 (10) (2008).
- Mashima, P., Birkmire-Peters, D., Syms, M., Holtel, M., Burgess, L., Peters, L., Telehealth: Voice therapy using telecommunications technology, *American Journal of Speech-Language Pathology*, 12, 432-439 (2003).

- Maxwell, J. A., *Qualitative Research Design: An Interactive Approach: An Interactive Approach*, SAGE, USA (2013).
- McGrath, L. M., Hutaff-Lee, C., Scott, A., Boada, R., Shriberg, L. D., Pennington, B. F. Children with comorbid speech sound disorder and specific language impairment are at increased risk for attention deficit/hyperactivity disorder, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36 (3), 151-163 (2008).
- Meiner, S. E., *Gerontologic nursing*. Elsevier Health Sciences. (2013).
- Miles, M. B., Huberman, A. M., Saldana, J., *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*. (Third Edition) Sage Publications, Los Angeles (2014).
- Molini-Avejonas, D. R., Rondon-Melo, S., Amato, C. A. H., Samelli, A. G., A systematic review of the use of telehealth in speech, language and hearing sciences, *Journal of Telemedicine and Telecare* (2015).
- Moustakas, C., *Phenomenological Research Methods*, CA: Sage, Thousand Oaks (1994).
- Mstry, H., Systematic review of studies of the cost-effectiveness of telemedicine and telecare, Changes in the economic evidence over twenty years. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 18 (1), 1-6 (2012).
- Neubeck, L., Redfern, J., Fernandez, R., Briffa, T., Bauman, A., Freedman, S. B., Telehealth interventions for the secondary prevention of coronary heart disease: a systematic review, *European Journal of Preventive Cardiology*, 16 (3), 281-289 (2009).
- Nwabueze, S. N., Meso, P. N., Mbarika, V. W., Kifle, M., Okoli, C., Chustz, M., The effects of culture of adoption of telemedicine in medically underserved communities, *Proceedings of the 42nd Hawaii International Conference on System Sciences* (2009).
- Nye, C., Vanryckeghem, M., Schwartz, J. B., Herder, C., Turner, H. M., Howard, C., Behavioral stuttering interventions for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis, *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 56, 921- 932 (2013).
- O'Brian, S., Packman, A., Onslow, M., Telehealth delivery of the Camperdown Program for adults who stutter: A phase i trial, *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 51, 184-195 (2008).
- O'Brian, S., Onslow, M., Cream, A., Packman, A., The Camperdown Program: Outcomes of a new prolonged-speech treatment model, *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 46, 933-946 (2003).
- O'Brian, S., Packman, A., Onslow, M., O'Brian, N., Measurement of stuttering in adults: Comparison of stuttering-rate and severity-scaling methods, *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47, 1081-1087 (2004).
- O'Dweyer, L. M., Bernauer, J. A., *Quantitative Research for the Qualitative Researcher*, SAGE, USA (2014).
- O'Brian, S., Carey, B., Onslow, M., Packman, A., Cream, A., *The Camperdown Program for Stuttering: Treatment Manual*, ASRC, Sydney (2014).

Oklay Bozkaya, A., Hasta Beklentileri ve bu Beklentiler Açısından Hasta Hekim Görüşmesinin Sonuçları, Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye (2008).

Ollendick, T., Schroeder, C., Encyclopedia of Clinical Child and Pediatric Psychology, Kluwer Academic, New York (2003).

Onslow, M., Evidence-based treatment of stuttering: IV. Empowerment through evidence-based treatment practices, Journal of Fluency Disorders, 28 (3), 237-245 (2003).

Onslow, M., Overview of the Lidcombe Program. In Onslow, M., Packman, A., Harrison, E., (Eds.) The Lidcombe Program of early stuttering intervention: A clinician's guide, Austin, TX: Pro-Ed (2003).

Onslow, M., Costa, L., Andrews, C., Harrison, L., Packman, A., Speech outcomes of a prolonged-speech treatment for stuttering, Journal of Speech and Hearing Research, 39, 734-749 (1996).

Onslow, M., Packman, A., Payne, P., Clinical identification of early stuttering: Methods, issues, and future directions, Speech, Language and Hearing, 10 (1), 15-31 (2007).

Owens, R. E., Metz, D. E., Haas, A., Introduction to Communication Disorders: A Life Span Perspective, Allyn and Bacon, Boston, 252, 263-266 (2003).

OZIDA Türkiye Özürlüler Araştırması Temel Göstergeleri (2010). <http://www.ozida.gov.tr/arastirma/oztemelgosterge.htm> Erişim: 26.04.2015

Öngürü, O., Celasun, B., Intra-hospital use of a telepathology system, Pathol Oncol Res. 6 (3), 197-201 (2000).

Özata, M., Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yürütülen e-sağlık projelerinin sağlık hizmeti sunumuna etkileri, Journal of Azerbaijani Studies, 444-464 (2009).

Özkanan, A., Erdoğan, A., Uzaktan eğitimde öğrenme ortamının kabulü ile birliktelik duygusunun öğrenen memnuniyetine etkisi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Büro Yönetimi Özel Sayısı (2013).

Packman, A., Onslow, M., Richard, F., van Doorn, J., Syllabic stress and variability: A model of stuttering, Clinical Linguistics and Phonetics, 10, 235-263 (1996).

Pandey, S. J., Patnaik, S., Establishing reliability and validity in qualitative inquiry: a critical examination, Jarkhand Journal of Development and Management Studies, 12 (1), 5743-5753 (2014).

Parmanto, B., Pulantara, I. W., Schutte, J. L., Saptono, A., McCue, M. P., An integrated telehealth system for remote administration of an adult autism assessment, Telemedicine and e-Health, 19 (2), 88-94 (2013).

Patton, M. Q., Qualitative Evaluation And Research Methods (Second Edition). CA: Sage Newbury Park (1990)

Paunkovic, J., Jovanovic, R., Stojkovic, Z., Stojkovic, I., Sustainable implementation of information and communication technology in health care-a

- case study of organizational and cultural factors, *Sibiu Alma Mater University Journals. Series A. Economic Sciences*, 3 (3) (2010).
- Perkins, W. H., Rudas, J., Johnson, L., Michael, W. B., Curlee, R. F., Replacement of stuttering with normal speech: III. Clinical effectiveness, *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 39, 416–428 (1974).
- Perkins, W. H., Kent, R. D., Curlee, R. F., A theory of neuropsycholinguistic function in stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 734-752 (1991).
- Perlman, A. L., Witthawaskul, W., Real-Time Remote Telefluoroscopic Assessment of Patients with Dysphagia, *Dysphagia*, 17 (2), 162-167 (2002).
- Peters, H. F. M., Starkweather, C. W., The interaction between speech motor coordination and language processes in the development of stuttering: Hypotheses and suggestions for research, *Journal of Fluency Disorders*, 15, 115-125 (1990).
- Peters, H. F. M., Hulstijn, W., van Lieshout, P. H., Recent developments in speech motor research into stuttering, *Folia Phoniatri. Logop* 52, 103–119 (2000).
- Peters, T. J., Guitar, B., *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* (3th ed.), Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins (1991).
- Pierrakeas, C., Georgopoulos, C., Malandraki, A., Online collaboration environments in telemedicine applications of speech therapy, *Engineering in Medicine and Biology 27th Annual Conference*, 1-4 (2005).
- Pollard, R., A Preliminary Report on Outcomes of the American Institute for Stuttering Intensive Therapy Program, *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders*, 22, 5-15 (2012).
- Pong, R. W., Hogenbirk, J., Reimbursing physicians for telehealth practice: Issues and policy options, *Health Law Review*, 9 (1), 3-12 (2000).
- Popoola, B. I., *Online Guidance and Counseling: Toward Effectively Applying Technology: Toward Effectively Applying Technology*, IGI Global (2012).
- Postma, A., Kolk, H., The covert repair hypothesis: Prearticulatory repair processes in normal and stuttered disfluencies, *Journal of Speech and Hearing Research*, 36, 472-487 (1993).
- Ramayah, T., Ahmad, N. H., Lo, M. C., The role of quality factors in intention to continue using an e-learning system in Malaysia, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 5422-5426 (2010).
- Ramig, P. R., Dodge, D. M., *The Child and Adolescent Stuttering Treatment and Activity Resource Guide, (Second Education)* Delmar Cengage Learning, New York (2009).
- Ramig, P. R., Fraser, J., *Counseling adults in group therapy, Effective counseling in stuttering therapy* (2003).
- Ramig, R. E., Ekin, L. G., Conservation tillage systems for annually cropped wheat in the Pacific Northwest, *J. Soil Water Conserv.* 42, 53–55 (1987).

- Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Wake, M., Bavin, E. L., Prior, M., Predicting stuttering onset by the age of 3 years: A prospective, community cohort study, *Pediatrics*, 123 (1), 270–277 (2009).
- Reitzes, P., 50 great activities for children who stutter: Lessons, insights, and ideas for therapy success, Austin, TX: Pro-Ed (2006).
- Reynolds, A. R., Vick, J. L., Haak, N. J., Telehealth applications in speech-language pathology: a modified narrative review, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 15, 310-316 (2009).
- Riley, G. D., Stuttering severity instrument (SSI-4) (3rd ed.). Austin, Tx: Pro-Ed (2009).
- Roseberry-McKibbin C., Hegde, M., An Advanced Review of Speech–Language Pathology, 2. baskı, Austin, TX: Pro-Ed Publisher (2006).
- Roseberry-McKibben, C., Hedge, M. N. Fluency and Its Disorders. In An Advanced Review of Speech-Language Pathology, Austin, TX: PRO-ED (2010).
- Roth F., Worthington, C., Treatment Resource Manual for Speech Language Pathology, Cengage Learning, Clifton Park, NY (2011).
- Ryan B, Ryan B., Programmed stuttering therapy for children: Comparison of four establishment programs, *Journal of Fluency Disorders* 8, 291-321 (1983).
- Sakar, C. O., Kurşun O., Telediagnosis of Parkinson's disease using measurements of dysphonia, *J Med Syst.* 34 (4), 591-599 (2010).
- Santilli, M., Stuttering at school: Diagnosis and Rehabilitation Methods (Kindle Edition), Armando Editore, USA (2014).
- Sargut, A. S., Kültürler Arası Farklılaşma ve Yönetim (İkinci Basım), İmge Kitabevi Yayınları, Ankara: (2001).
- Sarhan, F., Telemedicine in healthcare 1: exploring its uses, benefits and disadvantages, *Nursing Times*, 105: 42, 10-13 (2009).
- Scharff, J. S., Psychoanalysis Online: Mental Health, Teletherapy, and Training. Karnac Books. (2013).
- Schopp, L., Johnstone, B., Merrell, D., Telehealth and neuropsychological assessment: New opportunities for psychologists, *Professional Psychology: Research and Practice*, 31 (2), 179-183 (2000).
- Seghers, A. C., Seng, K. H., Chio, M. T., Chia, E., Ng, S. K., Tang, M. K., A prospective study on the use of teledermatology in psychiatric patients with chronic skin diseases, *Australian Journal of Dermatology* (2015).
- Shenker, R. C., Multilingual children who stutter: Clinical issues, *Journal of Fluency Disorders*, 36, 186-193 (2011).
- Shiller, I., Online counselling: A review of the literature, *East Metro Youth Services*, 11, 103 (2009).
- Shiple, K. G., McAfee, J. G., Assessment in speech-language pathology: a resource manual (4th ed), Singular Publishing Group, 358 (1998).

- Shubert, D., *Intensive Stuttering Therapy Based on Neuroplasticity and Motor Learning Principles: Treatment Efficacy for Adults Who Stutter*, Western Washington University, USA (2014).
- Sicotte, C., Lehoux, P., Fortier-Blanc, J., Leblanc, Y., Feasibility and outcome evolution of a telemedicine application in speech-language pathology, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 9, 253-258 (2003).
- Silverman, F. H., *Stuttering and Other Fluency Disorders*, Waveland Press, Long Grove, 9, 52, 78-84, 103, 112, 156-157, 185, 208, 230 (2004).
- Soares, A. M., Frarhangmehr, M., and Shoham, A., Hofstede's dimension of culture in international marketing studies, *Journal of Business Research*, 60 (3), 277-284 (2007).
- Song, L. P., Peng, D. L., Jin, Z., Yao, L., Ning, N., Guo, X. J., Zhang, T., Gray matter abnormalities in developmental stuttering determined with voxel-based morphometry, *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*, 87 (41) (2007).
- St. Louis, K., Flynn, T., Hutson, M., *Support/Therapy Group Interaction with Adults Who Stutter: A Participatory Demonstration of a Dynamic and Fun Model*, Workshop presented at the Annual Convention of the National Stuttering Association (2011).
- Starkweather, C. W., *Fluency and Stuttering*, Eaglewood Cliffs, New Jersey, 11, 75-78, 228-229 (1987).
- Steele, R. D., Baird, A., McCall, D., Haynes, L., Combining teletherapy and on-line language exercises in the treatment of chronic aphasia: An outcome study, *International Journal of Telerehabilitation*, 6 (2), 3-20 (2014).
- Stokes, T. F., Bear, D. M., An implicit technology of generalization, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10, 349-367 (1977).
- Straub, D., Keil, M., Brenner, W., Testing the technology acceptance model across cultures: A three country study, *Information and Management*, 33, 1-11 (1997).
- Sugarman, M., Yaruss, J. S., Use of helpful counseling techniques for fluency therapy Third Annual International Stuttering Awareness Day (ISAD), On-line Conference (2000).
- Sun, H., Zhang, P., The role of moderating factors in user technology acceptance, *Int. J. Human-Computer Studies*, 64, 53-78 (2006).
- Şenel E., History of teledermatology: A technique of the future in dermatology, *Skinmed*, 8 (3), 167-170 (2010).
- Tezcan, M., *Gençlik sosyolojisi ve antropolojisi araştırmaları*, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Yayınları, Ankara (1997).
- Theodoros, D., A new era in speech-language pathology practice: Innovation and diversification, *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14 (3), 189-199 (2012).
- Theodoros, D. G., Telerehabilitation for service delivery in speech-language pathology, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 14 (5), 221-224 (2008).

- Tindall, L. R., Huebner, R. A., Stemple, J. C., Kleinert, H. L., Videophone-delivered voice therapy: A comparative analysis of outcomes to traditional delivery for adults with Parkinson's disease, *Telemedicine and e-Health*, 14, 1070-1077 (2008).
- Todd, E., Mirawdeli A., Costelloe, S., Cavenagh, P., Davis, S., Howell, P., Scores on Riley's stuttering severity instrument versions three and four for samples of different types of speech material. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 1-15 (2014).
- Topbaş, S., Maviş, İ., Özdemir, S., Tuncer, M., Ünal, Ö., Güven, S., Altınsoy, A., Topbaş, O., St. Louis, K., Proje: e-ÖZYARDEP: Kekemelik İçin İnternet Ortamında Topluluk Temelli Öz-Yardım Destek Grupları Oluşturma Programı, Eskişehir, Tübitak (2009).
- Towey, M., Speech telepractice: Installing a speech therapy upgrade for the 21st Century, *International Journal of Telerehabilitation*, 4 (2) (2012).
- Towey, M., Speech therapy telepractice for vocal cord dysfunction (VCD): MaineCare (Medicaid) cost savings, *International Journal of Telerehabilitation*, 4 (1), 3436 (2012).
- Towey, M., Speech Therapy Telepractice, Kumar, S., Cohn, E. R. (ed.), *Telerehabilitation*, Springer, London 101-123 (2013).
- Trochim, W., Donnelly, J., Arora, K., *Research Methods: The Essential Knowledge Base*, Cengage Learning, UK (2015).
- Tsai, C-H., Rural residence' acceptance towards a telehealth system: The integrative perspective of technology acceptance model and social cognitive theory, *Scientific Research and Essays*, 9 (9), 380-383 (2013).
- Tucker, J. K., Perspectives of speech-language pathologists on the use of telepractice in schools: The qualitative view, *International Journal of Telerehabilitation*, 4 (2) (2012a).
- Tucker, J. K., Perspectives of speech-language pathologists on the use of telepractice in schools: The quantitative survey results, *International Journal of Telerehabilitation*, 4 (2), 61-72 (2012).
- Türk, E., Karagülle, E., Aydoğan, C., Oğuz, H., Tarım, A., Karakayalı, H., Haberal, M., Use of telemedicine and telephone consultation in decision-making and follow-up of burn patients: Initial experience from two burn units, *Burns* (2010).
- Ukens, L. L., *The New Encyclopedia of Group Activities*. John Wiley & Sons, Ltd., UK (2004).
- Uludağ, A., Doktor-Hasta İletişimi Açısından Hastanelerde Hekim Seçme Uygulaması: Karşılaştırmalı bir Çalışma, Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, Türkiye (2011).
- Unger, J., The Immediate and Long-term Effects of Altered Auditory Feedback (AAF) on the Characteristics of Persistent Developmental Stuttering, Doktora Tezi, Pädagogische Hochschule Heidelberg, Heidelberg, Almanya (2012).

- Valentine, D. T., Stuttering intervention in three service delivery models (direct, hybrid and telepractice): Two case studies, *International Journal of Telerehabilitation*, 6 (2) (2014).
- Van Beijsterveldt, C. E. M., Felsenfeld, S., Boomsma, D. I., Bivariate genetic analyses of stuttering and nonfluency in a large sample of 5-year-old twins, *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 53, 609-619 (2010).
- Van Riper, C., *The Nature of Stuttering*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, New Jersey, 468 p. (1982).
- Voltan-Acar, N., *Grupla Psikolojik Danışmada Alıştırmalar Deneyler (4. baskı)*. Nobel Yayın dağıtım, Ankara (2010).
- Wade, V. A., *What is Needed for Telehealth to Deliver Sustainable Value to the Routine Operations of Health Care in Australia* (2013).
- Waite, M., Theodoros, D. G., Russell, T., Cahill, L., Assessing children's literacy via an Internet-based telehealth system, *Telemedicine and e-Health*, 16, 564-575 (2010b).
- Waite, M., Theodoros, D. G., Russell, T., Cahill, L., Internet-based telehealth assessment of language using the CELF-4, *Language Speech and Hearing Services in Schools*, 41, 445-458 (2010a).
- Walker, D. M., *Mental Health Treatment Online*, Digital Inclusion Team, London (2007).
- Walton, P., Wallace, M., *Fun with Fluency: Direct Therapy with the Young Child*, Imaginart, Canada (1998).
- Ward, D., *Stuttering and Cluttering: Frameworks for Understanding and Treatment*, Psychology Press, New York (2006).
- Ward, E., Crombie, J., Trickey, M., Hill, A., Theodoros, D., Russell, T., Assessment of communication and swallowing post-laryngectomy: A remote telerehabilitation trial, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 15, 232-237 (2009).
- Watkins, K. E., Smith, S. M., Davis, S., Howell, P., Structural and functional abnormalities of the motor system in developmental stuttering, *Brain*, 131, 50-59 (2008).
- Whitten, P., Love, B., Patient and provider satisfaction with the use of telemedicine: A Overview and rationale for cautious enthusiasm, *Journal of Postgraduate Medicine*, 51, 294-300 (2005).
- Whitten, P., Sypher, B. D., Evolution of telemedicine from an applied communication perspective in the United States, *Telemed J E Health*.12 (5), 590-600 (2006).
- Wilkie, T., Beilby, J., Post-treatment stuttering severity under different assessment conditions, *Australian Journal of Human Communication Disorders*, 24, 19-27 (1996).
- Wilson, L., Onslow, M., Lincoln, M., Telehealth adaptation of The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention: Five case studies, *American Journal of Speech-Language Pathology*, 13, 81-93 (2004).

- Wingate, M. E., *The Structure of Stuttering*, Springer, New York (1988).
- Yairi, E., Ambrose, N. G., *Early Childhood Stuttering for Clinicians by Clinicians*, Austin, TX: Pro-Ed, 6, 138-139, 152-155, 188, 261-262, 288, 387-388 (2005).
- Yairi, E., Ambrose, N. G., *Epidemiology of stuttering: 21st century advances*. *Journal of Fluency Disorders*, 38, 66–87 (2013).
- Yaruss, J. S., Conture, E. G., *Stuttering and phonological disorders in children: Examination of the Covert Repair Hypothesis*, *Journal of Speech and Hearing Research*, 39, 349-364 (1996).
- Yaruss, J. S. *Documenting individual treatment outcomes in stuttering therapy*, *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders* 31, 49–57 (2004).
- Yaruss, J. S., Quesal, R. W., *Research based stuttering therapy revisited*, *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders*, 12(2), 22–24 (2002).
- Yaruss, J. S., Quesal, R. W., *Overall assessment of the speaker’s experience of stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment*, *Journal of Fluency Disorders*, 31, 90-115 (2006).
- Yıldırım, A., Şimşek, H., *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (Nineth Edition) (Qualitative Research Methods in Social Sciences)*, Seçkin Yayınevi, Ankara (2013).
- Young, M., *Predicting ratings of severity of stuttering*, *Journal of Speech and Hearing Disorders (Monograph Supplement)*, 7, 31-54 (1961).
- Zebrowski, P. M., Kelly, E. M., *Manual of Stuttering Intervention*, Singular, USA (2002).
- http-1** <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F98.5> (25.05.2015).
- http-2** <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16198> (25.05.2015).
- http-3** <http://www.telesaglik.gov.tr/hakimizda> (25.05.2015).
- http-4** <http://www.mnsu.edu/comdis/isad8/papers/kuster8.html> (25.05.2015).
- http-5** <https://www.mnsu.edu/comdis/ISAD3/papers/yaruss3.html> (25.05.2015).
- http-6** http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=§ion=Key_Issues (25.05.2015).
- http-7** <http://www.akamai.com/dl/akamai/akamai-soti-q114.pdf> (25.05.2015).
- http-8** http://www.infanthearing.org/ehdi-ebook/2014_ebook/18-Chapter18UsingTelepractice2014.pdf (25.05.2015).
- http-9** <http://www.dimensionsofculture.com/2010/10/eight-dimensions-of-american-culture/> (25.05.2015).
- http-10** <http://www.dimensionsofculture.com/2010/11/how-culture-affects-expectations-of-physicians/> (25.05.2015).
- http-11** <http://americaninstituteofstuttering.org/treatment.php> (25.05.2015).

EKLER

EK 1. Araştırmacının Kekemelik ve Tele-terapi Hakkında Perspektifini Açıklaması

Araştırmacı yüksek lisans, doktora öğrenimi ve meslek hayatı boyunca kekemeliğe hep özel bir ilgisi olmuştur ve tez çalışmalarında bu konuşma bozukluğuyla ilgili çalışmalar yapmıştır. Bu tercihte, lisans eğitiminin psikolojik danışma ve rehberlik olması ve kekemeliğin hala çözülememiş pek boyutunun olması etkili olmuş olabilir. Araştırmacının akıcılık biçimlendirme yaklaşımından ziyade, tutumları ele alan kekemelik değiştirme ve danışmanlık yaklaşımlarının daha etkili olduğuna ilişkin bir eğilimi olabilir.

Araştırmacı kişisel hayatında teknolojiye önemli düzeyde bir ilgisi bulunmaktadır. Akademik hayatında da bu ilgi hazırladığı ödevler ve projelerde kendisini göstermiştir. Bundan dolayı araştırmacı tele-terapinin etkili olduğuna ilişkin pozitif bir önyargıya sahip olabilir. Mesleki uygulamalarında yurtdışından ve kırsal bölgelerden gelen vakalara yeterli hizmet verememenin yarattığı his de bu tutumun oluşmasında etkili olmuş olabilir. Diğer yandan araştırmacı yanlı bir değerlendirmeyi önlemek için, bu eğilimini kontrol etmenin ve katılımcıların perspektiflerini öne çıkarmanın önemini farkındadır.

Araştırmacı, teknolojiye olan ilgisine rağmen, muhtemelen yaşadığı kültürün de etkisiyle, sosyal ilişkilerinde online görüşmelerden ziyade yüz yüze görüşmeleri tercih etmektedir. Zira ilişkide temas etmenin önemli olduğunu düşünmektedir ve göz kontağına önem vermektedir. Ayrıca araştırmacı mesleki uygulamalarında gerektiğinde vakaya dokunmanın önemine de inanmaktadır. Bu durum, her ne kadar alanyazında da vurgulanan konular olmasına rağmen, bu araştırmada tele-terapiyle ilgili temaların belirlenmesinde rol almış olabilir.

EK 2. Araştırmacının Tele-terapi Deneyimini Açıklaması

Katılımcılarla terapilere başlanmadan önce yüz yüze görüşmenin yapılması onlarla ilişki kurulmasını kolaylaştırmıştır. Başlangıçta tele-terapi grubundaki bazı katılımcılarda terapide başarılı olmaya yönelik sınırlı motivasyon gözlemlenmiştir. Adeta yeni bir terapiye başlamamış gibi davranmışlardır. Bu bakımdan tele-terapiyle ilişkilendirilebilecek motivasyonu ve gerçeklik hissini arttırmak için tele-terapi ve yüz yüze terapi grubuna sık sık bilgilendirme ve motivasyon mesajları ve e-postaları gönderilmiştir. Her iki grubun aile üyeleriyle görüşülmüş ve onların desteği alınmaya çalışılmıştır. Duygusal özellikler gösteren katılımcıların bu gibi desteklere daha fazla ihtiyacı olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum terapist için, araştırma dışında alınan vakalara göre, her bir katılımcı için daha fazla çabanın ve zamanın harcanmasına neden olmuştur.

Tele-terapi grubu katılımcıları, yüz yüze terapi katılımcılarına göre kendilerine en uygun gün ve saat verilmesine ve seans saatinin sabit olmasına rağmen daha büyük sık seans iptali yapmışlardır. Tele-terapi grubu katılımcıları, genellikle aynı gün içinde olmak üzere, bu iptalleri bildirirken çok daha rahat davranmışlardır. Tele-terapi seansları, teknolojik aksaklıklarla ilgili ya da ilgisiz olmak üzere, yüz yüze terapilere göre genellikle daha geç başlamıştır.

Alanyazında video izlemeyi sağlayan bir İnternet erişiminin ve bilgisayarın tele-terapi için yeterli olduğu belirtilmektedir. Oysa ön-gereklilikler fazlasıyla sağlanmasına rağmen tahmin edilenden çok daha zor durumlarla karşılaşmıştır. Araştırmanın başarılı olması için yaşanan güçlüklerde klinisyenin son derece sabırlı olması gerekmiştir. Özellikler kaynağı belirlenemeyen veya katılımcının aşamadığı sorunlar oldukça zorlayıcı olmuştur. Bilgisayar mühendisi olan TT1 ve TT7 dahi bazı sorunların çözümünde güçlük çekmişlerdir.

İnternet bağlantısının kopması büyük sorun teşkil etmektedir. Bağlantıda kimi zaman yaşanan donmalar ve vakanın düşünme anları bloklarla karışabilmektedir. Katılımcıların ve klinisyenin sesinde sık sık gecikmeler gerçekleşmiştir (yaklaşık 2 sn) ve bu durum, koro şeklindeki çalışmaları engellemiştir. Özellikle olumsuz hava koşulları bazı katılımcıların sağlıklı şekilde sisteme bağlanmasını engellemiştir. Örneğin art arda beş terapinin olduğu bir günde terapilere yirmi dakika kala İnternet bağlantısı kesilmiştir ve İnternet servis sağlayıcısı sorunu çözememiştir. Bundan dolayı araştırmacı terapileri tüm gece boyunca bir kafede yapmak zorunda kalmıştır.

Adobe Connect tele-konferans sisteminin tasarımı; ekran, ses özellikleri gibi bir çok konuda esnek bir sistem olması ve içerdiği araçlar tele-terapi temelli kekemelik terapisinin başarısını arttırmıştır. Sistemin “Collaboration” seçeneği daha uygun bir çalışma koşulu sağlamıştır. Adobe Connect’in özel yazışma sistemi tele-terapiyi, yüz yüze terapiden üstün kılan bir özellik olmuştur. Terapist grupla tele-terapilerde diğer katılımcılara hissettirmeden bir katılımcıya önerilerde

bulunabilmiştir. Görsel materyallerin kalitesi, yazıların büyüklüğü önem arz etmiştir. Her seansın kayıt edilebilmesi büyük avantajlar sağlamıştır. Ancak ücretsiz versiyonda kaydedilen videolar belli bir süre sistemde saklanmaktadır ve sonra sistem tarafından silinmektedir. Kayıtların sabit bilgisayara aktarılması oldukça zaman almıştır. İnternete kablolu şekilde bağlanması İnternetin stabil olma düzeyini arttırmıştır. İnternet bağlantı hızı düştüğünde ses ve görüntü kalitesinin düşürülmesine ilişkin esneklik, sürecin devam etmesini kolaylaştırmıştır.

Katılımcılara araştırmanın başında tele-terapi için bilgisayar, kulaklık ve mikrofon gibi yeterli donanım ve stabil, hızlı bir İnternet bağlantısına sahip olup olmadıkları sorulmuştur. Ancak buna rağmen bazı sorunlar yaşanmıştır. Örneğin kulaklığın olmaması sesin yankılanmasına neden olmuştur. Bu noktada araştırmacının kararlı olması problemlerin daha hızlı çözülmesini sağlamıştır. Ayrıca katılımcının tek başına katılabildiği; sessiz, yeterli ışığın olduğu ve uygun akustik özelliklere sahip bir ortamın kullanımı büyük önem arz etmiştir. Bu ön-gereklilik sağlanmadığında, kekemelik ölçümünde, bazı tekniklerin kullanımında, katılımcının fiziksel tepkilerini gözlelemede ve terapi teknikleriyle ilgili model olmada sorunlar yaşanmıştır.

Bazı katılımcılar bilgisayar kullanımıyla ilgili yardımcılarından destek almıştır. Bu durum, terapist ve katılımcı arasındaki ilişkinin kurulmasının gecikmesine neden olmuştur. Bazı katılımcılar tele-terapide, ev ortamında olduklarından dolayı ve bu konu sık sık hatırlatılmasına rağmen, sanki bir terapide değilmiş gibi davranışlar sergilemişlerdir. Örneğin bir katılımcı aç olan kedisini doyurmuş, bir katılımcı cep telefonunu açmış ve bir diğer katılımcı ise işten çok geç geldiğinden dolayı seansta aperatif yiyecekler yemiştir. Kadın katılımcıların ve gruba göre yaşça daha büyük olan katılımcıların teknoloji kullanımında daha fazla güçlük çektiği gözlemlenmiştir. En zor aşamalardan biri sistemin kurulma aşaması olmuştur. Bunun için resimli bir tele-terapi kılavuzunun hazırlanmış olması sistemi kullanmanın öğrenilmesini kolaylaştırmıştır.

Katılımcıların dokuz haftalık bireysel terapilerinin ardından yapılan grup tele-terapilerinden daha fazla keyif aldıkları görülmüştür. Bu, terapist için de geçerli olmuştur. Grup terapilerinde katılımcıların birbirine yardım etme süreci, tele-terapilerde çok daha çarpıcı şekilde gerçekleşmiştir. Örneğin TT9'un TT6'ya ve TT4'ün TT8'e yardım etmesi, desteği alan katılımcılarda önemli değişiklikler sağlamıştır

Grup tele-terapilerinde sekte gecikmelerden dolayı söz sırası almada sorunlar yaşanmıştır. Kimi zaman bir katılımcının sisteme bağlanamamasına bağlı olarak ideal grup sayısına ulaşılmakta güçlük çekilmiştir. Katılımcının terapi sürecini ek bir araçla kaydetme olasılığı, sürecin ve diğer bireylerin mahremiyetini zedeleyebileceğinden dolayı araştırmacıyı kaygılandırmıştır. Aynı şekilde

araştırmacı verilerin sabit bilgisayarda kaydedildikten sonra kayıtların güvenliğini sağlamak için çaba göstermiştir.

Tele-terapi katılımcılarda olduğu kadar klinisyen için de mekan esnekliği sağlamıştır. Sözelimi klinisyenin gece 22:00'de yapılan bir seans için bir merkezde bulunması gerekmemiştir veya seyahatlerinde katılımcılarla terapileri sürdürülebilmiştir. Tele-terapi katılımcı grubunun büyük ölçüde genç bireylerden oluşması ve teknolojiye ilgi duyması tele-terapiyle ilgili memnuniyeti arttırmıştır. Ancak bazen önerilen egzersizleri düzenli yapmada güçlük çektikleri görülmüştür. Bunun nedeni olarak bu yaş döneminde belirgin olan; öğrencilik, yoğun iş temposu, yaşamdaki hızlı değişiklikler gibi faktörlerin rol almış olabileceği düşünülmektedir.

Katılımcılardan dil ve konuşma merkezlerine uzak şehirlerde yaşayanlar, genellikle herhangi bir terapi veya kurs deneyimine sahip olmayanlar daha fazla sürece bağlanmış, konuşma akıcılıklarında ve genel yaşamlarında daha büyük farklılıklar yaşamışlardır.

EK 3. Yarı Yapılandırılmış Mülakat Soruları

1. Kekemelik terapisini uzmanla hiç yüz yüze görüşmeden almak nasıl bir deneyimdi?
2. Tele-terapi size uygun muydu? Uygun olmasında (ya da uygun olmamasında) hangi nedenler etkili oldu?
3. Tele-terapide gerçekleşen araştırmaya katkıda bulunacağını düşündüğünüz herhangi bir yaşantınız var mı? Yaşadıysanız paylaşır mısınız?
4. Tele-terapiyi yüz yüze terapiyle karşılaştırmak isteseniz neler söylediniz?
5. Sizce kekemelik terapisinde kullanılan tekniklerin uygulanmasında terapinin online olmasına bağlı olarak sorun yaşandı mı? Yaşandıysa açıklar mısınız? (Tele-terapiden dolayı bazı tekniklerin sağlıklı şekilde uygulanamadığı oldu mu?)
6. Tele-terapide doğrudan göz kontağının kurulamıyor oluşu sizin açınızdan süreci nasıl etkiledi?
7. Grupla tele-terapinin bireysel tele-terapiden sizce farklılaşan yönleri nelerdi? Avantaj ve dezavantajları nelerdir?
8. Gerekirse bir sonraki alacağınız terapide tele-terapi yöntemini mi yüz yüze terapi yöntemini seçerdiniz? Sebepleri neler?
9. Tele-terapinin birey üstünde daha etkili olması için önerileriniz nelerdir?

EK 4. TT1 ile Yapılan Yarı-yapılandırılmış Mülakatın Deşifresi

1) Kekemelik terapisini uzmanla hiç yüz yüze görüşmeden almak nasıl bir deneyimdi?

Hem iyiydi hem kötüydü. Online terapinin en kötü yanı kendi adıma konuşuyorum. Yeni evliyim. Karımla sinemaya gideceğim. Benim eşim zaten hemşire. Gece nöbetleri oluyor çok gezmeye vakit ayıramıyoruz. Tam sinemaya gideceğiz Emrah Bey terapi yapalım diyor. Online terapinin bence en büyük sıkıntısı bu. Bunun yanında ben uzaktayım. Her hafta gelmeyi isterim. Ama bunun maddi ve zaman bulmak sıkıntı. Yani hem o yönü var hem bu yönü var. Şöyle söyleyeyim. Bunlar sadece benim adıma. Ben kırk yıllık evli olsam, elli yıllık evli olsam her şeyim olsa çoluğum çocuğum olsa mesela bana çok kolay. Ama şu anda yeni bir şirket kurma aşamasındayım. Yeni evlendim. Eşim bir de bir şey söyleyince küsüyor bana. Bir haftadır küsüz. Küs olunca benim kafam terapiye gitmiyor, eşime gidiyor. Nasıl mutlu ederim, eşimle nasıl barışıyorum. Bunlar her zaman daha ağır basıyor terapilerden.

2) Tele-terapi size uygun muydu? Uygun olmasında (ya da uygun olmamasında) hangi nedenler etkili oldu?

Ben mesela şöyle bir şey seviyorum. Buraya gelirken İstanbul'u çok seviyorum, fotoğraf çekeceğim diye geliyorum, Emrah Bey'i göreceğim diye seviniyorum. Benim buraya gelme şeyim Emrah Bey'den çok daha fazla büyüyor. Yani buraya sadece terapi yapmaya değil de çok daha fazla şey yapmaya geldiğim için buradaki şey bana daha çok mutluluk veriyor. Online bana uygundu ama benim kendi açımdan bana yararlı olmadı. Belki başka bir insana yapsanız olur. Çünkü benim kendi kısıtlamalarımın dolayısı yeterli olmadı. Mesela şimdi ben grup terapisine girdim, bir tane ev hanımı vardı. Ev hanımı için çok uygundur belki. Ama benim kendi adıma mesela ben şey isterdim her gün isterdim. Ama ona ne benim gücüm yeter ne Emrah Bey'in zamanı yeter. Böyle bir şey bana çok şey geldi. Ben çok şey bir insanım dansta olsun, fotoğrafta olsun... Bana böyle haftada bir defa çok şey geldi bir hafta yap bir hafta bekle... Ama tabi şu da var. Ben Emrah Bey'le ben bunu haftada dört gün yapamam. Çünkü yine dans var, fotoğraf var bir de bu var.

3) Tele-terapide gerçekleşen araştırmaya katkıda bulunacağını düşündüğünüz herhangi bir yaşantınız var mı? Yaşadıysanız paylaşır mısınız?

Şöyle bir şey var. Ben şimdi Emrah Bey ile konuşuyorum. Bu terapiye benim kendi açımdan belki Emrah Bey'in şeyi içerisinde en zor yaşantısı olan benim. Şimdi ben buna nasıl bir giriş yapayım onu bilmiyorum. Şöyle bir şey var. Terapiden ziyade Emrah Bey'in kendisini düşündüğünde insanda bir motivasyon oluyor terapi yapmadan da. Emrah Bey söz konusu olduğu anda, Emrah Bey'in bir psikologdan çok daha farklı bir özelliği var bence. Sadece benim görmediğim bir şeyi var. Emrah Bey'i düşündüğüm anda bende bir rahatlama oluyor. Emrah Bey damardan bir şey mi diyeyim. Bir rahatlama oluyor Emrah Bey var ya da şöyle söyleyeyim arkamda Emrah Bey olduğunu bilmek belki terapiden bana daha iyi geliyor. Öyle söyleyeyim yani size.

4) Sizce kekemelik terapisinde kullanılan tekniklerin uygulanmasında terapinin online olmasına bağlı olarak sorun yaşandı mı? Yaşandıysa açıklar mısınız? (Tele-terapiden dolayı bazı tekniklerin sağlıklı şekilde uygulanamadığı oldu mu?)

İşte en büyük sıkıntı bence kendi adıma ben çok şey bir insanım, çok her şeyi soran bir insanım, her şeyi araştıran bir insanım. Mesela Emrah Bey'le yarın yapacağız diyoruz. Yarın birisi bana dansa gidelim diyor, tiyatroya gidelim diyor. Kafam orada kalıyor. Kafam bir yerde kaldığı zaman online terapi diğer tarafta kalıyor. Şöyle bir şey var, normal terapi yine söylüyorum çok rahat insanların daha yapabileceği bir şey. Bana uymadı. Ben tam kendi adıma yapamadım. Online terapide hiçbir sorun yoktu. Yüzde yüz ben çok iyiydim, yine iyiyim. Ama şu da var Emrah Bey'i görünce de ben şey oluyorum. Oda var. Yine oraya geliyor. Emrah Bey'in bana yaklaşımı online terapide çok şey geçiyor. Yine etrafımda ki şartlara göre beni biraz daha kısıtlıyor online terapi yarıda kalıyor yani. Hayat şartları biraz daha kısıtlı olduğu için çok şey kalıyor. Yine söyleyeceğim, bir ev hanımı için online terapi belki en güzel şeydir. Bir de şu da var ne kadar insanın az hobisi varsa o kadar işe yarar.

5) Tele-terapiyi yüz yüze terapiyle karşılaştırmak isteseniz neler söylediniz?

Yüz yüze terapi yüzde bin daha benim için mutluluk. Daha heyecanlı. Yapsaydık yüz yüze olduğu için değil. Benim tabularım var İstanbul'da. İstanbul aşığı bir insanım. Mesela İzmir'de olsaydı yüzde elli gelirdim. Ama İstanbul'da olduğunu bilmek bile bana çok büyük keyif veriyor. Ankara'da olsaydı bu kadar keyif vermezdi. Çünkü hayattaki en büyük üzüntülerim orada yaşandı. O yüzden Ankara'da olsaydı bilmiyorum yani bu kadar... Ben yüz yüze isterim bu saatten sonra denk gelirse. Şöyle bir şey var yüz yüze insan çok daha rahat anlatıyor. Online terapide İnternet gidiyor, bir şey oluyor, kapı çalıyor, telefon çalıyor. Hani dediğim gibi benim çok kolay dikkatim dağılır. Şimşek çakıyor, bir şey oluyor, İnternetin bağlantısı kopuyor. Mesela benim evimde üç tane bilgisayar var kulaklık şeyini ben çözemedim. Emrah Bey biliyor. Üç tane bilgisayar var iki laptop bir kasa. Laptopu taktım laptopun mikrofonu oluyor, öbürünün kamerası olmadı. Mesela işte online terapide bir şey. Bir de mesela şeydi benim yaşadığımı başkası yaşasa aman der büyük ihtimalle. Çünkü evde onu kurdum böyle tekrar gittim, tekrar kurdum. Format atıyorum mesela, kamera olmadı gittim yeni kamera aldım sorunu çözdüm. Ama evdeki en kötü bilgisayara uydu, yenilere değil ama. Teknolojinin azizliği...

6) Tele-terapide doğrudan göz kontağının kurulamıyor oluşu sizin açınızdan süreci nasıl etkiledi?

Ben hep kurdum bunu. Emrah Bey'de kurdu. Ben hep Emrah Bey'in yüzüne baktım kutucuktan. Beni etkilemedi.

7) Gerekirse bir sonraki alacağınız terapide tele-terapi yöntemini mi yüz yüze terapi yöntemini seçerdiniz? Sebepleri neler?

Ben zaten bu saatten sonra Emrah Bey'den başkasına şey yapmam. Ben burada yüzde yüz düzelene kadar geleceğim. Hemen olmayacak büyük ihtimalle ama sonuna kadar gideceğim. Emrah Bey bana git git diyene kadar geleceğim. Emrah

Bey'den bağımsız olarak ben tele-terapiyi tercih etmezdim. Yüz yüze tercih ederdim. Emrah Bey'in içinde olduğu terapiyi isterim ben yine. Benim şu andaki tek şeyim Emrah Bey'e bağlı. Mesela şey olsun terapi uzaydan, marstan ödül alsın ama onun yerine Mustafa'yı koyun ben bu terapiye gitmem. O kadar söyleyeyim.

8) Grupla tele-terapinin bireysel tele-terapiden sizce farklılaşan yönleri nelerdi? Avantaj ve dezavantajları nelerdir?

Grup olunca bir insan soru soruyor o cevap veriyor. Ama birebirdeyken terapist ile daha kolay anlaşıyorsunuz. O anda bir sorun varsa hemen söylüyorsunuz. Ama öbür terapide öyle bir şey olmuyor. İyiliği var da yüzde elli iyiliği var. Ama benim kendi açımdan birebir terapide yüzde seksen. Mesela az önce okurken hemen söyledim ben size. Ama grup terapide olsa söyleyemem, orada onu ben dile getiremem. Bir de şöyle bir şey oluyor ben dikkatliyimdir mesela izliyorum bir tane bayanla biri daha vardı. Ben konuşurken diğer insanlar havaya bakıyorlar. Çünkü bu insanın şeyindedir, kimse öyle dikkatli bir şekilde izleyemez. Ben orada görüyorum. Biri televizyona bakıyordu, biri bir şeye bakıyordu, kocası geçiyor... grup terapilerinin de şeyi bu benim kendi açımdan. Ben bir defa grup terapilerine girdim çok bir şey de diyemeyeceğim avantajı oldu diye. Benden iyileri ve benden kötülerini görmüş oldum.

9) Tele-terapinin birey üstünde daha etkili olması için önerileriniz nelerdir?

Çok fazla var ama kafamda nasıl toparlayacağım. Şöyle bir şey olması lazım şimdi tekrar dediğim gibi bu tüm terapiler, tüm şeyler en basit insana göre yapılır. Bunu sonra insanlar şey yapar. Şöyle bir şey var bunun şeyi kontrol. Ben dışarıda kontrolü sağlayamıyorsam bunun farklı bir yolu olması lazım. Ben dedim Emrah Bey'e kafaya mı vurulur, iğne mi yapılır, hap mı verilir... Şöyle bir şey var benim yerimde bir başka insan var, çok rahat bir insan o terapiyle üç günde şey oluyor. Ama benim şartlarımda bir insan iki sene oluyor, üç sene oluyor. İnsanlardan kaynaklanan terapi farkı var. Bunu nasıl gideririz onu bilmiyorum ama. Şöyle olabilir belki, anne babalarla konuşmak... Ben mesela anne babadan çok şey yaptım hiç destek görmedim. Şöyle söyleyeyim ben kendi eşimde bile göremiyorum. Ben hiçbir şekilde destek görmedim. En başta eşim kâğıttan okuyordu falan, soru soruyordu. Ama eşim şu anda çok yıpranmış halde hemşirelikten dolayı, iş değiştirecek. Böyle geliyor uyuyor tüm gün, zaten hep uyuyor. Şu anda ben destek görmedim kimseden bir de bu var. Belki destek görsem daha motive olacağım. Mesela Emrah Bey gönderiyor maille belli bir grubunuzla video çekin diye hayatta böyle bir şey gelmiyor aklına ne benim eşimin. Belki bu büyük şehirde yaşamının sıkıntısı, yeni evlenmenin sıkıntısı, hep böyle bir koşuşturmanın sıkıntısı. Biz hep zaten bir yere koşuşturuyoruz. Eve gidiyorum hadi hemen yemek yiyelim dansa koşuşturalım, sinemaya koşuşturalım. Böyle rahat bir yere giderken bile hep koşurmaca. Belki bundan dolayı bu terapinin gereksinimleri daha şeyde kalıyor. Başka öneri sizinle konuştuktan sonra onlar gelir büyük ihtimalle. Çok çok var da... yine burada en fazla söyleyeceğim şey anne babanın en büyük rolü. Mesela şöyle bir şey var benim babam çok şeydir, düz bir insandır. Diyorum ki bak ben terapi alıyorum düz olma diyorum, düz oluyor inatla. Hani şey olmuyor. Benim oğlum terapi alıyor, mesela anne baba konuşuyorlar oğlumuz terapi alıyor şunu şunu yapmayalım yok. Mesela annem aşırı nettir aşırı. Mesela eşimi Serap'ı çok seviyor, Serap'ı böyle görüyor

feryat ediyor. Ben diyorum nasıl bağırmam, bağırıyorum böyle bir sus hiç yok. Telaşlı telaşlı konuşuyor mesela bu bana düşüş oluyor. Bence bu çok büyük bir etken. Anne babayla mı görüşmesin diyeyim ne diyeyim. En büyük etken buraya gelmek. Yüz yüze olmak bu işi bilen biriyle. Bu işte güler yüzlülük... Emrah Bey çok güler yüzlü olduğu için Emrah Bey'i çok seviyorum

EK 5. TT2 ile Yapılan Yarı-yapılandırılmış Mülakatın Deşifresi

1) Kekemelik terapisini uzmanla hiç yüz yüze görüşmeden almak nasıl bir deneyimdi?

Çok değişikti. Bir de şey Türkiye’de ilk yapmakta çok güzeldi. Yani başlarda nasıl diyeyim bu kadar başarılı olacağını pek sanmazdım ama gayet başarılı, çok başarılı bir yöntem bence. İnternet kopuklukları falan olmazsa çok iyi bir yöntem.

2) Tele-terapi size uygun muydu? Uygun olmasında (ya da uygun olmamasında) hangi nedenler etkili oldu?

Hem uygun hem değil. Uygun çünkü bu yoğunlukta akşam on birde bile tele-terapi yapıyorduk. Uygun değil çünkü çok fazla bağlantı sorunu yaşadık. Ben bir de göz teması kurmayı seven birisiyim.

3) Tele-terapide gerçekleşen araştırmaya katkıda bulunacağını düşündüğünüz herhangi bir yaşantınız var mı? Yaşadıysanız paylaşır mısınız?

Evet var. Çok yoğunum bu şeye kadar. Bu yoğunlukta sabah dokuzdan öğlen üçe dörde kadar derse girerdim. Oradan çocukların yanına giderdim. Oradan gelir saat dokuza ona kadar dans ederdim. Gelir bir de tele-terapi yapardım. Yani yoğunlukta gelenler için çok iyi bir şey.

4) Sizce kekemelik terapisinde kullanılan tekniklerin uygulanmasında terapinin online olmasına bağlı olarak sorun yaşandı mı? Yaşandıysa açıklar mısınız? (Tele-terapiden dolayı bazı tekniklerin sağlıklı şekilde uygulanamadığı oldu mu?)

Hayır.

5) Tele-terapide doğrudan göz kantağının kurulamıyor oluşu sizin açınızdan süreci nasıl etkiledi?

Etkisi çok yoktu aslında. Gayet başarılı.

6) Tele-terapiyi yüz yüze terapiyle karşılaştırmak isterseniz neler söylediniz?

Dediğim gibi benim tercihim yüz yüze olmak. Ama tabi ki de bu da çok güzel bir şey. Yani bu bağlantı ve teknik sorunları saymazsak eğer gayet başarılı bir yöntem. Ama tabi ki de yüz yüze de daha çok bir sorumluluk var. Yani şu saatte randevumuz var hadi bakalım gel. Geliyoruz tek yaptığımız şey yüz yüze bağlantı kurmak gibi.

7) Grupla tele-terapinin bireysel tele-terapiden sizce farklılaşan yönleri nelerdi? Avantaj ve dezavantajları nelerdir?

Kendim için söylersem eğer grupta daha çok takıldım. Ama grupta çok kişi gördük. Onların nasıl kekelediğini gördük. Çoğu kendi hatamı da onlarda gördüm. Bir ayna gibi oldu.

8) Gerekirse bir sonraki alacağınız terapide tele-terapi yöntemini mi yüz yüze terapi yöntemini seçtiniz? Sebepleri neler?

Evet olabilir. Özellikle bundan sonra. Çünkü ben eğer bir aksilik çıkmazsa Erasmus'a gidiyorum. Sonuçta uzak olunca tele-terapi en iyi yöntem diye bir fikrim var tabii.

9) Tele-terapinin birey üzerinde daha etkili olması için önerileriniz nelerdir?

Aslında yok ama işte tek sorun Türkiye'deki İnternet bağlantısı. Ne kadar hızlı da olsa çok yavaş. Benim için tek sorun kaynağı oydu.

EK 6. TT3 ile Yapılan Yarı-yapılandırılmış Mülakatın Deşifresi

1) Kekemelik terapisini uzmanla hiç yüz yüze görüşmeden almak nasıl bir deneyimdi?

Çok doğaldı diyebilirim. Yüz yüzedekinden farkını tabi ki sizde anlayabilirsiniz. Şu anda sizle birlikte olmamız daha farklı bir şey ama... Ben hiç bu kadar güçlü bir etkileşim olmasını beklemiyordum. O yüzden rahattı. Memnun kaldım. Umduğumdan da etkiliydi. İhtiyacım olan terapi, egzersizlerim ve çalışmalarım belirlenen program doğrultusunda ilerledi. Sağlıklı ve verimli bir deneyim yaşadım.

2) Tele-terapi size uygun muydu? Uygun olmasında (ya da uygun olmamasında) hangi nedenler etkili oldu?

Kendime ben uygun buldum açıkçası. Şimdi böyle sorunca... Bu sorulara karşı tam cevap veremiyorum. Ben bu koşullarda çok sık kaldım. Hani nasıl anlatayım. Bilgisayarla tele-terapi aslında bu kullandığımız şey. Ama bilgisayarla farklı ortamlarda bulunup yine aynı anda karşılıklı görüntülü ve sesli konuşma çok kullandım. Bu çok güzel bir imkan oluyor. Görüşme imkanınız olmayan insanlarla görüşebiliyorsunuz. Bunu çok kullandım. Çok ve çok bence verimli bir şey, güzel bir şey. Ben daha öncede konuşma terapisi aldım. Ama İstanbul'da olduğum için ve çalıştığım için bir konuşma terapisti zaten şu aralar bilmiyorum. Zaten çok yoğun çalışıyorlar. Saat bulması gerçekten çok zor. Ama benim çalışma vardiyalarım genellikle çok yoğun. Saatlerime uydurmam gerçekten çok imkansız oluyor. Tele-terapi olduğu zaman hem terapist için hem de katılımcı için daha esnek bir program sağlıyor.

3) Tele-terapide gerçekleşen araştırmaya katkıda bulunacağımı düşündüğünüz herhangi bir yaşantınız var mı? Yaşadıysanız paylaşır mısınız?

Aklıma gelen bir şey yok şu anda. Yani çevre faktörleri çok olabiliyor. Sizinle burada konuşurken de çok saçma sapan şeyler başımıza gelebilir. Tek hatırladığım bir Pazar sabahı, işte o zaman ülkemizde seçim kampanyaları zamanında bir seçim otobüsünün şarkıları falan olmuştu. Ona çok güldüğümüzü hatırlıyorum. O kadar. Öyle terslik falan yok. Olumsuz bir şey olmadı.

4) Tele-terapiyi yüz yüze terapiyle karşılaştırmak isterseniz neler söylediniz?

Konuşma terapisi alırken terapistinizden aldığımız bir motivasyon var. Bir enerji var. Ben bu enerjiyi zaten daha öncesinden bildiğim ve alışık olduğum için benim için çok bir farkı olmadı. Karşılaştırdığım zaman ben yine aynı hızda, tabi bunu keşke elimizde veriler olsa da karşılaştırsak ama ben kendim olarak yan yana koyduğum zaman hiçbir farkı yoktu aslına bakarsanız benim için.

5) Sizce kekemelik terapisinde kullanılan tekniklerin uygulanmasında terapinin online olmasına bağlı olarak sorun yaşandı mı? Yaşandıysa açıklar mısınız? (Tele-terapiden dolayı bazı tekniklerin sağlıklı şekilde uygulanmadığı oldu mu?)

Hayır. Hani aklıma gelen tek bir tane terslik var. O da son haftalardaki toplu konuşmalardaki bir tane, oda kendi bağlantısından kaynaklanan bir sorundan

dolayı, sorun yaşadık. Yoksa neredeyse yaklaşık on dört hafta oldu neredeyse hiç sorun yaşamadık gayet profesyonel ve çok iyi işleyen bir sistem kullanıldı.

6) Tele-terapide doğrudan göz kontağının kurulamıyor oluşu sizin açınızdan süreci nasıl etkiledi?

Çok önemli bir sorun olduğunu söyleyemem. Süreci etkilemedi.

7) Motivasyon anlamında kendinizi nasıl hissettiniz?

Bu konuya şöyle cevap vereyim. Ben terapi öncesi yüz yüze tanışmıştık. Benim için zor olmadı. Motivasyonum ben zaten Emrah Bey'i tanıdığım için. Onunla birlikte çalışmak bana zaten ayrı bir motivasyon kaynağı oluyor. O yüzden hiç sorun yaşamadım.

8) Grupla tele-terapi deneyiminden bahsedebilir misiniz?

Daha önce de yüz yüze olarak da çalıştığım grup terapileri olmuştu. Farkı çok daha rahat bir ortam. Çünkü aslında artıları da var eksileri de var. Tam nasıl anlatacağımı bilemiyorum. Grup terapilerinde daha rahat bir ortam oluyor. Çünkü şimdi birebir konuşmak farklı bir şey telekonferansta karşılıklı konuşmanız farklı bir şey ama farklı sayılarda, çoklu sayılarda kişinin bir anda bağlanması farklı bir şey. Konsantrasyonunuzu çok etkileyen bir şey. Herkesin biraz kendi kafasından çalmasına biraz yol açan bir şey ama benim bulunduğum ortamlarda böyle bir şey yoktu. Herkes son derece birbiriyle birlikte çalışan insanlardı. Birlikte egzersizlerimizi yaptık ve rahat bir ortam vardı açıkçası. Nasıl anlatacağımı bilemiyorum. Rahatlık, insanların hani bana sorarsanız aynı ortamda olmasından kaynaklanıyordu diyebilirim. Bunu daha öncede yaptığım için sadece bu farkı söyleyebilirim. Çünkü onlarda da birinci terapi sonrası ikinci terapiye geçtiğimiz zaman yine aynı rahatlığı hissediyorduk, yine biz de yakalıyorduk fakat tele-terapide üç farklı grupla çalıştım ben galiba tam hatırlamıyorum şu an ve hepsinde farklı insanlarlaydım. Hiçbir zaman böyle bir şey yaşamadık. Konuşmaya başlama, birbirinden şey yapma, konuşmak istememe ve konuşmaktan çekinme gibi durumlar yaşamadık.

9) Grupla tele-terapinin bireysel tele-terapiden sizce farklılaşan yönleri nelerdi? Avantaj ve dezavantajları nelerdir?

Söylediğim gibi konsantrasyon farkının üzerinde birazcık... Çünkü aslında istediğiniz şey tek bir insanla konuşmak gibi bana geliyor. Bilmiyorum benim hissettiğim şey o ama farkını mı anlatacağım? Tele-terapiyi insanlarla birlikte yaptığınız zaman çok daha eğlenceli tabii ki geçiyor, daha hızlı geçiyor, daha rahat geçiyor çünkü nispeten sizinle aynı pozisyonda olan insanlarla birlikte oluyorsun. İnsanların arasında bir rahatlık seviyesi oluşuyor ve herkes daha rahat konuşuyor. Fakat bireysel çalıştığımızda da daha iyi konsantre olup tekniği daha iyi benimseyebiliyorsunuz diyebilirim.

10) Gerekirse bir sonraki alacağınız terapide tele-terapi yöntemini mi yüz yüze terapi yöntemini seçerdiniz? Sebepleri neler?

Koşullarıma bağlı, bunu şöyle anlatacağım. En başta terapiyi alacağım terapistim ile bir tanışmayı fakat sonrasında tele-terapiyi almayı kesinlikle tercih ederim. Ben mesela kimden konuşma terapisi alacağım konusunda çok seçici bir insanım. O yüzden bunun aslında yüz yüze görüşmek ya da tele-terapi ile de bir alakası

yok. Sadece birlikte çalışacağım insanı tanımak için yüz yüze görüşmeyi çok isterim. Ama sonrası için kesinlikle tele-terapiyi tercih ederim.

11) Tele-terapinin birey üstünde daha etkili olması için önerileriniz nelerdir?

Benim kendi bekleyeceğim şeyi söyleyeceğim yine. Terapiyi verecek kişi ile bir ön görüşme tanışma gibi bir şey kesinlikle olması gerekiyor. Sonrası zaten çok doğal bir şekilde geliyor. Çünkü hani bunların önüne bir bilgisayar konduğu zaman çok farklı bir şey olmuyor. Birebir tam aynısı olmuyor. Değişen hiçbir şey yok. Fakat o samimiyeti ve ritmi yakalamak çok önemli bir şey. O yüzden tele-terapi öncesi bence yüz yüze görüşme, tanışma, bir mülakat gibi bir şey yapılırsa daha verimli, daha güzel sonuçlar alınabilir sadece. Sürece yönelik... açıkçası bence süreç fazla iyi bile, çünkü şu an biraz fazla yoğun hani. Bu konuda daha fazla söyleyebileceğim bir şey yok. Eğer hani buraya gelen herkese söyleyecektim zaten bu süreci birebir takip ederseniz hakikaten şey yapmama şansınız yok. Bu sizi çok rahatlatan, çok geliştiren, sizi çok eğiten bir süreç, bunu takip ederseniz bu size yüzde yüz kesinlikle faydası var. Fakat bunu zaten ne kadar iyi takip ettiğiniz ya da takip etme isteğinizle ilgili bir şey. Bununda telekonferans ile bir alakası yok. Grup seansları ile ilgili verebileceğim bir öneri yok. Zaten şu ana kadar benim kafamda olan çoğu şey terapilerde vardı. Daha farklı yaş grubunda, daha farklı şiddet, konuşma zorluğu çeken insanları bir arada bulunması, birbirlerine sempati duyması açısından. Bunların hepsini ben grup terapilerinde gördüm. Farklı cinsiyet, farklı kültür diyeceğim ama bizde çok olmuyor. Bizim kültürümüz çok büyük olduğu için. Yani daha farklı bir şey söyleyemiyorum şu an.

EK 7. TT4 ile Yapılan Yarı-yapılandırılmış Mülakatın Deşifresi

1) Kekemelik terapisini uzmanla hiç yüz yüze görüşmeden almak nasıl bir deneyimdi?

İlk başta sanki biraz tedirgin olmuştum. Şöyle bir şey aklıma gelmişti. Yan yana dururken o sinerjiyi yakalayabilecek miyiz? Ama sonradan bu terapi süreci devam ederken bu kaygı söndü. Bir fark olmadığını fark ettim.

2) Tele-terapi size uygun muydu? Uygun olmasında (ya da uygun olmamasında) hangi nedenler etkili oldu?

Bunu şöyle cevaplayayım. Ben daha öncede terapi almıştım. Hiç işini bilmeyen kişilerdi. Bir sertifika ile gidip bir konuşma merkezi açmışlardı. Pek bir verim alamadım. Ama bu terapiyi sürdürürken tele-terapi olmasına rağmen çok fayda sağladı bana. Benim için uygundu. Çünkü nasıl söylesem, ben biriyle konuşurken fazla çekinirdim mesela. Ama Emrah Bey'in yanımda olmamasının verdiği bir cesaretle biraz daha kendimi dış ortamlara uydurabildim.

3) Tele-terapide gerçekleşen araştırmaya katkıda bulunacağımı düşündüğünüz herhangi bir yaşantınız var mı? Yaşadıysanız paylaşır mısınız?

Ben bu terapi süreci uygulanırken, ben kendi kendimi şu şekilde cesaretlendirdim. Sürekli aynanın karşısına geçerdim. Kendime telkinlerde bulunurdum ya da sesimi kaydedip kendim dinlerdim telkin vererek. Yani sen takılmıyorsun, sen kekelemiyorsun, akıcı konuşabiliyorsun... Hani sizde biliyorsunuz insanlar bilinç dışı süreçlerde çok fazla hareket ederler. Bende kendi kendimi şey yapmaya çalıştım. Biz tele-terapide teknikleri öğreniyoruz. Ama bence psikolojik danışma safhası biraz eksik. Teknikleri uygularken kişi kendine cesaret verebilir diye düşünüyorum.

4) Tele-terapiyi yüz yüze terapiyle karşılaştırmak isterseniz neler söylediniz?

Ben şu ana kadar iki terapiyi de gördüm. Bence aralarında bir fark yok. Yani şöyle söylemek istiyorum. Eğer ben sizden bu terapiyi yüz yüze almış olsaydım da yine bu sonuç doğmuş olacaktı. Yani değişen bir şey olmayacaktı.

5) Sizce kekemelik terapisinde kullanılan tekniklerin uygulanmasında terapinin online olmasına bağlı olarak sorun yaşandı mı? Yaşandıysa açıklar mısınız? (Tele-terapiden dolayı bazı tekniklerin sağlıklı şekilde uygulanamadığı oldu mu?)

Herhangi bir sorun olmadı. Çünkü uygulanan sitelerde bir sorun görmüyordum. Çünkü sonuçta konuşmaya bağlı. Bir de kendimizi ve birbirimizi yüz yüze görebiliyorduk. Sorun olmuyordu.

6) Tele-terapide doğrudan göz kontağının kurulamıyor oluşu sizin açınızdan süreci nasıl etkiledi?

Ben bu terapi sürecinde hiç göz kontağına takılmadım. Yani böyle bir şey aklıma gelmedi. Ancak bir psikolojik danışma öğrencisi olarak bir terapide göz kontağı çok önemli. Yani tele-terapide insanlar bazen bakışlarını kaçırabiliyorlar.

7) Grupla tele-terapinin bireysel tele-terapiden sizce farklılaşan yönleri nelerdi? Avantaj ve dezavantajları nelerdir?

Bence grupla tele-terapinin şu farkı var. İnsanları psikolojikman etkiliyor. Ben ilk başlarda bireysel terapiyi aldıktan sonra bu teknikleri tanımadığım kişilere tek tek uygulayamayabiliyordum. Ama grupla terapi aldıktan sonra hemen hemen herkesle bu teknikle konuşmayı başarabildim. Dezavantajları yok.

8) Gerekirse bir sonraki alacağımız terapide tele-terapi yöntemini mi yüz yüze terapi yöntemini seçerdiniz? Sebepleri neler?

İsterdim. Bana çok faydası oldu. Yani şöyle ki dış dünyanın biraz yansıması şeklindeydi. Yani beni dış dünyaya hazırladı. Bu terapi sonrasında insanlarla daha rahat konuşabiliyordum. İsterim bir daha almayı.

9) Tele-terapinin birey üstünde daha etkili olması için önerileriniz nelerdir?

İlk başlarda söylemiştim. Biraz daha psikolojik danışma süreci başlatılabilseydi bence daha faydalı olurdu.

EK 8. TT5 ile Yapılan Yarı-yapılandırılmış Mülakatın Deşifresi

1) Kekemelik terapisini uzmanla hiç yüz yüze görüşmeden almak nasıl bir deneyimdi?

Tabi bu deneyim ilk defa bizim hayatımız boyunca, yani benim hayatım boyunca, karşılaştığım bir deneyim. Bir çalışmanın süreci olduk herhalde biz. Yani başta bir yadırgadım hatta ilk geldiğim ki videolarımda da hocam sormuştu sence bu başarılı olur mu demişti. Emin değilim demiştim herhalde öyle bir cevap verdim. Ben pek inanmamış gibiydim. Ama tabi ilk başladığım zamanlarda yani hocamızın da pozitifliği gerçekten hocamız insanı kendine çekebiliyor ve bizimde bu terapiye inanmamız gerçekten de önyargılarımızı yıktı. Çok çok da başarılı olduğuna inanıyorum. Yani hocamızın bizden fazla özveri verdiğini ben gördüm. Bizden fazla bizlerin bu sıkıntısını tamamen yenebilmek için çabaladığını gördüm. Ben çok şaşırılmışım. Yüz yüze görüşmeden tabi çok iyi bir deneyimdi bence başarılı geçti yani yüz yüze görüşmesek bile artık teknolojinin o kadar üst düzey boyutlarındayız ki neredeyse cama el sokup tokalaşacağız insanlarla, karşıdakilerle. Yani nasıl kelimelere döksem şu anda başarı oranı çok etkili oldu yani eksi bir etkisi olmadı yüzde ile ilgili.

2) Tele-terapi size uygun muydu? Uygun olmasında (ya da uygun olmamasında) hangi nedenler etkili oldu?

Tele-terapi bana o kadar çok uygundu ki yani bana değil aslında benim gibi insanlara çok uygundu. Neden diye sorarsanız artık belli bir yaşa gelmişiz biz belli sorumluluklarımız var. Hani bir öğrencilik dönemimiz yok artık, yani boşta zaman geçirebileceğimiz yıllarımız yok. Artık bizim ilk önceliğimiz bu hayatı sürdürebilmek. Yani artık bizim için bu hastalıklar ikinci planlara gitmeye başladı. İşte belli bir sorumluluklarımız var. Kimisi iş hayatında kimisi evli... Yani gerçekten de benim arayıp bulamadığım bir terapiydi bu. Bir de başka bir şehirdesin yani saatini belirliyorsun, hiçbir işinden kalmıyorsun. Hiçbir şey sana engel olmuyor. Yani bu gerçekten hani düşünsen benim aklıma böyle bir terapi gelmezdi ve böyle bir terapi benim karşıma çıktı. Yani inşallah bunu bekleyen binlerce insan vardır. Yani zannediyorum çok şanslıyız bu grup yani hocamın seçtiği grup biz çok şanslıyız. Yani işte bizden sonrakiler içinde inşallah bu şans kullanır herkes.

3) Tele-terapide gerçekleşen araştırmaya katkıda bulunacağını düşündüğünüz herhangi bir yaşantınız var mı? Yaşadıysanız paylaşır mısınız?

Şimdi mesela başlama süreci ve bitiş süreci var. Belli bir dönem var arada. Şimdi ben bu terapiden önce kendi konuşmam artık bana doğal gibi geliyordu hani karşımdaki bir insanın bana onun gibi konuştuğumu zannediyordum ki değilmiş. Ben ilk hocamın çektiği videoyu seyrettim gerçekten konuşurken her konuşma arasında duraksıyordum işte naber iyisin yani kekemelik yok ama işte bloklar duraksamalar çok vardı. Onları gördüm. Yani tabi başlama sürecinden sonra eğitimlerle bunlar giderildi yavaş yavaş. Şu an belki çok az kaldığına inanıyorum. Belki de benim önemli gördüğüm nokta benim ilk videomla son halimi ben bir görmek isterdim yani işte şöyleydim şöyle oldun şöyle oldu yani belli bir süreçte kendimi görmek isterdim. Onlar tabi kaydedildi ama biz tabi onları görme gibi bir zaman dilimimiz olmadı. Bir de genelde insanlar arasında belki kıyaslama olabilir

yani grup terapileri çok iyi geçti çok zevkli geçti. Grup terapilerinde mesela işte başka bir arkadaşımızın bak şu arkadaşın şu seviyedeydi, bu seviyeye geldi, sen de böyle olabilirsin. Hani başarı oranını kıyaslama yapıyor, yani insanları birbiriyle yarışmaya sokabiliyorsun... Bu tip bir uygulamada olabilirdi yani.

4) Tele-terapiyi yüz yüze terapiyle karşılaştırmak isterseniz neler söylediniz?

Yani aslında fark olarak çok az bir fark var. Yüz yüze terapiyle tele-terapi arasındaki mesafeyi değerlendirmek gerekirse yani nasıl açıklayayım. Aslında hiç fark yoktur arasında öyle değerlendirebilirim.

5) Sizce kekemelik terapisinde kullanılan tekniklerin uygulanmasında terapinin online olmasına bağlı olarak sorun yaşandı mı? Yaşandıysa açıklar mısınız? (Tele-terapiden dolayı bazı tekniklerin sağlıklı şekilde uygulanmadığı oldu mu?)

Yani hiçbir şekilde sağlıksız bir şekilde uygulama olmadı. Yani sadece işte bazen hava muhalefetinden dolayı kesinti oluyordu. Ama bütün uygulamalar net bir şekilde anlaşıldı. Daha sonraki işte terapiden sonra aaa ben ne yapacaktım deyip kafamızda soru işareti olduğu zaman daha bu soru işaretini biz kendimize sormadan hocamız bize işte nasıl konuşacaksın video, nasıl okuyacaksın video onları görüyorduk yani. Mesela kontrolü kaybettin ya ben bunu nasıl okuyacaktım diye düşündüğün zaman yani videoyu açıp bakabiliyordun. Yani daha da faydalı oldu. Sadece hava şartlarıdır yani bundaki etmenler teknik sorunlardır.

6) Tele-terapide doğrudan göz kontağının kurulamıyor oluşu sizin açınızdan süreci nasıl etkiledi?

Yani göz kontağı aslında beni hiç etkilemedi. Bu işte yani tabii özveri veriyorsun yani aynı göz kontağını kurabiliyorsun. Karşıdakine dokunamıyorsun ama yani şey yapamıyorsun ama net bir şekilde görebiliyorsun, konuşabiliyorsun. Yani benim için hiçbir dezavantajı olmadığına inanıyorum.

7) Grupla tele-terapinin bireysel tele-terapiden sizce farklılaşan yönleri nelerdir? Avantaj ve dezavantajları nelerdir?

Grup terapileri şimdi bireysel terapilerde genelde kendi yaptıklarını görüyorsun. Ama toplu terapilerde hem neşeli geçiyor. Yani zaman süreci çok uzunda olsa zamanın nasıl geçtiğini anlamıyorsun. Yani daha eğlenceli geçiyor ve onun haricinde de mesela ben işte karşımdaki mesela benden daha iyi konuma gelmiş onu görebiliyorsun. Kendi kendini tetikliyorsun mesela hani ben niye bu kadar ilerleyemedim diye. İşte onun dışında ya da kendinden daha az seviyede olan kişiyi gördüğün zaman hani konuşma olarak aaa ben yol kat etmişim diyorsun mesela. Bence yani grup terapileri bireysele göre daha başarılı, daha iyi.

8) Gerekirse bir sonraki alacağımız terapide tele-terapi yöntemini mi yüz yüze terapi yöntemini seçerdiniz? Sebepleri neler?

Almak isterim. Çünkü yani bu süreç belki daha sonraki dönemlerde tekrar edebilir. Hocamızın işte belli dönemlerde bizi görmesiyle biz kendimizi tekrar bir moda sokabiliriz. Yani şu an belki terapiler bitti artık gevşemeler oluyor haliyle. Ne bileyim ben bu terapilerde her gün egzersiz yaparken şimdi her iki günde bir yapmaya başladım. Kimi zaman üç gün oluyor ama aklımdan çıkarmamaya

uğraşıyorum. Belli dönemlerde yine tele-terapiyi görmek isterim yani hem insana da şöyle yani terapiden sonra psikolojik bir rahatlama geliyor yani.

9) Tele-terapinin birey üstünde daha etkili olması için önerileriniz nelerdir?

Hocam çalışmadığım yerden çıktı. Aslında soru zor değil ama ne cevap vereceğini bilemiyor insan. Aslında belki şu an konuşma arasında ben bu cevabı da vermiş olabilirim yani daha önceki sorularda. Yani dediğim gibi mesele tekrar verdiğim örneği vereyim. Bizim başlama sürecimize devam ettiğimiz süreçler arasındaki o dönemi bizde görebiliriz. Biz işte nasıl konuşuyorduk, nasıl olduk, nasıl bir konumdayız, nasıl devam ettirmemiz gerekiyor. Bizde işte ses kayıtlarımızı, görüntülerimizi, yaptığımız hareketleri belki ben belki fiziksel olarak bir hareket yapmıyorum ama belki sıkıldığım zaman göz kırpıyorum mesela hani bunun mesela ben farkında değilim çok küçük bir ayrıntı. Belki onu da o an keşfedebiliriz. Aaa ben bu kelimeyi mesela söylerken göz kırpmışım... Başka yok sağ olun, teşekkür ederim.

EK 9. TT6 ile Yapılan Yarı-yapılandırılmış Mülakatın Deşifresi

1) Kekemelik terapisini uzmanla hiç yüz yüze görüşmeden almak nasıl bir deneyimdi?

Benim için çok güzel bir deneyim tabii ki. Birazcık bilgisayar hakimiyetimin olmadığı için bilgisayarla alakalı sıkıntılar olmadı değil, oldu. Bundan birazcık şikayetçiyim. Bilgisayar bizim evde yok. Birilerine gitmem gerekiyor. Arkadaşlarımın evine falan gitmem gerekiyor. Uygunlar mı uygun değil mi, saati uygun mu saati uygun değil mi böyle bir sıkıntı oldu benim için. Yani onları ayarlayabilmek falan sıkıntıydı.

2) Tele-terapi size uygun muydu?

Bana uygundu. Çünkü ben Vezirköprü'de olduğum için buraya çok uzak bir yer Vezirköprü. Yani benim için çok iyi oldu. Ben en büyük şansım olarak görüyorum Emrah Bey'i hayatımda. Benim için bir umut oldu gerçekten. Büyük bir umut ışığı oldu benim için.

3) Uygun olmasında hangi nedenler etkili oldu sizin için?

Benim yaşadığım bölgede böyle bir yer yok. Benim ailem bu durumu pek fazla önemsemiyor. Benim kadar kafaya takmıyor. Bunu pek fazla büyütüyorlar benim kadar. Olsa bile büyük ihtimalle götürmeyeceklerdi. Bunun bilincindeyim. Bunun için benim için çok önemli bir şey.

4) Tele-terapide gerçekleşen araştırmaya katkıda bulunacağını düşündüğünüz herhangi bir yaşantınız var mı? Yaşadıysanız paylaşır mısınız?

Grup terapileri benim için çok çok çok güzeldi. Gerçekten çok güzeldi. Sonuçta onlarla beraber ortak bir sorunu paylaşıyoruz. Çok heyecanlıyım. Ben normalde konuşkan falan değilim. Farklı ortamlara girdiğim zaman çok kasiyorum kendimi o yüzden. Benim için çok güzeldi. Çok güzel geçti. Grup terapilerinden çok çok keyif aldım. Ben hep şunu düşünmüştüm. Benim gibi yok gibi geliyordu. Bir tek benmişim gibi geliyordu. Ama bu kırıldı tamamen. Benim gibi varmış. Ortak duyguları paylaştığım birileri de varmış. Beni anlayabiliyorlar sonuçta benimle aynı sıkıntıları yaşıyorlar. Yani bu açıdan çok güzeldi grup terapileri.

5) Sizce kekemelik terapisinde kullanılan tekniklerin uygulanmasında terapinin online olmasına bağlı olarak sorun yaşandı mı? Yaşandıysa açıklar mısınız? (Tele-terapiden dolayı bazı tekniklerin sağlıklı şekilde uygulanamadığı oldu mu?)

Mikrofonun ayarlanması, İnternet bağlantısı gidip geldi. Öyle bir sıkıntım oldu. Sesi alamamak, benim sesim gitmiyordu karşı tarafa böyle sıkıntılar çok çok yaşadık. Ama Emrah Bey'e buradan çok teşekkür ediyorum. Çok anlayışlıydı. Gerçekten çok anlayışlıydı. Çok sabırlı biri. Çünkü bayağı sıkıntılar oldu İnternetle alakalı ama o hiçbir zaman pes etmedi.

6) Tele-terapide doğrudan göz kontağının kurulamıyor oluşu sizin açınızdan süreci nasıl etkiledi?

Beni etkilemedi.

7) Grupla tele-terapinin bireysel tele-terapiden sizce farklılaşan yönleri nelerdir? Avantaj ve dezavantajları nelerdir?

Grup terapisinde benim biraz önyargılarım kırıldı. Bu açıdan benim için önemliydi grup terapileri. Fikirlerim değişti. Mesela ben hiç şey yapmıyordum. Ben hep sustum. Yani insanlardan sürekli saklandım, gizlendim. Ama ben çok büyük bir hata yapmışım. Ama bunu onlar çok benimsemişler. Hiç insanların fikirlerini takmamışlar. Ben bunu fark ettim. Ben çok takıyormuşum insanları. Hep onlara göre yaşamışım hayatımı. Şu ne der, bu ne der, o güler mi, o dalga geçer mi buna göre yaşamışım ama onlarda bu yoktu. Terapilerde benimle aynı sıkıntıyı yaşayan insanların fikirlerini öğrendim. Bireysel terapi tabii ki faydalı oldu benim için ona bir şey diyemem ama grup terapileri benim için bu açıdan gerçekten güzel oldu. Önyargılarım kıldı. Bu benim için büyük bir şey. Gerçekten çok büyük bir şey. Ben mesela ailemle konuşurken bile bazen bu durumdan kaçıyordum. Bu artık böyle olmayacak. İnsanların fikirlerini önemsememeye başladım. Bunu inşallah tamamen şey yapacağım konuşmamın düzelmesiyle. Kırmak istiyorum bir şeyleri artık.

8) Gerekirse bir sonraki alacağınız terapide tele-terapi yöntemini mi yüz yüze terapi yöntemini seçerdiniz? Sebepleri neler?

Tele-terapi almak isterim. Neden almak isterim. Çünkü bu benim için dediğim gibi çok büyük bir umut gerçekten çok büyük. Benim ailem hiç bu durumu önemsemiyor. Küçük bir yerde yaşıyorum zaten. Olsa bile götürmeyecekler. Kesinlikle bundan eminim. Adım kadar eminim. Çünkü bu durumu şey gibi görüyorlar. Yani hiçbir şey yok gibi. Ama var aslında ben bunu çok sorun haline getirdim. Gerçekten konuşmuyorum. Bildiğiniz susuyorum girdiğim ortamlarda. Bu çok kötü bir şey. Bildiğin şeyi söyleyememek çok kötü. Bunu onlar bilmedikleri için götürmeyeceklerdi eminim. Bu benim için gerçekten büyük bir şans, büyük bir umut gerçekten. O yüzden isterim.

9) Tele-terapinin birey üstünde daha etkili olması için önerileriniz nelerdir?

Arada sırada sizinle görüşme olabilir. Terapiler arasında, bireysel terapiler bitmeden yüz yüze görüşme olabilir. Grup terapilerinden çok memnundum. Bireysel terapiler de öyle. Benim bilgisayarla alakalı sorunum var ondada sizin yapabileceğiniz bir şey yok. Ama benim şanssızlığım. Gidiyorum arkadaşına, bilgisayarda hiçbir problem yok, her şey yerinde. Ben geliyorum bilgisayara bir şey oluyor. Bu her zaman böyle olmuştu. Ben İnternete girerim İnternet olmaz. Hep benle alakalı bir problem var. Bunda sizin yapabileceğiniz bir şey yok tabii ki de. Ama bilgisayar almayı düşünüyoruz babam söyledi. Böyle bir şeye vesile olduğunuz için teşekkür ederim. Yoksa bize bilgisayar alırsak bizim evde bir savaş çıkar herhalde. Üçüncü dünya savaşı çıkar diye tahmin ediyorum. Bunu da kırdık sayenizde. İnşallah düşünüyoruz alacağız bakalım. O zaman daha güzel olacak benim için. Kendi evimdeyim, kendi saatimi kendim belirleyebileceğim. Bir başkasına böyle bir şey yapmak çok zor gerçekten.

EK 10. TT7 ile Yapılan Yarı-yapılandırılmış Mülakatın Deşifresi

1) Kekemelik terapisini uzmanla hiç yüz yüze görüşmeden almak nasıl bir deneyimdi?

Bu deneyim güzel bir deneyim olmakla beraber yüz yüze olmak daha farklı bir his yani karşımdasınız, dudaklarınızı görebiliyorum ve bana eğer konuşma terapisinde ki yöntemleri söyleyecekseniz işte ba'yı 'barış ben okula gidiyorum' derken dudaklarınızı görmem gerekiyor, sesinizi duymam gerekiyor, sizden duymam gerekiyor. Yapacağım, olmayacak bakacaksınız bana, direkt yüzüme bakacaksınız ve TT7 olmadı diyecekseniz. Ba'yı 'barış okula gidiyor' diyeceksiniz. Bu anlamda sanki yüz yüze biraz daha iyi ama mesai saatleri açısından, buraya iki saatte geldim, iki saatte gideceğim, altı saatim gidecek. Oysa kaç kere oldu ben dedim ki Emrah Bey dörtte müsait değilim akşam olur mu? Olur TT7 dedi akşam yaparız. Dokuzda eve gittim, yemeğimi yanıma aldım. Geç gitmiştim. Aynen böyle o da biliyor yemek yediğimi. Aldım yemek yiyorum, çay içiyorum o karşımda ve başladık. Diğer türlü ben buradaki randevuyu kaçırırsam bir sonraki haftaya yapmam gerekecek. Ama o yöntemde uygun olan bir saatte olur gece on iki, bir, on herhangi bir saatte yapılabilir. Bu anlamda faydası çok fazla. Yani yüz yüze olmanın faydasıyla evet faydalı ama zaman açısından da, zaman kavramı hiç önemli değil çünkü burada, sanki zaman dolayısıyla daha iyi bu yöntem.

2) Tele-terapi size uygun muydu? Uygun olmasında (ya da uygun olmamasında) hangi nedenler etkili oldu?

Bana uygun bir yöntemdi. İşim bilgi işlem olduğu için uygun bir yöntemdi. Bu yöntemde biraz bilgisayar bilmek gerekiyor. Bilgisayarı kullanabilmek gerekiyor. Mikrofon ayarları, webcam ayarları, bilgisayar ayarları... Çünkü eğer kesinti olursa, İnternet kesintisi, webcamin ayarlanamaması, sesin gitmemesi, gelmemesi ile konsantrasyon dağılabiliyor ve verimsiz oluyor. Bu yöntemi kullanacak kişilerin birazın üzerinde bilgisayar bilmesi gerekiyor. Yani word, excel oyun değilde işte webcam nedir, mikrofon nedir, ses nedir, kulaklık nedir, o program ne işe yarar, nedir bilmesi gerekiyor. Bilirse daha verimli olur, bilmezse çok verimli olamaz. Kesintilere uğrar. O anlamda biraz bilgisayar bilmesi gerekiyor bunu kullanacak kişilerin.

3) Tele-terapide gerçekleşen araştırmaya katkıda bulunacağını düşündüğünüz herhangi bir yaşantınız var mı? Yaşadıysanız paylaşır mısınız?

Yaşamadım aslında. Zaten bilişim benim yaptığım bir iş. Bilgisayarın başındayım ve biliyorum ben ne olacağını çünkü uzaktan eğitimde ben gördüğüm için ve gösterdiğim için üniversitede. Uzaktan eğitim gibi bir şey aslında. Benim için çok farklı değil. O yüzden bilişimci olmak çok iyiydi, avantajdı benim için. Çok fazla avantajdı. Zaten biliyordum. Chat yapmıştım, messenger kullanmıştım. Her şey bildiğim şeylerdi. Evde yaptım, iş yerinde yaptım gündüz saatlerinde. O yüzden çok güzeldi. Herhangi bir boş saatimde oldu bu benim için. İlla evde olmak zorunda değildim iş yerinde orda burada her tarafta olabilirdi.

4) Tele-terapiyi yüz yüze terapiyle karşılaştırmak isterseniz neler söylediniz?

Heyecanım daha azdı. Mesela buraya gelirken sizinle ilk defa karşılaşacağım içindeki heyecan arttı. Kekeleyeceğim hissine birazcık kapılmışım. Çünkü ilk defa görüyorum sizi yüz yüzeyiz. Ama İnternette öyle bir şey yok. Karşıda küçük bir fotoğrafınız var, uzaktayım sizden, yanımda değilsiniz, görmüyorum sizi. Yüz yüze terapi bu anlamda gerçekçi bir terapi. Biraz daha gerçekçi yüz yüze terapi. Neden çünkü yüz yüzeyiz sizinle. Mimiklerimi görüyorsunuz, duygularımı görüyorsunuz, heyecanımı yüzüme bakıp görebiliyorsunuz. Ama öbür yöntemde zaman içinde alışıyorsunuz birbirinize. Bir süre sonra oradan bakıyor olmadı TT7, hızlandınız, yavaşlayın diyebiliyor, bakıyorum olmamış diyorum. Yani aslında ilk başta değil ama üç beş seans sonra o yöntemde başka. Çünkü ben sizle ilk defa karşılaştım şimdi burada konuşuyorum, heyecanım fazla ama iki üç seans sonra o heyecan kalmayacak bende niye artık alışacağız birbirimize. O yüzden tele-terapi yönteminde de iki üç seans sonra ikisi eşitleniyor sanki heyecan anlamında.

5) Yüz yüze terapi değil de tele-terapi yapıyor olmanız motivasyonunuzu etkiledi mi?

Daha iyi oldu. Motivasyonumu kırmadı aksine arttırdı. Çünkü kekemeler gelmek istemiyor zaten, yüz yüze konuşmak istemiyorlar. Zaten istemiyorum ben bunu. Heyecanlanıp kekeleyorum ki biz konuşmak istemiyoruz zaten. O yöntem o anlamda gerçekçi olmasa bile motivasyonu arttıran bir yöntem aslında.

6) Sizce kekemelik terapisinde kullanılan tekniklerin uygulanmasında terapinin online olmasına bağlı olarak sorun yaşandı mı? Yaşandıysa açıklar mısınız? (Tele-terapiden dolayı bazı tekniklerin sağlıklı şekilde uygulanamadığı oldu mu?)

Ben yaşamadım. Ama toplu terapilerde, grup terapisinde karşı taraf bir kişi gelemiyordu ya da bir kişi kopuyor sürekli o motivasyonumuzu dağıtıyordu bizim biraz. Çünkü üç kişi olması gerekiyor ki grup terapisi olsun üç ya da dört kişi ile. İki kişi bağlanamayınca gelemiyor, kopuyor, yavaşlıyor, sesi gelmiyor, gitmiyor bu biraz sıkıntı oluyor tabii ki. Bende hiç öyle bir şey olmadı. İnternetim her zaman iyiydi üniversitede, evde de. Bilgisayarım iyiydi çünkü benim. Ama diğerleri bu sıkıntıysa eğer grup terapisinde problem oluyor bu. Motivasyonu dağıtıyor biraz. Birebir olursa Emrah Bey zaten konuşur halleder ama grup terapisi aynı anda dört kişi olması gerektiği için ikisi gelemese problem o zaman başlıyor.

7) Tele-terapide doğrudan göz kontağının kurulamıyor oluşu sizin açınızdan süreci nasıl etkiledi?

Göz kontağıyla ilgili bir problem yaşamadım. Önemli bir sorun olmadı.

8) Grupla tele-terapinin bireysel tele-terapiden sizce farklılaşan yönleri nelerdi? Avantaj ve dezavantajları nelerdir?

Yüz yüze grup terapi daha iyi olur. Onu söylemem lazım. Yüz yüze grup terapisinin daha faydalı olduğu kanaatindeyim. En azından canlı bireyler yanımızda olacak. Çünkü zaten bizim problemimiz topluluk içinde konuşmak. Yine İnternet üzerinde üç kişi var ama o üç kişi oradalar. Yanımızda değil bizim. Oysa yanımızda olsa işte oturup yüz yüze konuşacaksınız. Ama orada öyle değil. Dolayısıyla bu tele-terapi yönteminde üç haftada bir, dört haftada bir buraya gelsek, yüz yüze görüşsek. Sonra tekrar oradan devam etsek, grup terapisinin de

işte bir kısmı yine burada olsa daha iyi olacağı kanaatindeyim. Yani yüz yüze olsa daha iyi olur kanaatindeyim. En azından dört tane ise iki tanesi ya da bir tanesi burada olsa daha iyi olur kanaatindeyim grup terapinin. Hepsi İnternet üzerinden olmasa daha iyi olur. Mutlaka burada da olmalı diye düşünüyorum. Bu bir ihtiyaç ve gereklilik. Çünkü zaten ben otuz sekiz yıldır kekemeyim problemim topluluk içerisinde. Burada bir kişi daha olsa, bir kişi daha olsa, bir kişi daha olsa... bu konuşma problemi artacak çünkü benim. Asıl grup içerisinde nasıl konuşacağımızı öğrenmek önemli. Orada sanki grup içerisinde yalnızım ben orada. Tek başınayım. Onlar oradalar burada değiller. Yanımda değiller çünkü onlar benim odada değiller. Ekranı kapatınca kimse yok yanımda çünkü, açınca var. Ama burada öyle değil. Gözümü kapatsam da buradalar. O yüzden daha önemli. Motivasyonu artırır mı... arttırmasa bile belki heyecan uyandırsa bile o kişilerin yanında da konuşabilmemiz gerektiği için önemli bence. Grup terapisinde doktor orada oturuyor, Emrah Bey orada oturuyor hemen diyor ki TT7 yavaş, kontakları yumuşat. Yumuşatıyorum. O bizim motivasyonumuzu artırıyor aslında kendisi çok iyi yapıyor. Fark ediyorum. Yavaş diyor. Önemli işte o bize öğretecek. Şunu yanlış yaptın diyecek. Bakacağım o da onu yanlış yaptı. Bunun yapmamam gerek diyeceğim. Bizim burada bir araya geliş sebebimiz kekemelik, kekemelik için bir araya geldik. Sohbet etmeye gelmedik bu insanlarla evet ama asıl amacımız kekemelik. Dolayısıyla zaten herkes kekeme. Kimsenin kimseden eksik ya da fazlası yok. Diğer insanları görmek yalnız olmadığım hissini uyandırıyor bende. Olumlu yönde yalnız değilim diyorum. Tek kekeme ben değilim bu dünyada. Daha önce karşılaşmıştım ama çok az karşılaşmıştım.

9) Gerekirse bir sonraki alacağımız terapide tele-terapi yöntemini mi yüz yüze terapi yöntemini seçerdiniz? Sebepleri neler?

Tele-terapi'yi tercih ederim. Çünkü zaman kavramı için çok güzel bir şey. Yani zaman asla önemli değil burada. Bu çok önemli bir şey. İki saatte geldim ve iki saatte geri gideceğim ve ya iş yerine gideceğim. Altı saatim geçiyor. İş yerine gidiyorum yorgun argın gidiyorum. Eve geçiyorum akşam saati zaten eve gitmem gerekiyor. İnternetin başındayım zaten oradayım bir yere gitmeme gerek yok. Çok önemli bir şey bu çok önemli. Çünkü bir sene sonra buraya geliş gidişler bıkkınlık olur. Üç hafta sonra ya yine mi gideceğim, zor, ne yapsam gitmesem mi, uff falan demeye başlar insanlar. Ama bu yöntemde öyle bir şey yok. Emrah Bey'i arıyorum bugün müsait değilim şu saatte olsa olur mu, olur diyor tamam diyor. Bir de Emrah Bey yöntemlerinden her seferinde farklı bir şey gösterdi bize. Her hafta farklı bir şeyle çalıştık biz. Bu çok güzeldi ama öncekilerde sürekli uzatma... Uzat uzat uzat nereye kadar uzatacağım. Ne zaman bitecek bu uzatmalar ne yapacağım belli değil. Ama bunda öyle değil. Kontaklarda yumuşak diyor. Bunları öğreniyorsunuz, uyguluyorsunuz, bir şeyler öğretiyor. Her seferinde ayrı bir şey öğrettiği için motivasyon hiç bitmedi bizde.

10) Tele-terapinin birey üstünde daha etkili olması için önerileriniz nelerdir?

Bir kere başta tele-terapiye katılacak kişi eğer imkan varsa buraya bir çağırılrsa, burada bir konuşma yapılsa, tele-terapi burada gösterilse o insanlara bu şekilde yapılıyor diye. Karşılıklı oturuşta biz burada yapsak bilmeyenler için. Bir kere bir ön bilgilendirme iyi olur teknik anlamda. Onun dışında tele-terapi yönteminde

dudaklarımız okunabiliyor mu ondan çok emin değilim. Çünkü resimler küçük büyütüyor mu bilmiyorum. Benim dudak hareketlerime bakıyorlar mı acaba. Tam olarak görebiliyorlar mı bilmiyorum. Hakim mi tam olarak benim nasıl konuştuğuma. Heyecanlandığımı, heyecanlanmadığımı, nefesimin artıp artmadığını... bunlar önemli çünkü. Siz burada olsanız ve ben heyecanlansam dersiniz ki TT7 sakin olun, yavaşlayın. Ama orada öylemi acaba bilmiyorum. Emrah Bey bilir. Hakimiyeti bize var mı orada hastalarına karşı. Sürecin hepsi baştan sona aklımda. Aslında Emrah Bey çok iyi bir doktor. Bize sürekli mail gönderdi. Sürekli yaptınız mı, yapıyor musunuz, ödevleriniz bunlar, ne kadar yaptınız... yani bize sürekli maillerle bizi bilgilendirdi, sürekli ama. Asla bizi bu süreçte tek başımıza bırakmadı, hiç bırakmadı. Zamanla öğreniyoruz yavaş konuşmayı. Kontakları azaltmayı zaman içerisinde öğreniyoruz. On iki hafta sonra öğrendik, öğreniyoruz. Muhtemelen beş altı hafta sonra daha da oturur bunlar. Daha da yavaş konuşmaya başlarız. Alışkanlık haline getiririz ve daha iyi olur. Ben mutluyum bu yöntemden. Grup terapisiyle ilgili başka bir önerim yok. Sohbet ettik çünkü sorular sorduk birbirimize, konuştuk, ettik aynı şeyler aslında. Sadece yüz yüze olmanın yüz yüze getirileri var onlar faydalı olabilir. Onun dışında bir önerim yok. Bazen o doktorun dışında bir kişi daha olsa yanında. Çünkü o süreç içerisinde alışıyoruz doktorumuza sürekli. Sanki iki haftada bir, üç haftada bir biri daha gelse yanına onunla da konuşsak, o bize sorular sorsa on dakika kadar, on beş dakika kadar. Farklı bir sima görsek iyi olur kanaatindeyim. Emrah Bey yanında olsa onun, kenarda olsa ama on dakika bizle sohbet etse, sorular sorsa, ona okusak, o soruları sorsa, ona cevap versek farklı birine bireysel seansta. Çünkü zaten toplum içerisinde hep aynı insanla karşılaşmıyoruz problemimiz bu bizim. Farklı insanlarla da karşılaşmıyoruz. Akıcılık problemi artıyor o zaman. O yüzden başka birisi olsa bazen... Bu kadar teşekkür ediyorum.

EK 11. TT8 ile Yapılan Yarı-yapılandırılmış Mülakatın Deşifresi

1) Kekemelik terapisini uzmanla hiç yüz yüze görüşmeden almak nasıl bir deneyimdi?

Rahattı. İyiydi. Ben şahsen Emrah Hoca'dan çok memnun oldum. Böyle bir iki üç aylık zaman geçti. Bize ayırdığı zamanlara ben minnettirim. Bence çok dolu dolu geçti. Sağ olsun. Gayet iyiydi.

2) Tele-terapi size uygun muydu? Uygun olmasında (ya da uygun olmamasında) hangi nedenler etkili oldu?

Tabii ki. Ailem pek ilgilenemedi. Emrah hoca sayesinde... Çok faydalı oldu.

3) Tele-terapide gerçekleşen araştırmaya katkıda bulunacağınızı düşündüğünüz herhangi bir yaşantınız var mı? Yaşadıysanız paylaşır mısınız?

Üç hafta önce galiba yanlış hatırlamıyorsam. TT5 diye bir arkadaşı daha vardı. Biz üçümüzdük. Emrah hocam bizi okuttu. Muhabbet sohbet falan yaptık. Emrah hocam ne önerirsiniz dedi. Çünkü benim şiddetim biraz yüksekti. O da bana şunu önerdi. Abi dedi şiir okuyun ben okudum dedi. Size öneririm dedi. Zaten evde kitabımız vardı. Ben okudum onu. Bazen odada okudum ben sadece kendim. Bazen eşimle beraber okuduk. O takip etti. O yani bence çok doğru bir faydasını gördük. Arkadaşların da verdiği fikirler çok değerli yani.

4) Tele-terapiyi yüz yüze terapiyle karşılaştırmak isterseniz neler söylediniz?

Şu anda ben bir hastayım. Emrah hocayı bir doktor olarak bakarsak hasta iyileşmesini sağlayan bir insan. İstanbul ve Ankara yani mesafemiz uzak olsa bile iletişim açısından çok rahat bir şey. Emrah hoca beni çağırıyorsa ben her hafta İstanbul'a gelemezdim. O açıdan çok iyi bir şey.

5) Sizce kekemelik terapisinde kullanılan tekniklerin uygulanmasında terapisinin online olmasına bağlı olarak sorun yaşandı mı? Yaşandıysa açıklar mısınız?

İlk saatte oldu. Kızım ve oğluma sordum. Çünkü ilk defa böyle bir... Sonra onlar bana söylediler. Sonra bana Emrah hocam mail attı. Zaten ikincide hiç kimseye ihtiyacım olmadı. Kendim yaptım.

6) Tele-terapide doğrudan göz kontağının kurulamıyor oluşu sizin açınızdan süreci nasıl etkiledi?

Ekranda zaten o bizi izliyor. Aynısı yani. Emrah hocam bizi izliyor. Bana tek kalan okumak. Ben yani şahsen etkilenmedim. Tabi yüz yüze olsa daha değişik, sıcak bir ortam olur diyeyim.

7) Gerekirse bir sonraki alacağınız terapide tele-terapi yöntemini mi yüz yüze terapi yöntemini seçerdiniz? Sebepleri neler?

Benim amacım şey yani başka aslında hani sıkıntı... az öncede söyledim size ben İstanbul'da olsam Emrah hocam bana yani haftada bir saat ya da iki saat de ayırabilirim. İstanbul'da olsam ayırırım hocam. Yani İstanbul'da otursaydım ben yüz yüzeyi tercih ederdim.

8) Grupla tele-terapinin bireysel tele-terapiden sizce farklılaşan yönleri nelerdir? Avantaj ve dezavantajları nelerdir?

Zaten Emrah hocam bize okutuyordu. Ölçümünü yapardı. Testlerimizi bize söylerdi. Ama sadece Emrah Bey bize söylerdi. Ama diğer türlü olduğu zaman arkadaşımız... yani bize belki Emrah Bey'in aklına gelmeyen bir şeyler olduğunda arkadaşımız hatırlatıyordu. Abi bu yöne gidelim diyordu arkadaşlarımız. Böyle şeyler bana önermişti. Olumsuz bir yönü bence yok. Eğlenceli oluyor. Avantajı daha fazla insanla yüz yüze olmuş oluyorsun o anda. Bir hafta sonra biz dört tane insanla yaptık biri Emrah hoca. O gün ben iki kişi ile arkadaş oldum. Bu bir avantaj.

9) Tele-terapinin birey üstünde daha etkili olması için önerileriniz nelerdir?

İlk defa ben aldım bunu. Daha önce alsam söyleyeceğim ama... şu anda aldığım bu eğitimden çok mutluyum. Üç ay öncesine kadar ben kendimi bu kadar çok ve rahat bir şekilde ifade edemiyordum açıkçası. Ama Emrah hocamdan sonra kendi hayatında bazı değişiklikler olduğunu hissettim ben. Mesela az önce bir beyefendi de anlamış az önce aşağıda oturmuştuk. Kendisi bunu söyledi eşimin amcasının oğlu. Hatta o öncekinde de buraya birlikte gelmiştik. Yani bu olay, benim bu şeyi aldığımı bilenler zaten hemen hissediyorlar farklılığı, değişikliği. Mesela iş yerinde bile bazen... Ben sinirli bir insanım. Nedeni de bu. Şimdi önceki gibi değilim. Sanki Emrah Bey sinirlerime hakim olmuş gibi daha da azaldı. Çünkü hep beni ikaz ederdi. Sinirli bir insansınız siz, biraz sakin olun diye.

EK 12. TT9 ile Yapılan Yarı-yapılandırılmış Mülakatın Deşifresi

1) Kekemelik terapisini uzmanla hiç yüz yüze görüşmeden almak nasıl bir deneyimdi?

Biraz önce bunu Emrah Bey ile konuşuyorduk. Açıkçası bana pek farklı gelmedi. Hatta şey dedim ben çok fazla İnterneti kullanan, sürekli yurt dışındaki insanlarla İnternet üzerinden konuşuyorum. Çoğu dostum yurt dışında. Bana o kadar doğal geliyor ki. Göz göze temas farklı gibi bir soru vardı. Ben hiç onu hissetmedim. Yine göz göze geliyorum diye düşünerek davrandım. Bana çok da eksi bir puan değil. Hatta olumlu çok fazla tarafı var.

2) Tele-terapi size uygun muydu? Uygun olmasında (ya da uygun olmamasında) hangi nedenler etkili oldu?

Evet, çok uygundu. Şöyle çok uygundu. Ben sınırlandırılmayı sevmiyorum. Hani saat şunda şurada ol... Zamanla çok uğraşılan bir hayat şu anda yaşadığımız hayat. Buraya üçte gelebilmek için on birde çıkmıştım mesela Çorlu'dan. Kendi kendime ikide orada olurum. Üçte çoktan varmış olurum dedim. Ama ne oldu trafik... Ne oldu gelemedim, randevu aksadı. Hani böyle şeylerden bağımsız. Açınca tak doktor karşınızda. Ya da gece on, eğer doktoru etkilemiyorsa gece onda terapi var. Hayatınızı kısıtlamadan terapiye imkan sağlıyor. Çok faydalı olduğunu düşünüyorum.

3) Tele-terapide gerçekleşen araştırmaya katkıda bulunacağını düşündüğünüz herhangi bir yaşantınız var mı? Yaşadıysanız paylaşır mısınız?

Biriyle tanıştım terapilerden birinde. TT6 diye bir hanım. Ona faydam dokunduğunu duydum. Ben düşünmüyorum. Bana Emrah Bey söyledi benden çok etkilenmiş. Açıkçası ona faydam dokunduğu zaman anladım ki ben otuz dört yılın otuz yılı kekemeyim ve kekemelik ile ilgili farkında olmadan çok şey biriktirmişim ve onunla da paylaşarak bir faydam dokunmuş. Grup terapilerinde farklı tecrübeler birbirleriyle paylaşıldığı zaman faydalı olabiliyormuş onu gördüm. Bu bana etkili geldi yani.

4) Tele-terapiyi yüz yüze terapiyle karşılaştırmak isterseniz neler söylediniz?

Yani şöyle söyleyeyim. Şimdi kişilik ile çok ilgili olabilir. Eğer çekingen ve temas gerektiren bir hastaysa tele-terapi kaçışın kolay olduğu bir terapi. O açıdan o tarz vakaların tespit edilmesi de odyologlar tarafından zor olmasa gerek. Hani size tele-terapi uygundur, sizinle tele-terapiye devam edebiliriz diyebilecekleri hastalarda vardır. Ama tele-terapi ile kaçışı yapabilecek, sorunlarını gizleyebilecek, o dakikaya kendini programlayabilecek kişiler de vardır. Bunlar yüz yüze terapide de saklayabilirler ama siz onları yüz yüze daha rahat gözlemlersiniz diye düşünüyorum.

5) Sizce kekemelik terapisinde kullanılan tekniklerin uygulanmasında terapinin online olmasına bağlı olarak sorun yaşandı mı? Yaşandıysa açıklar mısınız? (Tele-terapiden dolayı bazı tekniklerin sağlıklı şekilde uygulanamadığı oldu mu?)

Yok hayır. Yalnız işte İnternetin Türkiye kalitesi ile ilgili bir iki kere sıkıntımız oldu o kadar. Birinde ben Ankara'daydım bağlanamadım, sıkıntılar oldu. Bir türlü sorunu çözemedik o kadar. Birinde de karşı taraftan biri, çok yağmur yağdığı bir gündü, sesi gidip geldi. O oldu grup terapilerinde. Normalde de tele-terapinin teknikleri ile yüz yüze terapinin teknikleri arasında bir fark yok. Çünkü tele-terapide de sana teknikleri hoca anlatıyor. Kapattığında hayatında devam ettirmek senin elinde. Muayenehanede de doktor sana anlatıyor. Çıkıp bunu kullanmak yine senin elinde.

6) Tele-terapide doğrudan göz kontağının kurulamıyor oluşu sizin açınızdan süreci nasıl etkiledi?

Ben göz kontağı kurdum açıkçası. Hiç bunda bir eksiklik hissetmedim.

7) Grupla tele-terapinin bireysel tele-terapiden sizce farklılaşan yönleri nelerdir? Avantaj ve dezavantajları nelerdir?

Grup terapisi ayna vazifesi görüyor. Karşı tarafın kekeleme tarzını gözlemleyebiliyorum. Acaba bende böyle yapıyor muyum ya da böyle hissediyor muyum... Ya da o da beni görüyor. O bir fayda. Bir de tekniği onun kullandığını duyuyorsun. Sen unutsan da biri kullanıyor ve sen onu duyuyorsun. Sadece doktor değil bir iki üç dört kişinin farklı şekillerde uygulamalarını görüyorsun ve belki de böylece ortalamasını alıyorsun. Daha düzgün bir konuşma belki oturabiliyorsun. Bu benim tekniği algılama tarzım. Emrah Bey'in ki daha farklı, TT6'nunki daha farklı. Sonra aaa normal bir konuşma tarzı gibi. Böyle bir faydası var diye düşünüyorum.

8) Gerekirse bir sonraki alacağınız terapide tele-terapi yöntemini mi yüz yüze terapi yöntemini seçerdiniz? Sebepleri neler?

İleride şöyle hani grup terapilerini devam ettirebilirim. Çünkü benim gibi konuşan farklı insanlar ile konuştuğum zaman farklı tecrübeler görüyorum. O ilgimi çekti. Bir de tekniği unutmamak, tekniği hatırlamak... Çünkü bu otonom bir konuşma tekniği değil, tele-terapi ile öğrendiğiniz teknik ve bir şeyi alışkanlık haline getirmek için en az altı aylık bir süreç gerekiyor. Hani onu alışkanlık haline getirene kadar, kulağında yer edinene kadar dönem dönem o tekniği hatırlatabilecek terapiler faydalı olabilir.

9) Tele-terapinin birey üstünde daha etkili olması için önerileriniz nelerdir?

Bence Emrah Bey gayet hazırlıklıydı. Baştaki şeyler... hani bilmiyorum. Seans saati olabilir. Alışkanlık haline getirmek için neler eksik bilmiyorum. Ama ben hala alışkanlık haline getiremedim. Bu benden kaynaklanıyor olabilir. Hatırlamam gerekiyor. Eşim bana çok yapıyor TT9 unuttun falan dediği zaman yavaş yavaş hatırlamaya çalışıyorum. Ne olabilir, ses kayıtları gönderilebilir. Hani bu tekniği kullanan kişilerin konuşmaları, hem şiir hem okuma hem düz konuşma. Sürekli onları dinleyerek bu konuşmayı kulağınızda yer edebilirsiniz. Bir de ben daha önceki konuşma terapilerinde, Emrah Bey'den daha önce, diksiyon ve konuşma terapilerine gittiğimde, ses çalışmalarının çok üstüne gitmiştik. Mesela bende belli harflerde sıkıntılar var. Hani o harfler herkeste farklıdır. Harfler üzerine birebir gitmeye fırsat tanınabilir. Ama bizimki bir araştırmaydı ve çok da hani kişisel zaman ayrılacak bir araştırma değildi. Yani şöyle söyleyeyim. Bir süre var. Emrah

Bey'in bir süresi var. Biz haftada bir görüşüyorduk. Hani atıyorum nasıl söyleyeyim, normal doktor hasta ilişkisi olsaydı, belki muayenehanesine de gidip gelebilirdim. Hani çok yoğunlaştırabilirdi tele-terapi. İşte b harfi p harfi bununla ilgili daha çok doktorun hasta üzerindeki kontrolü artabilir diye düşünüyorum ve daha çok vakit ayrabilirdi. Burada bir sürü vaka ile ilgilenmek zorunda. Bir süreyi yetiştirmek zorunda. Haftada bir gün sadece. Belki ilk başlarda çok daha yoğun olabilir. Sonra gitgide seyrelebilir diye düşünüyorum.

EK 13. TT10 ile Yapılan Yarı-yapılandırılmış Mülakatın Deşifresi

1) Kekemelik terapisini uzmanla hiç yüz yüze görüşmeden almak nasıl bir deneyimdi?

Çok faydası oldu. Yöntemlerini, nasıl çalışmamızı, nasıl konuşmamızı öğretti. O yüzden rahatladık bayağı eşimle birlikte.

2) Yaşadığınız farklılıkların motivasyonunuza, çalışma isteğinize nasıl bir etkisi oldu?

Çalıştığım zaman kendimi daha iyi hissediyordum. İyi hissettiğim içinde konuşmam düzgündü. Evdeki kişilerle, komşularla, bir işim için bir yere, bir markete gittiğim zamanlar daha rahattım. Kendime güvenerek gidiyordum. Yani faydasını gördüm. Çok gördüm.

3) Tele-terapi size uygun muydu? Uygun olmasında (ya da uygun olmamasında) hangi nedenler etkili oldu?

Evet uygun ama biz kekemelerde biraz daha utanma var. Ortamlardan, kişilerden kaçınma var. O yüzden daha rahat oluyor tele-terapi. Ama yüz yüze daha iyi oluyor. Kolay oluyor bilgisayarın önünden çünkü. Normalde nasıl oluyor televizyon karşısında gibi hissediyorsun kendini, rahatsız ama kişi olunca daha farklı oluyor yüz yüze olunca biraz daha rahatlıyorsun. Böyle düşünüyorum.

4) Tele-terapi sürecinde size ilginç gelen olaylar yaşadınız mı?

Evet. Bir katılımcı çok iyiydi. Bende o gün hiç iyi değildim seansta kendimi çok kötü hissetmiştim. Ama güzel konuşuyordu. Benimde çok kötü olmayabilir. Ama ilginç değildi. İlginç değildi de o sefer psikolojim bozulmuştu kendimi kötü hissetmiştim sadece o.

5) Tele-terapiyi yüz yüze terapiyle karşılaştırmak isteseniz neler söylediniz?

Her yerde terapiler yok. Bilgisayar sayesinde, İnternet sayesinde her yere ulaşabilirler. Bence güzel bir şey. Herkes seanslara, yüz yüze görüşmelere gelemmez. Biraz imkansız oluyor. Mesela köyde yaşayan biri rahatlıkla bilgisayardan görüşebiliyor. Ama yüz yüze olunca daha farklı oluyor. Az önce söylediğim gibi utanma, heyecan biraz daha geçiyor. Ama tele-terapinin de faydası çok var.

6) Sizce kekemelik terapisinde kullanılan tekniklerin uygulanmasında terapisinin online olmasına bağlı olarak sorun yaşandı mı? Yaşandıysa açıklar mısınız? (Tele-terapiden dolayı bazı tekniklerin sağlıklı şekilde uygulanamadığı oldu mu?)

Yok sorunlar yaşamadık. Bazen iletişimde sorun yaşadık. İnternetin gitmesi ya da sesin gelmemesi ya da bizim sesimizin gitmemesi. Zaten terapileri okulda yapıyorduk bilgisayar karşısında. Evimizde bilgisayar yoktu. Var dizüstü ama bozulmuştu, tamirdeydi. İmkanımız yok evde, çocuklar bırakmıyor.

7) Yaşadığınız bağlantı sorunları süreci çok etkiledi mi?

Hayır. Çok etkilemedi. Yani gayet güzel görüştük.

8) Tele-terapide doğrudan göz kontağının kurulamıyor oluşu sizin açınızdan süreci nasıl etkiledi?

Bilgisayardan baktık. Emrah Bey'i görüyordum.

9) Grupla tele-terapi deneyiminiz hakkında neler söylemek istersiniz?

İlk gördüğüm terapi çok sıkıntılı olmuştu. Yani umduğum şeyi hiç bulamadım orada. Hiç ilgilenmiyorlardı. Sadece kendi çabanla, yaptığınla kalıyordun. Başka bir şey yoktu. Emrah Bey'le grup terapisi güzeldi. Onun daha faydası vardı. Çünkü başımızda hoca vardı. O bizi yönlendiriyordu. Güzeldi yani sonuçta başında birinin olması daha farklı oluyor. Kekemelerde ilgi çok önemli, kendilerini daha iyi hissederler. Ben öyle hissediyorum da o yüzden.

10) Grupla tele-terapinin bireysel tele-terapiden sizce farklılaşan yönleri nelerdir? Avantaj ve dezavantajları nelerdir?

Grupla tele-terapi daha eğlenceli oluyor. Bazen kekeme olduğunu bile hatırlamıyorsun. Yalnız olmadığını hissediyorsun grup terapisi ile. Başka kekemeleri görünce daha iyi hissediyorsun. Yani yalnız olmadığını hissediyorsun sadece.

11) Gerekirse bir sonraki alacağınız terapide tele-terapi yöntemini mi yüz yüze terapi yöntemini seçerdiniz? Sebepleri neler?

Yüz yüze terapi daha iyi ama öyle bir imkanımız yok. Olmadığı için de tele-terapi de iyi oluyor. Yani kekemeler için bence yüz yüze daha iyi. Yüz yüze ve kalabalık bir ortamda daha iyi oluyor.

12) Tele-terapinin birey üstünde daha etkili olması için önerileriniz nelerdir?

Biraz daha fiyatların düşmesi lazım. Çünkü bazı terapistlerin fiyatları çok yüksek. Aslında sıkıcı değil terapiler. Kekeme olan bireyi sıkmamak üzerine bir şeyler yapılması lazım. Bir de ilgi biraz önemli. Herkes ilgiyi sevmez ama. Şiir okumak çok faydalı. Şiir ve okuma parçalarıyla kekeme çözülür. Önerim hep çalışmak hep çalışmak.

EK 14. Etik Kurul onayı



T.C.
ANADOLU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sayı : 68215917-050.99-408
Konu : Etik kurul kararı hk.

08/07/2015

DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA,

İlgi: Etik Kurulu'nun 01.07.2015 tarih ve 22576088-050.99-130 sayılı yazısı

Enstitümüz Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı doktora programı öğrencisi M. Emrah CANGI'nin Yrd. Doç. Dr. Bülent TOĞRAM'ın danışmanlığında yürütülen doktora tez çalışması hakkında alınan Etik Kurulu kararının "Olumlu" olduğu bildirilmiştir.

Gereği için bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Dilek AK

Müdür

Ek:
1-Etik Kurulu Kararı