

2018

T.C.

EGE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar Ve Düşünceler Aracı-
6'nın Türkçe Uyarlaması

Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları

Yüksek Lisans Tezi

Ömer ÖZMEN

İZMİR

2018

2018

T.C.

EGE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar Ve Düşünceler Aracı-
6'nın Türkçe Uyarlaması

Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı
Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Yüksek Lisans Programı

Yüksek Lisans Tezi

Ömer ÖZMEN

Danışman: Doç. Dr. Pelin PİŞTAV AKMEŞE

İZMİR

2018

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı Soyadı)

(İmza)

Başkan : Doç.Dr. Pelin PİŞTAV AKMEŞE
(Danışman)

Üye : Prof. Dr. Mehmet Fatih ÖĞÜT.....

Üye : Prof. Dr. Hatice Sema BAŞAK.....

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih:

16.01.2019

ÖNSÖZ

Her aşamasından zevk aldığım tez hazırlama sürecim gerek tez konusunun kendisi gerekse yakın anlamda ilişkili diğer alanlar ve bazen ilişkisiz birçok konuda bana yeni bir şeyler öğrenme heyecanı yaşattı. Çalışmaya dahil ettiğimiz farklı sosyokültürel yaşantılara sahip insanları tanımak, alanyazın taraması için yeni yolları keşfetmek hatta analiz sürecinde çalışmanın bazı sonuçlarını değerlendirmek üzere bilgisayar programlamasını temel seviyede öğrenebilmek gibi değişik deneyimler edinme fırsatı buldum. Sistematik bir şekilde, her şeyin özenle seçilip, süzgeçten geçirildiği değerli çalışmaları detaylı olarak inceleme fırsatı veren bu süreç, bana bir insanın hayatındaki gelişigüzel maruz kaldığı bilgileri tekrar sorgulamak gerektiğini ve artık çok daha sistematik bilgi edinebilme yetilerini kazandırmıştır. Bana çok şey katan bu çalışmanın, çalışmayı inceleme fırsatı bulacak kişilere da faydalı olması temennisiyle...

İzmir- 2019

Ömer ÖZMEN

Özet

Ses, hece veya cümle tekrarı şeklinde ortaya çıkan kekemelik, konuşmanın akıcılığını olumsuz etkileyen bir konuşma bozukluğudur. Kekemeliğin etiyolojisine ilişkin birçok teori ileri sürülmüşse de bu konu hala belirsizliğini korumaktadır. Bireylerin kekemeliklerini fark etme evresinden itibaren kekemelikten kaçınma davranışları edinilmeye başlar. Kaçınma davranışları bireylerde üzüntü, bunaltı gibi semptomlar göstererek ileri safhalarda sosyal anksiyeteye yol açabilmektedir.

Bu çalışmada birincil amacımız, kekeme bireylerin anksiyete düzeylerini ölçmek üzere Sydney Kekemelik Enstitüsü araştırmacıları tarafından geliştirilmiş Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler-6 (Brief Version of Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering-6) ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirliğini yapmaktır. Ölçeğin orijinali üç çevirmen tarafından Türkçe'ye çevrildi, daha sonra üç ayrı çevirmen ölçeği İngilizce'ye geri çevirdi ve aradaki farklar gözlemlendi. En uygun ölçek seçilerek üç uzman görüşü alınıp, 12 bireye ölçeğin anlaşılabilirlikleri için her bir maddeye ilişkin puanlama yapmaları ve yorumlarını bildirmeleri istendi. Gerekli maddeler düzeltilip ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği tamamlandı.

Kekemeliğin şiddeti ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki net değildir. Yapılan çalışmalarda araştırmacılar kekemeliğin anksiyete ile sonuçlandığı üzerinde hemfikir olsalarda, anksiyete düzeyinin kekemelik şiddeti ile ne seviyede ilişkili olduğu üzerinde fikir birliği sağlanamamıştır.

Çalışmanın diğer amacı, Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı-4 ile geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığımız Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler-6 ölçeği ile arasındaki ilişkiyi gözlemlemektir.

Çalışmamıza, Eylül 2018- Ocak-2018 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı'na konuşma bozukluğu şikayeti ile başvuran kekemeliği olan bireyler arasından 60 katılımcı dahil edilerek olgu grubu oluşturuldu. Kontrol grubu için ise 30 katılımcı kekemeliği olmayan bireylerden seçildi.

Çalışmaya katılan bireylerin öncelikle Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı-6 (KİYİDA-6) doldurtuldu, daha sonra olgu grubundan seçilen 31 bireye kekemelik şiddet seviyelerini belirlemek üzere Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı-4(KEŞİDA-4) değerlendirme protokolü uygulandı.

Öncelikle, elde edilen verilerden olgu ve kontrol gruplarına ilişkin her bir değişkenin düzeyleri için sayı ve yüzdelerin yer aldığı frekans tabloları oluşturuldu. Daha sonra sürekli değişkenler olan ölçek alt boyutları, toplam puanı, yaş, başlangıç yaşı ve terapi süresi için tanımlayıcı istatistikler hesaplandı. Sürekli değişkenlere ilişkin verilerin normal dağılıp dağılmadığının incelenmesinde Shapiro-Wilk Normallik testi kullanıldı, veriler normal dağılmadığından olgu ve kontrol gruplarına ilişkin yaş, ölçek alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Olgu ve kontrol gruplarında kategorik değişkenlerin incelenmesinde ki-kare analizi yapıldı. Tüm istatistiksel analizlerde IBM SPSS Versiyon 25.0 istatistiksel paket programı kullanıldı.

Türkçe geçerliliğini yaptığımız ölçekten elde edilen puanlar; Cronbach's alfa değerleri, maddelerarası güvenilirlik ve iç ölçek puanları açısından orjinal ölçeğin tam versiyonu ve kısa versiyonundan elde edilen değerler ile kıyaslandı. Geçerliliği yapılan ölçeğin aldığı puanlar orjinal ölçek puanları oldukça yakın derecede puanlar aldı.

Sonuç olarak; Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler-6 ile KEŞİDA-4 arasında anlamlı bir korelasyon gözlemlendi. KEŞİDA-4 ve KİYİDA-6 ölçekleri arasında zayıf düzeyli (0.38) anlamlı bir ilişki olduğu bulundu. KİYİDA-6 veya KEŞİDA-4 ile demografik

değişkenlerinden bazılarında düşük seviyede ilişki görülse de anlamlı sayılacak bir korelasyon bulunmadı.

Anahtar Kelimeler: kekemelik, UTBAS-6, KİYİDA-6, SSI-4, KEŞİDA-4, kekemelik ve anksiyete



Abstract

Stuttering in the form of voice, syllable or sentence repetition is a speech disorder that adversely affects the fluency of speech. Although many theories have been proposed regarding the etiology of stuttering, this issue remains unclear. From the stage of discovery of stuttering, stuttering avoidance behaviors begin to be acquired. Avoidance behaviors may cause symptoms such as sadness and anxiety and lead to social anxiety in advanced stages.

In this study, our primary aim was to validate a Turkish version of the Brief Version of Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering-6 scale which was developed by the researchers of Sydney Institute of Stuttering to measure the anxiety levels of stuttering individuals. The original of the scale was translated into Turkish by three translators, and then three different translators translated scale back to English and faculties were observed. To select the most appropriate scale, three experts were asked to review the scale and 12 individuals were asked to score and comment on each item for clarity of the scale. The necessary corrections were made and Turkish validity and reliability of the scale was completed.

The relationship between the severity of stuttering and anxiety levels are not clear. Although the researchers agree that stuttering may result with anxiety, there is no consensus on the level of anxiety associated with the level of stuttering severity.

The other aim of the study was to observe the correlation between the Stuttering Severity Assessment-4 and the Brief Version of Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering-6(UTBAS-6), in which we validate its reliability and validity in the frame of this study.

The study group consisted of 60 native Turkish people with stuttering who presented to Ege University Faculty of Medicine, Department of

Otorhinolaryngology between September 2018 and January 2018 with speech disorder. For the control group, 30 participants were selected from native Turkish individuals who were not stuttering neither having another speech disorder.

Individuals participated in the study were first filled out the validated version of the Brief Version of Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering-6 (KİYİDA-6), then 31 individuals selected from the case group were administered the Stuttering Severity Instrument-4 (KEŞİDA-4) protocol to determine the stuttering severity levels of those.

Primarily, frequency tables containing numbers and percentages for the levels of each variable were generated from the data obtained related to case and sham groups. Then, descriptive statistics were calculated for continuous sub-dimensions of scale, total score, age, age of onset and therapy history. Shapiro-Wilk Normality test was used to determine whether the data related to continuous variables were normally distributed. Since data were not distributed normally, Mann-Whitney U test was used to compare age, scale sub-scale and total scores of cases and control groups. The chi-square analysis were performed to evaluate categorical variables in case and sham groups. IBM SPSS Version 25.0 statistical package program was used in all statistical analyzes.

The scores obtained from the Turkish-validated version of Brief Version of Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering-6 (KİYİDA-6) were compared with those obtained from the short and full version of UTBAS scales in terms of Cronbach's alpha values, inter-item reliability and sub-scale scores. The scores of the validated scale were quite close by to the full UTBAS and UTBAS-6 scores.

As a result, a significant correlation was observed between KEŞİDA-4 (SSI-4) and KİYİDA-6. A weak (0.38) correlation was found between KEŞİDA-4 and KİYİDA-6 scales. Although there was a low

level of association between some of the demographic variables and KEŞİDA-4 and KİYİDA-6, no significant correlation was observed.

Keywords: stuttering, KİYİDA-6, UTBAS-6, KEŞİDA-4, SSI-4, stuttering and anxiety



İçindekiler

Özet	I
Abstract	IV
İçindekiler	VII
Tablolar Dizini.....	X
Şekiller Dizini.....	XII
Kısaltmalar Listesi	XIII
1. Giriş	1
1. Genel Bilgiler.....	4
1.1. İletişim, Ses ve Konuşma.....	4
1.2. Kekemeliğin Tanımı ve Tarihçesi	4
1.3. Kekemeliğin Başlangıcı, Gelişimi ve Cinsiyet Dağılımı	5
1.4. Kekemeliğin İnsidans ve Prevelansı.....	6
1.5. Kekemeliğin Etiyolojisine İlişkin Teoriler	6
1.6. Gelişimsel Kekemelik.....	7
1.7. Edinilmiş Kekemelik	9
1.7.1. Psikojenik Kekemelik	10
1.7.2. Nörojenik Kekemelik.....	10
1.7.3. İlaç Uyarımlı Kekemelik.....	11
1.8. Yetişkin Dönemi Kekemeliğinin Psiko-sosyal Etkileri	12
1.9. Anksiyeteyi Değerlendirme ve Tanılama	14
1.10. Kekemeliğin Şiddeti.....	16
2. Gereç Ve Yöntem.....	18
2.1. Bireyler.....	18
2.2. Çeviri Süreci.....	18
2.3. Araştırma Modeli	19
2.4. Olgu Grubu	19
2.4.1. Olgu Grubunun Evreni.....	19
2.4.2. Dahil Edilme Kriterleri	20
2.5. Veri Toplama Süreci Ve Araçları	20
2.5.1. Veri Toplama Süreci.....	20
2.5.2. Veri Toplama Araçları.....	20
2.5.2.1. Kişisel Bilgi Formu	21
2.5.2.2. Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı-6.....	21
2.5.2.3. Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı-4	22
2.6. Ölçeklerin Uygulamaları	22
2.7. Verilerin Analizi.....	23
2.8. Yazılım ve Uygulamalar.....	23

3.	Bulgular.....	24
3.1.	Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgiler.....	24
3.2.	Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı ile Ölçülen Faktörlerin Ortalamaları.....	26
3.3.	Kekekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı'nın Geçerliliği	27
3.4.	Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı Ölçek İç Ölçekler Arası Güvenilirlik Bulguları ..	28
3.5.	Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı (KİYİDA-6) ile Demografik Bilgilerin Karşılaştırılması.....	29
3.5.1.	Yaş ile KİYİDA-6 Toplam Faktör Puanlarının Dağılımı	30
3.5.2.	Cinsiyet ile KİYİDA-6 Toplam Faktör Puanlarının Dağılımı	30
3.5.3.	Kekemelik Başlangıç Yaşı ile KİYİDA-6 Toplam Faktör Puanlarının Dağılımı	31
3.5.4.	Ailede Kekemelik Öyküsü ile KİYİDA-6 Toplam Faktör Puanlarının Dağılımı	31
3.5.5.	Annenin Çalışma Durumu ile KİYİDA-6 Toplam Faktör Puanlarının Dağılımı	32
3.5.6.	Terapi Süresi ile KİYİDA-6 Toplam Faktör Puanlarının Dağılımı	32
3.6.	Kekemelik Şiddeti Aracı(KEŞİDA-4) ile Demografik Bilgilerin Karşılaştırılması	33
3.6.1.	Yaş ile KEŞİDA-4 Toplam Puanlarının Dağılımı	34
3.6.2.	Cinsiyet ile KEŞİDA-4 Toplam Puanlarının Dağılımı .	34
3.6.3.	Kekemelik Başlangıç Yaşı ile KEŞİDA-4 Toplam Puanlarının Dağılımı	35
3.6.4.	Ailede Kekemelik Öyküsü ile KEŞİDA-4 Toplam Puanlarının Dağılımı	35
3.6.5.	Annenin Çalışma Durumu ile KEŞİDA-4 Toplam Puanlarının Dağılımı	36
3.7.	Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı ile Kekemelik Şiddeti Aracı Bulgularının Karşılaştırılması	36
4.	Tartışma	38
4.1.	Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	38
4.1.1.	Cinsiyet.....	38
4.1.2.	Yaş	38
4.1.3.	Kekemeliğin Başlangıç Yaşı.....	38
4.1.4.	Ailede Kekemelik Öyküsü	39
4.2.	Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı'nın Değerlendirilmesi	39

4.2.1.	Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı'nın Ölçtüğü Faktörler.....	41
4.2.2.	KİYİDA-6 ve Yaş İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	42
4.2.3.	KİYİDA-6 ve Cinsiyet İlişkisinin Değerlendirilmesi ..	43
4.2.4.	KİYİDA-6 ve Terapi İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	43
4.3.	Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı ile Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı İlişkisinin Değerlendirilmesi	43
5.	Sonuç Ve Öneriler.....	46
5.1.	Sonuçlar	46
5.2.	Öneriler	48
6.	Kaynaklar	49
EKLER.....		55

Tablolar Dizini

Tablo I = Kekemelik türlerinin özelliklerine göre kıyaslanması.....	10
Tablo II= Katılımcıların Demografik Bilgileri	25
Tablo III = KİYİDA-6 ölçeği ile ölçülen faktörlerin olgu ve kontrol gruplarına göre istatistiksel değerleri	27
Tablo IV = KİYİDA-6 istatistiklerinin, UTBAS-6 ve Full UTBAS normatif değerleriyle kıyaslanması	28
Tablo V= KİYİDA alt ölçelerinin birbiriyle ilişkisini gösteren istatistiksel değerler.....	29
Tablo VI = Toplam ölçek puanları ile sürekli demografik değişkenlere ait istatistiklerin karşılaştırılması	30
Tablo VII = Katılımcıların cinsiyetlerine göre KİYİDA-6 ölçek puanlarının karşılaştırılması (Korelasyon 0.05 seviyesinde anlamlıdır.).....	31
Tablo VIII = Katılımcıların ailede kekemelik hikayesine göre KİYİDA-6 ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	32
Tablo IX = Katılımcıların anne çalışma durumuna göre KİYİDA-6 ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	32
Tablo X = Katılımcıların KEŞİDA-4 toplam şiddet puanı ile demografik özelliklerindeki sürekli parametrelerin istatistiksel olarak kıyaslanması (Korelasyon 0.05 seviyesinde anlamlıdır)	33
Tablo XI = Katılımcıların cinsiyetlerine göre KEŞİDA-4 şiddet puanlarının karşılaştırılması	34
Tablo XII = KEŞİDA-4 şiddet puan ile katılımcıların ailede kekemelik öyküsüne ilişkin istatistiksel değerler.....	35

Tablo XIII = Katılımcıların anne çalışma durumuna göre KEŞİDA-4 şiddet puanlarının karşılaştırılması..... 36

Tablo XIV = KEŞİDA-4 şiddet puanı ile KİYİDA-6 toplam ölçek puanlarının arasındaki korelasyon değerleri 37



Şekiller Dizini

Şekil I =Ak Madde Miktarlarının Arttığı Beyin Bölgeleri	9
Şekil II = Çalışmaya Katılan Bireylerinin Cinsiyetlerine Göre Yüzdelik Dağılımı	18
Şekil III = Katılımcıların baba mesleklerine göre sınıflandırılması.	26



Kısaltmalar Listesi

DSM: Tanısal ve Sayısal El Kitabı 8(Diagnostic and Statistical Manual)

FNE: Olumsuz Değerlendirilme Korkusu (Fear of Negative Evaluation)

GSF: Genel Özyeterlilik Ölçeği (General Self Efficacy)

KEŞİDA-4: Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı-4

KİYİDA-6: Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı-6

M.Ö.: Milattan Önce

SSI-4: Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı-4 (Stuttering Severity Instrument-4)

UTBAS-6: Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı-6(Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering)

UTBAS-I: (Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı-6(Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering) Sıklık Alt Ölçeği

UTBAS-II: Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı-6(Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering) İnançlar Alt Ölçeği

UTBAS-III: Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı-6(Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering) Ankisyete Alt Ölçeği

UTBAS-J: Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı-6 Japonca Versiyon (Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering- Japan Version)

WHO: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)-

1. Giriş

Tanısal değerlendirmeler, sosyal anksiyete bozukluğunun, kekeleyen birçok yetişkin için engelleyici bir deneyim olabileceğini göstermiştir. Ek olarak, belirli ortamlardan veya durumlardan kaçınma, olumsuz değerlendirilme korkusu gibi sosyal anksiyete bozukluğu özelliklerinin, kekemelikte belirgin bir biçimde öne çıktığı ve ayrıca sosyal kaygıyı sürdürmeye ve kekemeyi şiddetlendirmeye neden olduğu kabul görmüştür. Sosyal anksiyete bozukluğunun gelişiminde, kekemeliği olan bireylerin yaşam boyu maruz kaldığı iletişim zorlukları ve olumsuz sonuçlara yol açabileceği düşünülmektedir(Iverach & Rapee, 2014).

Kekemelik şiddeti ile psikolojik değişkenler arasındaki ilişki net değildir. Kekemeliğin psikolojik etkilerine ilişkin çalışmaların sonuçları, genel popülasyona kıyasla kekeme bireylerin zihinsel sağlık bozukluklarının oranlarının araştırılmasına ve mental bozukluklarının kekemelik şiddetine olan etkilerinin daha ayrıntılı araştırılmasına ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir (Iverach, Jones, et al., 2009).

Kekemeliğin etiyolojisi ve doğasının tam olarak anlaşılması zor olmaya devam etse de araştırmalar, doğumdan başlayıp yetişkinlik dönemi boyunca uzanan, sosyal, kişisel, profesyonel ve yaşam kalitesi dahil olmak üzere, kekemelik ile yaşarken bir takım olumsuz sonuçları belgelemektedir. Kekemeliği ölçmek için, kekeleyen olaylarının sayılması ve kekemeliğin şiddetini değerlendirmeye dayanan bir çok metot kullanılmaktadır(O'Brian, Packman, & Onslow, 2004). Kekemeliğin ölçülmesi; bozukluğun doğasını, şiddetini ve etkisini tanımlamak ve açıklamaya imkân verebilmektedir. Ölçüm bazı bireyler için, sıklık, tür, süre ve şiddeti değerlendirmede yardımcı olmak için geliştirilmişken, konuşma

doğallığı, konuşma oranı ve eşlik eden veya ilişkili davranışları değerlendirmek de önemli olabilir (Guitar, 2006).

Chu ve ark. (2017) Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı-6 (KİYİDA-6) enstrümanının kekemeliği olan kişilere ve tedavi sonuçlarını değerlendirmek isteyen klinisyenlere önemli terapötik bilgi sağlayabildiğini bildirmişlerdir. Örneğin, KİYİDA skorları kekemelik tanısı konulmuş kişilerin olumsuz düşünce ve kaygı yaşayabileceği farklı durumlar hakkında klinik yönetimi bilgilendirebilecek ayrıntılı bilgi sağlayabilmektedir. Ayrıca KİYİDA, araştırma ortamlarında müdahalelerin etkinliğini değerlendirmede yardımcı olabilmektedir.

Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı-4(KEŞİDA-4), kekeleme sıklığını, en uzun kekemelik anların süresini, bireyin konuşmasının doğallığını ve herhangi bir fiziksel eşleşmeyi belirlemek için kullanılmaktadır. Değerlendirme, araştırmacılara ve uzman klinisyenlere kekemeliği olan bireylerde kullanılmaya yönelik kapsamlı ve değerli bir araçtır.

Çalışmada, Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı-4(KEŞİDA) ile bu çalışmada Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik, güvenilirlik çalışması yapılacak KİYİDA sonuçları arasındaki ilişki incelenerek, kekemeliğin şiddeti arttıkça kekeme bireyin psikolojisinin ne yönde etkilendiğinin sonuçları gözlemlenebilecektir. Ölçeğin geçerliliğinin sağlanması ile birlikte kekemelik tedavisinin daha verimli olabilmesi için bireye özgü psikolojik desteğe ihtiyaç durumu objektif olarak değerlendirilebilecektir.

Çalışmanın ana amacı, kekemeliğin psikolojik etkilerini ölçebilecek bir değerlendirme aracı olan the Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı-6 (Brief Version of Unhelpful Thoughts and Believes About Stuttering-6) ölçeğinin Türkçe uyarlamasını yapmaktır. İkincil amacımız, kekemeliğin şiddetinin anksiyete seviyesini etkileyip etkilemediğinin belirlemek üzere, Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı-4(KEŞİDA) ile Kekemeliğe İlişkin Yararlı

Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı-6(ve KİYİDA-6) arasındaki ilişkinin incelenmesi idi. Aynı zamanda, KEŞİDA-4 ve KİYİDA-6 ölçeğinin toplam skorları ile olgu gruplarındaki bireylerin demografik özellikleri arasındaki ilişki de irdelendi.



1. Genel Bilgiler

1.1. İletişim, Ses ve Konuşma

İletişim, bir yer ya da kişi hakkında bilgi olduğunda ve bunu başka bir yere ya da başka bir kişiye götürmek istediğimizde gerçekleşmektedir. Bunu elde etmenin ilk adımı, bilgiyi bir dizi sembolde kodlamaktır. 'Kod' tanımı, oldukça geniştir. Sözlü sesler, yazılı karalamalar, bir yol yapım çalışmasında bayrağı sallayarak yönlendirme yapan çalışanın kolunun hareketleri, bir telgraf anahtarının sesi, bir sağır-dilsizin jestleri veya başka herhangi bir sembol kümesi uygun olabilir. Kodlanmış mesaj araya giren alanı dolaşmakta ve alan kişi tarafından çözümlenmektedir(Miller, 1963).

Temel iletişim modelleri ortak temel faktörlere sahiptirler. Bu modeller genellikle bir göndericiyi, alıcıyı ve gönderici ile alıcı arasındaki mesajı içermektedir. Gönderenin, mesajı alıcı tarafından doğru bir biçimde algılanacak şekilde uyarlaması gerekmektedir(Webb, 2015). İnsanlar arasındaki iletişim konuşma aracılığıyla sağlanmakta, konuşma ise ses yoluyla alıcıya iletilmektedir. Ses üretmek için, bir enerji kaynağı ve titreşimli bir gövdeyi içeren fiziksel bir sistemin varlığı gereklidir. Sese karakteristik özelliğini sağlamak için genellikle rezonatörler eklenmektedir. Konuşma mekanizmasında enerji kaynağı, vokal kıvrımların titreşmesini sağlayan nefes akışıdır(Miller, 1963).

1.2. Kekemeliğin Tanımı ve Tarihi

Kekemeliğin en bilinen tanımı 1977 yılında Dünya Sağlık Örgütü(WHO) tarafından yapılmıştır. DSÖ kekemeliği şu şekilde tanımlamaktadır: 'Konuşmanın ritmindeki bozukluklar, kişinin tam olarak ne istediğini tam olarak bildiği, ancak zaman zaman istemsiz, tekrar eden bir uzama ya da bir sesin kesilmesi nedeniyle bunu söyleyememesidir(WHO, 1977).

Dünya çapında, İngilizce olarak kekelemeye işaret etmek için en sık 'stuttering' ya da 'stammering' terimleri kullanılmaktadır(Onslow, 2018).

Tarihsel olarak, kekemelik tanısı almış olan bir kişi doğrudan 'kekeme', ya da çoğul olarak 'kekemeler' olarak tanımlanmıştır. Bozukluk yerine kişiyi vurgulayan 'person-first' tanım, bir bozukluğu olan bireylerin etiketlenmesine ya da herhangi bir olumsuz çağrışıma neden olacak şekilde henüz yeni bir yaklaşımdır. 'Kekeme' yerine 'kekemeliği olan bireyler' tanımlaması daha geniş kabul görmüştür(Onslow, 2018).

Ezop masallarına ismini veren ve M.Ö 620-560 yılları arasında doğduğu tahmin edilen Aesop, muhteşem hatip olarak adlandırılan ve M.Ö 384-322 yılları arasında yaşayan Demosthenes ve Romalı şair Publius Vergilius Maro(M.Ö 70-19) bilinen en eski kekemelerden bazılarıdır(Brosch & Pirsig, 2001).

1.3. Kekemeliğin Başlangıcı, Gelişimi ve Cinsiyet Dağılımı

Kekemelik semptomları genel olarak çocukluk döneminde, 10 yaşından önce ortaya çıkmaktadır. Fenotipik şiddet ve semptom ekspresyonu değişkenlik göstermektedir. Birçok karmaşık davranışsal bozuklukta olduğu gibi, popülasyona dayalı kanıt düzeyi yüksek çalışmalar sınırlı sayıda olsa da popülasyondaki çoğu kekemelik vakası şiddetli olarak gözlenmektedir(Felsenfeld et al., 2000).

Genç bireyde kekemelik karmaşık olmayan bir şekilde başlayıp, temel olarak akıcı olmayan konuşma şeklinde ortaya çıkmaktadır. Ancak, kişi, kişisel baş etme stratejilerinin yanı sıra kaçış ve kaçınma davranışları geliştirerek akıcı konuşma problemine tepki gösterdiğinde giderek daha karmaşık hale gelmektedir. Böylelikle, kekemelik sadece bir akıcı konuşma problemi değil, aynı zamanda çeşitli psikolojik ve sosyal sonuçlarda, yani ikincil problemlerde de ortaya çıkan, çok yönlü bir bozukluğa dönüşmektedir(Hansson, 2012).

Kekemellik, erkeklerde kadınlara göre daha yaygın ortaya çıkmaktadır. Küçük çocuklar arasında cinsiyet oranı yaklaşık 2: 1 iken, inatçı kekemelikte yetişkinler arasında oran tipik olarak 4 veya 5:1 olarak belirtilmektedir(Felsenfeld et al., 2000). Kimi çalışmalarda kadınların kekemelikten daha çabuk kurtulabileceği de gösterilmektedir(Onslow, 2018).

1.4. Kekemeliğin İnsidans ve Prevelansı

Literatürde 1950'den bu yana bildirilen kekemelik insidans oranları,% 0.7'den (Culton, 1986) %15.4'e (Glasner & Rosenthal, 1957)kadar değişen, oldukça değişken değerler vermektedir.

Bazı çalışmalarda sözel etkinliğin, sonuç olarak da konuşmanın artikülasyonu üzerindeki baskının daha yüksek olmasından dolayı kekemeliğin batı ülkelerinde olabilme ihtimalinin daha yüksek olduğu iddia edilmiştir. Ancak, bazı toplumlardaki artan linguistik talep ve ilişkiye rağmen, sonraki çalışmaların sonuçları çok az prevelans farkıyla da olsa kekemeliğin bilinen bütün dillerde var olduğunu göstermektedir. Kekemeliğin prevelansı bir nüfus yoğunluğu içinde belirli yaş aralıklarını vurgulamaktadır. %1 rakamı kabaca bütün yaş grupları için ABD'de 2.740.000 ve Birleşik Krallık'ta 580.000 insana tekabül etmektedir. Aynı prevelans yoğunluğu gelişmiş ülkelere de rapor edilmiştir(Ward, 2006).

1.5. Kekemeliğin Etiyolojisine İlişkin Teoriler

Kekemeliğin bilinen tek bir etiyolojisi yoktur ve kişiden kişiye değişen faktörlerden kaynaklanabilmektedir. Çok faktörlü bir bakış açısı bünyesel, gelişimsel ve çevresel nedenleri içermektedir(Hansson, 2012).

Güncel bir çalışmada 37 dil ve konuşma patoloğu ve 70 dil ve konuşma terapisi öğrencisi tarafından, terapi katılımcılarının yarısından fazlasında kekemeliğin etiyolojisinin ebeveynler ve 'kekeleme' kelimesinden kaçınmak olduğu tespit edilmiştir(Onslow, 2018).

En eski verilere dayanılarak yapılan çalışmaların çoğu, bir çok açıdan önyargılı olabilecek yetişkinlerden elde edilmiştir. Ambrose ve Cox (1993)'a göre bireylerin % 71'inin, aile bireylerinin yakın ve uzak derecede ailelerinde kekemelik öyküsü bulunmaktadır. Sadece birinci derece akrabalar düşünüldüğünde, bireylerin % 43'ünün pozitif bir aile öyküsü vardır. Bu rakamlar Yairi'nin (1983), % 64'ünde aile içinde pozitif aile öyküsü ve % 45'inde birinci derece aile öyküsü olan okul öncesi çocukların gösterildiği verilerle utatrlılık göstermektedir.

Yaklaşık yüz yıllık araştırma faaliyetine rağmen, kekemelik etiyojisi belirsizliğini korumaktadır. Bununla birlikte, son yirmi yılda davranışsal genetik çalışmalardan umut verici bulgular, genetik faktörlerin bu durumun ifadesinde önemli olabileceğine dair kanıt sağlamıştır(Felsenfeld et al., 2000). Bu noktada, her ne kadar kekemeliğin etiyojisi için genetik, motorik, linguistik, nörolojik, psikolojik, işitsel işleme ve çevresel etkenler üzerine teoriler geliştirilse de hiç bir yaklaşım kendi verilerini açıklığa kavuşturamamış araştırma kapsamında yöneltilen eleştirilere beklenen derinlikte cevaplar getirilememiştir(Ward, 2006).

1.6. Gelişimsel Kekemelik

Bu kekemelik türü en yaygın olarak kabul edilen kekemelik türüdür. Kapsamlı veritabanı araştırmaları kekemeliğin üçüncü en fazla görülen gelişimsel bozukluk olduğunu göstermektedir(Onslow, 2018). Çocukluk çağında, özellikle de okul öncesi dönemde bir çok sebeble ortaya çıkan bu kekemelik türü idiopatik kekemelik olarak da adlandırılmaktadır(Ward, 2006). Gelişimsel kekemelik ergenlikten önce, görünür bir beyin hasarı ya da bilinen bir sebep olmadan evrilmektedir(Jäncke, Hänggi, & Steinmetz, 2004).

Sağlıklı nüfus içindeki prevelansının büyüklüğüne rağmen gelişimsel kekemeliğin nörofizyolojik ve nöroanatomik alanları çok az anlaşılabilmiştir(Watkins, Smith, Davis, & Howell, 2007). Ana

argüman, kekemelerin konuşma akıcılığının, konuşmaya ilişkin beyin bölgelerinde atipik anatomik asimetriye sahip olmasından etkilendiğidir. Gelişimsel kekemelik, istemsiz olarak sesli veya sessiz hece veya seslerin tekrarı veya uzatılması ile karakterize görece daha ağır bir rahatsızlıktır.

Sommer ve ark. (2002), gelişimsel m kekemeler ile yaptıkları çalışmalarında sol rolantik operkulumun konuşmaya ilişkin bölgelerinde yapısal bir bozukluğu kanıtladığını bildirmişlerdir. Iverach & Rapee (2014)'ye göre, ısrarcı gelişimsel kekemelikte superior temporal girusta artmış bir volüm gözlenmektedir.

Jäncke ve ark. (2004) çalışmalarında, gelişimsel kekemeliğe sahip yetişkinlerin sadece perisilviyan konuşma ve dil bölgelerinde değil, aynı zamanda prefrontal ve sensörimotor alanlarında da atipik anatomiye sahip olduklarını ve bu anatomik belirteçlerin kusurlu olarak çalışan bir konuşma sisteminin işaretçisi olabileceğini bildirmişlerdir. Dört anatomik beyin bölgesinde ak madde miktarının artmış olduğu(Şekil 1) tespit edilmiş, ancak ak maddeye ait sözkonusu atipik asimetrinin kekemeliğin nedeni mi yoksa sonucu mu olduğu hala yanıt bulamamıştır(Jäncke et al., 2004).



PrCG= Prefrontal Girus
STG= Superior Temporal Girus
IFG= Inferior Frontal Girus
MFG = Medial Frontal Girus

Şekil 1 =Ak Madde Miktarlarının Arttığı Beyin Bölgeleri

Watkins ve ark. (2007) da genel olarak konuşma üretimi, başlangıcı, seçimi ve motor döngüler ile ilişkili birçok kortikal ve subkortikal motor bölgelerinde fonksiyonel anormallikler rapor etmişlerdir. Yapısal ak madde anomalisi, sensör ve motor bölgelerin entegrasyonunda kritik öneme sahip ventral premotor korteksin işlevlerinin bozulmasının altında yatan sebeptir.

1.7. Edinilmiş Kekemelik

Edinilmiş kekemelik, gelişimsel olmayan bir akıcı konuşma bozukluğu için kullanılan kapsamlı bir terimdir. Geç başlayan kekemelik ya da yetişkinlikte başlayan kekemelik olarak da adlandırılmaktadır. Ancak her ne kadar bu iki adlandırma geç ve yetişkin kelimelerinin kullanımıyla belli bir yaşı kapsadığını vurgulasa da, edinilmiş kekemeliğin çocukluk çağında da ortaya çıktığı bir çok vaka çalışmalarında rapor edilmiştir(Borsel, 2014).

Edinilmiş kekemeliğe ilişkin terminoloji kaynaklarında bu tür üç alt kategoride incelenmektedir(Tablo1). Nörojenik kekemelik, travmatik beyin hasarları, inme, nörodejeneratif hastalıklar gibi nörolojik hasarları tanımlamaktadır. İlaç uyarımlı kekemelik ilaçların etkileri ile oluşan kekemeliği, psikojenik kekemelik ise bir şekilde psikolojik problemler ya da duygusal problemlerle ilişkili bir akıcı konuşma bozukluğunu ifade etmektedir(Onslow, 2018). Alt başlıklarda edinilmiş kekemelik türleri daha detaylı açıklanacaktır.

	<i>Başlangıç ve Gelişim</i>	<i>Kekemeliğin Varlığı</i>	<i>Değiştirilmiş Geri Bildirime Duyarlı</i>	<i>Adaptasyon Etkisi</i>	<i>Kekemelik Davranışları</i>	<i>İkincil Davranışlar</i>	<i>Prognoz</i>
Gelişimsel Kekemelik	Çocukluk çağı. kademeli ve belki epizodik.	Duruma bağlı olarak değişkenlik gösterir	Çoğunlukla evet.	Evet	Değişken tekrarlar(fonem veya kelimenin bir kısmı), uzatmalar, bloklar vs.	Bozukluğun en belirgin özelliği olabilir.	Yetişkinler için tedavi yoktur, ancak spontan ve çocuklukta terapi ile iyileşme mümkün.
Nörojenik Kekemelik	Ani(SVO ile). Kapalı kafa yaralanmalarında kademeli de olabilir. Şiddeti	Durumdan bağımsızdır	Hayır	Hayır	Genel olarak fonem, hece veya	Anksiyete ve düş kırıklığı varsa da nadir.	Değişken: Hasarın doğası ve büyüklüğüne bağlı. Israrcı

	değişken yapan, epizodik ilaç kullanımına bağlı olarak uyarımlı kekemelik olmadığı sürece epizodik değil.				kelime tekrarı.		kekemeliğe götüren bir çok lezyon her iki hemisferde de mevcut
Psikojenik kekemelik	Ani.Travmatik olay(lar) ile rastlantılı.	Durumdan bağımsızdır	Hayır	Hayır	Tipik olarak hece veya kelime tekrarı.	Nadir olarak kaçınma durumları olabilir.	Değişken: Travmanın tedavisi ile spontan iyileşme. Sıklıkla hızlıca tedaviye yanıt alınır.

Tablo 1 = Kekemelik türlerinin özelliklerine göre kıyaslanması

1.7.1. Psikojenik Kekemelik

Psikojenik kekemelik, psikolojik bir problem ya da duygusal travmayla akıcı konuşma bozukluğu ile bir şekilde ilişkisi olduğunu tanımlamaktadır(Borsel, 2014). Bu kekemelik türü, duygusal bir travma veya depresif bir ya da birden fazla olaylar serisi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Birçok sebebi olabilmekteyken yakın bir arkadaş ya da aile ferдинin ölümü ve bir ilişkinin sona ermesi, kıyasla daha sık sebepler olarak ortaya çıkmaktadır. Psikojenik kekemelik aynı zamanda fiziksel bir travma sonucunda yaşanan psikolojik durumdan kaynaklı da oluşabilmektedir. Bu da tanılamayı beyin hasarına bağlı nörolojik travmalar ya da travmatik bir olayın psikolojik etkilerinden kaynaklanan kekemelikten daha karmaşık hale getirmektedir(Ward, 2006).

1.7.2. Nörojenik Kekemelik

Her ne kadar gelişimsel kekemeliğe kıyasla edinilmiş kekemelik hakkında çok az bilgi mevcut olsa da nörolojik travmaya bağlı olarak ortaya çıkan kekemelik en geniş grubu barındırmaktadır(Ward, 2006). Onslow da (2017), Nörojenik kekemeliğin ilaç uyarımlı ve psikojenik kekemelik türlerinden daha sık görüldüğünü bildirmiştir. Nörojenik kekemelikte kelime veya ifadenin tamamının tekrarları gibi, gelişimsel kekemelikten çok daha fazla semptomlar ortaya çıkmaktadır. Nörojenik kekemelik tipik olarak kulağa gelişimsel

kekemelikten daha farklı gelmektedir ve ayırt etmesi tecrübeli bir klinisten için çok zorlayıcı olmamaktadır(Kehoe, 2006). Nörojenik kekemelik, çoğunlukla kelimenin başlangıcında görülse de herhangi bir yerinde de izlenebilmektedir. Nörojenik kekemelik, kelimelerin gramatik sınıflandırılmasından bağımsız olarak, kekemeliğin söz konusu olmadığı vakalarda da ortaya çıkabilmektedir. Kekemeliğin genel karakterinin aksine, nörojenik kekeme bireylerde anksiyete seyrek olarak görülmektedir. Sözel olmayan gereksiz davranışlar da kekemelikte sık, ancak nörojenik kekemelikte nadirdir(Onslow, 2018).

Çoğu otorite günümüzde nörojenik kekemeliği bağımsız ve ayrı bir akıcılık bozukluğu olarak kabul edilmişse de bazı eski çalışmalar nörojenik kekemeliği afazi, apraxi ve dizartriye bağılı olarak ortaya çıkan bir dil ve konuşma bozukluğu olarak görmüşlerdir(Ward, 2006). Nörojenik kekemelik, sıklıkla afazi, konuşma apraksisi veya dizartriye eşlik etse de başka herhangi bir iletişim ya da nörolojik rahatsızlığı olmadan da gözlenebildiği rapor edilmiştir. Bu sonuç, nörolojik kekemeliğin başlı başına bir nörolojik hastalığın ilk ya da tek sonucu olabileceğini göstermektedir(Baumgartner & Duffy, 1997).

1.7.3. İlaç Uyarımlı Kekemelik

İlaç uyarımlı kekemelik özellikle; antipsikotik, antidepresan ve duygudurum dengeleyici bir çok kekemelik ile ilişkili olarak ortaya çıkan bir kekemelik türü olarak tanımlanmıştır(Lasic, Cvitanovic, Krnic, & Uglešic, 2015). Literatürde, çeşitli ilaçların kekemeliği uyardığına dair birçok çalışma mevcuttur. Antipsikotik ilaç uyarımlı kekemelik vakalarında konu olan bazı ilaçlar; Chlorpromazine, Levopromazine, Trifluoperazine, Fluphenazine, Olanzapine ve Clozapine'dir(Yadav, 2010). Richard ve ark. (1996), Sertraline-uyarımlı kekemelik rapor etmişlerdir. Yine, Yadav (2010),

Risperidone kullanımı ile ortaya çıkan bir kekemelik vakası bildirmiştir.

Bu çalışmaların tümünde kullanılan ilaç alımının devam etmemesi halinde kekemeliğin de ortadan kalktığı gözlenmiştir. Yüksek olarak kabul gören erkek-kadın cinsiyet oranı ilaç uyarımlı kekemelikte görülmemiştir. Kekemeliği azalttığı iddia edilen farmakolojik ajanların, bazı insanlarda kekemeliği uyardığını görmek de ilgi çekmektedir(Brady, 1998). Örneğin, Lasic ve ark. (2015), kekemeliğin tedavisinde faydalı olarak bilinen Olanzapine bağlı olarak ortaya çıkan bir ilaç uyarımlı kekemelik rapor etmişlerdir. Bir çok nörotransmitter sistemi ilaç uyarımlı kekemeliğin ortaya çıkmasında rol oynamaktadır(Brady, 1998).

İlaç kullanımının yan etkisi olarak ortaya çıkan ilaç uyarımlı kekemeliğin nörojenik kekemelik ile aynı karakteristik özellikleri göstermesi beklenebilmektedir. Ne yazık ki rapor edilen çoğu ilaç uyarımlı kekemelik vakası bu ayrımı yapacak bilgiyi sağlamamaktadır. Ancak bu ayrımı yapacak bilgileri sağlayan bazı çalışmalardan bazılarında ilaç uyarımlı kekemeliğin gelişimsel kekemelik ile, bazılarında ise nörojenik kekemelik ile aynı karakteristik özelliklere sahip olduğunu bildirmişlerdir(Brady, 1998).

1.8. Yetişkin Dönemi Kekemeliğinin Psiko-sosyal Etkileri

Kişilerarası iletişimde, mesleki başarıda ve yaşam kalitesinin sağlanmasında konuşmanın belli bir kapasitede olması gerekmektedir. Kekemelik, iletişim kurma kapasitesini etkileyebilen evrensel bir konuşma bozukluğudur(Iverach, Brian, et al., 2009). Şiddetli kekemelikte konuşma oranı normal bireylerin konuşma oranlarının çeyreğinden daha az olarak, dakikada 50 hecenin altında kalabilmektedir. Ağır olarak etkilelen bir insan hayatı boyunca söyleyebileceklerinin çeyreğini söyleyebilecek, ya da diğer bir hesap ile diğer bireylerin söylediği bir şeyi söyleyebilmek için dört kat daha fazla zaman harcamak durumunda kalacaktır(Onslow, 2018).

29 kurgudaki kekeme karakterleri inceleyen bir çalışmada; çoğunlukla bir ya da birkaç karakter tarafından kekeme karakterlerle düşüncesizce alay edildiği, lakap takıldığı, aşağılayıcı ifadeler kullandıkları ya da zorbalık yaptıkları bildirilmiştir(Logan, Mullins, & Jones, 2008). Dalga geçilme, sosyal izolasyon ve küçük düşürülme durumlarına yaşamları boyunca maruz kalan kekeme bireylerde yüksek anksiyete oranları gözlenmiştir. Mesleki ve eğitim süreçlerine katılımın da aksayabileceği rapor edilen kekeme bireyler yalnızca iletişim güçlüğü çekmekle kalmayıp, değişik seviyelerde sosyal fobiyi de deneyimlemektedir. Sosyal fobisi olan bireyler, zayıf iletişim becerileri ve göz kontağı ile sosyal durumlarda sıklıkla başkaları tarafından olumsuz etkileşimle karşılık verilecek ve daha şiddetli anksiyeteye yol açacak davranışlar bozuklukları sergilemektedirler(Iverach, Brian, et al., 2009).

Craig ve Tran (2006)'ın bulguları, kekemeliğin yaşam kalitesini hayati derecede negatif etkileyerek tükenmişlik riskini arttırdığını göstermektedir. Tükenmişlik, belirli bir his ile ilişkili olarak stres derecesinin bireyi zayıf bir ruh haline ittiği, fiziksel olarak ise uyuşukluk ve uyuklama gibi olumsuz etkilerin eşlik ettiği ve birçok bozuklukta ortaya çıkan yorucu subjektif bir durum olarak tanımlanabilir.

Blumgart ve ark. (2010)'ı kekemeliğin şiddeti ve sağlık riskleri bakımından erkek ve kadın katılımcılar arasında bir fark bulamadıklarını bildirmişlerdir. Yaş arttıkça, her iki grupta da sağlık riskleri yükselmiştir. Eğitim seviyesi, iş türü, doğum yeri ve cinsiyet ile anksiyete seviyesi arasında anlamlı bir ilişki rapor edilmemiştir. Kekeme bireylerin, kekemelik hakkında yanlış bilinen önyargılara üniversite yaşamlarında da maruz kaldıklarına ilişkin kanıtlar mevcuttur(Onslow, 2018). Özellikle genç yetişkinlerin en büyük risk altında oldukları çok endişe verici bir istatistik paylaşmak gerekirse; 100 milyon yetişkinin yaşadığı bir ülkede bir milyon yetişkin kekeme

olma riski ve 400,000 yetişkin ise buna bağlı olarak sosyal fobi geliştirmesi muhtemeldir(Blumgart et al., 2010).

Kekeme bireylerdeki sosyal anksiyete ile ilişkin ortaya çıkan benzersiz korkular, tecrübeler ve bilişsel süreçlerde konuşma patoloğu, klinik psikolog ve psikiyatristin iş birliği içinde çalışmaları gerekli olduğu açıktır. Kekeme bireylerin problemlerinin yönetiminde, bu kapsamlı işbirliği yaklaşımı; sosyal yaşam, eğitim ve mesleki etkinlik seviyesini, dolayısıyla yaşam kalitesini arttıarak anlamlı ve tatmin edici ilişkiler geliştirmekte önemli bir potansiyel taşımaktadır(Iverach & Rapee, 2014).

1.9. Anksiyeteyi Değerlendirme ve Tanılama

Kekemelik istemsiz olarak ortaya çıkan ve toplumda sıklıkla karşılaşılan bir akıcı konuşma bozukluğudur. Buna rağmen, kekemeliğin hayat kalitesi üzerindeki etkisini ölçecek karma ölçekler aynı seviyede mevcut değildir(Ashley Craig, Blumgart, & Tran, 2009).

Olumsuz algılanma korkusu, kekemeliği olan bireylerde kekemeliği olanceğini ve olumsuz algılanacağı korkusuna kapılmayı tanımlamakta ve kekelemenin meydana geleceği konuşmalar veya ortamlardan kaçınma davranışlarının oluşumuna zemin hazırlamaktadır(Ward, 2006). Sosyal değerlenimli anksiyete ilk olarak stres, rahatsızlık duygusu, korku, endişe ve benzeri duygularla başlayıp sonuç olarak başkaları tarafından olumsuz değerlendirilme korkusu olarak ortaya çıkmaktadır(Watson & Friend, 1969). Olumsuz algıları değerlendirmek üzere; Olumsuz Algılanma Değerlendirme Aracı (The Fear of Negative Evaluation-FNE) 1969 yılında (Watson & Friend, 1969)tarafından geliştirilmiştir. Kaçınma davranışları bir harften, bir kelimedenden kaçınmak olarak ortaya çıkabileceği gibi, belirli yerlerden uzak durmak bazı bilgileri vermekten kaçınmak gibi sosyal yaşamı etkileyen durumlar olarak da kendini gösterebilmektedir. Anksiyete ile sonuçlanan kaçınma davranışlarını ölçmek üzere tasarlanmış ölçeklerden Sosyal

Değerlendirme Ölçeği(EMAS-T) 1991 yılında Endler, Parker, Bagby, & Cox tarafından ve Anksiyete Problemleri Ölçeği(Anxiety Problems Scales)'i de içeren DSM(Diagnostic and Statistical Manual) odaklı Yetişkin Benlik Raporu(Adult Self-Report-ASR) 2003 yılında Achenbach & Rescorla tarafından geliştirilmiştir.

Kendinden kuşku duyma ve özgüven eksiklikleri, kaçınma davranışları ile ilişkili olarak gelişmektedir. Bu faktörler için çok fazla ölçek geliştirilmiş olsa da en geniş kabul gören Schwarzer & Jerusalem (1995) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe dahil(Aypay, 2010) 30'dan fazla dilde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Genel Öz-Yeterlilik Ölçeği-GÖYÖ (General Self Efficacy- GSE)'dir.

Bu süreçlerin sonucu olarak depresif belirtilerin ortaya çıkması ve bireyin umutsuzluğa kapılması şaşırtıcı olmayacaktır. Bireylerde umutsuzluğu ölçmek üzere birçok ölçek geliştirilmiştir. En yaygın olarak kullanılan ölçek Beck Umutsuluk Ölçeği'dir. Beck & Weissman (1973) tarafından geliştirilen Beck Umutsuluk Ölçeği(The Hopelessness Scale)'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Durak & Palabıyıköğlü (2006) yapmışlardır.

Anksiyeteye ilişkin olarak bu başlık altında sıraladığımız faktörlerin her birisinin ölçülebilmesi, değerlendirme ile başlanıp tedavi sürecinin tamamlanmasına kadar klinisyenlere yol göstermesi bakımından büyük önem taşımaktadır. Yer verilen ölçeklerin her biri geniş kabul görmüş ve belirli bir faktörü çok iyi ölçmekte üstünse de konuya spesifik olmayıp, bu faktörlerin kekemelik üzerindeki etkilerini ancak dolaylı olarak ölçebilmektedirler. Bu noktada, başlık altında incelenen beş faktörü kekemelik ile direkt ilişkilendirebilmek üzere geliştirilmiş değerlendirme araçlarına ihtiyaç duyulmuştur. Çalışmamızda Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığımız KİYİDA-6(Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı-6) bu faktörlerin kekemelik ile olan ilişkisini tek bir ölçek altında ölçebilme yeteneğinden dolayı üstündür. Bildiğimiz kadarıyla

literatürde Türkçe olarak bu yeterlilikte bir ölçeğin bulunmaması bu çalışmayı yapmaya sevk eden temel motivasyonumuz olmuştur.

1.10. Kekemeliğin Şiddeti

Kekemeliği ölçmek için, kekeleme olaylarının sayılması ve kekemeliğin şiddetini değerlendirmeye dayanan bir çok metot kullanılmaktadır(O'Brian et al., 2004).

Kekelenen hecelerin yüzdeliği (percentage syllables stuttered), klinik uygulama ve araştırmada yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Bu ölçek, konuşulan hecelerin sayısının, konuşulan toplam hecelerin sayısına bölünmesi ve ardından 100 ile çarpılarak hesaplanan, yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Kekelenen hecelerin yüzdesi, kekemeliğin tüm oluşumlarını tanımlar. Kekelenen hecelerin sıklığını ölçmede faydalı bir araç olmasına rağmen kekeleğin şiddetini ölçmemesi kekemeliğin tipolojisiyle ilgili bilgi sağlamamaktadır.

Zaman aralığı ölçümü(time-interval measurement) Cordes, Ingham ve meslektaşları tarafından strattered yüzde hecelerin ölçülmesine bir alternatif olarak geliştirilmiştir(Cordes & Ingham, 1994). Zaman aralığı ölçümünde, konuşma örnekleri 4 veya 5 saniye aralığına bölünmüştür. Değerlendirme için her aralığın kekemelik içerip içermediği belirlenir. Zaman aralıklı ölçümler, toplam aralık sayısının kekeleme olaylarının saptandığı olaylara bölünüp 100 ile çarpılması şeklinde hesaplanır.

Çalışmamızda, kekemelik şiddetini değerlendirmeye dayanan bir materyal olan Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı-4(Stuttering Severity Instrument) kullanılmıştır. Bu değerlendirme aracı, konuşma patolojileri tarafından kekeleme sıklığını, en uzun kekemelik anlarının süresini, bireyin konuşmasının doğallığını ve herhangi bir fiziksel eşleşmeyi belirlemek için kullanılmaktadır. Değerlendirme, araştırmacılara ve kekemelik uzman klinisyenlere kapsamlı ve değerli bir araçtır. Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı-4(KEŞİDA) aracı, farklı yaşlara uygun okuma parçaları aracılığıyla kekemelik sıklığının ve kekemeliğe eşlik eden

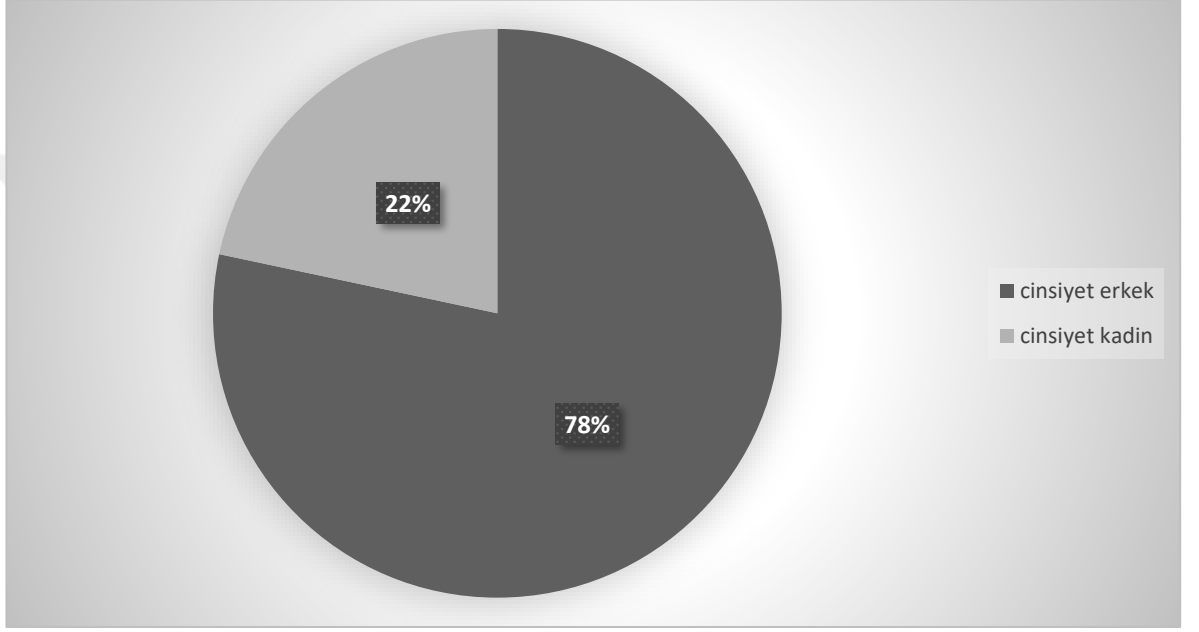
davranışların saptanması ile kekemeliğin tanınması, değerlendirilmesi ve takibinin yapılabilmesine olanak veren bir ölçme aracıdır (Mutlu, 2014).



2. Gereç Ve Yöntem

2.1. Bireyler

Araştırmaya katılan bireylere uygulanan süreçler Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı alınarak, Ege Üniversitesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilmiştir(EK1). Katılımcılar, 18-74 yaş arası bireylerden seçilmiş olup, çalışmanın örneklemini 47 erkek, 13 kadın birey oluşturmaktadır (Şekil II).



Şekil II = Çalışmaya Katılan Bireylerinin Cinsiyetlerine Göre Yüzdeleri Dağılımı

2.2. Çeviri Süreci

Çalışmada ilk olarak, ölçeğin geliştiricilerinden gerekli izinler yazışma yoluyla alınmış(EK4), KİYİDA-6 ölçeği geliştirildiği dil olan İngilizce'den anadili Türkçe olan üç kişi tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir(EK3). Çeviri yapılırken teknik terimlerle ilgili iş birliği yapılmıştır. Daha sonra Türkçe'ye çevrilen ölçek 3 ayrı çevirmen tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Çeviri sırasında kültürel olarak anlam farklılığına yol açacak dilsel anlatımlar da göz önünde bulundurulmuş, ölçeğin ifadelerinde anla değişikliklerinin bulunmadığına emin olmak için üç alan uzmanından görüş alınmıştır. Uzmanların çeviri ve ters çeviriler ile ilgili görüşleri alındıktan sonra,

uygulanması mutabık kalınan çeviri ile amaçlı örneklem(non-random) yoluyla seçilmiş 12 kişiye ölçeğin dil geçerliliğini sağlamak üzere ön deneme çalışması yapılmış, sonuçlar analiz edilerek gerekli görülen değişiklikler yapılmış, anlam değişikliğinin bulunmadığının saptanması ile ölçeğin Türkçe dil geçerliliği tamamlanmıştır.

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında örneklem büyüklüğünün madde sayısının en az 5-10 katı civarında olması gerektiği öne sürülmüştür (research & 1998, 1998). Çalışmada olgu grubunu oluşturan 60 kekeme bireye ve kontrol grubunu oluşturan ve kekemeliği olmayan 30 ayrı bireye KİYİDA-6(Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı-6) ölçeği uygulanmıştır. Ölçeği, yönlendirme gereksinimi duyması dışında olgu ve kontrol grubuna yönergeler doğrultusunda kendilerinin doldurması talep edilmiştir. Kontrol grubu ve kekeme bireylerden elde edilen KİYİDA sonuçları, orijinal ölçek (Unhelpful Thoughts and Beliefs Scale-6 Brief Version) ve tam versiyon(Full Version)larının normatif verileriyle karşılaştırılmış, böylece ölçeğin Türkçe uyarlaması tamamlanmıştır.

2.3. Araştırma Modeli

Bu çalışma, Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı-6(KİYİDA)'nın Türkçe uyarlamasını yapmayı ve 18-74 yaş arası kekeme bireylerden elde edilen verilerin yine aynı gruba uygulanmış Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı-4(KEŞİDA) verileri arasındaki ilişkinin incelenmesi ve bu araçlardan elde edilen verilerin demografik verilere göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemeye yönelik yapılan betimsel bir çalışmadır.

2.4. Olgu Grubu

2.4.1. Olgu Grubunun Evreni

Araştırmanın evreni, 18-74 yaş arasındaki kekeme tanısı koyulmuş bireylerden oluşmaktadır.

2.4.2. Dahil Edilme Kriterleri

Ege Üniversitesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı'na başvurmuş ve kekemelik tanısı konulmuş 18-74 yaş arası çalışmaya katılmaya gönüllü 60 birey bilgilendirilip, çalışmaya dahil edilmiştir. Olgu grubu seçilirken araştırmaya dahil edilme kriterleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

- 18-74 yaş aralığında olmaları,
- Kekemelik tanısı almış olmaları,
- Okur-yazar olmaları,
- Başka herhangi bir konuşma bozukluğunun eşlik etmemesi,
- İşitme kaybının olmaması,
- Başka herhangi bir problemin (Psikolojik, Nörolojik, Gelişim geriliği) olmaması.

2.5. Veri Toplama Süreci Ve Araçları

2.5.1. Veri Toplama Süreci

Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı(KEŞİDA); basitlik, objektiflik, akıcılık değişikliklerine klinik önem, güvenilirlik, geçerlik ve çocuk ve yetişkinler için kullanılabilirlik kriterlerini karşılamaktadır. Kısa konuşma kesitlerinin uzatılması veya tekrarlarının frekansı, süresi ve ilişkili fiziksel eşlikleri tanımlanabilmektedir(G. D. Riley, 1972).

Çalışmayla ilgili olarak bilgilendirilen bireylerden dahil olmak isteyen gönüllülere "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu"(EK2) okunulması istenerek, imzalatılmıştır. Çalışma sürecinde video kaydı yapılacağı bilgisi bireylerle paylaşılmıştır, sormak istedikleri sorular yanıtlanmıştır. Her bir gönüllünün değerlendirme süresi yaklaşık 40 dakika sürmüştür.

2.5.2. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplamak için; Genel Bilgi Formu, Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı-6 (KİYİDA) ve Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı-4(KEŞİDA) kullanılmıştır.

2.5.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu ile katılımcılardan; ad, soyad, cinsiyet, doğum yılı, anne ve baba mesleği, problemin başlangıç yaşı, terapi öyküsü, işitme kaybı ve başka problemlerin varlığı ile ilgili bilgiler toplanmıştır.

2.5.2.2. Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı-6

Yapılan çalışmalarda, KİYİDA-6'nın yetişkinlerde görülen sosyal anksiyeteye ilişkin negatif biliş seviyesini ölçmek için faydalı ve geçerli bir ölçek olduğu belirlenmiştir(Iverach et al., 2010). Ölçek geliştiricileri, Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı-6 (Unhelptful Thoughts and Believes About Stutterin-6) toplam skorunun beş puan ve üstünde olması durumunda psikolojik değerlendirmeye başvurmalarını önermektedir. Ancak bu, beşin altına düştüğünde klinik olarak belirgin anksiyete problemi olmadığı anlamına gelmemektedir. Araştırmacılar, psikologa yönlendirme kararı alınırken UTBAS-6 skoru, diğer klinik ölçekler ve klinik değerlendirmenin kombinasyonunu dikkate alınması gerektiğini belirtmişlerdir(Onslow, 2018).

Klinik uygulamalar açısından Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı-6 (KİYİDA), kekemeliği olan yetişkinler arasındaki sosyal fobinin göstergelerini taramak için kullanılabilen ve tedavi sonuçlarını etkileme potansiyeline sahip negatif bilişlerin belirlenmesinde yararlı olabilmektedir(Iverach et al., 2016). Ölçeğin ilk versiyonu, 2009 yılında Tamsen St. Clare ve ark tarafından geliştirilmiştir (St Clare et al., 2009). Çalışmada Türkçe uyarlaması yapılacak Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı'nın 6. versiyonu Lisa Iverach ve Ark. Tarafından 2016 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, 6 maddeden oluşmakta, her bir madde için likert tipi 5'li puanlama yapılmasını gerektiren ve sırasıyla; sıklık(frekans), yararsız inanç ve anksiyete

puanlamasını içeren üç adet iç ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin geliştiricileri ile iletişime geçilerek Türkçe uyarlama çalışması yapılması için yazışmalarla gerekli izinler alınmıştır(EK4).

2.5.2.3. Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı-4

Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı-4(KEŞİDA-4), konuşmanın kaydedilip istatistiksel olarak değerlendirilmesine dayanmaktadır(O'Brian et al., 2004). Materyal, Riley (1972) tarafından geliştirilmiş olup, sonraki iki versiyonu da yine Riley (1981; 1994) revize etmiştir. Türkçe geçerlik güvenirliği Mutlu (2014) tarafından yapılan materyalin 4. versiyonunu ise Riley ve Bakker (2009) revize etmiştir.

"Kekemelik üzerine çalışan profesyonellerin, kekemelik yapılarının gelişimini ve şiddetini değerlendiren; iyi yapılandırılmış ve standardize edilmiş araçlara ihtiyaçları vardır. Bu araçlar özellikle (a) kekemeliğin sıklığını (frekansını), (b) kekemeliğin süresini, (c) kekemeliğe eşlik eden davranışları ve (d) kişinin konuşmasının doğallığını değerlendirilmelidir. Kekemeliğin şiddetini Değerlendirme Aracı-4 (KEŞİDA-4), konuşma davranışının bu dört alanını ölçmek için tasarlanmıştır (Mutlu, 2014)." Materyalin okuma ve spontan konuşma kaydının alındığı okur-yazar olanlar ve sadece spontan konuşmanın kaydedildiği okuryazar olmayanlar için ayrı versiyonları bulunmaktadır. Kısıtlı süreçlerde değerlendirme yapmanın önemli olduğu durumlarda kullanılabilmesi Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı-4(KEŞİDA-4)'e önemli bir üstünlük sağlamaktadır.

2.6. Ölçeklerin Uygulamaları

Çalışmaya katılacak bireylerin demografik bilgileri Genel Bilgi Formu'na kaydedilmiş, daha sonra KİYİDA-6(Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı-6) ölçeği uygulanmıştır. Ölçeği yönlendirme gereksinimi duyması dışında hasta ve kontrol grubuna yönergeler doğrultusunda kendilerinin doldurması talep edilmiştir. Aynı oturumda KİYİDA ölçeği

uygulandıktan sonra, olgu grubundan 30 kişiye KEŞİDA-4 (Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı-4) ölçeği uygulaması için; yetişkinlere uygun olarak seçilmiş okuma metnini okumaları istenmiştir(EK6). KEŞİDA-4 analizlerinin yapılabilmesi için gerekli izin alınmıştır(EK5), çalışma gruplarının video kayıtları alınmıştır. Video kayıtları, Türkçe uyarlamayı yapan Mutlu (2014) tarafından gönderilmiş KEŞİDA-4 analiz yönergeleri ve gereçlerine uyularak iki ayrı klinisyen tarafından kör şekilde analiz edilmiştir. Klinisyenler arası güvenilirlik yüksek çıkmıştır (Cronbac's Alpha .930). KEŞİDA-4 analizleri ile ilgili detaylı bilgi Mutlu (2014)'nun çalışmasında yer almaktadır.

2.7. Verilerin Analizi

Toplanan veriler öncelikle olgu ve kontrol gruplarında sırasıyla her bir değişkenin düzeyleri için sayı ve yüzdelerin yer aldığı frekans tabloları oluşturuldu. Daha sonra sürekli değişkenler olan ölçek alt boyutları, toplam puanı, yaş, başlangıç yaşı ve terapi süresi için tanımlayıcı istatistikler hesaplandı. Sürekli değişkenlere ilişkin verilerin normal dağılıp dağılmadığının incelenmesinde Shapiro-Wilk Normallik testi kullanıldı, veriler normal dağılmadığından olgu ve kontrol gruplarına ilişkin yaş, ölçek alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Olgu ve kontrol gruplarında kategorik değişkenlerin incelenmesinde ki-kare analizi yapıldı.

2.8. Yazılım ve Uygulamalar

Tüm istatistiksel analizlerde IBM SPSS Versiyon 25.0 istatistiksel paket programı kullanıldı. Analiz sonuçları için Excel 2017 kullanılarak; değerlendirmelerin manuel olarak girildiği ve sonuçların otomatik bir şekilde hesaplanmasına olanak sağlayacak programlama yapıldı. KEŞİDA-4(Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı-4) analizlerinde hece sayımı için Syllables and Disfluency Counter isimli mobil uygulama kullanıldı.

3. Bulgular

3.1. Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgiler

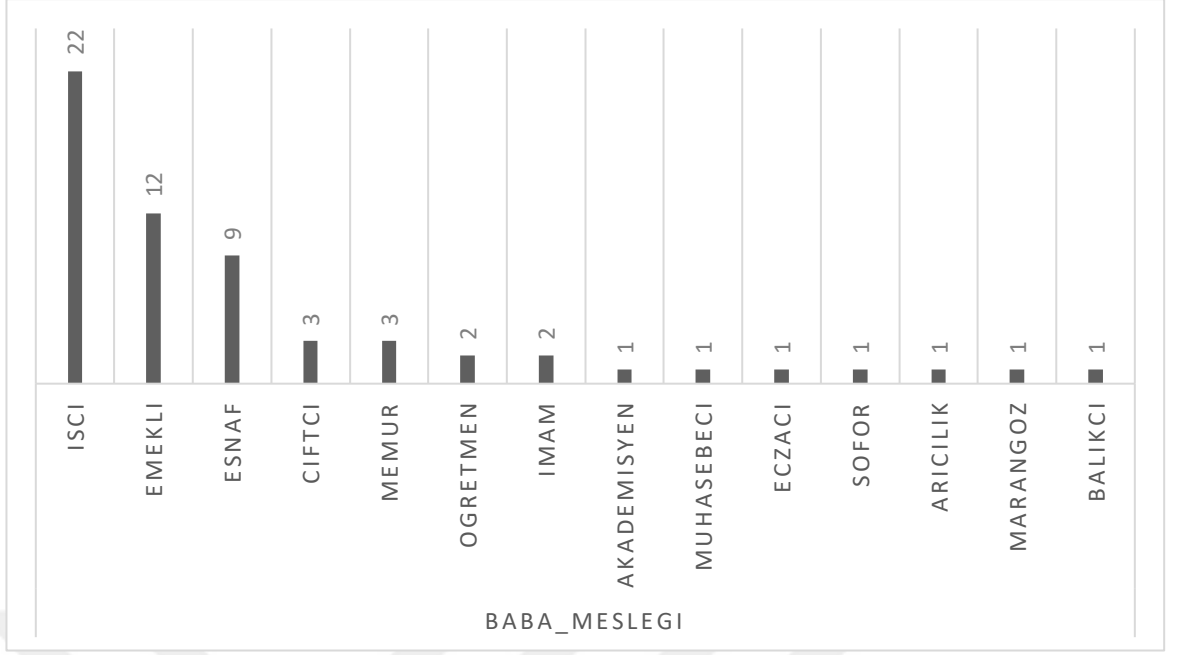
Katılımcılara ilişkin demografik bilgiler aşağıdaki tabloda verilmiştir. Buna göre katılımcıların %78.3'ü erkek, %21.7'si kadındır. Katılımcıların yaş ortalamaları erkek bireylerde 24.85, kadınlarda 23 olarak kaydedilmiştir. Erkeklerde kekemelik başlangıç yaşı ortalama olarak 5.53, kadınlarda ise 4.85 şeklinde bulunmuştur. Anne çalışma durumlarına bakıldığında ise, katılımcıların %75'inin annelerinin çalışmadığı, %25'inin çalıştığı görülmektedir. Daha önce aldıkları kekemelik terapileri sorgulandığında %21.7'si hiç terapi almadığını, %35'i 2 aydan daha az, 11.7'si 2 ile 6 ay arasında, %8.3'ü 6 ile 12 ay arasında, %16.7'si 1 ile 2 yıl arasında ve son olarak %6.7'lik bir grup da 2 yıldan daha fazla süre terapi aldıklarını bildirmişlerdir. Katılımcıların %78.9'u ailelerinde kendilerinden başka kekemeliği olan bir birey olmadığını, %12.2'si birinci dereceden, %6.7'si ikinci dereceden ve %2.2'si de üçüncü dereceden bir aile üyesinin de kekelediklerini belirtmişlerdir(Tablo II).

		n	%
Cinsiyet	Erkek	47	78.3%
	Kadın	13	21.7%
Yaş Ortalamaları	Erkek	24.85	67.3%
	Kadın	23.00	32.7%
Başlangıç Yaşı(ortalama)	Erkek	5.53	80.5%
	Kadın	4.85	19.5%
Anne Çalışma Durumu	Çalışmıyor	45	75.0%

	Çalışıyor	15	25.0%
Terapi Süresi	Terapi yok	13	21.7%
	0-2 ay	21	35.0%
	2-6 ay	7	11.7%
	6-12 ay	5	8.3%
	12-24 ay	10	16.7%
	2 yıldan fazla	4	6.7%
	Ailede Kekemelik Öyküsü	Yok	71
Birinci derece		11	12.2%
İkinci derece		6	6.7%
Üçüncü derece		2	2.2%

Tablo II= Katılımcıların Demografik Bilgileri

Bireylerin babalarının ne iş yaptıkları sorgulandığında alınan cevaplar aşağıdaki tabloda gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların %36.7'sinin işçi, %20'sinin emekli, %15'inin babası ise esnaf olarak kaydedilmiştir(Şekil III).



Şekil III = Katılımcıların baba mesleklerine göre sınıflandırılması

3.2. Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve

Düşünceler Aracı ile Ölçülen Faktörlerin Ortalamaları

Faktörlere ilişkin ortalama değerler olgu ve kontrol gruplarına göre hesaplanmış ve aşağıdaki tabloda bulunan değerler verilmiştir. Buna göre 1 ve 2. maddelerin ölçtüğü negatif değerlendirilme korkusu, olgu grubunda 59.75 ölçek puanı alırken kontrol grubu ortalama olarak 17 ölçek puanı almıştır. Ölçeğin 3. maddesiyle ölçülen kaçınma faktörü olgu grubundan ortalama 57.83, kontrol grubunda ise 20.85 ölçek puanı almıştır. Kendinden şüphe faktörünün ölçüldüğü 4. maddeye olgu grubundan 52.59, kontrol grubundan ise ortalama 20.85 ölçek puanı kaydedilmiştir. Son olarak 5. ve 6. maddelerin ölçtüğü umutsuzluk faktörü olgu grubunda 57.78 ortalama puan alırken, kontrol grubu için ortalama 20.95 ölçek puanı hesaplanmıştır (Tablo III). Analiz sonucunda faktörlerin anlamlılık düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

	olgu kontrol	N	Mean Rank	Anlamlılık
	kontrol	30	17.00	.000

Negatif Değerlendirilme Korkusu	olgu	60	59.75	.132
	Total	90		
	<hr/>			
Kaçınma	kontrol	30	20.85	.000
	olgu	60	57.83	.001
	Total	90		
<hr/>				
Kendinden Şüphe	kontrol	30	31.32	.000
	olgu	60	52.59	.000
	Total	90		
<hr/>				
Umutsuzluk	kontrol	30	20.95	.000
	olgu	60	57.78	.001
	Total	90		
<hr/>				
Tüm faktörler	kontrol	30	16.67	.000
	olgu	60	59.92	.021
	Total	90		

Tablo III = KİYİDA-6 ölçeği ile ölçülen faktörlerin olgu ve kontrol gruplarına göre istatistiksel değerleri

3.3. Kekekemliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı'nın Geçerliliği

Tablo'da, Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı-6(KİYİDA-6)'nın Türkçe'ye uyarlanmış versiyonunun, ölçeğin orijinali olan Brief UTBAS (Unhelpful Believes and Thoughts About Stuttering) ve Full UTBAS(Unhelpful Believes and Thoughts About Stuttering) skorlarına ilişkin anlam düzeyleri ve standart sapmaları gösterilmiştir(Tablo IV).

Ölçek	UTBAS-1 Sıklık, M (SD)	UTBAS-2 İnanç, M	UTBAS-3 Anksiyete, M (SD)	UTBAS Toplam, M (SD)

		(SD)		
Full UTBAS	158.4 (52.9)	156.1 (54.4)	158.5 (56.4)	473.0 (160.8)
Brief UTBAS-6	15.1 (5.8)	14.7 (5.9)	14.2 (6.1)	43.94 (17.1)
KİYİDA-6	14.2(5.5)	14.9(5.6)	15.6(6.3)	43.7(16.6)

Tablo IV = KİYİDA-6 istatistiklerinin, UTBAS-6 ve Full UTBAS normatif değerleriyle kıyaslanması

3.4. Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı Ölçek İç Ölçekler Arası Güvenilirlik Bulguları

Üç KİYİDA-6 skalası için de tüm ölçekler I ve III arasında bulunan en yüksek korelasyon ile birlikte, yüksek derecede korelasyonlu (0.90-0.91) idi (Tablo V). Her bir ölçeğin (her ölçekte yüksek Cronbach's alfa) öğeleri arasındaki çok yüksek iç tutarlılığın yanı sıra (0.95,0.95,0.95), bu bulgular üç UTBAS ölçeğinin benzer veya yakın ilişkili yapıları değerlendirdiğini göstermektedir.

Alt Ölçekler	KİYİDA-6I	KİYİDA-6II	KİYİDA-6III
KİYİDA-6I	1.000	.909	.922
KİYİDA-6II	.909	1.000	.918
KİYİDA-6III	.922	.918	1.000

3.5. Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı (KİYİDA-6) ile Demografik Bilgilerin Karşılaştırılması

Ölçek ile belirlenen faktörlerin toplam puanı ile sürekli değişkenlere ilişkin korelasyon değerleri aşağıdaki tablo (Tablo VI)da

Tablo V= KİYİDA alt ölçelerinin birbiriyle ilişkisini gösteren istatistiksel değerler

gösterilmiştir.

Correlations			toplam faktör puanı	yaş	başlangıç yaşı	terapi süresi
Spearman's rho	toplam faktör puanı	Correlation	1.000	-.097	.156	-.063
		Coefficient				
		Sig. (2-tailed)	.	.461	.233	.630
		N	60	60	60	60
yaş	yaş	Correlation	-.097	1.000	-.165	-.071
		Coefficient		0		
		Sig. (2-tailed)	.461	.	.208	.592
		N	60	60	60	60
başlangıç yaşı	başlangıç yaşı	Correlation	.156	-.165	1.000	.102
		Coefficient				
		Sig. (2-tailed)	.233	.208	.	.440
		N	60	60	60	60
terapi süresi	terapi süresi	Correlation	-.063	-.071	.102	1.000
		Coefficient				
		Sig. (2-tailed)	.630	.592	.440	.
		N	60	60	60	60

Tablo VI = Toplam ölçek puanları ile sürekli demografik değişkenlere ait istatistiklerin karşılaştırılması

3.5.1. Yaş ile KİYİDA-6 Toplam Faktör Puanlarının Dağılımı

Katılımcıların yaşları ile KİYİDA-6 toplam ölçek puanlarının ya da faktör dağılımları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (sig=0.46).

3.5.2. Cinsiyet ile KİYİDA-6 Toplam Faktör Puanlarının Dağılımı

Katılımcıların cinsiyetleri ile KİYİDA-6 toplam ölçek puanlarının; erkek katılımcılar (sig= 0.46) için düşük seviyeli pozitif anlamlı bir ilişki saptanmıştır, kadın katılımcılar için (sig=0.05) anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Cinsiyete ve KİYİDA-6 toplam ölçek puanı değerlerine ilişkin istatistiksel aşağıdaki tablo (Tablo VII) da gösterilmiştir.

<i>cinsiyet</i>		<i>İstatistikler</i>
<i>erkek</i>	Mean	45.1
	Median	45.0
	Std. Deviation	15.3
	Minimum	20.0
	Maximum	82.0
	Interquartile Range	22.2
<i>kadin</i>	Mean	52.4
	Median	59.0
	Std. Deviation	10.9
	Minimum	40.0
	Maximum	62.0
	Interquartile Range	20.5

Tablo VII = Katılımcıların cinsiyetlerine göre KİYİDA-6 ölçek puanlarının karşılaştırılması (Korelasyon 0.05 seviyesinde anlamlıdır.)

3.5.3. Kekemelik Başlangıç Yaşı ile KİYİDA-6 Toplam Faktör Puanlarının Dağılımı

Katılımcıların kekemeliklerinin başlangıç yaşları ile KİYİDA-6 toplam ölçek puanlarının arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (sig=0.23).

3.5.4. Ailede Kekemelik Öyküsü ile KİYİDA-6 Toplam Faktör Puanlarının Dağılımı

Katılımcıların kekemeliklerinin başlangıç yaşları ile KİYİDA-6 toplam ölçek puanlarının ya da faktör dağılımları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Katılımcıların ailede kekemelik öyküsü bulunma durumuna göre bulunan istatistikler aşağıdaki tablo (Tablo VIII) da gösterilmiştir.

<i>ailede</i>		<i>istatistikler</i>
<i>kekemelik</i>		
<i>var</i>	Mean	45.9
	5% Trimmed Mean	46.0
	Median	44.0
	Std. Deviation	10.6
	Minimum	27.0
	Maximum	62.0
	Interquartile Range	15.0
<i>yok</i>	Mean	46.4
	Median	45.0
	Std. Deviation	16.7
	Minimum	20.0
	Maximum	82.0
	Interquartile Range	29.0

Tablo VIII = Katılımcıların ailede kekemelik hikayesine göre KİYİDA-6 ölçek puanlarının karşılaştırılması

3.5.5. Annenin Çalışma Durumu ile KİYİDA-6 Toplam Faktör Puanlarının Dağılımı

Çalışmaya katılan bireylerin annelerinin çalışma durumları ile ölçek ile toplanan faktörlerin toplam puanı arasında çok düşük seviyeli bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Katılımcıların annelerinin çalışma durumuna göre bulunan istatistikler aşağıdaki tablo (Tablo IX)da gösterilmiştir.

<i>anne çalışma durumu</i>		istatistikler
<i>calismiyor</i>	Mean	47.9
	Median	47.0
	Std. Deviation	14.0
	Minimum	26.0
	Maximum	82.0
	Interquartile Range	19.0
<i>calisiyor</i>	Mean	41.5
	Median	36.5
	Std. Deviation	17.1
	Minimum	20.0
	Maximum	63.0
	Interquartile Range	33.0

Tablo IX = Katılımcıların anne çalışma durumuna göre KİYİDA-6 ölçek puanlarının karşılaştırılması

3.5.6. Terapi Süresi ile KİYİDA-6 Toplam Faktör Puanlarının Dağılımı

Ancak terapi hikayesinin varolma durumu ile KİYİDA-6 arasında düşük seviyeli pozitif yönlü bir korelasyon bulunsa da KİYİDA-6

toplam puanları ile katılımcıların terapi sürelerinin uzunluğu arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

3.6. Kekemelik Şiddeti Aracı(KEŞİDA-4) ile Demografik Bilgilerin Karşılaştırılması

KEŞİDA-4 toplam puanı ile sürekli değişkenlere ilişkin korelasyon değerleri aşağıdaki tablo(Tablo X)da gösterilmiştir.

<i>Correlations</i>			toplam	yaş	başlangıç	terapi
			puan		yaşı	süresi
<i>Spearman's rho</i>	toplam	Correlation	1.000	-.178	.083	.060
	puan	Coefficient				
		Sig. (2-tailed)	.	.339	.658	.750
		N	31	31	31	31
	yaş	Correlation	-.178	1.000	-.165	-.071
		Coefficient				
		Sig. (2-tailed)	.339	.	.208	.592
		N	31	60	60	60
	başlangıç	Correlation	.083	-.165	1.000	.102
	yaşı	Coefficient				
		Sig. (2-tailed)	.658	.208	.	.440
		N	31	60	60	60
terapi	Correlation	.060	-.071	.102	1.000	
süresi	Coefficient					
	Sig. (2-tailed)	.750	.592	.440	.	
	N	31	60	60	60	

Tablo X = Katılımcıların KEŞİDA-4 toplam şiddet puanı ile demografik özelliklerindeki sürekli parametrelerin istatistiksel olarak kıyaslanması (Korelasyon 0.05 seviyesinde anlamlıdır)

3.6.1. Yaş ile KEŞİDA-4 Toplam Puanlarının Dağılımı

Kekemelik şiddeti için ölçülen toplam puan seviyesi katılımcıların yaşları ile anlamlı olmayacak derecede düşük bir oranda negatif bir korelasyon göstermiştir($\text{sig}=0.34$).

3.6.2. Cinsiyet ile KEŞİDA-4 Toplam Puanlarının Dağılımı

Katılımcıların cinsiyetleri ile toplam kekemelik şiddeti puanları arasında; kadın katılımcılar için düşük seviyeli($\text{sig}=0.17$) anlamlı bir ilişki var iken erkek katılımcılar için anlamlı bir ilişki bulunmamıştır($\text{sig}=0.1$). Katılımcıların cinsiyetlerine göre bulunan istatistikler aşağıdaki tablo(Tablo XI)da gösterilmiştir.

<i>cinsiyet</i>		<i>istatistikler</i>
<i>erkek</i>	Mean	22.8
	Median	19.0
	Std. Deviation	10.7
	Minimum	4.0
	Maximum	45.0
	Interquartile Range	14.2
<i>kadın</i>	Mean	25.2
	Median	23.0
	Std. Deviation	6.4
	Minimum	20.0
	Maximum	36.0
	Interquartile Range	14.2

Tablo XI = Katılımcıların cinsiyetlerine göre KEŞİDA-4 şiddet puanlarının karşılaştırılması

3.6.3. Kekemelik Başlangıç Yaşı ile KEŞİDA-4 Toplam Puanlarının Dağılımı

Katılımcıların kekemelik başlangıç yaşı ile toplam kekemelik şiddeti puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (sig=0.66).

3.6.4. Ailede Kekemelik Öyküsü ile KEŞİDA-4 Toplam Puanlarının Dağılımı

Kekemelik şiddeti toplam puanı ile katılımcıların ailelerinde kekemelik öyküsü bulunma durumu arasında düşük seviyeli anlamlı bir ilişki vardır (sig=0.1). Katılımcıların ailelerinde kekemelik öyküsü bulunma durumuna göre elde edilen istatistikler aşağıdaki tablo (Tablo XII)da gösterilmiştir.

<i>ailede kekemelik</i>	istatistikler	
<i>yok</i>	Mean	22.5
	Median	19.0
	Std. Deviation	11.0
	Minimum	4.0
	Maximum	45.0
	Interquartile Range	15.0
<i>var</i>	Mean	24.6
	Median	21.5
	Std. Deviation	8.2
	Minimum	16.0
	Maximum	41.0
	Interquartile Range	11.3

Tablo XII = KEŞİDA-4 şiddet puan ile katılımcıların ailede kekemelik öyküsüne ilişkin istatistiksel değerler

3.6.5. Annenin Çalışma Durumu ile KEŞİDA-4 Toplam Puanlarının Dağılımı

Katılımcıların annelerinin çalışma durumları ile KEŞİDA-4 Toplam puanları arasında düşük seviyeli anlamlı bir fark vardır($\text{sig}=0.45$). Katılımcıların annelerinin çalışma durumuna göre bulunan istatistikler aşağıdaki tablo(Tablo XIII)da gösterilmiştir.

<i>annenin çalışma durumu</i>	istatistikler	
<i>calismiyor</i>	Mean	24.1
	Median	22.0
	Std. Deviation	10.5
	Minimum	4.00
	Maximum	45.0
	Interquartile Range	14.0
<i>calisiyor</i>	Mean	20.5
	Median	18.0
	Std. Deviation	8.96
	Minimum	14.0
	Maximum	42.0
	Interquartile Range	5.00

Tablo XIII = Katılımcıların anne çalışma durumuna göre KEŞİDA-4 şiddet puanlarının karşılaştırılması

Katılımcıların terapi hikayelerinin varolma durumu ile KEŞİDA-4 toplam puanları arasında, ya da terapi alan bireylerin terapi sürelerinin uzunluğu ile anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

3.7. Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı ile Kekemelik Şiddeti Aracı Bulgularının Karşılaştırılması

Çalışmamızın sonucunda elde ettiğimiz bulgular, aşağıdaki tablo(Tablo XIV)da görülebileceği üzere, katılımcıların KİYİDA-6 toplam ölçek puanları ile kekemelik şiddeti seviyesini belirleyen

KEŞİDA-4 toplam şiddet puanı arasında pozitif yönlü zayıf bir korelasyon olduğunu göstermiştir (sig=0.37).

<i>Değişkenler</i>		<i>Toplam Ölçek Puanı(KİYİDA-6)</i>	<i>Toplam Şiddet Puanı(KEŞİDA-4)</i>
<i>Toplam Ölçek Puanı(KİYİDA-6)</i>	Correlation	1.000	.373*
	Coefficient		
	Sig. (2-tailed)	.	.039
	N	60	31
<i>Toplam Şiddet Puanı(KEŞİDA-4)</i>	Correlation	.373*	1.000
	Coefficient		
	Sig. (2-tailed)	.039	.
	N	31	31

Tablo XIV = KEŞİDA-4 şiddet puanı ile KİYİDA-6 toplam ölçek puanlarının arasındaki korelasyon değerleri

4. Tartışma

4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

4.1.1. Cinsiyet

Literatürde kekemeliğin erkek bireylerde kadınlara göre daha fazla, kimi çalışmalarda 2 ile 5 kata kadar, görüldüğü bildirilmektedir(A Craig, Hancock, Tran, Craig, & Peters, 2002).

Çalışma örneklemini oluşturan bireylerin %78.3(47)'ü erkek, %21.7(13)'si kadındır. Çalışmamızın örnekleme, örnekleme dahil edilen bireyler seçilirken cinsiyete yönelik eleme yapılmadığından tabii olarak cinsiyet dağılımı literatürle uyumlu sonuçlar vermiştir. Kekemelik şiddeti parametreleriyle cinsiyet arasında korelasyon gözlenmemiştir. Araştırmamızın örneklem sayısının bu korelasyonunu doğru yansıtabilecek büyüklükte olmadığı göz önünde bulundurulmalıdır.

4.1.2. Yaş

Anksiyete seviyesini ölçen ölçeğin Türkçe uyarlamasını yaptığımız çalışmamızın örnekleme, ölçeğin geliştirirken hedef aldığı kitleyle uyumaktadır. Anketin önceki versiyonları ve geçerlilik güvenirliliğinin yapıldığı Japonca versiyonu(UTBAS-J) da çalışmalarında aynı yaş aralığında örneklemeler seçmişlerdir(Chu et al., 2017; Iverach et al., 2010, 2016).

Çalışmamızın örneklemini yetişkin kekemeler oluşturmaktadır. Katılımcıların ortalama yaşı erkekler için 24.85, kadınlar için 23'tür. Örneklemimizde olgu grubu için ortalama yaş 24.73, kontrol grubu için ise 23.17 şeklinde oluşup aralarında anlamlı bir fark olmaması parametreleri değerlendirmede olumlu bir faktör olarak ortaya çıkmıştır.

4.1.3. Kekemeliğin Başlangıç Yaşı

Kekemeliğin çocukluk çağında başladığı konusunda çalışmalarda fikir birliği mevcut olsa da, spesifik olarak ne zaman başladığı ile ilgili

değişik sonuçlar bulunmuştur(Yairi & Ambrose, 2013). Bu yaş aralığı literatürdeki bazı çalışmalar ile uyumlu olsa da(Howell, Davis, & Williams, 2008) bazı araştırmacılar 29-36 ay aralığında değişen aralıkta çok daha erken kekemelik başlangıcı ile ilgili sonuçlar elde etmişlerdir(Buck, Lees, & Cook, 2002; A Craig et al., 2002; Månsson, 2005; Reilly et al., 2009; Yairi & Ambrose, 2005).

4.1.4. Ailede Kekemelik Öyküsü

Yürüttükleri çalışmalarında; Iverach ve ark. örneklem gruplarında %60, Ambrosa ve Cox %71 Yairi ise %64 oranında katılımcının ailelerinde pozitif kekemelik öyküsü bulunduğunu bildirmişlerdir(Ambrose & Cox, 1993; Iverach et al., 2010; Yairi, 1983).

Katılımcıların %68.3'u ailelerinde kendilerinden başka kekemeliği olan birey olmadığını bildirmiş, kalan %31.7 ise ailelerinde kekemelik öyküsü olduğunu ifade etmişlerdir. Bulgular, literatürdeki bir çok çalışmanın örneklem gruplarında elde ettiği yüksek oranlardaki ailede ikinci bir kekemeliği olan bireyin varlığı bulgusuyla tam olarak örtüşmemektedir.

4.2. Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı'nın Değerlendirilmesi

KİYİDA-6'nın kekemeliği olan katılımcıların ve kekemeliği olmayan bireylerin katılımcıları ayırt edebildiğini Iverach ve ark. (2016) bildirmişlerdir. Bu yazarlar, yaptıkları çalışmada iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu, kekemeliği olan bireylerde anlamlı olarak daha yüksek sonuçlar elde edildiğini bildirmişlerdir. Bu çalışma, KİYİDA-6'nın konuşma ile ilgili kaygıyı ve kekemeliği olan insanları değerlendirmek için iyi bir değerlendirme aracı olduğunu doğrulamaktadır. Ayrıca KİYİDA-6 ile, büyük etki boyurları (bilinen grup geçerliliği) ile kekemeliği olan ve kontrol grubu katılımcılarının sosyal kaygı ile ilgili yararlı olmayan bilişleri arasında ayırım yapılabilmektedir.

Sunulan verilere göre, kekemeliği olan insanların kekemeliği

olmayan insanlardan daha tedirgin olduklarını ve insanlarda rahatsızlık, çaresizlik, utanç, hüsrân, endişe, hüznün ve sinirlilik duygularına neden olabileceğini düşünebiliriz. Birçok tanı değerlendirmesine göre, sosyal kaygının çeşitli özellikleri, örneğin, olumsuz değerlendirme korkusu ve konuşma kaygısı korkusu gibi, sosyal kaygıyı koruyabilen ve kekemeliği daha da kötüleştiren bir çeşitliliktir.

Her alt KİYİDA-6 skalası için de tüm ölçekler I ve III arasında bulunan en yüksek korelasyon ile birlikte, orta derecede korelasyonlu (0.90-0.91) idi. Her bir ölçeğin (her ölçekte yüksek Cronbach's alfa) öğeleri arasındaki çok yüksek iç tutarlılığın yanı sıra (0.95,0.95,0.95), bu bulgular üç UTBAS ölçeğinin benzer veya yakın ilişkili yapıları değerlendirdiğini göstermektedir.

KİYİDA-6, tamamlanması yaklaşık 15-20 dakika süren nispeten kısa zaman alan bir ankettir. Bu değerlendirme klinisyenin, katılımcıların yaşadığı kekemelik hakkındaki düşünceleri ve inançları hakkında ayrıntılı bilgi sağlar. KİYİDA-6'da bulunan az sayıda öge kısa tamamlanma süreleriyle sonuçlanma potansiyeline sahiptir. Bu nedenle, klinik ve araştırma ortamlarında kullanılmak üzere spesifik olarak hedeflenen tam versiyon UTBAS'ın daha kısa bir versiyonu olan KİYİDA-6 daha faydalı olabilir.

KİYİDA-6 ölçekleri dil-konuşma patologları tarafından, kekemeliği olan bireyde sosyal kaygı ile ilişkilendirilebilecek yararsız düşüncelerin varlığını, şiddetini ve etkisini değerlendirmek için kolaylıkla uygulanabilir.

UTBAS-J ve diğer bir anksiyete ölçeği olan S-24 arasındaki korelasyonlar, UTBAS-J geçerlilik çalışmasında 0.42-0.63 arasında değişmiştir ve KİYİDA-6'nin eşzamanlı geçerliliğini desteklemektedir (Chu et al., 2017). Bu sonuçlar, UTBAS'ın bir keşif aracı olarak kullanılması ve kekemeliği araştırma denemelerinde bir sonuç ölçütü olarak ön destek sağlamaktadır.

4.2.1. Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı'nın Ölçtüğü Faktörler

Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı-6 (KİYİDA-6), olarak bilinen UTBAS'ın altı maddeli bir tarama sürümüdür. (EK3)

Altı öge, üç alt ölçeğin her biri için toplam puanı doğru bir şekilde yeniden üretebilmektedir. Ölçeği geliştiren araştırmacılar, toplam KİYİDA-6 skorunun oluşturulan değerlendirme skalası içinde beşinci dilimin içine veya üstüne düştüğü zaman, danışan için psikolojik değerlendirme önerilmesi gerektiğini bildirmektedir. Ancak eğer sonuç beşinci dilimin altındaki bir skora denk gelirse bu durum klinik olarak danışanın anlamlı bir kaygı problemi olmadığı anlamına gelmez. Araştırmacılar, bir psikologa başvurma kararının UTBAS-6 skorunun diğer klinik önlemlerin ve klinik yarguların birleşimine dayanması gerektiğini bildirmişlerdir(Iverach et al., 2016).

Aşağıda sıralanan ölçek maddeleri, negatif değerlendirilme korkusu (1-2), kaçınma (3), kendinden şüphe duyma ve güvensizlik (4) ve umutsuzluk (5-6) alanlarında olumsuz düşünceler olmak üzere dört ayrı faktörü değerlendirmektedir(Onslow, 2018):

- (1) Kekemeliğimden dolayı hayatta hiçbir zaman başarılı olamayacağım.
- (2) İnsanlar kekeleyişim için yetersiz olduğumu düşünecekler.
- (3) Konuşmaya başladığımda insanlar tuhaf olduğumu düşünecekler.
- (4) Hiçbir yere gitmek istemiyorum – kimse benden hoşlanmayacak.
- (5) Konuşmaya çalışsam bile ne fark eder ki– zaten kelimeleri hiçbir zaman doğru ifade edemeyeceğim.
- (6) Anlatmaya çalıştığım konuyu hiçbir zaman bitiremeyeceğim için insanlar beni yanlış anlayacaklar.

Bu çalışma, kekemeliği olan yetişkinler için KİYİDA-6(Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı-6) ölçeğinin Türkçe versiyonunun çeviri ve psikometrik özellikleri hakkında bilgi vermiştir. Bulgularımız, Türkiye'de kekemelik alanındaki KİYİDA-6

güvenilirliği ve geçerliliğini desteklemektedir. Özellikle, KİYİDA-6, Brief UTBAS-6 ve Full UTBAS ölçekleri ile test güvenilirliği, yüksek iç tutarlılık ve yüksek korelasyon göstermiştir. Bu bulgular KİYİDA-6'nın geçerliliğini desteklemektedir.

Çalışma ile, Avustralya normatif verilere kıyasla KİYİDA-6 ölçeğini kullanarak kekemeliği olan erişkinler için normatif veriler sağlamaktadır. Avustralya ve Türk örnekleri arasında UTBAS-II, UTBAS-III ve UTBAS toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Katılımcılara "Bu düşüncelere ne kadar İNANIYORUM?" Ve "Bu düşünceler beni ne kadar KAYGILI / ENDİŞELİ hissettiriyor?" . Bununla birlikte, Türkçe konuşan grupla karşılaştırıldığında Avustralyalı grupta kekemelik hakkında daha fazla olumsuz düşünce ve inanç (UTBAS-I) görülmüştür.

Buna ek olarak, bu çalışmada katılımcıların neredeyse tamamı bir öz yardım derneğinin ya da terapi aldıkları merkezin grup seanslarına aktif olarak katılmaktaydılar. Önceki çalışmalarda, bir destek grubuna katılmanın, kekemeliği olan yetişkinler için faydalı olduğu, çünkü duyguların, düşüncelerin ve deneyimlerin rahat bir ortamda paylaşılmasını kolaylaştırdığı ve genel benlik kavramı, benlik imajı ve kekemelik kabulünü arttırabildiği bildirilmiştir (Murgallis, Vitale, & Tellis, 2015; Yaruss, Quesal, & Murphy, 2002). Bu nedenle, örneklemimizdeki yüksek oranda destek grubuna devam eden katılımcılar, kekemelle ilgili olumsuz düşüncelerin ve inançların azalmasına katkıda bulunmuştur. Bu sebeple görece düşük KİYİDA-6 skorları değerlendirilirken göz önünde bulundurulmalıdır.

4.2.2. KİYİDA-6 ve Yaş İlişkisinin Değerlendirilmesi

Yaş ve KİYİDA-6 skorları arasındaki negatif korelasyon, ergenlerde, yaşla birlikte azalmakta olan olumsuz düşüncelerin, inançların ve kaygıların düşebileceğini düşündürmektedir. Kekelemeliği olan yaşlıların kekemeliği kabul etme olasılıkları daha fazladır ve kekemeliğinin sonuçlarından daha az korkarlar (Bricker-Katz, Lincoln, & McCabe, 2010).

4.2.3. KİYİDA-6 ve Cinsiyet İlişkisinin Değerlendirilmesi

Genel olarak, cinsiyet ile KİYİDA-6 skorları arasında yüksek seviyeli anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmadaki katılımcıların sadece %21.7'si kadındı, bu oran anlamlı olmayan bulguyu açıklamaya katkı sağlayabilecektir.

4.2.4. KİYİDA-6 ve Terapi İlişkisinin Değerlendirilmesi

Daha önce bir terapi almış olmak ya da terapinin süresi ile KİYİDA-6 skorları arasında yüksek seviyeli anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Terapi deneyiminin, bilişsel davranış terapisi gibi yetişkin kekemelik tedavi terapisinin, kendini kontrol etme ve öz-kavram geliştirmeyi ve azalan kaygı ve sosyal kaçınma sürecini destekleyebileceği düşünüldüğünde, tedavi deneyiminin KİYİDA-6 puanlarını düşürebileceğini bekleyebiliriz. İyileştirilmiş öz-denetim, utanç ve korku duygularının azalmasına ve kendi kendini yitirme duygusuna yol açabilir (Menzies, O'Brian, Onslow, & Packman, 2008; Menzies, Onslow, Packman, & O'Brian, 2009). Bununla birlikte, çalışmamızda KİYİDA-6 skorları ve terapi deneyimi arasında yüksek anlamlı farklar bulunmamıştır. Literatür ile uyumsuzluk, örneklem sayısının yetersizliğinden, kanıta dayalı terapi yöntemleri almamış olmalarından, istatistiksel analizin katılımcıların anket uygulamasından önce aldıkları son konuşma terapisinden beri geçen süreyi hesaba katmamasından kaynaklanabilir. Belirli katılımcıların KİYİDA-6 uygulamasından uzun bir süre önce konuşma terapisi almış olmaları veya olmaları KİYİDA-6 uygulaması sırasında nüksetme meydana gelmeleri olasıdır.

4.3. Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı ile Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı İlişkisinin Değerlendirilmesi

Kekemelik şiddeti ile psikolojik değişkenler arasındaki ilişki net değildir. Kekemeliğin psikolojik etkilerine ilişkin çalışmaların sonuçları, genel popülasyona kıyasla kekeme bireylerin zihinsel sağlık bozukluklarının oranlarının araştırılmasına ve mental

bozukluklarının kekemelik şiddetine olan etkilerinin daha ayrıntılı araştırılmasına ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir(Iverach, Brian, et al., 2009).

Iverach ve ark. (2009) tarafından yapılan bir çalışmada, tedavi öncesi kekemelik şiddeti ile psikolojik değişkenler arasında bir ilişki olup olmadığı ve psikolojik çeşitliliğin tedavi kazanımlarının sürdürülmesine zarar verip vermediği incelenmiştir. Kekemelik şiddeti, kaçınma davranışları tedaviden önce, tedaviden hemen sonra ve tedaviden 6 ay sonra ölçülmüştür. Sonuçlar, psikolojik bozuklukların, kekeme sıklığı ve durumdan kaçınmanın tedavi sonuç alanları üzerindeki etkilerini göstermiştir. Orta vadeli sonuçlar, psikolojik bozuklukların varlığında daha kötü olarak ortaya çıkmıştır. 6 ay boyunca tedavinin yararlarını koruyan hastaların üçte biri psikolojik bir bozukluğa sahip olmadığı bulunmuştur(Iverach, Jones, et al., 2009).

Çok boyutlu bakış açısı, kekemelik ile anksiyete arasındaki ilişkinin önemine açıklık getirmektedir. Hafif veya şiddetli kekemeliği olan bireylerin sadece kekemelik şiddeti bakımından farklı olmadıklarından, aynı zamanda sosyal iletişimde, örneğin konuşmada kaygı yaşama eğiliminde olduklarından, sosyal kaygı tanısı her tedavi değerlendirmesinin bir parçası olması gerekir(Ezrati-Vinacour & Levin, 2004).

Kekemeliği olan yetişkinler'in genel olarak endişeli olup olmadığı sorusu tekrar tekrar sorulmuştur. Verilen cevaplar çelişkili ve tartışmalı olmuştur(Ezrati-Vinacour & Levin, 2004). Mevcut bulgular, genel olarak, kekemeliği olan yetişkinlerin normalde akıcı konuşmacılardan daha endişeli olduğunu göstermektedir. Kekemeliği olan bireyler daha fazla sürekli kaygıya sahiptirler; bireyin belirli tehdit edici ortamlardan bağımsız olarak genel kaygı seviyesi yüksektir.

Kekemelik şiddeti, herhangi bir anksiyete seviyesi veya artmış sosyal fobi semptomları ile ilişkili bulunmamıştır. Hafif düzeyde kekemeliği

olan bireylerin, orta ya da şiddetli kekemeliği olanlar kadar yüksek sosyal ve sürekli kaygıya sahip olma olasılıkları kadar yüksek bulunmuştur. Kekemelik şiddeti ile sosyal kaygı arasında bir ilişki bulunmaması da araştırmacılar tarafından bulunmuştur(Stein, Walker, & Ph, 1996). Bu nedenle, veriler artmış kekemelik şiddetinin artmış sosyal kaygı oluşturma riskini önemli ölçüde artırdığı ve hafif düzeyde kekemeliği olan bireylerin böyle bir riski azalttığı sonucuna varmasına izin vermemektedir(Blumgart et al., 2010).

Elde edilen bulgular, sosyal iletişim kaygısının hafif kekemeliği olan yetişkinler ve akıcı konuşmacılara göre şiddetli kekemeliği olan yetişkinler arasında daha yüksek olduğunu göstermektedir. Araştırmamız, bir özellik olarak anksiyetenin kekemeliği olan yetişkinlerin bir özelliği olduğunu gösteren çalışmalarla uyumlu sonuçlanmıştır(Ashley Craig, 1990; Fitzgerald, Djurdjic, & Maguin, 1992).

5. Sonuç Ve Öneriler

5.1. Sonuçlar

1. Veri toplama süreci, KİYİDA-6 için; 18-74 yaş arası 60 olgu ve 30 kontrol grubu olmak üzere 90 bireyin örnekleme dahil edilmesiyle gerçekleşmiştir.
2. Çalışmamızda KİYİDA-6 ölçeğinin Türkçe güvenilirlik geçerliliklerini gerçekleştirmek üzere çeviri, veri toplama, verilerin analizi ve son olarak literatürdeki bilgilerle kıyaslanması birincil amaç olarak belirlenmiş, bu aşamalar tamamlanarak ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği sağlanmıştır.
3. İkinci olarak KİYİDA-6 ve KEŞİDA-4 bulgularının arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.
4. Diğer bir amacımız, KİYİDA-6 ve KEŞİDA-4 ile elde edilen bulguların çalışmaya dahil edilen bireylerin demografik özelliklerine göre nasıl şekillendiğini gözlemlemektir.
5. Çalışmamızda olgu ve kontrol gruplarının KİYİDA-6 ile toplanan verileri arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu($p>0.05$), kişilerin ankisyete düzeylerinin kekemelik ile ilişkili olduğu bir kez daha gösterilmiştir.
6. KİYİDA-6 ile KEŞİDA-4 toplam ölçek puanları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır($p>0.05$).
7. KEŞİDA-4 toplam puanları olgu ve kontrol grubunda anlamlı bir farklılık göstermiştir($p>0.05$).
8. Bireylerin demografik özelliklerine göre elde edilen sonuçlar yaş, kekemeliğin başlangıç yaşı, terapi süresi ile KİYİDA-6 toplam puanları ile bir korelasyon göstermezken KİYİDA-6 toplam puanları ve bireylerin

cinsiyetleri ve anne çalışma durumu ile düşük seviyeli bir korelayon izlenmiştir.

9. Bireylerin KEŞİDA-4 toplam puanları ile yaş, kekemelik başlangıç yaşı, terapi hikayesi ya da terapi süresi ile anlamlı bir ilişki göstermezken, ailede kekemelik öyküsü ve anne çalışma durumu ile düşük düzeyli bir korelasyon olduğu bulunmuştur.
10. Kekemeliği olan yetişkinler arasında kekemeliğe ilgili olumsuz düşüncelerini ve inançlarını değerlendirmek için güvenilir bir araç olarak kullanılmasını desteklemektedir. KİYİDA-6 aracı, kekemeliği olan ve tedavi sonuçlarını değerlendirmek isteyen kişileri tedavi eden klinisyenler için önemli terapötik bilgiler sağlayabilir. Örneğin, KİYİDA-6 puanları, kekemeliği olan insanların, klinik yönetimi bilgilendirebilecekleri olumsuz düşünceler ve endişe yaşadıkları farklı durumlar hakkında ayrıntılı bilgi sağlar.
11. Araştırma ortamlarında KİYİDA-6, müdahalelerin etkinliğini değerlendirmede yardımcı olabilir.
12. Bildiğimiz kadarıyla KİYİDA-6, Türkiye'de özellikle kekemeliği olan yetişkinlere yönelik kullanılmak üzere Türkçe literatüre kazandırılış ilk ölçektir.
13. Kekemeliği olan yetişkinler için kullanılacak mevcut değerlendirme materyallerinin kıtlığı göz önüne alındığında, bu çalışmadan elde edilen bulgular hem klinik hem de araştırma ortamlarında yer alan yetişkinlerde kekemeliğin genel etkisini değerlendirmek için kapsamlı bir değerlendirme bataryasının geliştirilmesine katkıda bulunabilir.

5.2. Öneriler

1. Bu çalışmadan elde edilen bulgular cesaret verici olsa da sonuçlar küçük bir örneklem grubuna dayanmaktadır. Geçerliliği belirlemek için, KİYİDA-6'nın psikometrik özelliklerini, kekemeliği ve cinsiyete uygun kontrolleri olan daha büyük yetişkin grupları ile çoğaltarak ve sosyal fobi tanısı olan katılımcıların dahil edildiği, bağımsız bir örneklem ile daha büyük örneklem gruplarıyla araştırma yapılabilir.
2. Daha önce de belirtildiği üzere orjinal versiyon olan Brief UTBAS-6, tam versiyon olan UTBAS-6'nın kısa versiyonudur. Tam versiyonun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak daha büyük bir örneklem ile detaylı bir kekemeliğe bağlı sosyal anksiyete ölçeği Türkçe literatüre kazandırılabilir.
3. KİYİDA-6 skorları için aralıklar tam UTBAS skorlarının güvenilir tahminlerini sağlamasına rağmen, KİYİDA-6'nın bir tarama aleti ve klinik aracının tanımlanmasında yardımcı olması için KİYİDA-6'nın ve tam UTBAS'ın, ölçeğin her iki versiyonundaki puanların uyumunu belirlemek için kekeleyen büyük bir yetişkin örneğine uygulanmasını içeren araştırmalar faydalı olabilecektir.
4. KİYİDA-6'nın yakınsak geçerliliği ve ayrımcı geçerliliğinin, kaygı, olumsuz değerlendirilme korkusu ve depresyon gibi yapıların diğer öz-bildirim ölçütleriyle ilişkili olarak araştırılabilir.
5. Kekemeliğin anksiyete ile ilişkisini daha somut olarak değerlendirmek üzere, kekemeliğin hayat kalitesi üzerine etkisini ölçen değerlendirme materyalleri ile KİYİDA-6 ölçeğinin korelasyonu araştırılabilir.

6. Kaynaklar

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2003). Manual For The ASEBA Adult Forms & Profiles: For Ages 18-59: Adult Self-Report And Adult Behavior Checklist. *ASEBA*.
- Ambrose, N. G., & Cox, N. (1993). Genetic Aspects Of Early Childhood Stuttering. *Journal Of Speech And Hearing Research*, 36(August 1993), 701–706.
- Aypay, A. (2010). The Adaptation Study Of General Self-Efficacy (GSE) Scale To Turkish. *Inonu University Journal Of The Faculty Of Education*, 11(2), 113–131.
- Baumgartner, J., & Duffy, J. R. (1997). Psychogenic Stuttering In Adults With And Without Neurologic Disease. *Journal Of Medical Speech-Language Pathology*, 5(June 1997), 73–95.
- Beck, A. T., & Weissman, A. (1973). The Measurement Of Pessimism. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 42(6), 861–865. <https://doi.org/10.1037/H0037562>
- Blumgart, E., Tran, Y., & Craig, A. (2010). Social Anxiety Disorder In Adults Who Stutter. *Depression And Anxiety*, 692(January), 687–692. <https://doi.org/10.1002/Da.20657>
- Borsel, J. Van. (2014). Acquired Stuttering : A Note On Terminology. *Journal Of Neurolinguistics*, 27(1), 41–49. <https://doi.org/10.1016/J.Jneuroling.2013.09.003>
- Brady, J. P. (1998). Drug-Induced Stuttering : A Review Of The Literature Dysarthria. *Journal Of Clinical Psychopharmacology*, 18(1), 50–54.
- Bricker-Katz, G., Lincoln, M., & McCabe, P. (2010). Older People Who Stutter: Barriers To Communication And Perceptions Of Treatment Need. *International Journal Of Language And Communication Disorders*, 45(1), 15–30. <https://doi.org/10.3109/13682820802627314>
- Brosch, S., & Pirsig, W. (2001). Stuttering In Histbrosch, S., & Pirsig, W. (2001). Stuttering In History And Culture. *International Journal Of Pediatric Otorhinolaryngology*, 59(2), 81–7.
- Buck, S. M., Lees, R., & Cook, F. (2002). The Influence Of Family History Of Stuttering On The Onset Of Stuttering In Young Children. *Folia Phoniatica Et Logopaedica*, 54(3), 117–124. <https://doi.org/10.1159/000063407>

- Chu, S. Y., Sakai, N., Mori, K., & Iverach, L. (2017). Japanese Normative Data For The Unhelpful Thoughts And Beliefs About Stuttering (UTBAS) Scales For Adults Who Stutter. *Journal Of Fluency Disorders*, 51, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2016.09.006>
- Cordes, A. K., & Ingham, R. J. (1994). The Reliability Of Observational Data: II. Issues In The Identification And Measurement Of Stuttering Events. *Journal Of Speech And Hearing Research*, 37(2), 279–294. <https://doi.org/10.1044/jshr.3702.279>
- Craig, A. (1990). An Investigation Into The Relationship Between Anxiety And Stuttering. *Journal Of Speech And Hearing Disorders*, 55(May), 290–294.
- Craig, A., Blumgart, E., & Tran, Y. (2009). The Impact Of Stuttering On The Quality Of Life In Adults Who Stutter. *Journal Of Fluency Disorders*, 34(69), 61–71. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.05.002>
- Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., Craig, M., & Peters, K. (2002). Epidemiology Of Stuttering In. *Journal Of Speech, Language, And Hearing Research*, 45, 1097–1105.
- Culton, G. L. (1986). Speech Disorders Among College Freshmen: A 13-Year Survey Gerald, 51(February 1986), 3–7.
- Durak, A., & Palabıyıkoglu, R. (2006). Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması. *Kriz Dergisi*, 2(2), 311–319. <https://doi.org/10.1080/03081080500055163>
- Endler, N. S., Parker, J. D. A., Bagby, R. M., & Cox, B. J. (1991). Multidimensionality Of State And Trait Anxiety: Factor Structure Of The Endler Multidimensional Anxiety Scales. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 60(6), 919–926. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.6.919>
- Ezrati-Vinacour, R., & Levin, I. (2004). The Relationship Between Anxiety And Stuttering: A Multidimensional Approach. *Journal Of Fluency Disorders*, 29(2), 135–148. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2004.02.003>
- Felsenfeld, S., Kirk, K. M., Zhu, G., Statham, D. J., Neale, M. C., & Martin, N. G. (2000). A Study Of The Genetic And Environmental Etiology Of Stuttering In A Selected Twin Sample, 30(5), 359–366.
- Fitzgerald, H. E., Djurdjic, D. D., & Maguin, E. (1992). Assessment Of Sensitivity To Interpersonal Stress In Stutterers. *Journal Of Communication Disorders*, 25, 31–42.
- Glasner, P. J., & Rosenthal, D. (1957). Parental Diagnosis Of Stuttering In Young

- Children. *Journal Of Speech And Hearing Disorders*, 22(2), 288–295.
- Guitar, B. (2006). *Stuttering : An Integrated Approach To Its Nature And Treatment*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Hansson, K. (2012). Cognitive Behavioural Therapy (CBT) For Stuttering Disorder . A Case Study . Key Words.
- Howell, P., Davis, S., & Williams, R. (2008). Late Childhood Stuttering. *Journal Of Speech Language And Hearing Research*, 51(3), 669. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/048\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008/048))
- Iverach, L., Brian, S. O., Jones, M., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., ... Onslow, M. (2009). Prevalence Of Anxiety Disorders Among Adults Seeking Speech Therapy For Stuttering. *Journal Of Anxiety Disorders*, 23, 928–934. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.06.003>
- Iverach, L., Heard, R., Menzies, R., Lowe, R., O'Brian, S., Packman, A., & Onslow, M. (2016). A Brief Version Of The Unhelpful Thoughts And Beliefs About Stuttering Scales: The UTBAS-6. *Journal Of Speech Language And Hearing Research*, 59(5), 964. https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-S-15-0167
- Iverach, L., Jones, M., O'Brian, S., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., ... Onslow, M. (2009). The Relationship Between Mental Health Disorders And Treatment Outcomes Among Adults Who Stutter. *Journal Of Fluency Disorders*, 34(1), 29–43. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.02.002>
- Iverach, L., Menzies, R., Jones, M., Brian, S. O., Packman, A., & Onslow, M. (2010). Further Development And Validation Of The Unhelpful Thoughts And Beliefs About Stuttering (UTBAS) Scales : Relationship To Anxiety And Social Phobia Among Adults Who Stutter. *International Journal Of Language & Communication Disorders*, 1, 1–14. <https://doi.org/10.3109/13682822.2010.495369>
- Iverach, L., & Rapee, R. M. (2014). Social Anxiety Disorder And Stuttering : Current Status And Future Directions. *Journal Of Fluency Disorders*, 40, 69–82. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.08.003>
- Jäncke, L., Hänggi, J., & Steinmetz, H. (2004). Morphological Brain Differences Between Adult Stutterers And Non-Stutterers. *BMC Neurology*, 8, 1–8. <https://doi.org/10.1186/1471-2377-4-23>
- Kehoe, T. D. (2006). *No Miracle Cures: Miracle Cures A Multifactoral Guide To Stuttering Therapy*. University College Press.

- Lasic, D., Cvitanovic, M. Ž., Krnic, S., & Uglešić, B. (2015). Olanzapine Induced Stuttering : A Case Report. *Psychiatria Danubina*, 28(3), 299–300.
- Logan, K. J., Mullins, M. S., & Jones, K. M. (2008, August 1). The Depiction Of Stuttering In Contemporary Juvenile Fiction: Implications For Clinical Practice. *Psychology In The Schools*. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/Pits.20313>
- Månsson, H. (2005). Stammens Komplexitet Og Diversitet. *Dansk Audiologopædi: Fagblad For Audiologopæder*, (3).
- Menzies, R. G., O’Brian, S., Onslow, M., & Packman, A. (2008). An Experimental Clinical Trial Of A Cognitive-Behavior Therapy Package For Chronic Stuttering. *Journal Of Speech, Language And Hearing Research*, 51(6), 1451–1464. <https://doi.org/10.1002/Elps.201500330>
- Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A., & O’Brian, S. (2009). Cognitive Behavior Therapy For Adults Who Stutter: A Tutorial For Speech-Language Pathologists. *Journal Of Fluency Disorders*, 34(3), 187–200. <https://doi.org/10.1016/J.Jfludis.2009.09.002>
- Miller, G. A. (1963). *Language And Communication*. New York, London, Toronto.
- Murgallis, T., Vitale, C., & Tellis, G. M. (2015). Perceptions Of Persons Who Stutter Before And After Attending Support Group Meetings. *Procedia - Social And Behavioral Sciences*, 193, 202–208. <https://doi.org/10.1016/J.Sbspro.2015.03.260>
- Mutlu, A. (2014). *Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracının (Stuttering Severity Instrument–4) 6-16 Yaş Okul Çağı Çocuklarda Türkçe Uyarlaması*. Gazi Üniversitesi.
- O’Brian, S., Packman, A., & Onslow, M. (2004). Measurement Of Stuttering In Adults : Comparison Of Stuttering-Rate And Severity-Scaling Methods. *Journal Of Speech, Language, And Hearing Research*, 27(5), 1081–1087.
- Onslow, M. (2018). *Stuttering And Its Treatment*.
- Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Wake, M., Bavin, E. L., Prior, M., ... Ukoumunne, O. C. (2009). Predicting Stuttering Onset By The Age Of 3 Years: A Prospective, Community Cohort Study. *Pediatrics*, 123(1), 270–277. <https://doi.org/10.1542/Peds.2007-3219>
- Research, M. M.-A. Design In Nursing, & 1998, U. (1998). *Methodological Studies:*

- Instrument Development. *Advanced Design In Nursing Research*, 2, 238–284.
- Richard, C., Matthew, J., & Ross, A. (1996). A Case Of Sertraline-Induced Stuttering
Editors : Case Report. *Journal Of Clinical Psychopharmacology*, 16(1), 92–93.
- Riley, G. (1981). Stuttering Prediction Instrument. Revised Edition. *Pro-Ed*.
- Riley, G. (1994). Stuttering Severity Instrument For Children And Adults. *Pro-Ed*.
- Riley, G., & Bakker, K. (2009). Stuttering Severity Instrument: SSI-4. *Pro-Ed*.
- Riley, G. D. (1972). A Stuttering Severity Instrument For Children And Adults.
Journal Of Speech And Hearing Disorders, 37(3), 314.
<https://doi.org/10.1044/jshd.3703.314>
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. *Causal And Control Beliefs*, 46(1), 35–37.
- Sommer, M., Koch, M. A., Paulus, W., Weiller, C., & Büchel, C. (2002). Mechanisms Of Disease Disconnection Of Speech-Relevant Brain Areas In Persistent Developmental Stuttering. *The Lancet*, 360(9330), 380–383.
- St Clare, T., Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A., Thompson, R., & Block, S. (2009). Unhelpful Thoughts And Beliefs Linked To Social Anxiety In Stuttering Development Of A Measure. *International Journal Of Language And Communication Disorders*, 44(3), 338–351.
<https://doi.org/10.1080/13682820802067529>
- Stein, B., Walker, R., & Ph, D. (1996). Social In Adults, (February), 278–280.
- Ward, D. (2006). *Stuttering And Cluttering*.
- Watkins, K. E., Smith, S. M., Davis, S., & Howell, P. (2007). Structural And Functional Abnormalities Of The Motor System In Developmental Stuttering. *Brain*, 131(1), 50–59. <https://doi.org/10.1093/brain/awm241>
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement Of Social-Evaluative Anxiety In Junior High School Students. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 33(4), 448–457. <https://doi.org/10.1037/A0022000>
- Webb, L. (2015). *Introduction To Communication Skills*.
- Who. (1977). Manual Of The International Statistical Classification Of Diseases, Injuries, And Causes Of Death (Vol. 1).
- Yadav, D. S. (2010). Risperidone Induced Stuttering. *General Hospital Psychiatry*, 32(5), 559.E9-559.E10. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.01.004>
- Yairi, E. (1983). The Onset Of Stuttering In Two- And Three-Year-Old Children: A Preliminary Report. *Journal Of Speech And Hearing Disorder*, 48, 171–177.

- Yairi, E., & Ambrose, N. (2013). Epidemiology Of Stuttering: 21st Century Advances. *Journal Of Fluency Disorders*, 38(2), 66–87. <https://doi.org/10.1016/J.Jfludis.2012.11.002>
- Yairi, E., & Ambrose, N. G. (2005). *Early Childhood Stuttering For Clinicians By Clinicians*.
- Yaruss, J. S., Quesal, R. W., & Murphy, B. (2002). National Stuttering Association Members' Opinions About Stuttering Treatment. *Journal Of Fluency Disorders*, 27(3), 227–242. [https://doi.org/10.1016/S0094-730X\(02\)00142-0](https://doi.org/10.1016/S0094-730X(02)00142-0)



Ekler

EK-1 = Etik Kurulu Onay Belgesi



EK-2 = Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Kekemelik şiddeti ile psikolojik değişkenler arasındaki ilişki net değildir. Kekemeliğin psikolojik etkilerine ilişkin çalışmaların sonuçları, genel popülasyona kıyasla kekeme bireylerin zihinsel sağlık bozukluklarının oranlarının araştırılmasına ve mental bozukluklarının kekemelik şiddetine olan etkilerinin daha ayrıntılı araştırılmasına ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Çalışmanın amacı Kekemeliğe ilişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı-6(KİYİDA)'nın Türkçe uyarlamasını yapmak ve Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı-4(KEŞİDA) ile arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya 18-74 yaş arasında olan, kekemelik tanısı almış yetişkinler ve karşılaştırılma yapılabilmesi için herhangi bir konuşma problemi olmayan gönüllü kontrol grubu dahil edilecektir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Çalışmaya katılan gönüllülere ve karşılaştırma yapılabilmesi için kontrol grubuna Genel Bilgi Formu doldurtulacaktır. Daha sonra gönüllülere ve kontrol grubuna sırasıyla Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı-6 (KİYİDA) ile Kekemelik Şiddeti Değerlendirme

Aracı(KEŞİDA-4) doldurtulacaktır. Değerlendirmenin ortalama 1 saat sürmesi planlanmaktadır. Değerlendirme sırasında video kaydı yapılacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Çalışmaya katılan kekemelik tanısı almış gönüllülere ve yine gönüllülerden oluşan kontrol grubuna; Gönüllü Olur Formu, Olgu Rapor Formları doldurtulup, Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı-6 (KİYİDA) ile Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı(KEŞİDA-4) gönüllülere doldurtulacaktır. Veriler bilgisayar ortamında, CD ve dosya olarak saklanacaktır. Sorumlu Araştırmacı bu elde ettiği verileri inceleyip analiz ederek araştırmanın sonuçlarını yayımlayacaktır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak kekemelik tanısı almış hasta grubu gönüllülerin sayısı 60 kişidir. Kontrol grubu hastaların sayısı 30 kişidir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 1 gündür.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmadan tıbbi olarak bir yarar sağlanması söz konusu değildir. Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlıdır. Ancak bu araştırmadan çıkarılan sonuçların başka insanların yararına kullanılabilir olması toplum yararına bir durum oluşturur.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Gönüllülere ve kontrol grubuna uygulanacak bu testler herhangi bir risk içermemektedir.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Çalışma süresince bu çalışma için yapılması gereken testlerin tamamı yapılamayan veya en az bir anket formunu doldurmayanlar araőtirmadan dıőlanacaktır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araőtirmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araőtirıcı tarafından yapılacaktır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araőtirma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araőtirıcıyı önceden bilgilendirmek için, araőtirma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05442294052 numaralı telefonda Ömer Özmen'e başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŐILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik ve diğer araőtirma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluőa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR

Çalışmayı destekleyen kurum Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalıdır.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizinle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 6 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve

sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmak isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, tarafıma ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

EK-3 = Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar Ve Düşünceler
Aracı - 6 (KIYIDA-6)

KIYIDA-6
Kekemeliğe İlişkin Yararlı Olmayan İnançlar ve Düşünceler Aracı

	1 Ne SIKLIKLA bu düşüncelere sahip olduğunuza, 2 Bu düşüncelere ne kadar İNANDIĞINIZA, 3 Bu düşüncelerin sizi ne kadar KAYGILI / ENDIŞELİ hissettirdiğine göre sizi en doğru tanımlayan numarayı daire içine alınız.	Bu düşüncelere ne SIKLIKLA sahibim					Bu düşüncelere ne kadar İNANİYORUM					Bu düşünceler beni ne kadar KAYGILI / ENDIŞELİ hissettiriyor				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Kekemeliğimden dolayı hayatta hiçbir zaman başarılı olamayacağım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	İnsanlar kekeleydiğim için yetersiz olduğumu düşünecekler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Konuşmaya başladığımda insanlar tuhaf olduğumu düşünecekler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Hiçbir yere gitmek istemiyorum – kimse benden hoşlanmayacak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Konuşmaya çalışsam bile ne fark eder ki- zaten kelimeleri hiçbir zaman doğru ifade edemeyeceğim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Anlatmaya çalıştığım konuyu hiçbir zaman bitiremeyeceğim için insanlar beni yanlış anlayacaklar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK-4 = İzin Yazısı(KİYİDA-6)

Ross Menzies

22 February 2018 at 01:10



Re: UTBAS-6th Brief Version' s Turkish Validation Study

[Details](#)

To: Mark Onslow, Cc: Ömer Özmen & 1 more

Dear Omer

Yes, we are happy for you to translate the scale into Turkish. If you would like to publish the Turkish scale, it's best to then back-translate the scale from Turkish to English to check the accuracy of the original translation. We are happy to assist you with this if you would like. Let me know how you'd like to proceed.

Regards

Ross

A/Prof. Ross G. Menzies, Faculty of Health Sciences, The University of Sydney

Editor, Behaviour Change

Director, Australian Association for Cognitive and Behaviour Therapy (AACBT)

President and Convenor, 8th World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies (WCBCT)

[See More from Mark Onslow](#)



EK-5= İzin Yazısı (Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı- 4)

Illy K. 

3 April 2018 at 13:59

IK

Re: Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı-4 Kullanım İzni

To: Ömer Özmen

Ömer bey merhaba
testi kullanmanızın benim için bir sakıncası yok.
aracın kullanımı tezimde açık bir şekilde anlatılıyor. formları size mail olarak ekte gönderiyorum.
kullanım ile ilgili sormak istediğiniz birşey olursa çekinmeden mail atabilirsiniz. iyi çalışmalar
diliyorum. Sevgiler

28 Mart 2018 14:35 tarihinde Ömer Özmen <ozmenomer92@gmail.com> yazdı:

[See More from Ömer Özmen](#)

Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı-4

KEŞİDA-4

Araştırmacı Kayıt Formu



EK- 6 = Okuma Parçası

GÜNÜN ADAMI

Her şey yoluna girdi ve biz tekrar, hatta eskisinden daha kuvvetle günün adamı olduk. Babacanca hallerim halkın hoşuna gidiyordu. Acayip mazim, icat kabiliyetim, açık kalbim her gün bir kere daha övülüyordu. Hiçbir topluluk yoktu ki bulunmam istenilmesin! Doğrusunu isterseniz ben de şöhretin tam tadını çıkarmaktan hiç çekinmiyordum. Gözlüğüm, şemsiyem, hiçbir zaman yerine tam oturmayan şapkam, biraz bol kesilmiş elbiselerim, babayani hallerime kadar her şeyim bu muvaffakiyeti besleyecek şekilde tanzim edilmişti. Gittiğim her yerde etrafım çevriliyor. Her meselede fikrim soruluyordu. Umuma ait ölçüleri hiç rahatsız etmeyecek şekilde yaşadığım için seviliyordum (Bektaş, 2013).

TEŐEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin boyunca kendilerinden bir çok şey öğrendiğim ve tez süresince verdiği destekten ötürü Doç. Dr. Pelin PİŞTAV AKMEŞE'ye ve yine değerli hocalarım Pof. Dr. Fatih ÖĞÜT ve Prof. Dr. Tayfun KİRAZLI ve Prof Dr. Cem BİLGEN'e,

Çalışmanın analiz kısmına katkılarından dolayı Dr. Aslı SÜNER'e, çeviri ve analiz aşamasında yardımlarını esirgemeyen bölüm arkadaşlarım Psikolog Atiye Bütün ve Dil ve Konuşma Terapisti Cansu Tekin'e ve tez süresince destek olan bölüm arkadaşlarıma,

Bu süreçte bana destek olan ve çok şey öğrendiğim Odyometri ve Foniatri başta olmak üzere, Kulak Burun Boğaz Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları çalışanlarına,

Tez sürecinde destek olan Kekemelik Özyardım Grubu üyelerine ve Kekemeler Derneğine,

Çalışmaya dahil olan tüm gönüllü katılımcılara,

Desteği ve güveni ile her zaman yanımda olan sevgili Melek TERZİ'ye,

Hiç bir zaman hayatıma sağladıkları katkıların karşılığını ödeyemeyeceğim annem Müzeyyen ÖZMEN'e, babam İhsan ÖZMEN'e, ağabeyim Muhammed ÖZMEN'e ve kızkardeşlerim Hülya ÖZMEN ve Tuba Özmen'e,

ÖZGEÇMİŞ

Ömer ÖZMEN

Adres: Mevlana Mah. 1776. Sk. No.56/1 Bornova - İZMİR

E-posta: ozmenomer92@gmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Lisans: Afyon Kocatepe Üniversitesi - SağlıkYüksekokulu,
Sağlık Kurumları Yöneticiliği 2011-2015

Fachhochschule Münster -Uygulamalı Bilimler Fakültesi,
Beslenme ve Diyetetik ERASMUS (2014)

Yüksek Lisans: Ege Üniversitesi-Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı,
Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları 2017-2019

KATILDIĞI BİLİMSEL SEMİNER, SERTİFİKALAR VE KURSLAR

- 2015 Sorumlu Müdür Belgesi - T.C. Sağlık Bakanlığı,
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, 2015
- 2015- Klinik Destek Sertifikası - T.C. Sağlık Bakanlığı,
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, 2015
- Videolaringostroboskopi Kursu - Ankara Üniversitesi, 10.
Ulusal Larengoloji Kongresi, 2018

- Pediatrik Vestibüler Sistem ve Değerlendirilmesi- Hacettepe Üniversitesi Pediatrik Odyoloji Kongresi, 2018
- Rİ-SAT, SCAN-3, Özgün Anadolu Dil Testi Kursu, Fonemik Sentez, Çocuklarda Kompakt Diskle Konuşma Odyometrisi, Roll Over Eğitimleri - Biruni Üniversitesi, 2018
- Empower the Potential Webinar Attendance Certificate - British Dyslexia Association, 2018
- Patient Centered Outcomes Research in Voice Disorders Online Course Certificate - The University of Wisconsin Department of Surgery, 2018
- DoktorVox Ses Terapisi Kursu, Dr. İsmail İter Denizoğlu 2018
- How You Breathe Matters: Swallowing Safely Certificate of Attendance- Passy-Muir, 2018
- Ulusal Larengoloji Kongresi, 2018
- İşitme Engelerinde Eğitsel ve Yönetmel Yaklaşımlar Sempozyumu, 2018
- Meniere Hastalığı'nda Güncel Tanı ve Tedavi Toplantısı - Akdeniz Ülkeleri Otoloji ve Odyoloji Derneği, 2018