

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ YÖNTEMİNİN KEKEMELİK ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ

INVESTIGATION OF THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY ON STUTTERING

Dr. Öğretim Üyesi Fatih BAL

İstanbul Gelişim Üniversitesi Psikoloji Bölüm Başkanı, İstanbul/Türkiye



Article Type : Review Article / İnceleme Makalesi

Doi Number : <http://dx.doi.org/10.26449/sss.j.941>

Reference : Bal, F. (2018). "Bilişsel Davranışçı Terapi Yönteminin Kekemelik Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi", International Social Sciences Studies Journal, 4(24): 4849-4860

ÖZ

Bu çalışmanın amacı, bilişsel davranışçı terapinin yönteminin kekemelik üzerindeki etkisini incelemektir. Araştırmanın örneklemini, İstanbul ilinde bulunan Özel Eğitim Uygulama okulu, İşitme Engelliler Okulu, Özel Eğitim Mesleki Eğitim Merkezleri ve Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezlerinde çocukları eğitim alan ve sağlık bakanlığına bağlı devlet hastanesi tarafından kekemelik tanısı almış uygulama grubu ve kekemelik tanısı kontrol grubu olarak toplam 70 kişiden oluşmaktadır. Katılımcılara demografik bilgi formu, Kekemelik SSI uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package For Social Sciences) 22.0 istatistik programı kullanılarak analiz edilmiş, verilerin analizinde eşleştirilmiş tekrarlı ölçümler t-testi kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, bilişsel davranışçı terapinin yönteminin kekemelik tanısı almış bireylerde anlamlı düzeyde etkilidir.

Anahtar kelimeler: Bilişsel Terapi, Bilişsel Davranışçı Terapi, Kekemelik, Kekemelik Şiddet Eğrisi, Konuşma Bozukluğu

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the effect of the method of cognitive behavioral therapy on stuttering. The sample of the study was consisted of stuttering group diagnosed as stuttering by the state hospital affiliated to the Ministry of Health and the Special Education Application School, Hearing Impaired School, Special Education Vocational Education Centers and Special Education and Rehabilitation Centers in Istanbul. it is formed. Demographic information form, Stuttering SSI was applied to the participants. The data were analyzed by using SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 statistical program and paired repetitive measurements t-test was used to analyze the data. According to the results, the method of cognitive behavioral therapy was significantly effective in the individuals diagnosed with stuttering.

Key words: Cognitive Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, Stuttering, Stammering Violence Curve, Speech Disorder

1. GİRİŞ

Bilişsel Davranış Terapi (BDT), bilişsel süreçleri değiştirerek psikolojik sıkıntıyı ve uyumsuz davranış azaltmayı amaçlayan psikoterapötik müdahaleleri tanımlamak için kullanılan bir terimdir. BDT, duygulanım ve davranışın çoğunlukla bilişlerin ürünü olduğu temel varsayımı üzerine kurulur; örneğin bilişsel ve davranışsal müdahaleler düşünce, duygu ve davranış değişikliği yapabilir. Bu nedenle BDT, hem bilişsel hem davranışsal teorilerin ana elemanlarını sahiplenir. Olaylar hakkında çocuğun bilişsel yorumlarını ve atıflarını dikkate alan kurumsal bağlamda daha az kalarak davranışsal tekniklerin etkinliğini sürdürmeye çalışmak olarak tanımlanmıştır (Stallard, 2017).

1.1. Bilişsel Davranışçı Terapinin Amacı

Bilişsel davranışçı terapinin temel amacı, daha uygun bilişsel ve davranışsal becerileri geliştirerek öz farkındalığı arttırmak, kendini tanımayı daha iyi hale getirmek, kendini kontrol etmeyi geliştirmektir. BDT, baskın olarak olumsuz, yanlı ve özeleştiril olan işlevsiz düşünceleri ve inanışları tanımlamaya yardım eder.

Kendini izleme, eğitim, deney yapma ve test etme; bu düşüncelerin ve inanışların daha olumlu, dengeli ve işlevsel bilişlerle yer değiştirmeleriyle sonuçlanır (Leahy, 2003).

Bilişsel ve davranışsal bileşenlerin önemi ve özel tedavi bileşenleri değişmesine rağmen bilişsel davranış terapi programları sıklıkla aşağıdakileri içerir (Stallard, 2017).

1.1.1. Formülasyon ve Psiko eğitim

Bütün bilişsel davranışsal programların temel bileşeni; düşünceler, duygular ve davranış arasındaki ilişki hakkındaki eğitimidir. Süreç, insanların nasıl düşündüğü, nasıl hissettikleri ve ne yaptıkları arasındaki ilişkinin açık ve paylaşılmış bir anlayışın geliştirilmesini içerir.

1.1.2. Düşünce İzleme

Asıl iş yaygın bilişlerin ve düşünce örüntülerinin tanımlanmasıdır. Düşünce izleme temel inanışlar, olumsuz otomatik düşünceler veya işlevsel olmayan varsayımlara odaklanabilir ve "sıcak" durumları (güçlü duygusal değişiklikleri veya aşırı olumsuz veya özeleştirel düşünceleri oluşturanlar gibi) kaydetmeyi içerir. Bilişsel üçleme, bilginin yapılandırılması ve organize edilmesi ve gencin kendisi, dünya ve ne yaptığı hakkındaki düşüncelerini değerlendirmesinde yararlı bir yol sağlar.

1.1.3. Bilişsel Çarpıtmaların Ve Eksikliklerin Tanımlanması

Düşünce izleme süreci yaygın olumsuz veya işlevsel olmayan bilişlerin ve akıl dışı inanış veya varsayımların tanımlanmasına olanak sağlar. Böylelikle bilişsel çarpıtmaları (olumsuza odaklanma, büyütme gibi), bilişsel eksikliklerin (diğerlerinin ipuçlarını olumsuz olarak yanlış yorumlama, kısıtlı problem çözme becerileri gibi) doğasını, tiplerine ve bunların duygu durumu ve davranış üzerine olan etkilerine yönelik farkındalığın artmasıyla sonuçlanır.

1.1.4. Düşünce Değerlendirilmesi Ve Alternatif Bilişsel Süreçlerin Gelişimi

İşlevsel olmayan bilişsel süreçlerin tanımlanması, bu inanışların ve varsayımların sistematik olarak test edilmesine, değerlendirilmesine ve alternatif bilişsel becerilerin öğrenilmesine yol açar. Alternatif/dengeli düşünme veya bilişsel yeniden yapılandırılma sürecinin gelişimi desteklenir. Bu, işlevsel olmayan bilişlerin yeniden gözden geçirilmesiyle sonuçlanabilecek yeni bilgi arama, başkasının bakış açısıyla düşünme veya karşıt kanıt arama sürecini içerebilir.

Değerlendirme, zorlukları tanıyan ama güçlü yönlerin ve başarının kabul edildiği alternatif, daha dengeli ve işlevsel bilişlerin gelişimine olanak sağlar.

1.1.5. Yeni Bilişsel Becerilerin Öğrenilmesi

Programlar sıklıkla yeni becerilerin öğrenilmesini kapsar. Becerilerin aralığı oldukça geniş ve dikkati dağıtma, olumlu kendi kendine konuşma, kendini yönlendirme eğitimi, sebep-sonuç ilişkili düşünme ve problem çözme becerilerini kapsar.

1.1.6. Duygulanım Eğitimi

Çoğu program öfke, kaygı veya mutsuzluk gibi temel duyguları tanımak ve ayırt etmek için tasarlanmış duygusal eğitimi kapsar. Programlar sıklıkla çocuğun, kendi duygularının ayırt edici kişisel ifadesine yönelik farkındalığını arttırmak için duygularla ilişkili fiziksel değişikliklere de (ağız kuruması, ellerde terleme, kalp hızında artış gibi) odaklanır.

1.1.7. Duygulanım İzlenimi

Güçlü veya baskın duyguların izlenmesi, hem hoş hem de hoş olmayan duygularla ilişkili zaman, yer, aktiviteler veya düşüncelerin tanımlanmasına yardım edebilir. Tedavi seansında ve gerçek hayatta duygunun şiddetini derecelendiren ölçeklerin kullanılması performansın izlenmesi ve değişimin değerlendirilmesinin objektif yolunu sağlar.

1.1.8. Duyguları Yönetimi

Travma sonrası stres, fobiler ve kaygı gibi aşırı uyarılma düzeylerindeki sorunları hedefleyen programlar genellikle gevşeme eğitimini içerir. Bu eğitimler; ilerleyici kas gevşetme, nefes kontrolü veya imajlarla rahatlama gibi teknikleri içerebilir. Bireye özgü duygusal örüntünün daha fazla farkında olunması önleyici stratejilerin gelişmesine yol açabilir. Örneğin öfkesinin giderek arttığını fark etmek gence, erken dönemlerde duygusal ilerlemeyi durdurma ve bunun sonucunda da saldırgan bir öfke patlamasını önleme olanağı verir.

1.1.9. Hedef belirleme ve aktivitelerin yeniden programlanması

Hedef belirleme bütün bilişsel davranışsal programların en doğal parçasıdır. Terapinin tüm amaçları objektif olarak değerlendirilen yollarla ortaklaşa tanımlanır ve fikir birliğine varılır. Terapi seanslarında edinilen becerilerin günlük yaşama aktarılması ev ödevlerinin sistematik olarak kullanımı ile desteklenir. Özeleştirilmiş hedeflerin başarısı gözden geçirilir ve ilerlemenin özeti yapılır. Hedefler, daha iyi duyguları oluşturacak aktiviteleri arttırmak veya güçlü olumsuz duygularla ilişkili aktiviteleri önlemek veya azaltmak için günlük yaşamın yeniden programlanmasını içerebilir.

1.1.10. Davranışsal deneyler

Bilişsel davranışçı terapi, varsayımları ve düşünceleri tartışma ve test etme sırasındaki yönlendirilmiş keşif sürecine dayanır. Öngörülenle aynı şeylerin olup olmadığını belirlemek için davranışsal deneyler oluşturulur. Bilişsel modelin ortaya çıkmasında rol oynayan en önemli etken yapılan deneysel ve klinik çalışmalarda davranışçı kurama uymayan, davranışçılığın açıklayamadığı bazı bulguların ortaya çıkmasıdır. Davranışçılığı zayıflatan bulgulardan ilki hayvanların herhangi bir şekilde pekiştirme olmaksızın da öğrenebildiklerinin açığa çıkmasıdır, oysa davranışçı paradigmaya göre pekiştirme olmaksızın öğrenme olası değildir. Amerikalı psikolog Tollman'ın "latent öğrenme" dediği bu fenomeni gösteren deneyin ilk kısmında bir grup deney faresi bir labirente bırakılıp labirentin çıkışına bir yiyecek konularak koşullanmışlar, bu koşullanma sonucunda fareler her denemeye daha hızlı biçimde yiyeceğe ulaşmayı öğrenmişlerdir.

Deneyin bu ilk kısmında bir diğer grup fare ise herhangi bir pekiştireç olmaksızın labirentin içine bırakılmışlardır. Davranışçı kuram rastgele dolaşan bu ikinci grup fareye pekiştireç verilmediği için bir şey öğrenmediklerini varsayar. Deneyin ikinci kısmında labirentin çıkışına yiyecek konulduğunda bu farelerin de diğerleri kadar hızlı bir biçimde yiyeceğe ulaştığı gözlenmiştir. Bunun anlamı farelerin rastgele dolaşırken de bir yandan labirentin yapısıyla ilgili bir tür bilişsel haritayı zihinlerinde oluşturuyor olabilecekleridir. Yani koşullanmamalarına rağmen bir şey öğrenmektedirler. Davranışçı ve bilişsel yaklaşımlar arasındaki bütünleşme sonucunda 1980'lerde ortaya çıkan bilişsel davranışçı terapi hareketi psikoterapi alanında en başarılı entegrasyon örneklerinden birisidir.

Özellikle İngiltere kaynaklı kuramcılarının köklü davranışçı geçmişlerinin etkisiyle belki de psikoterapi tarihinde ilk kez ortaya çıkan bir başarıyla davranışçılığın bilişsel kuramla birleşmesi ve iki kuramın bilişsel davranış terapisi adı altında tek ve bütünlüklü bir kuram haline alması 1980'lerde gerçekleşmiştir. Başlangıçta depresyonun tedavisiyle sınırlı bir kuram olarak ortaya çıkan bilişsel terapi 1980'li yıllarda öncelikle panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu gibi anksiyete bozukluklarına yönelmiş, bunu kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları, somatoform bozukluklar ve nihayet 1980'lerin sonuna doğru psikotik bozukluklarla ilgili psikopatoloji ve tedaviye yönelik kuramsal çalışmalar izlemiştir. Bu yıllarda bilişsel terapinin değişik patolojilerde etkinliğinin klinik çalışmalarla gösterilmiş olması psikoterapilerin etkisiyle ilgili geleneksel şüphelerin aşılmasını kolaylaştırmıştır. Bilişsel terapi ve bilişsel davranışçı terapi etkinlik açısından üzerinde en çok çalışılmış terapilerdendir (Türkçapar ve Sargın, 2012).

2. KEKEMELİK

Kekemelik, genellikle 3-8 yaşlar arasında başlayan konuşmanın akış ve ritminde istemsiz kesintilerle karakterize, sebebi bilinmeyen ve sıklıkla ergenlik öncesi dönemde iyileşebilen bir acıcılık bozukluğudur (Ham, 1990). Kekemelikte sesleri uzatma, duraklamalar, ses ve hece tekrarları, ünlemlemeler görülmektedir. Kelimeleri gergin söyleme, söylenmesi zor olan sözcükler yerine başka sözcükler kullanma isteği gibi psikolojik, fizyolojik ve nörolojik ritim bozuklukları ile ortaya çıkmaktadır. Bunlar kekemelik için zemin hazırlayan durumlardır. Bazı durumlarda belirgin sekonder davranışlar görülmektedir. Bunlar yüz ve vücut hareketleri olabilmektedir. Örneğin, ayaklarını sert bir şekilde yere vurma, göz kırpmaya, tikler, kafa hareketleri, nefes alma düzensizlikleri, elini dizine vurma vb. davranışlardır. Bu sekonder davranışlar konuşma çabasını arttırmak için yapılmakta ve daha önce konuşmaya yardımcı olmada yardımcı olduğu düşünülerek sürekli tekrarlamaya çalışılmaktadır (Karacan, 2004). Kekemeliğin şiddeti bireyin içinde bulunduğu duruma göre değişir. Korku, kaygı, utanma ve gerginlik gibi durumlarda artarken şarkı söyleme, fısıltılı konuşma, cansız varlıklar ve evcil hayvanlarla konuşmada ortadan kalkabilir. Kekemelik, akademik başarı, mesleki başarı ve iletişimi olumsuz etkilemektedir (Kayıkçı ve Belgin, 2010).

Kekemelik çoğunlukla çocukluk çağında başlayan ve farklı çalışmalarda %0.50 ile %2 arasında yaygınlığa sahip olduğu belirtilen bir acıcılık bozukluğudur. Farklı çeşit ve tanımları olmakla birlikte yüksek oranda hece tekrarları, uzatmalar, ses kesilmeleri, kelimelerden sakınma, kelime değiştirme ve bunlara eşlik eden

jest ve mimikler ile akıcı konuşmanın engellenmesi şeklinde ortaya çıkmaktadır. Kekemelik her yaş grubunda görülebilmekle birlikte olguların büyük bir kısmında dil ve konuşma gelişiminin ilk evrelerinde, yani okul öncesi dönemde ortaya çıkmaktadır. Kekemelik sadece izole bir konuşma bozukluğu olarak düşünülmemelidir. Dinleyiciler için öyle olsa bile, kekemeliği yaşayan birey için bu sadece basit bir akıcılık sorunu olmayabilir; literatürde kekemeliği olan bireylerin utanç, kaygı ve mahcubiyet gibi hisler yaşadıkları, iletişim zorlukları yaşadıkları ve kekemelik nedeniyle yaşamlarında belirgin bir tatminsizlik deneyimledikleri belirtilmektedir (Doğan, Nemli, Bayram, Kaya ve Yaşar, 2016).

Kekemelik kişinin yaşına uygun olmayan şekilde konuşmanın akış ve ritminde istemsiz kesintilerle karakterize bir konuşma bozukluğudur. Erkek çocuklarında daha fazla olmak üzere okul çağı çocuklarında genellikle gelişimsel kekemelik görülmektedir. Okul öncesi dönemde başlayan kekemelik özellikle öğrenilmiş davranış, kekemelik davranışı ya da kekemelik benzeri davranışların olumsuz değerlendirilmesi ve pekiştirilmesi sonucu çocuklarda kronik hale gelebilmektedir (Bal ve Ünsal, 2018).

2.1. Kekemeliğin Tanı Ölçütleri

Amerikan Psikiyatri Derneğine (APA) göre kekemelik tanı ölçütleri (Chang, Synnestvedt, Ostuni, and Ludlow, 2010); konuşmanın akıcılığında ve zaman paterninde aşağıdakilerin bir veya birkaçının birlikte gözlenmesi olarak tanımlanmaktadır:

- ✓ Ses uzatmaları,
- ✓ Bloklamalar,
- ✓ Ses ve hece tekrarları,
- ✓ Tek heceli sözcüklerin tekrarı,
- ✓ Tamamlanmamış sözcükler,
- ✓ Dolaylı anlatım,
- ✓ Ünlemeleme,
- ✓ İşitilebilir ya da sessiz bloklar,
- ✓ Fiziksel gerilimle üretilen sözcükler.

2.2. Kekemeliğin Sınıflandırılması

Kekemelik psikolojik, gelişimsel ve edinilmiş (nörolojik) olarak 3 ayrılmaktadır. En yaygın olarak gelişimsel kekemelik görülmektedir. Gelişimsel kekemelikte kelime ya da cümle tekrarları, eksik cümle, kelimelerde kesinti, ünlemeler, uzatmalar göze çarpmaktadır. Gelişimsel kekemeliğin yaklaşık %75'i 4 yaş civarında kendiliğinden düzelebilmektedir. Akıcılık bozukluğu kelimenin başında ortaya çıkar ve diğer kekemelik benzeri durumlardan ayrılabilir. Sekonder davranışlar eşlik etmekte ve tanı kriterleri açısından da son derece önemlidir. Edinilmiş (nörolojik) kekemelik genellikle felç, travmatik beyin hasarları ve diğer beyin etkilenmelerine bağlı olarak nörolojik bir olay sonucu görülür (Karacan, 2004). Nörolojik kekemeliğin özellikleri (Kayıran, Şahin and Cure, 2012).

Akıcılık bozukluğu dilbilgisi ile ilgili fonksiyonlarda sistematik bir şekilde gözlenmez. Diğer kekemelik türlerine göre tekrarlamalar, uzatmalar ve bloklamalar sözcüklerin tüm pozisyonlarında görülür. Konuşma boyunca kekemelik davranışında tutarlılık gözlenir. Nörolojik kekemelikten dolayı bireyler aşırı endişeli değildir. Başını geriye atma, yumruk sıkma, göz kırpmaya, ayağını yere vurma gibi sekonder davranışlar nörolojik kekemelikte nadiren gözlenir. Bir adaptasyon etkisi gözlenmez. Psikolojik kekemelikte seslerin hızlı ve sık tekrarı görülür. Genellikle yetişkinlerde, psikiyatrik problemlerin devamında, duygusal travma ya da bilinmeyen nedenlerle ortaya çıkmaktadır (Kayıran, Şahin and Cure, 2012). Psikolojik kekemeliğin özellikleri (Kayıran, Şahin and Cure, 2012). Psikolojik kekemelik ani başlangıçlıdır ve önemli bir olayla başlar. İlk hece tekrarı göze çarpar ve nörolojik kekemelikten ayırıcı bir özelliktir. Problemler hecelerin tekrarının çokluğu göze çarpar. Adaptasyon etkisi gözlenmez. Akıcılık paterni ve sekonder davranışlar gözlenmez. Yine nörolojik kekemelikte olduğu gibi kekemelik ile ilgili endişe görülmez. Kekemeliğin paterni sesli ve düzgün konuşma ile benzerdir.

2.3. Kekemeliğin Dereceleri

Kekemeliğin gelişimi normal akıcısızlık, sınırda kekemelik, başlangıç kekemelik, orta düzeyde kekemelik ve ileri düzeyde kekemelik olmak üzere beş şekilde derecelendirilmiştir (Topbaş, 2010).

2.3.1. Normal Akıcısızlık

Çocukların yaşla birlikte iletişim becerileri artmakta ve akıcı konuşmaları da değişmektedir. Konuşamamanın akıcısızlığında ilerleme ya da bazı dönemlerde gerileme görülebilmektedir. 2-5 yaş arasındaki birçok çocuk akıcısızlık döneminde sözcüklere eklemeye sayısında ve akıcı konuşmanın miktarında değişiklikler gözlenmektedir (Topbaş, 2010). Bunlar en önemli ayırt edici özelliklerdir.

2.3.2. Sınırdaki Kekemelik

Normal akıcısızlığın çoğu özelliği sınırda kekemelikte görülmesine rağmen, normal akıcısızlığa göre daha fazla akıcısızlık gerçekleşmektedir. Birçok bakımdan normal olanlardan sıklıkla farklılık göstermektedir. Sınırdaki kekemeliğin en belirgin özellikleri şunlardır (Topbaş, 2010): %10'dan fazla sözcükte akıcısızlık görülmektedir. Sınırdaki kekemelikte tekrarlama ve uzatmalar daha fazla görülmektedir. Tamamlanmamış öbekler ve düzeltmeler daha az görülmektedir. Rahat olunmaktan kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

2.3.3. Başlangıç Kekemelik

Sınırdaki kekemelik devam ederse tekrarlamalar süresince kas gerilimi artmakta ve konuşma hızı artırılmaya çalışılmaktadır. Başlangıç kekemeliğin özellikleri (Topbaş, 2010): Kas gerilimi ve konuşmanın hızında artış gözlenmektedir. Tekrarlamalar hızlı ve düzensizdir. Tekrarlamaların ya da uzatmanın sonuna doğru ses tonunun yükselmesi ile birlikte, kaçınma davranışları (göz kırpma, kafa sallama ve araya ses ekleme) görülebilmektedir. Kekemeliğin farkına varma ve engellenme hissinin ortaya çıkması olarak belirtilmektedir.

2.3.4. Düzeyde Kekemelik

Orta düzeyde kekemeliğin özellikleri (Topbaş, 2010): Bloklamalar daha sık görülür. Buna tekrarlamalar ve uzatmalar eşlik eder. Bloklamaları önlemek için kaçınma reaksiyonları verirler. Kişinin zorlanacağı durumları (restoranda sipariş verme, öğretmene soru sorma ya da sorulara cevap verme) tahmin edip bunlardan kaçması gözlenir.

2.3.4. İleri Düzeyde Kekemelik

İleri düzeyde kekemelikte, belirgin olarak sesin ve hareketin kesintiye uğradığı bloklamalar ortaya çıkmaktadır. Bloklar dışında tekrarlamalar ve uzatmalar da görülmektedir. Bu davranışlar, orta düzeydeki kekemelikten daha uzundur ve daha fazla çaba gerektirmektedir. Gerilim, kaçma ve kaçınma davranışlarıyla birlikte kekemeliğin iyice yerleşmiş olduğu görülmektedir. Arkadaşlık ilişkilerini, sosyal etkinliklerini ve mesleklerini olumsuz yönde etkilenmektedir (Topbaş, 2010).

2.3.5. Kekemeliğin Sıklığı ve Yaygınlığı

Amerikan Konuşma ve İşitme Derneği Eğitim Bürosu (ASBEH) okul çağındaki çocukların %5'inin konuşma bozukluğuna sahip olduğunu belirtmiştir. Kekemelik tüm kültürlerde görülmektedir. Kekemeliğin konuşma bozuklukları arasındaki oranı %0.8'dir. Sıklığı yaklaşık %3, yaygınlığı ise %1'dir (Andrade, 2010). Sıklığı ve yaygınlığı arasındaki farkın nedeni küçük yaşlarda başlayan kekemeliğin daha sonraki yıllarda kendiliğinden düzelmesiyle toplumdaki genel kekeme sayısının azalmasıdır. Kekemeliğin ergenlik döneminde de düzelmeye ihtimali vardır (Howell, 2007).

2.3.6. Kekemelikte Yaş ve Cinsiyet

Kekemelik değişik nedenlere bağlı olarak 3-8 yaşlar arasında başlamaktadır. Az da olsa ileri ki yaşlarda başlamaktadır. Kekemeliğin erkeklerde görülme oranı daha fazladır ve kız/erkek oranı yaklaşık 1/4 olarak bildirilmektedir (Drayna, 2011). Kekemeliğin %90 veya daha fazlasının 6 yaşından önce başladığı, en fazla da 2-4 yaşlar arasında görüldüğü ileri sürülmektedir. Bu yaşlar konuşmanın kazanıldığı yaşlardır ve bu dönemde "fizyolojik kekemelik" olarak adlandırılan geçici bir kekemelik görülebilir (Neef, 2010). Kekemelikte spontan iyileşmeler görülebilmektedir. Kendiliğinden iyileşme çocukluk döneminde en fazladır. Bunun yanında ergenlik ya da yetişkinlikte de görülebilmektedir. Ortalama %42 kendiliğinden iyileşme görülmektedir (Neef, 2010).

2.3.7. Kekemeliğin Nedenlerine İlişkin Kuramlar

Kekemelle ilgili çok sayıda yapılan çalışmaya rağmen nedeni halen bilinmemektedir. Kekemeliğin psikolojik, genetik, nörolojik, dil ve konuşma açısından nedenleri araştırılmıştır (Neef, 2010). Cinsiyete bağlı, tek ve çift yumurta ikizleri ve kalıtım bağlı yapılan çalışmalarında kekemeliğin nedeni genetik faktörlere bağlanmıştır. Kekemeliğin sebebinin genetik faktörlere bağlı olması terapi sürecinde olumsuz etkilemektedir. Kekemelik kültüre ve dile göre farklılık gösterirken, ailesel yatkınlık kekemeliğin ortaya çıkışında etkili bir durumdur. Literatür çalışmalarında %70 oranında genetik faktörler, %30 ise çevresel faktörlere dayandırılmıştır. Birinci derece akrabalar arasında ortaya çıkma oranı genel topluma göre 2-3 kat daha fazladır (Neef, 2010).

2.3.8. Kekemelik Kuramları

Motor Hareket Yetersizlik Kuramı: Kekemeliğin nörogelişimsel motor bir bozukluk olarak tanımlanmasıdır. Kekemelerde beyindeki broca alanının (konuşma motor sahası) fazla çalışması konuşmaya başlamada ve konuşma esnasındaki kontrollerin sağlanamamasından dolayı zorlukların görülmesidir. Solunumun sistematik olarak ayarlanmasında, larengeal ve artikülatör sistemdeki mekanizmaların zamanlamasının yapılmasındaki zorluklar ve kas koordinasyonundaki azalmaya bağlı konuşmanın akıcılığı engellemektedir (Ludlow and Loucks, 2003).

Psikolinguistik Kuram: Kekemeliğin bir dil ya da motor konuşma bozukluğu olup olmadığı halen bir tartışma konusudur. Akıcı konuşmadaki yetersizliğin nedeni, sözcük kodlamadaki zayıflık, dilbilgisi, fonoloji ve kelime vurgusundaki eksikliklerdir. Bu durum da konuşma üretimini hedeften uzaklaştırmaktadır (Neef, 2010).

Serebral Dominans Kuramı: Konuşmanın üretiminde beyin her iki hemisferi de kullanılmaktadır. Sol hemisfer heceleme, okuma, yazma ve konuşmanın içeriğinin oluşturulmasını, seslerdeki geçişleri ayarlamayı sağlar. Sağ hemisfer ise bütünsellik, müzik ve duygu ile ilgilidir. Konuşma üretiminde sol hemisfer çocuk ve genç yetişkinlerde daha baskınken 55 yaş ve üzerindeki kişilerde bu baskınlık azalmaktadır. Serebral dominans teorisine göre, beyin sağ ve sol hemisferleri konuşmanın nöromotor hareketlerini kontrol etmekte baskın olamamaktadır (Neef, 2010).

Organik Kuramlar: Kekeme bireylerin, beyin anatomisi ve biyokimyası ile konuşma kasları arasındaki koordinasyonun da bir problem olduğunu ortaya koyan bir yaklaşımdır. Beynin her iki hemisferi incelendiğinde iki madde göze çarpmaktadır. Bunlar beyaz ve gri maddedir. Beyin beyaz maddesi sinir hücresinde sinyal iletimini sağlayan aksonlardan oluşur. Aksonun en önemli özelliği yüksek oranda miyelin kılıflı olmasıdır (Neef, 2010).

Diagnozojenik Kuram: Çocuklardaki normal akıcısızlığın olumsuz değerlendirmesi sonucunda kekemeliğin aileler tarafından pekiştirilmesi sonucu oluştuğunu ileri sürülmüştür (Neef, 2010). Ailelerin olumsuz tutamları kekemeliğin gelişmesine ve ilerlemesine neden olmaktadır.

Psikolojik Kuram: Kekemeliğin bir nevrotik belirti ya da fobi belirtisi olduğunu ileri sürmektedir. Bu belirtiler bilinçdışı ihtiyaçlar ve içsel çatışmalardan kaynaklanır. Kekemeliğe yatkınlığı olan çocuklarda ani korku ya da korkutmaların kekemeliğin ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Fakat kekemeliğin nedeni hala tam olarak açıklanamamıştır (Andrade, 2010).

BDT'nin çocuk ve gençlerdeki kullanımına giderek artan bir ilgi vardır. Bu ilgi çocuklardaki psikolojik sorunların tedavisinde BDT'nin etkili ve umut vaat eden bir müdahale olduğuna dair bilimsel çalışmalar tarafından desteklenmektedir. BDT'nin, yaygın anksiyete bozukluğu, depresyon, kişiler arası sorunlar ve sosyal fobi, fobiler, okul reddi ve cinsel istismar, ağrı yönetimi tedavisinde etkili olduğu bulunmuştur. Ek olarak BDT'nin, ergenlerdeki davranım bozukluğu, yeme bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk dahil olmak üzere çok sayıda sorunda olumlu etkiler oluşturduğuna dair destekleyici bulgular vardır. Bu çalışmada bilişsel davranışçı terapi tekniğinin kekeme bireylerde kekemeliğin etkinliği incelenmiştir.

Araştırmanın Hipotezleri

Ho: Bilişsel davranışçı terapi kekeme bireylerde tedavi yöntemi olarak etkisi yoktur.

Ho: Bilişsel davranışçı terapi kekeme bireylerde tedavi yöntemi olarak etkisi vardır.

Araştırmanın Problemi

Konuşma bozukluğu tedavisi yaygın olarak konuşma terapistleri tarafından konuşma terapisi yöntemi olarak uygulamaktadırlar. Birçok uzman tarafından farklı metot kullanılmaktadır. Ancak kekeme bireylerde kullanılan bu yöntemlerin etkisi kısmen görülmektedir. Yapılan uzun eğitim yöntemleri ise kekeme bireylerde zaman kaybına neden olmaktadır. Aileler uzun uğraşlar sonucunda ya tedaviden geri durmakta ya da reddetmektedirler. Sonuç olarak alternatif yöntemler günümüzde kronikleşen sorunlara çözüm olarak ihtiyaç duyulmaktadır. Birçok çalışmada görüldüğü üzere davranış düşünce ve duygudan bilişsel açıdan etkilenmektedir. Bu kapsamda kekeme bireylerde kekemeliğin etiyojisi biyolojik bir yapı olarak düşünülmekte ve bilişsel açıdan neredeyse hiç etiyojisi incelenmemektedir. Bu nedenle kekemeliğin tedavisinde bilişsel davranışçı terapi yöntemi etkili olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada araştırma sorusu;

1. Kekeme bireylerde bilişsel davranışsal terapi yönteminin kekemeliğe etkisi var mıdır?
2. Kekeme bireylerde bilişsel davranışsal terapi yönteminin kekemeliğe etkisi ne kadardır?

Araştırmanın Sınırlılıklar Ve Varsayımları

Bu araştırmaya sağlık bakanlığınca heyet tarafından verilmiş ve rehberlik araştırma merkezlerinin düzenlediği eğitim raporları kapsamındaki bireyler araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ek biyolojik ya da ruhsal sorunlarına yönelik herhangi bir veri toplanmamıştır. Araştırmaya katılan bireylere uygulanan KEŞİDA testi sonuçları değerlendirilmiştir. Araştırma yeri olarak eğitim merkezi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin gönüllü olarak katıldığı varsayılmıştır. Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubunun öntest ve sontest arasındaki geçen zaman içinde tüm şartların ve koşulların değişmediği varsayılmıştır.

3. YÖNTEM

Araştırmada, deneme modellerinden “tek grup öntest-sontest kontrol grupsuz deney deseni” kullanılmıştır. Bu model, deneme öncesi modellerden biridir; fakat gerçek anlamda bir deneme modeli niteliği taşımaz. Deney öncesi modellerin bilimsel değerleri sınırlıdır. Tek grup öntest-sontest modelinde geliş- güzel seçilmiş bir gruba bağımsız değişken uygulanır. Tek grup öntest - sontest modelinde hem deney öncesi (öntest) hem de deney sonrası (sontest) ölçmeler vardır (Karasar, 2014). Araştırmanın deseninin sembolik görünümü şu şekilde açıklanabilir. G= işlem yapılan grup, S1= katılımcılardan alınan ön ölçümü, X= deneysel işlemi, S2= katılımcılardan alınan son ölçümü ve S3 değişim göstermektedir.

Deneysel desende rastgele seçilmiş bir katılımcılar üzerinde bağımlı değişken ölçümü yapılır. Ölçümün ilk yarısında bağımsız deney değişkeni “x” uygulanır. Bağımsız değişken uygulamasından sonraki ölçmelerde önceki ölçmeler gibi süreli olarak yapılır. Bu tür araştırmalarda işlemden önceki ve işlemden sonraki gözlemler arasındaki fark ya da farkları karşılaştırmak suretiyle işlemin etkisi incelenir.

Tablo 1: Grup Ön test İşlem Son test G O1 X O2

Gruplar	ÖN-TEST	UYGULAMA	SON TEST	UYGULAMA YAPILMADI	DEĞİŞİM
G	S1 KEŞİDA	Bilişsel Davranışçı Terapi	S2	İKİ HAFTA	S3
K	S1 KEŞİDA	X	S2		S3

3.1. Katılımcılar

Araştırmanın örnekleme, 2018-2019 öğretim yılı güz döneminde, Özel Eğitim Uygulama okulu, İşitme Engelliler Okulu, Özel Eğitim Mesleki Eğitim Merkezleri ve Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezlerinde öğrenim görmekte olan öğrencileri arasından seçilen öğrencilerden oluşmaktadır. Çalışma grubunu oluşturan toplam katılımcı sayısı deney grubu ve kontrol grubu olarak 70 katılımcı belirlenmiştir. Katılımcılar 04-16 yaşları arasında bulunmaktadır. Araştırmaya kabul kriterleri olarak demografik bilgi formu, Kekemelik SSI uygulanmıştır. Puan sonuçlarına göre ‘orta’ ve ‘şiddetli’ düzeyde puan ortalaması olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılar olarak belirlendi.

3.2. Veri Toplama Aracı

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmanın bağımsız değişkenleri hakkında veri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen kişisel bilgi formu zihinsel engelli çocuğa sahip olan bireylerin demografik özelliklerini belirlemeye yönelik bireylerin cinsiyeti, katılımcı sayısı, medeni durumu ve ekonomik durumu, durumu oluşmaktadır.

3.2.1. Stuttering Severity Instrument 4th Edition (SSI-4, Türkçe Versiyonu) Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı-4 (KEŞİDA-4)

KEŞİDA-4 ile kekemeliğin şiddeti değerlendirilebilmektedir. En önemli özelliği kekemeliği sadece konuşmadaki takılmalar açısından değil, aynı zamanda kekemelik anındaki takılma süresi ve sekonder davranışlar açısından da değerlendirmesidir. Bu bütüncül yaklaşım uygulanan terapi tekniklerinin de etkisini daha net olarak ortaya koyabilmektedir. Çünkü kekemelere uygulanan terapiler ile sekonder davranışlarda, kekemelik davranışı süresinde ve konuşma akıcılığında iyileşme olabilmektedir. KEŞİDA-4, okuma ve konuşma örneklemleri ile elde edilen toplam sıklık puanı kekemelik anındaki en uzun 3 kekemeliğin ortalaması ile elde edilen toplam süre puanı ve baş hareketleri, yüz ifadeleri vb. davranışlardan elde edilen sekonder davranışlar puanı ile değerlendirilmektedir. Elde edilen puanlar ile yüzdelik dilimler ve şiddet eğrileri elde edilmektedir. Çalışmaya katılan tüm çocukların değerlendirmesi KEŞİDA-4 ile yapılmış olup şiddet eğrileri bulunmuştur.

3.2.2. Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulaması

1. Oturum: Çalışmaya katılan tüm çocukların değerlendirmesi KEŞİDA-4 ile yapılmış olup şiddet eğrileri bulunmuştur.
2. Oturum: Bu oturumda Bilişsel davranışçı terapinin **formulasyon ve psikoeğitim** bileşeni bağlamında katılımcıların düşünce, duygu ve davranış arasındaki ilişki hakkında bilgi eğitimi düzenlendi. İlk önce bu araştırmanın amacı ve süreci anlatıldı. Sunum programları yardımıyla kekemeliğin oluş nedeni ve süreci anlatıldı. Katılımcıların davranış öncesi duygu ve düşünceleri incelendi. Ne hissettikleri ne düşündükleri ve nasıl devam ettiği belirlendi. Katılımcılara düşünceler ve duyguları arasındaki ilişkinin niteliği hakkında farkındalık yaratıldı. Katılımcılar kekemelik ile düşünce duyuları arasında güçlü bir oluşabileceği aktarıldı.
3. Oturum: Bu oturumda bilişsel davranışçı terapinin düşünce ve izleme bileşeni uygulanmıştır. Katılımcıların temel inanışları araştırıldı. Katılımcıların kendileri için işlevsel olmayan varsayımları belirlenerek olumsuz otomatik tespit edildi. Bireylerin hayatlarında karşılaştığı duygusal değişiklikler izlendi. Bireyin kendisi hakkında oluşturduğu bu duygusal değişikliklerin bireye olumsuz etkileri araştırıldı.
4. Oturum: Bu oturumda bilişsel davranışçı terapisinin bilişsel çarpıtmaların ve eksikliklerin tanımlanması bileşeni uygulandı. Bu oturumda bir önceki oturumda tespit edilen olumsuz otomatik düşüncelerin duygu durumuna ve bireyin davranışına etkisi hakkında farkındalık kazandırıldı.
5. Oturum: Bu oturumda bilişsel davranışçı terapi düşünce değerlendirilmesi ve alternatif bilişsel süreçlerin gelişimi bileşeni uygulanmıştır. Bu bileşende alternatif dengeli düşünme bileşenleri katılımcılara öğretildi. Bu süreç eski düşüncelerin yeniden gözden geçirilmesi olarak katılımcıların terapistin bakış açısıyla düşünme biçimi öğretildi.
6. Oturum: Bu oturumda bilişsel davranışçı terapinin yeni bilişlerin öğrenilmesi ve duyguların eğitimi bileşeni uygulandı. Bu bileşende problem çözme becerisi, kendini yönlendirme ve olumlu kendine konuşma becerisi öğretildi. Duygulanım izlenimi bileşeninde karşıt duyguların ilişkili olduğu yer ve zaman tanımlanması yapıldı. Bu bileşende katılımcılara performans izlenmesi yapıldı. Katılımcıların duygularının şiddeti derecelendirildi.
7. Oturum: Bu oturumda bilişsel davranışçı terapinin bireyin yaşamış olduğu sorunlar, stres, fobi ve kaygı gibi durumların kontrolü gevşeme yöntemiyle azaltıldı. Bireyin yaşamış olduğu kaygının azaltılması ile kekemeliğin bağlantılı olduğu azaltılacağı öğretildi.
8. Oturum: Bu oturumda bilişsel davranışçı terapinin hedef belirleme ve yeniden programlanması bileşeni uygulanmıştır.

3.3. Verilerin Analiz Tekniği

Araştırmaya katılan bireylere araştırmanın bağımsız değişkeni bilişsel davranışçı terapi uygulaması ve araştırmanın bağımlı değişkeni Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı-4 (KEŞİDA-4) ölçeği uygulanarak veriler toplanmıştır. Verilerin toplanma aşaması bittikten sonra, SPSS 22 paket programı kullanılarak tüm veriler madde bazında hücrelere girilmiş ve kişilik testlerindeki temel ve alt faktörlerin toplam puanları alınmıştır. Daha sonra depresyon, bazında girilmiştir.

Çalışmanın amacına uygun olarak, iki envanter arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi amacıyla temel ve alt ölçekler arasında T-testi ve eşleştirilmiş tekrarlı ölçüm analizleri uygulanmıştır. Yukarıda belirtilen analizler yapılmadan önce, hücrelerde herhangi bir boş verinin (missing value) olup olmadığı kontrol edilmiştir. Bunun yanında, verilerin analize uygunluğunun test edilmesi için öncelikle frekans analizleri uygulanmış ve verilerin çok değişkenli analizlerin varsayımlarına ve dağılımlarına uyup uymadıkları sınanmıştır. Herhangi bir uç değere (outlier) rastlanmamış, normalite ve linearite değerleri tatmin edici bulunmuştur. Ön test- son test puan karşılaştırmalarında, puanlar arasındaki farkın anlamlılığını test etmek için eşleştirilmiş iki grup t-testi (paired samples t-test) deney ve kontrol puanlarının karşılaştırılması t-testi uygulanmıştır. İlişkili ölçümler t- testi, ilişkili iki ölçüm ya da puanların elde edildiği deneysel ve tarama çalışmalarında kullanılabilir. İlişkili ölçümler deseni;

1. Aynı deneklerin tekrarlı ölçümleri yapılabilir.
2. Eşleştirilmiş örneklerden elde edilen ölçümler olduğunda söz konusu olabilir. Aynı deneklerin bir deneysel işlemin öncesi ve sonrasında bağımlı değişkene ilişkin ölçümleri alındığında deneklerin zamana bağlı tekrarlı ölçümleri söz konusudur ve elde edilen bu ölçümler ilişkilidir (Büyüköztürk, Çokluk ve Köklü, 2013).

4. BULGULAR

Çalışmamızın bu bölümünde katılımcılara uygulanan ölçme araçlarından elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular % 95 güven aralığında ve 0,05 anlamlılık düzeyinde açıklanmıştır.

Araştırmada bilişsel davranışçı terapi uygulamasının bireylerin kekemelik düzeylerine etkisi incelenmiştir. Öntest-sontest puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olup olmadığı eşleştirilmiş t-testi ile analiz edilmiş, sonuçlar Tablo 2’de gösterilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların kekemelik düzeylerinin uygulama öncesi ve sonrasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin t-testi analizi yapılmıştır.

4.1.Örneklem Grubunun Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu kısmında katılımcılarla ilgili demografik bilgileri “Kişisel Bilgi Formu” aracılığıyla katılımcıların verdikleri yanıtlar doğrultusunda, cinsiyet, eğitim durumu, yaş aralıkları ait örneklem grubundaki katılımcı sayıları ve yüzdelik değerleri Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1. Örneklem Grubunun Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Değişkenler	N		KIZ		%	ERKEK		%
Cinsiyet	Deney Grubu	35	15		42.86	20		57.15
	Kontrol Grubu	35	16		45.71	21		60.00
Toplam		70	31		100	41		
			En küçük değer	En büyük değer		En küçük değer	En büyük değer	
Yaş	Deney Grubu	35	6	12		6	21	
	Konrol Grubu	35	6	14		5	17	
	Toplam	70	12	26		11	38	
			İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite		
Baba Eğitim Düzeyi	Deney Grubu	35	10	12	8	5		
	Kontrol Grubu	35	12	10	5	8		
	Toplam	70	22	22	13	13		
Anne Eğitim Düzeyi	Deney Grubu	35	8	12	10	5		
	Kontrol Grubu	35	12	5	10	12		
	Toplam	70	20	17	20	17		

Araştırmaya katılan örneklem grubunun kontrol grubunda 16’sı kız, 21’inin erkek olduğu görülmektedir. Deney grubunu oluşturan örneklem grubunun ise 15’i kız, 20’si erkek olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan örneklem grubunun diğer demografik verileri tablo 1’de özetlenmiştir.

Parametrik testleri bir araştırmada yürütmek için ön koşul varsayımlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Ön koşulların yerine getirilmesi için katılımcılardan elde edilen veriler bu testlerin ön koşulu olan verilerin normal dağılıma sahip olması (Büyüköztürk, 2010) gerekmektedir. Araştırmada kullanılan kekemelik şiddet eğrileri testi sonucunda gruptan elde edilen verilerin normal dağılım ön koşulunu ihmal etmemektedir.

Tablo 2. Katılımcıların Kekemelik Şiddet Eğrileri Betimsel İstatistik Sonuçları

	Kekemelik Şiddeti	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	SS
Kontrol Grubu	Çok Hafif	12	68.57	77.04	80.27	7.54
	Hafif	14	74.29	89.40	83.26	8.94
	Orta	5	45.71	52.01	77.24	8.61
	Ağır	4	51.43	56.05	78.91	9.51
Deney grubu	Çok Hafif	12	56.22	70.04	63.13	6.15
	Hafif	14	71.29	85.04	78.33	7.52
	Orta	5	44.72	51.03	47.87	7.45
	Ağır	4	50.45	52.58	51.51	8.45

Araştırmaya katılan kontrol grubu kekemelik şiddet eğrileri sonuçlarına göre çok hafif düzeydeki şiddet eğrisi ortalaması 80.27 ± 7.54 ; hafif düzeyde şiddet eğrisi ortalaması 83.26 ± 8.94 ; orta düzeydeki şiddet eğrisi ortalaması 77.24 ± 8.61 ; ağır düzeydeki şiddet eğrisi ortalaması 78.91 ± 9.51 olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan deney grubu kekemelik şiddet eğrileri sonuçlarına göre çok hafif düzeydeki şiddet eğrisi ortalaması 63.13 ± 6.15 ; hafif düzeyde şiddet eğrisi ortalaması 78.33 ± 7.52 ; orta düzeydeki şiddet eğrisi ortalaması 47.87 ± 7.45 ; ağır düzeydeki şiddet eğrisi ortalaması 51.51 ± 8.45 olarak bulunmuştur.

Tablo 3. Katılımcıların Kekemelik şiddet eğrileri t-testi sonuçları

Kekemelik Şiddeti	Cinsiyet	Ortalama	SS	t	p değeri
Çok Hafif	Kadın	82,5449	9,36945	4.1264	0.265
	Erkek	80,7386	10,16533		
Hafif	Kadın	78,6484	8,96302	4.1264	0.959
	Erkek	78,5714	8,32423		
Orta	Kadın	65,5988	15,93286	4.1264	0.598
	Erkek	64,4318	12,11456		
Ağır	Kadın	84,9701	8,49055	4.1264	0.531
	Erkek	84,0455	9,48427		

Araştırmaya katılan katılımcıların cinsiyet değişkenine göre kekemelik şiddet eğrilerine göre yapılan t-testi analizi sonucuna istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 4. Deney grubu ön test-son test puanları arasında yapılan eşli gruplar testi sonuçları

	N	x	s	T	P
Ön Test	35	7.29	4.02	14.452	.000***
Son Test	35	5.25	3.45		

Tablo 4 incelendiğinde katılımcılara uygulanan bilişsel davranışçı terapisinin kekemelik üzerindeki etkisinin eşleştirilmiş t-testi ön-test ($x_{ort}=7.29$) son-test ($x_{ort}=5.25$) sonuçları arasında $p < 0.01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir.

Tablo 5. Kontrol Grubu Öntest-Sontest Puanları Arasında Yapılan Eşli Gruplar t Testi Sonuçları

	N	x	t	p
Öntest	35	6.50	12.585	.001**
Sontest	35	8.25		

* <0.01 düzeyinde anlamlı fark vardır

Tablo 5 incelendiğinde Kontrol Grubu Öntest ($x_{ort}=6.50$) Sontest ($x_{ort}=8.25$) puanları arasında $p < 0.01$ düzeyinde Yapılan Eşli Gruplar t Testi Sonuçlarına anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 1 incelendiğinde, deney grubunun öntest ($x_{ort}=6,29$) ile son test ($x_{ort}=26,35$) puanları arasında $p < 0.001$ düzeyinde anlamlı bir fark olduğu görülmektedir.

Tablo 6. Katılımcıların deney ve kontrol grubu Eşleştirilmiş Ön Test Son Test T-Testi Sonuçları

		%95 Güven aralığı farkı				t	df	p
		Ortalama	SS	En Düşük	En Yüksek			
Deney grubu	Öntest	4.21	2.21	1.89	2.56	4.21	28	.000
Kontrol grubu	Sontest	6.68	3.70					

Bilişsel davranışçı terapi uygulamanın, kekeme bireylerin şiddet eğrileri testinden aldıkları değerler üzerindeki etkisini değerlendirmek için ilişkili örneklem t-testi yürütülmüştür. Ön-test den deney grubu ön-

test ($x_{ort}= 4.21$, $SS=2.21$) ve kontrol grubu son-test grubu ($x_{ort}=6.68$, $SS=3.70$) kekemelik şiddet eğrilerinde istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş gerçekleşmiştir; $t(28)=4.21$, $p<.000$ (two-tailed). Kekemelik şiddet eğrilerinde ortalama düşüş 2.47 olarak bulunmuştur. Elde edilen değerler 1.89 ile 2.56 arasında değişen bir %95'lik bir güven aralığına sahiptir. Eta kare istatistiği (.55) büyük bir etki olduğunu göstermektedir.

5. TARTIŞMA

Araştırma sonucunda bilişsel davranışçı terapi yönteminin kekeme bireylerde anlamlı bir şekilde etki ettiği görülmüştür. Dil ve konuşma sorunlarında insanlara yardımcı olabilecek ve terapisini yapabilecek en önemli kaynak dil ve konuşma terapistidir (DKT). Bir dil ve konuşma terapistinin hedefi konuşmayı mümkün olduğu kadar anlaşılır kılmaktır. Bu hedefle, terapist hastayı detaylı bir değerlendirme ile ele alır ve uygun terapiye karar vererek seansları planlar. Değerlendirme, aynı zamanda, terapide görülen iyileşme ölçütlerine temel oluşturduğu için çok önemlidir. En önemlisi, değerlendirmeler terapistin hastasının kuvvetli ve zayıf yönlerini belirleyerek, uygun terapiler planlamasına yardımcı olur (Maviş ve Özbabalık, 2006). Bu bağlamda bilişsel terapi yöntemi hastanın kuvvetli ve zayıf yönlerini belirlemede en etkili terapi yöntemidir.

Bilişsel Davranışçı Terapiler günümüzde psikoterapi alanında en önde gelen yaklaşımlardan birisi haline gelmiştir (Karakaya ve Öztop, 2013). Kekemelik konuşma bozuklukları arasında sıklıkla karşılaşılan ve en zor süreçlerin yaşandığı bir durumdur. Bu nedenle kekemelik terapileri çok zorlu süreçleri içerisinde barındırmaktadır. Günümüzde uygulanan metotlar çoğunlukla yetişkinler için olup çocuklar için genellikle zaman baskısının ve gerginliğin azaltılması, dil-motor beceri çalışmaları ve toplumsal entegrasyondur. Ayrıca, kekeme çocuğa sahip ailelerde ne yapacaklarını bilememekte ve çaresiz kalmaktadırlar. Ailelerin yanlış tutumları sonucu kekemeliğin kronikleşmesine neden olmaktadır. Bütün bunların ışığında özellikle çocuklarda alternatif ve destekleyici yöntemler ile okul çağında indirekt olarak uygulanabilecek yöntemlere ihtiyaç duyulmaktadır (Bal ve Ünsal, 2018). Bu nedenle bilişsel davranışçı terapi bir yöntem olarak kullanılması ailelerin kekemelik sorununa alternatif bir seçenek olarak kullanılabilir.

Kekemelikte ses ve hece tekrarları, sesleri uzatma, duraklamalar, ünlemlemeler, kelimeleri fiziksel bir gerginlikle söyleme gibi psikolojik, fizyolojik ve nörolojik ritim bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Bazı durumlarda belirgin göz kırpmalar, tikler, kafa hareketleri, nefes alma davranışları gibi yüz ve vücut hareketleri görülebilir. Bu durumların vücutta özellikle konuşma sisteminde gerginliğe neden olduğu ve kekemeliğin özellikle çocuklarda kronikleşmesine neden olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanında kekemelik kuramları arasında yer alan öğrenme kuramı ve diagnozojenik kuram önemli bir yer tutmaktadır (Bal ve Ünsal, 2018).

Öğrenme kuramında kekemeliğin çevresel ve duygusal etkenlerin başlattığı bir uyarı-pekiştirme durumu olduğu vurgulanmıştır. Diagnozojenik kuramda ise, dinleyicilerin kekeme çocuklardaki normal akıcısızlık durumlarını ya da kekemelik davranışlarını olumsuz değerlendirmeleri ve negatif tutumları sonucunda meydana geldiği belirtilmiştir (Bal ve Ünsal, 2018).

6. ÖNERİLER

Bu çalışmada bilişsel davranışçı terapisinin kekemelik üzerindeki etkisi incelenmiştir. Yapılan eşleştirilmiş ön test-son test sonuçlarına göre bilişsel davranışçı terapisinin kekemelik üzerinde anlamlı düzeyde etki ettiği görülmüştür. Araştırmaya katılan katılımcılarda kekemelik eğri şiddetinde anlamlı düzeyde düşüş olduğu görülmüştür. Elde edilen veriler bilişsel davranışçı terapi yönteminin kekeme bireylerde yöntem olarak terapistler tarafından kullanabilecekleri önerilmektedir. Bilişsel davranışçı terapi yönteminin araştırmamıza katılan örneklem sayısının sınırlı sayıda olması nedeniyle daha büyük örneklem üzerinde denemesi ve elde edilen sonuçlara göre genellenebilirliği artırılması önerilir.

Araştırmamızda kullanılan eğitim yerinin uygun şartlar ve koşullarda olduğu düşünülse de tüm şart ve koşulları sağlayan daha elverişli bir eğitim yeri araştırmacılara önerilebilir. Bu çalışmada uygulama 1 yani ön test, uygulama 2 yani son test olarak uygulanmıştır. Ön test ve son test arasındaki süre kontrol altına alınmamıştır. İleriki bir araştırma için ön test ve son test arasında ki sürenin kontrol altına alınması önerilir. Bu çalışmada elde edilen sonuçların kalıcılığını test edebilmek için farklı zaman ve eğitim yerinde güvenilirlik ve geçerliliği sınanmamıştır. Bir sonraki araştırmalarda kalıcılığın test edilmesi araştırmacılara önerilir.

KAYNAKLAR

- Andrade, CRF. (2010). Speech fluency family profile - a linguistic, acoustic and electro myographic study. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 22(3), 169-174.
- Bal, F. ve Ünsal, S. (2018). Kekeme çocuklarda laxvox tekniğinin değerlendirilmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6(77), 142-15.
- Büyüköztürk, Ş., Çokluk, Ö. ve Köklü, N. (2013). *Sosyal bilimler için istatistik*. (12.Baskı). Ankara: Pegem Akademi.
- Chang, SE., Synnestvedt, A., Ostuni, J and Ludlow, CL. (2010). Similarities in speech and white matter characteristics in idiopathic developmental stuttering and adult-onset stuttering. *Journal Neurolinguistics*, 23(5), 455-469.
- Doğan, D., Nemli, N., Bayram, A., Kaya, A ve Yaşar, M. (2016). Kekeme çocukların yaşam kalitesi bulguları. *KBB Uygulamaları*, 4(2), 64-69.
- Drayna, D. & Kang C. (2011). Genetic approaches to understanding the causes of stuttering. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 3(4), 374-380.
- Karakaya, E. ve Öztop, D.B. (2013). Kaygı bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde bilişsel davranışçı terapi, *JCBPR*, 2(1), 10-24.
- Ham, R. (1990). 'Therapy of stuttering preschool through adolescence prentice-hall' *Child psychiatry* içinde. Graham, P. (Ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Howell, P. (2007). Signs of developmental stuttering up to age eight and at 12 plus. *Clin Psychol Review*, 27(3), 287-306.
- Karacan, E. (2004). Çocuklarda kekemelik ve diğer iletişim bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 4(1),18-21.
- Karasar, N. (2014). *Bilimsel araştırma yöntemi*. (28.Baskı). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Kayıran, SM., Şahin, SA, and Cure, S. (2012). Pediatri perspektifinden çocuklarda konuşma ve dil gecikmesine yaklaşım. *Marmara Medical Journal*, 25(1), 1-4.
- Kayıkcı, M.E.K. ve Belgin, E. (2010). Okul çağı kekeme Türk çocuklarının kekemelik bulguları. *Türk Ped Arşivi*. 45 (2), 141-143.
- Leahy, R. L. (2003). *Bilişsel terapi ve uygulamaları*. (2.Baskı). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Ludlow, C. and Loucks, T.(2003). Stuttering: a dynamic motor control disorder. *J Fluency Disord*, 28(4), 273-295.
- Maviş, İ ve Özbabalık, D. (2006). Yaşlılıkta nörolojik temelli iletişim sorunları ve dil ve konuşma terapisi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(1), 1-18.
- Neef, N. (2010). *Cortical and subcortical mechanisms in persistent stuttering*. Doktora Tezi, Göttingen: Universität Göttingen Division of Mathematics and Natural Sciences of the Georg.
- Stallard, P. (2017). *Çocuklar ve ergenler için bilişsel davranışçı terapi uygulamaları ve alıştırmaları*. (1.Baskı). Ankara: Say Yayınları.
- Topbaş, S. (2010). 'Ses bilgisel gelişim' *Dil ve kavram gelişimi* içinde. Topbaş, S. (Ed.). (4. Baskı). Ankara: Kök Yayıncılık, 75-109.
- Türkçapar, M.H. ve Sargın, A.E. (2012). Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler: Tarihçe ve Gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 1(1), 7-14.