

**TÜRKİYE’DE ÇALIŞAN DİL ve
KONUŞMA TERAPİSTLERİNİN
HIZLI-BOZUK KONUŞMA ve
TERAPİSİNE YÖNELİK ALGILARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Murat BELLİCE

Yüksek Lisans Tezi

**TÜRKİYE’DE ÇALIŞAN DİL ve KONUŞMA
TERAPİSTLERİNİN HIZLI-BOZUK
KONUŞMA ve TERAPİSİNE YÖNELİK
ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Murat BELLİCE

Yüksek Lisans Tezi

ANADOLU ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Eskişehir, Eylül 2016

Tez Danışmanı : Yard. Doç. Dr. R. Sertan ÖZDEMİR

Jüri ve Enstitü Onayı

Murat Bellice'nin Türkiye'de Çalışan Dil ve Konuşma Terapistlerinin Hızlı-Bozuk Konuşma ve Terapisine Yönelik Algılarının Değerlendirilmesi başlıklı, Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı'ndaki Yüksek Lisans tezi, 02.09.2016 tarihinde, aşağıdaki jüri tarafından Anadolu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

	Adı-Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı)	Yard. Doç. Dr. R. Sertan ÖZDEMİR İstanbul Medipol Üniversitesi	
Üye	Yard. Doç. Dr. Aylin Müge TUNÇER Anadolu Üniversitesi	
Üye	Yard. Doç. Dr. Özlem CANGÖKÇE YAŞAR Ondokuz Mayıs Üniversitesi	

Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 02.09.2016 tarih ve38..... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



Prof. Dr. David Ertmer, The Impact of Cochlear Implants on Spoken Language Development for Children Who are Deaf. Anadolu Üniversitesi, Dilkom Seminar Salonu. Nisan, 2014.

Mary Weidner, M.S., CCC-SLP. Stuttering Treatment: Overall Communication Approaches in Children. Anadolu Üniversitesi, DİLKOM, Eskişehir. Mayıs, 2014.

8. Ulusal Konuşma Bozuklukları Kongresi, Üsküdar Üniversitesi, DKBUD Mayıs, 2015.

Dudak Damak Yarıklıkları Derneği 4. Geleneksel Toplantısı, Anadolu Üniversitesi DİLKOM, Eskişehir. Nisan, 2015.

8. Ulusal Larengoloji Kongresi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi. İzmir. Mayıs, 2015.

Acarlar, F., Kaysılı, B. ve Akçamuş, M. ‘Söz Öncesi İletişim Becerilerinin Doğal Bağlamda Öğretimi-Milieu Yöntemi’, Uluslararası Katılımlı 3. Ulusal Erken Çocuklukta Müdahale Kongresi, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir, 2016.

Staj

Anadolu Üniversitesi, Dil ve Konuşma Bozuklukları Eğitim Araştırma ve Uygulama Merkezi Uygulama Birimi.

ÖNSÖZ

Bugün bulunduğum konuma gelebilmemde koşulsuz desteklerini sağlayan canım aileme,

Talihsiz serüvenler dizisi olarak başlayan tez dönemimin bir nevi kurtarıcısı olan, kendi hayatındaki birçok değişime ve uğraşa rağmen süreç içinde karşımıza çıkan her basamağı sorunsuz, en önemlisi de eğlenerek atladığımız, örnek gösterilebilecek sınırlı sayıdaki akademisyenden biri olan değerli tez danışmanım Yard. Doç. Dr. R. Sertan ÖZDEMİR'e,

Çalışmamın istatistik boyutu başta olmak üzere birçok kısmında bana yardımcı olan, diğer bir deyişle gizli tez danışmanlığımı üstlenen, her zaman kahkahalarıyla hatırlayacağım sevgili hocam Yard. Doç. Dr. A. Müge TUNÇER'e,

Her zaman kapılarını çalabileceğim ve içtenlikleriyle DİLKOM'da bir aile olduğumuzu hatırlatan değerli hocalarım Yard. Doç. Dr. Özlem ÜNAL LOGACEV ve Prof. Dr. İlknur MAVİŞ'e,

Tez jürimde yer almayı kabul eden değerli Yard. Doç. Dr. Özlem CANGÖKÇE YAŞAR'a,

DİLKOM'da ve DİLKOM'dan ayrılmış da olsalar ailenin tamamını oluşturan bütün değerli hocalarıma ve personele,

Geçen süredeki en büyük kazanımım olan arkadaşlarım; bu yolun sonunun nereye çıkacağını içten içe bildiğimiz sevgili kardeşim Eren BALO'ya, şu an Bozüyük'e giden petrolde olabileceğimizi hatırlatan protez kardeşim Burak Eren ERARSLAN'a, tohum görünüşlü çiçek bahçemiz, neşe kaynağımız olduğu kadar 'grumpy' olmayı da bilen Ayşe NEMUTLU'ya, her zaman yanımda olduğunu bildiğim sevgili 'conim' Işıl ÜNAL'a, kendimdeki aksisi bir şans tipi daha olduğunun madde kanıtı, karamsar kardeşim Tolga SÖZÜÇOK'a, düşünceleri kadar güzel sesiyle bizi anılarımız ve hayallerimizde gezdiren Nevin YILMAZ'a, birlikte karnımız ağrıyana kadar güldüğümüz Fatma Gizem ŞİLE'ye ve buraya yazamadığım bütün değerli arkadaşlarıma

TEŞEKKÜR EDERİM.

Murat BELLİCE

TÜRKİYE’DE ÇALIŞAN DİL ve KONUŞMA TERAPİSTLERİNİN HIZLI-BOZUK KONUŞMA ve TERAPİSİNE YÖNELİK ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

Bu çalışmada Türkiye’de çalışan dil ve konuşma terapistlerinin hızlı-bozuk konuşma ve terapisine dair tutum, davranış ve bu akıcılık bozukluğu hakkındaki fikirleri değerlendirilmiştir.

Araştırma modeli gruplar arası karşılaştırmaya dayalı betimsel yöntemdir. Çalışmaya Türkiye’deki dil ve konuşma terapistleri derneğine kayıtlı olan 82 uzman katılmıştır. Çalışmada kullanılan veri toplama aracı, Rustin Cluttering Survey (RCS) ve The Clinician Attitudes Towards Stuttering Inventory (CATS) esas alınarak oluşturulan 61 maddelik bir ankettir. Toplanan veriler, betimsel olarak yorumlanmış ve belirli gruplar arasında karşılaştırma yapılmıştır.

Araştırma sonuçları incelendiğinde, Türkiye’de çalışan uzmanların, dil ve konuşma terapistliği eğitimi sırasında aldıkları HBK eğitimini yetersiz buldukları gözlenmiştir. Eğitimleri sırasında HBK vakası tecrübesi bulunan grup ile bulunmayan grubun, iş yaşamlarında bu bozuklukla çalışmayı tercih etme durumları ve kendilerini bu bozukluk alanında çalışmak için yeterli ya da yetersiz bulmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir. Bu bulgular ışığında eğitim sırasında edinilen vaka tecrübesinin çalışma hayatı üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. İş yaşamlarında HBK vakaları ile çalışan grup ile çalışmayan grubun ‘mesleki eğitim, terapi etkililiği, HBK bireylerin kişilik/özellikleri, terapi/yöntem, HBK ve diğer bozukluklar, HBK bireylerin ebeveynleri, HBK nedenleri, terapi’ kategorileri altındaki maddelere verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmaktadır. Bu bulgular ışığında çalışma hayatında edinilen vaka tecrübesinin, uzmanların HBK hakkındaki görüş ve fikirlerini etkilediği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dil ve konuşma terapisi, Hızlı-bozuk konuşma, Akıcılık bozuklukları, Hızlı-bozuk konuşma farkındalığı

EVALUATION of ATTITUDES and AWARENESSES of SPEECH and LANGUAGE THERAPISTS in TURKEY TOWARDS CLUTTERING

ABSTRACT

The purpose of this study is to provide an insight to the professional awareness and attitudes towards cluttering among speech and language therapists working actively in Turkey.

Study desing is descriptive desing based on comparison between sample groups. Total number of participant SLTs' is 82. A 61 item questionairre was formed on the basis of Rustin Cluttering Survey (RCS) and The Clinician Attitudes Towards Stuttering Inventory (CATS) and sent to the SLTs in Turkey.

Results of this study indicate that SLTs' in Turkey see their cluttering practice during their education period as inadequate. The SLTs' who experienced clutterers during their education and who didn't, show significant difference at the samples of their adequacy to work with clutterers, and their preference to add clutterers to their caseloads. In the light of these findings experience with clutterers during education is effective on SLTs' professional life. There are statistically significant differences between the SLTs who work with clutterers on their caseloads and who don't. Their answers to the categories 'SLT education, effectiveness of therapy, personalities and symptoms of clutterers, therapy/method, etiology, cluttering vs other speech disorders, parents of clutterers' create the difference. According to these findings, the SLTs' experience on clutterers in their professional life affects their attitudes and opinions towards cluttering and people with cluttering.

Key Words: Speech and language therapists, Cluttering, Fluency disorders, Professional awareness of cluttering

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

	SAYFA
ÖZGEÇMİŞ	i
ÖNSÖZ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
ÇİZELGELER DİZİNİ	x
KISALTMALAR DİZİNİ	xi
GİRİŞ ve AMAÇ	1
Giriş	1
Amaç	1
Önem	2
KAYNAK BİLGİSİ	4
Hızlı-Bozuk Konuşma	4
Etiyoloji	4
Karakteristik özellikler	5
Hızlı-Bozuk Konuşma Türleri	6
<i>Sentaktik Hızlı-Bozuk Konuşma</i>	6
<i>Fonolojik Hızlı-Bozuk Konuşma</i>	6
Hızlı-Bozuk Konuşmanın Motor Bileşenleri	6
<i>Takilali</i>	6
<i>Aşırı koartikülasyon</i>	7
<i>Artikülasyon hataları</i>	7
<i>Ritimsiz konuşma/Aritmi</i>	7
<i>Monoton konuşma</i>	7
<i>Hızlanan konuşma</i>	7
<i>Akıcılıkta bozulmalar</i>	7
Hızlı-Bozuk Konuşmanın Dil Bileşenleri	7
<i>Dilbilgisi ve Sentaks</i>	7
<i>Leksikal Düzey</i>	8
<i>Pragmatik Düzey</i>	8
Hızlı-Bozuk Konuşmanın Psikolojik Bileşenleri	8
<i>Kişinin Hızlı-Bozuk Konuşma Algısı</i>	8
<i>Hızlı-Bozuk Konuşma ve Kişilik</i>	8

Hızlı-Bozuk Konuşmanın Gelişimi	9
Hızlı-Bozuk Konuşma ve Normal Akıcısızlık	9
Kekemelik ve Hızlı-Bozuk Konuşma	9
Hızlı-Bozuk Konuşma ve Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite	10
Hızlı-Bozuk Konuşma Spektrum Davranışı (CSB)	10
Değerlendirme, Tanılama ve Terapi	10
<i>Değerlendirme</i>	10
<i>Vaka öyküsü</i>	11
<i>Sesli okuma</i>	12
<i>Hikâyeyi tekrar anlattırma</i>	12
<i>Konuşma örneği</i>	12
<i>Akıcılık</i>	12
<i>Artikülasyon</i>	13
<i>Dil</i>	13
<i>Yazma</i>	13
<i>İnce ve kaba motor hareketler</i>	13
<i>Hızlı-bozuk konuşma değerlendirme ve öz-değerlendirmeleri</i>	13
Ayırıcı Tanılar	14
<i>Hızlı-bozuk konuşma ve kekemelik</i>	14
<i>Hızlı-bozuk konuşma ve konuşma apraksisi</i>	15
<i>Hızlı-bozuk konuşma ve takilali</i>	15
Terapi Yaklaşımları ve Planlama	17
<i>Farkındalık ve Konuşma Üretiminin Düzenlenmesi</i>	17
<i>Prozodi ve Duraklama</i>	17
<i>Anlatım Becerileri</i>	18
<i>Genelleme ve Edinilen Becerilerin Korunması</i>	18
Alanyazındaki Diğer Meslek İçi Değerlendirme Çalışmaları	18
GEREÇLER ve YÖNTEM	22
Araştırma Deseni	22
Katılımcılar	22
Veri Toplama Süreci	23
Veri Toplama Aracı	23
Veri Analizi	23
BULGULAR ve TARTIŞMA	24
Bulgular	24
<i>DKT'lerin mezuniyet sonrası bozukluk alanlarındaki yeterlilikleri</i>	24

<i>DKT'lerin 'meslek-tecrübe' kategorisinde verdikleri yanıtlar</i>	25
<i>Eğitim sırasında HBK çalışmaya bakış</i>	26
<i>DKT'lerin 'mesleki eğitim' kategorisinde verdikleri yanıtlar</i>	26
<i>HBK'sı olan bireylerin kişilik ve/veya özellikleri</i>	28
<i>Terapi ve yöntem</i>	29
<i>Terapi</i>	30
<i>Okul- öğretmen</i>	31
<i>HBK'sı olan bireylerin ebeveynlerine yönelik danışmanlık</i>	31
<i>Terapi etkililiği</i>	32
<i>HBK ile diğer konuşma bozuklukların karşılaştırılması</i>	33
<i>HBK nedenleri</i>	33
<i>Çevre-tutum</i>	34
<i>HBK'sı olan bireylerin ebeveynleri</i>	34
<i>Terapistler</i>	35
<i>HBK'da kesinlikle görülmesi gereken belirtiler</i>	35
<i>HBK'da kesinlikle görülmesi gerekmeyen belirtiler</i>	36
<i>Vaka tecrübesinin iş yaşamına etkisi</i>	36
<i>Tartışma</i>	40
<i>Kendini Yetersiz Hissetme Sebepleri</i>	41
<i>Kendini Yeterli Görme Gerekçeleri</i>	41
<i>Hızlı-Bozuk Konuşan Bireyde Görülmesi Beklenen Belirtiler</i>	42
<i>Tecrübenin İş Yaşamına Etkisi</i>	42
<i>Tecrübenin Yeterlilik Hissi Üzerine Etkisi</i>	42
<i>İş Yaşamında Çalışmanın HBK ile İlgili Görüşler Üzerine Etkisi</i>	43
SONUÇ ve ÖNERİLER	44
Öneriler ve Sınırlılıklar	44
KAYNAKLAR	45
EKLER	50
EK 1. Veri Toplama Aracı	50
EK 2. Etik Kurul Kararı	63
EK 3. Hızlı-Bozuk Konuşan Bireylerde Görülmesi Beklenen Belirtilerin Karşılaştırmalı Tablosu	64

ŞEKİLLER DİZİNİ

ŞEKİL NO ve ADI

SAYFA

- | | | |
|----------------|---|----|
| Şekil 1 | Eğitim sırasında edinilen vaka tecrübesinin iş yaşamında HBK vakalar ile çalışıp çalışmama üzerine etkisi | 37 |
| Şekil 2 | Eğitim sırasında edinilen HBK vaka tecrübesinin uzmanların çocuk HBK vakaları çalışmada yeterli/yetersiz hissetmeleri üzerine etkisi | 38 |
| Şekil 3 | Eğitim sırasında edinilen HBK vaka tecrübesinin uzmanların yetişkin HBK vakaları çalışmada yeterli/yetersiz hissetmeleri üzerine etkisi | 38 |

ÇİZELGELER DİZİNİ

ÇİZELGE NO ve ADI

SAYFA

Çizelge 1	Çeşitli durumlarda bazı bozukluklarda görülen konuşma özellikleri	15
Çizelge 2	Eğitim sırasında HBK vakası görme fırsatına dair sorular	26
Çizelge 3	DKT mesleki eğitime dair sorular	27
Çizelge 4	HBK'sı olan bireylerin kişilik ve/veya özelliklerine dair sorular	28
Çizelge 5	Terapi-yönteme dair sorular	29
Çizelge 6	Terapiye dair sorular	30
Çizelge 7	Okul-öğretmene dair sorular	31
Çizelge 8	HBK ebeveyn danışmanlığına dair sorular	31
Çizelge 9	Terapi etkililiğine dair sorular	32
Çizelge 10	HBK ve diğer bozuklukların karşılaştırılmasına dair sorular	33
Çizelge 11	HBK nedenlerine dair sorular	33
Çizelge 12	Çevre ve tutuma dair sorular	34
Çizelge 13	HBK'sı olan bireylerin ebeveynlerine dair sorular	34
Çizelge 14	Terapistlere dair sorular	35
Çizelge 15	HBK kesinlikle görülmesi gereken belirtiler	35
Çizelge 16	HBK kesinlikle görülmesi gerekmeyen belirtiler	36
Çizelge 17	HBK belirtilerinin alanyazın verilerine göre ülkeler arası dağılımı	64

KISALTMALAR DİZİNİ

AVF	: Audio-Visual Feedback
CATS	: The Clinician Attitudes Towards Stuttering Inventory
CSB	: Cluttering spectrum behaviour
DKT	: Dil ve Konuşma Terapisi/ Terapisti
EEG	: Elektro enselafografi
fMRI	: Functional magnetic resonance imaging
HBK	: Hızlı-Bozuk Konuşma
PSI	: Perceptions of Stuttering Inventory
RCS	: Rustin Cluttering Survey
SPS	: Syllable per second
ST	: Syllable Taping
WASSP	: Wright and Ayre Stuttering Self-Rating Profile

GİRİŞ ve AMAÇ

Giriş

Dil ve konuşma terapistlerinin profesyonel yaşamlarında en sık karşılaştıkları bozukluklardan birisi, toplumun %1'inde görülme oranıyla akıcılık bozukluklarıdır (Bloodstein, 1995). Akıcılık bozuklukları, kekemelik ve hızlı-bozuk konuşma olarak ikiye ayrılmaktadır. Kekemelik; kişinin akıcılığının bloklar, uzatmalar, tekrarlar ile bozulduğu bir konuşma problemi iken, HBK; hızlı konuşma patlamalarının görüldüğü, yer yer hece tekrarlarına rastlanan, melodi ve prozodinin olumsuz etkilendiği ve duraklama düzeninde sorunlar bulunan akıcılık bozukluğudur. Bu iki akıcılık bozukluğunun aynı anda görülmesi ya da bazı durumlarda birbirileri ile karıştırılması mümkündür (van Zaalen ve Reichel, 2015).

Kekemelikte olduğu gibi, HBK'da da bu bozukluğa sebep olan bilinen net bir etiyolojik etmen yoktur. Bu konuda, çeşitli çalışmalar olmasına rağmen (Freund, 1952; Langova ve Moravek, 1964; Luschinger ve Arnold, 1965; Seeman, 1970; Lebrun, 1996; Alm, 2011), HBK'sı olan kişilerin çok çeşitli öykü ve özelliklere sahip olması bu durumu zorlaştırmaktadır.

HBK'sı olan kişiler genellikle kendilerindeki konuşma sorununun farkında olmama eğilimindedir. Kullandıkları kelimeleri sıkıştırma (Telescoping), duraklama düzeninde sorun, özensiz artikülasyon, hızlı ve ataklar halinde konuşma, ara doldurucular kullanma ve sık sık geri dönüşler yapma, gereksiz kelime kullanımı, karmaşık düşünce ağına sahip olma ve organize olmamış dil bir HBK vakasında görülmesi beklenen belirtiler arasındadır (St. Louis, Raphael, Myers ve Bakker, 2003).

Dil ve konuşma terapistleri; konuşma sesi bozuklukları, dil sorunları, afazi, motor-konuşma bozuklukları, ses bozuklukları, yutma bozukluklarında olduğu gibi akıcılık bozukluğu olan kişilerin bu sorunlarının üstesinden gelme sürecinde de etkin rol oynamaktadır. Hızlı-bozuk konuşma hakkında güncel bilgilere en yakın ve en eski kaynak 1849'a (Mark Colombat de l'Isere) dayanmasına rağmen, DKT alanyazınında diğer dil ve konuşma sorunlarına göre daha bakir bir alan olarak kalmıştır (akt. van Zaalen ve Reichel, 2015).

Her bozukluk alanında güncel bilgilerin pratiğe ne derece aktarıldığını ve alanın hangi doğrultuda yol aldığını belirleme amacıyla, DKT'lerin bozukluklara karşı yaklaşımları, fikirleri belirli zaman aralıklarıyla değerlendirilmektedir (Pannbacker, 1993; Cooper, 1996; Brumfitt, 2006; Signorelli ve Madill, 2011; Archer, 2013; Guo, 2014; McLeod, 2014). HBK alanında da St. Louis ve Hinzman (1986), St. Louis ve Rustin (1992), Simonska ve Georgieva (2006) çalışmalar yapmışlardır. Dil ve konuşma terapistliği ülkemizde yeni ve gelişmekte olan mesleklerden biri olduğu için bu tip çalışmalar sınırlı sayıdadır.

Amaç

Bu çalışmanın amacı Türkiye'de çalışan dil ve konuşma terapistlerinin hızlı-bozuk konuşmaya karşı tutumlarını, davranışlarını, aldıkları eğitimi ve bu akıcılık bozukluğu hakkındaki fikirlerini değerlendirmektir. Alanda çalışan DKT'lere elden

veya e-posta yoluyla ulaştırılan bir anket aracılığıyla aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranmıştır:

1. Türkiye’de çalışan dil ve konuşma terapistlerine göre, DKT eğitimi sırasında aldıkları hızlı-bozuk konuşma eğitimi yeterli midir?
2. Türkiye’de çalışan DKT’lerin, eğitimleri sırasındaki hızlı-bozuk konuşma tecrübeleri nedir?
3. Türkiye’de çalışan DKT’lerin, HBK’sı olan kişilerde kesinlikle görmeyi beklediği belirtiler nelerdir?
4. Türkiye’de çalışan DKT’lerin, HBK’sı olan bireylerin kişilik/özeliklerine dair tutumları nedir?
5. Türkiye’de çalışan DKT’lerin, HBK terapisine, terapi yöntemlerine ve etkililiğine dair görüşleri nedir?
6. Türkiye’de çalışan DKT’lerin, HBK’sı olan bireylere çevreden gelen tutumlara dair görüşleri nedir?
7. Türkiye’de çalışan DKT’lerin, HBK’nın nedenlerine dair görüşleri nelerdir?
8. Türkiye’de çalışan DKT’lerin, HBK’sı olan bireylerin ailelerine ve ailelerine yönelik çalışmalara dair görüşleri nedir?
9. Türkiye’de çalışan DKT’lerden, eğitimleri sırasında HBK terapi ya da değerlendirme tecrübesi olan ve olmayan gruplar arasında, iş hayatlarında HBK vakalarıyla çalışmayı tercih etme açısından fark var mıdır?
10. Türkiye’de çalışan dil ve konuşma terapistlerinden, hızlı-bozuk konuşan bireylerle çalışmayı tercih edenler ve etmeyenler arasında;
 - a. HBK’sı olan bireylerin kişilik/özeliklerine dair görüşleri arasında fark var mıdır?
 - b. HBK terapisine, terapi yöntemlerine ve etkililiğine dair görüşleri arasında fark var mıdır?
 - c. HBK’sı olan bireylere çevreden gelen tutumlara dair görüşleri farklı mıdır?
 - d. HBK’nın nedenlerine dair görüşleri farklılık göstermekte midir?
 - e. HBK’sı olan bireylerin ailelerine ve ailelerine yönelik çalışmalara dair görüşleri farklılık göstermekte midir?
11. Türkiye’de çalışan DKT’lerden, çocuk ve yetişkin HBK terapisinde kendini yeterli ve yetersiz gören gruplar arasında, iş hayatında HBK vakası alma durumları açısından fark var mıdır?

Önem

Sunulan hizmet ya da ürünün kalitesini arttırmak ve profesyonelleşmeyi sağlamak için özdeğerlendirme yapmak bütün meslekler için gerekli ve hayatidir. Dil ve konuşma terapistliği için de aynı durum söz konusudur ve çeşitli alanlarda yapılan değerlendirmeler ile terapistlerin yaptıkları uygulamalar, tecrübeleri ve fikirleri alınmakta ve buna bağlı olarak eğitim ve terapilere yön verilmektedir.

Hızlı-bozuk konuşma alanyazınına çok büyük katkıları bulunan Deso Weiss (1964) HBK’yi ‘dil ve konuşma terapistliğinin öksüz alanı’ olarak nitelendirmiştir ve geçen süre içerisinde diğer alanlara kıyasla HBK alanı halen en az ilgi gören

alanlardan birisidir. Türkiye’de yeni bir meslek alanı olan dil ve konuşma terapistliği için de durum aynıdır. Ülkemizde akıcılık bozukluklarından biri olan kekemelik alanında mevcut çalışmaya benzer bir çalışma Maviş, St. Louis, Özdemir ve Toğram (2013) tarafından yapılmıştır. Hızlı-bozuk konuşma alanında yapılan bu çalışma ise öncül niteliktedir ve ileride yapılacak çalışmalara Türkiye’deki HBK alanının durumunu gösterecektir.

KAYNAK BİLGİSİ

Hızlı-Bozuk Konuşma

Kimsenin konuşurken yüzde yüz akıcı olması beklenmemektedir. Gerek söylemek istenilen şeyi söylerken asıl mesajı aktaramama kaygısı ile söylemi değiştirmek, gerek iletmek istenilen mesajı artık gerekli görmeyerek değiştirmek, gerek fiziksel durumdan ötürü (yorgunluk, hastalık vb.) yanlış telaffuz etmek konuşma akıcılığını bozan durumlardır. Bu tip konuşmalara hızlı-bozuk konuşma benzeri (cluttering like) konuşma denilmektedir. Weiss'ın (1964) holistik tanımına göre hızlı-bozuk konuşma; genellikle kişinin kendi konuşmasının farkında olmadığı, dikkat süresinin kısa olduğu, konuşma algısının artikülasyon ve formülasyonunda dengesizliğin görüldüğü ve iletim hızında sorun görülen bir konuşma/akıcılık bozukluğudur. Kalıtsal bir eğilimle var olan, konuşma hızının bilişsel işlemler tarafından etkilendiği bir bozukluktur. Hızlı-bozuk konuşma, bütün iletişim kanallarını (okuma, yazma, ritim, müzikalite) ve davranışları etkileyen santral dil dengesizliğidir (akt. Ward, 2006).

St. Louis (1992) hızlı-bozuk konuşmanın en önemli karakteristik özelliklerini; kekemelik olmayan anormal akıcılık ve hızlı ve/veya düzensiz konuşma oranı olarak tanımlar. Bu tanımı St. Louis ve arkadaşları 2003 yılında güncellemiştir. Buna göre; hızlı-bozuk konuşma, konuşma aktarımının ya anormal hızlı, düzensiz ya da ikisinin birlikte görülmesi ile karakterize olmuş bir sendrom olarak tanımlanmıştır. Hızlı-bozuk konuşması olan bir kişinin konuşması; normal ses, hece, söz öbeği ya da duraklama düzeninin olmaması, kekeleyen bireylerin konuşma karakteristiğinden farklı olarak daha fazla akıcılık bozukluğu göstermesi gibi özelliklerin biri veya fazlasından etkilenmiştir.

Daly (1992) yaptığı çalışmada HBK'yı; anlaşılmasız hızlı, organizasyonu sorunlu olan, disritmik bir konuşma ve dil problemi olarak betimlemiştir. Bu tanım her ne kadar motor ve akıcılık temasını açıklamada başarılıysa da dil bozuklukları göz ardı edilmemelidir. Hızlı-bozuk konuşma kekemelik ile bağlantılıdır fakat farklı bir akıcılık bozukluğudur (Ward, 2006). Günümüzde bu sorun için üzerinde uzlaşılmış net ve kesin bir tanım yoktur.

Etiyoloji

Kekemelik gibi hızlı-bozuk konuşmada da problemin kaynağı net bir şekilde belirli değildir. 20. yüzyılın ortalarında yapılan çalışmalarda Freund (1952) ve Luschinger ve Arnold (1965) hızlı-bozuk konuşmanın genetik geçişli olduğunu savunmuşlardır. Elektro enselafografi (EEG) bulguları incelendiğinde ise hızlı-bozuk konuşma vakalarının kekemelik vakalarından ayrıldığı anormal bir nöral düzen olduğu gözlenmiştir (Langova ve Moravek, 1962,1964; Luschinger ve Arnold, 1970). Kekeleyen bireyler normal bir EEG düzeni gösterirken, hızlı-bozuk konuşma vakalarının EEG bulgularında %90 sapma gözlenmiştir. Hızlı-bozuk konuşmanın genetik geçişliliği olan bir sorun olduğunu savunan farklı araştırmalar da mevcuttur. Weiss (1964), genetik geçişi hızlı bozuk konuşmanın etmenlerinden biri olarak belirtmiş; Seeman (1965), bir ailenin dört kuşaktan 18 üyesinin 16'sında hızlı bozuk konuşma görüldüğünü söylemiştir (akt. Ward, 2006). St. Louis ve ark. (2007), hızlı-bozuk konuşan çocukların ailelerinde %85-90 oranında kekemeliğin de arasında bulunduğu konuşma sorunları ile karşılaştıklarını belirtmiştir.

Kekemelik gibi HBK da Tourette sendromunun bulguları arasındadır. Erkeklerde görülme oranı kadınlarda görülme oranının dört katıdır. Bozukluğun motor kısmı araştırmacılara dispraksiyi, dil kısmı ise alandaki araştırmacılara yüksek-işlevli organik disfazi olduğunu düşündürmüştür (Ward, 2006).

Van Riper (1992) ise dil ve konuşma üretimindeki bozukluktan ziyade kekemelik gibi HBK'nın da zaman algısıyla ilgili bir bozukluk olduğunu belirtmiştir.

Hızlı-bozuk konuşmanın etiolojisine farklı bir yaklaşım van Zaalen'den (2009) gelmiştir. Beyin görüntüleme tekniklerinden biri olan fMRI kullanarak yapılan çalışmada, kişilere anlamlı ve anlamsız kelime tekrarı yaptırılmış ve hızlı-bozuk konuşmanın bazal gangliadaki kısıtlanma sonucunda ortaya çıktığı gözlenmiştir. Hızlı-bozuk konuşmanın sebeplerinden biri olarak nörolojik bir olay olan bazal ganglia kısıtlanmasını öne süren farklı araştırmacılar da vardır. Bu konuda ilk araştırmalar Seeman (1970) ve Lebrun'dan (1996) gelmiştir. Fonyatrist olan Seeman (1970), hızlı-bozuk konuşmanın belirtilerini farklı nörolojik sorunlarla karşılaştırmış ve bazal gangliadaki aksama sonucunda ortaya çıktığını savunmuştur. Diğer yandan Belçikalı bir nörodilbilimci olan Yvan Lebrun (1996) beyin hasarı ya da herhangi bir hastalıktan sonra ortaya çıkan hızlı-bozuk konuşmanın, genellikle bazal gangliaya alınan hasar sonucu ortaya çıktığını ortaya koymuştur. Parkinson hastalığının da bazal ganglia hasarı sonucu ortaya çıktığını savunan Alm (2011), hızlı-bozuk konuşmanın altında yatan mekanizmanın media-frontal korteksin çalışmasında yaşanan düzensizlik ve hiperaktivite olduğunu belirtmiştir.

Karakteristik özellikler

Hızlı-bozuk konuşmanın karakteristik özellikleri belirlenirken iki ana konuya dikkat etmek gerekir. St. Louis'in (2003) yaptığı tanımda motor kısmı detaylı bir şekilde açıklanırken dil bileşeni üzerinde durulmamıştır. Buna gerekçe olarak ise bazı hızlı-bozuk konuşma vakalarının dil planlamasında, dil işlemlerinde sorun olmadığı verisi gösterilebilir. Fakat genel tabloya bakıldığında dil sorunu olmayan hızlı-bozuk konuşma vakası oldukça nadir görülmektedir. Hatta hızlı-bozuk konuşma kendini motor bir bozukluktan daha çok dil problemi olarak gösterir. Hızlı-bozuk konuşma motor işlev yetersizliği olan bir konuşma üretimi olarak değil, linguistik akıcısızlıkların eşlik ettiği özensiz ve yetersiz dil yapıları ile karakterize olur. Hızlı-bozuk konuşmada belirtileri arasında görülen fakat bütün vakalar için genellenemeyen özellikler genellikle o birey hakkında klinisyende şüphe uyanmasına yol açmaktadır (Weiss, 1964, Dalton ve Hardcastle, 1993).

Hızlı-bozuk konuşan bir birey, 'anormal hızlı konuşma, kontrol dışı hızlı konuşma patlamaları, sık görülen aşırı koartikülasyon ve belirsiz artikülasyon sebebiyle anlaşılabilirlikte düşüş, normal sınırları aşan düzeyde dil planlama sorunu sebebiyle akıcısızlık' gibi temel davranışlardan bir ya da fazlasına sahip olan kişidir (Ward, 2010). Hızlı-bozuk konuşma yetişkinlerde genellikle kekemeliğin yanında, çocuklarda ise ek olarak hiperaktivite ve dikkat eksikliği sorunu ile görülür. Hızlı-bozuk konuşma davranışları dil, artikülasyon, öğrenme güçlüğü ve hiperaktivite sorunları ile örtüşmektedir.

Daly ve Cantrell'in (2006) 60 dil ve konuşma terapisti ile yaptığı çalışmada hızlı-bozuk konuşmanın en belirleyici özellikleri şu şekilde belirlenmiştir;

1. Kelimeleri sıkıştırmak ve yoğunlaştırmak	%93.33
2. Etkili bir özdenetleme sisteminin olmaması	%90.00
3. Kelimeler arasında durak azlığı, sürekli konuşma	%83.33
4. Farkındalık düzeyinin az olması	%83.33
5. Özensiz artikülasyon	%82.00
6. Düzensiz konuşma hızı (ani çıkışlar)	%82.00
7. Ara doldurmalar ve geri dönüşler	%80.00
8. Gereksiz kelime kullanımı, dürtüsel konuşma	%80.00
9. Organize olmamış dil ve karmaşık anlatım	%78.33
10. Konuşurken, düşünce formülasyonunda yetersizlik	%75.00

Hızlı-Bozuk Konuşma Türleri

Hızlı-bozuk konuşmanın fonolojik ve linguistik belirtileri Damsté'yi (1990) bu problemi üç alt tip olarak bölmeye yönlendirmiştir. Damsté bu alt grupları; dizartrik, disritmik ve disfazik olarak belirlemiştir. David Ward ise (2006) bu sınıflandırmayı ikiye düşürmüştür; linguistik ve motor hızlı-bozuk konuşma olarak adlandırmayı öne sürmüştür. Van Zaalen (2009) yaptığı araştırmada hızlı-bozuk konuşma alt gruplarından dizartrik ile motoru, 'fonolojik' olarak değiştirmiştir. Bu çalışmada elde ettiği veriler ona hızlı-bozuk konuşanların, motor yürütmeden ziyade fonolojik kodlamada problem yaşadıklarını göstermiştir. Daha sonrasında van Zaalen ve Reichel'in (2015) yaptığı diğer araştırmalarda da disfazik, disritmik ve linguistik tiplerin genel bir çatı altında 'sentaktik hızlı-bozuk konuşma' olarak adlandırılabilceğini göstermiştir.

Sentaktik Hızlı-Bozuk Konuşma

Sentaktik hızlı-bozuk konuşma sırasında kişiler dilbilgisel kodlama ve kelime çağırma sorunu yaşamaktadırlar. Bu problem linguistik olarak daha karmaşık ortamlarda görülmektedir. Bu tipte görülen yaygın akıcılık sorunları; kelime ve öbek tekrarları, araya kelime ya da hece ekleme, tereddüt etme (hesitation) ve yenilemedir (structure remake).

Fonolojik Hızlı-Bozuk Konuşma

Bu tipte hızlı-bozuk konuşan kişilerin yaptığı hatalar kelime yapısında görülen fonolojik kodlama hatalarıdır. Fonolojik kodlama hataları özellikle hızlı konuşma anında ve çok heceli kelimeler üretilirken kaynaştırma ve hece sıralamada sorun, teleskop etkisi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hızlı-Bozuk Konuşmanın Motor Bileşenleri

Takilali

Takilali ya da hızlı konuşma, hızlı-bozuk konuşmanın en belirgin özelliklerinden biri olmasına rağmen tanımlamaya dâhil olan karakteristiği çok kısa duraklarla seyir gösteren hızlı konuşma patlamalarıdır. Takilalik konuşma hızını görebileceğimiz birçok akıcı konuşan insan vardır. Froeschels'in (1955) yaptığı çalışmada takilalik grubun sadece %50'sinde hızlı bozuk konuşmaya rastlandığını belirtmiştir.

Aşırı koartikülasyon

HBK'sı olan bireyin konuşması dil gelişimi sürecindeki çocuklarda görülen sesbilgisel işlemlerden basitleştirme ve seslerde bozulma, ses/hece düşmesi gibi algılanır. Bunun sebebi kişinin hızlı konuşmasıdır. Hızlı konuşma seyrinde artikulatörler, normalden daha kısa süre içinde yer değiştirip şekil almaya zorlanırlar ve bu sebeple bütün sesler sesletilemeyebilir ve ses düşmesi gözlemlenir (Dalton ve Hardcastle, 1989). Ünsüz üretiminde özensizlik olarak algılanır ve kişinin konuşmasını dinleyici için dizartrik bir hale getirir.

Artikülasyon hataları

Konuşma apraksisinde görülen sesletim hatalarıyla karıştırılması muhtemeldir. Hızlı-bozuk konuşmada görülen artikülasyon hataları, öngörüşel ve yer değiştirme olarak iki grupta incelenebilir. Öngörüşel hatalar; artikülasyon programlama sırasında sonradan üretilecek bir sesin, kendine ses özellikleri olarak yakın önceki bir ses yerine sesletilmesidir. Örnek olarak 'green glass' öbeği yerine 'gleen glass' olarak yapılan üretim hatasını gösterebiliriz. Yer değiştirmeye örnek olarak da 'go back' yerine 'bo gack' gösterilebilir (De Hirsch, 1961).

Ritimsiz konuşma/Aritmi

Takilali eşlik etsin ya da etmesin birçok uzmanın hızlı-bozuk konuşma tanısında en yardımcı olan şey ritimsizliktir (Daly, 1996; St. Louis, 1992; 2003). Hızlı konuşma patlamaları arasında başlama süresi olarak geçen süre dinleyicilerde staccato etkisi uyandırabilir.

Monoton konuşma

Kişinin konuşma sesindeki perde değişikliği görülmemesi sorunudur. Kişinin konuşmasında perde değişimi olması beklenen yerde gözlenmez ve bu sebeple vurgular kaybolur. Vurgusuz konuşma hem anlaşılabilirliği düşürür hem de dinleyicinin dikkatinin dağılmasına sebep olur (van Zaalen ve Reichel, 2015).

Hızlanan konuşma

Kişinin konuşması normal bir hızda başlayabilir fakat gitgide hızlandığı gözlenir. Hız arttıkça da ses düşmeleri ve koartikülasyon sebebiyle anlaşılabilirlik azalır. Hızlanan konuşma bazı araştırmacılar tarafından hızlı-bozuk konuşmanın en belirgin özelliği olarak belirtilmiştir (Wohl, 1970).

Akıcılıkta bozulmalar

Hızlı-bozuk konuşmada motor bileşenlerin birçoğu akıcılıktan daha çok anlaşılabilirliği etkilemektedir. Kekemelikte görülen uzatma ve bloklar görülmez bunun yerine kelimelerin ya da öbeklerin bir kısmı tekrar edilir. Kelimelerde ses ve hece tekrarı görülürken söz öbeği bazında kelime tekrarları ile karşılaşılabilir. Uygunsuz verilen aralar ve yapılan duraksamalar klinisyende kekemelik izlenimi uyandırabilir bu yüzden diğer semptomlar kontrol edilmelidir (Ward, 2006).

Hızlı-Bozuk Konuşmanın Dil Bileşenleri

Dilbilgisi ve Sentaks

Dil formülasyonundaki zorluklar yüzünden söz öbeği tekrarı görülebilir. Eylem çekiminde, zamir ve edat kullanımında hatalara rastlanır. Cümleler sadeleştirilmiş,

kelime diziliminde hatalar görülebilir. Dilbilgisel işlevli kelimelerin kullanılmamasına özel bir eğilim görülmektedir. Bazı cümleler tamamlanmayabilir (St Louis, Hinzman ve Hull, 1985).

Leksikal Düzey

Kelime çağırma zorlanmalar görülebilir. 'İıı', 'şey' gibi ara doldurucuların fazla kullanımı görülebilir. Hızlı bozuk konuşanlar da kekemelikte görüldüğü gibi genellikle söylerken zorluk yaşayacağı ses ya da kelimeleri erteleme, kontrol etmek için ya da kelime çağırma zorlanmalarında daha fazla zaman kazanmak için ara doldurucuları fazla kullanırlar. Semantik parafazi sonucu aynı kategoride olan kelimeler birbirinin yerine kullanılabilirler. Örneğin 'Çarşamba' demek isterken 'Perşembe' ya da 'teyze' yerine 'hala' diyebilirler. Kişinin tereddütlü, karmaşık ve nereye ulaşmak istediğini bilmediği konuşma şekli olan 'kaybolmuşluk davranışı'(maze behavior) gözlenebilir (Loban, 1976).

Pragmatik Düzey

Hızlı-bozuk konuşan kişi konu bütünlüğünü sağlama, aynı konu üzerinde konuşmaya devam etme gibi ifade edici dil organizasyonunda sorun yaşayabilmektedir (Teigland, 1996). Özetlemede ve kronolojiye uygun olarak anlatımda sorun yaşarlar. Gereksiz detaylara doğru fazla eğilirler ve bu yüzden ana konudan uzaklaşabilirler.

Levelt'in (1989, 1992) dil ve konuşma işleme modeli düşünülürse hızlı-bozuk konuşan bireylerin kavramsallaştırma, formülasyon ve artikülasyon olmak üzere üç seviyede de zorluk yaşadıkları görülebilir.

Hızlı-Bozuk Konuşmanın Psikolojik Bileşenleri

Kişinin Hızlı-Bozuk Konuşma Algısı

Alanyazında da belirtildiği gibi kişi başka birisi tarafından uyarılana ve soruna dikkat çekene kadar diğer acıcılık bozukluğu olan kekemeliğin aksine yaşadığı dil ve acıcılık sorunundan habersizdir. Ergen ve yetişkin grubu bir sorun olduğunu düşünmektedir fakat bu konuda yapılacak bir şey olmadığını düşünürler ya da problemin büyüklüğünün dinleyiciler kadar farkında değildirler (Ward, 2006).

Diğer yandan hızlı-bozuk konuşan bireylerin yaptıkları dil ve konuşma hatalarını (hızlı-bozuk konuşma benzeri konuşma) kendimizde de görüyor ve herkeste olabileceğini düşünüyorsak, vakaların kendilerinin farkında olmaması o kadar da şaşırtıcı bir durum değildir. Zaman zaman farkında olmadan herkes hızlı-bozuk konuşma benzeri hatalar denilen hataları yapmaktadır fakat bu bizde bir sorun olduğunu düşündürmeye yeterli değildir.

Hızlı-Bozuk Konuşma ve Kişilik

Hızlı-bozuk konuşan bireylerde stereotipik özellikler görülebileceğini belirten araştırmacılar vardır. Weiss (1964) hızlı-bozuk konuşan vakalarda görülen öz-değerlendirme becerisi yetersizliğinin sadece konuşma farkındalığında değil, iletişim dışı becerilerde de görülebileceğini söylemiştir ve yüksek işlevli kısa süreli bellekte bir problem yaşıyor olabileceklerine değinmiştir. Bununla koopere olarak öz-değerlendirme sistemindeki düzensizlik, eksiklik dinleme becerilerinde de gözlemlenebilir. Dikkatsizlik ile birleşince yanlış anlamalara ve uygunsuz

yorumlamalara dolayısıyla uygunsuz cevaplara sebep olabilir. Vakaların çoğunda bu stereotipik davranışlar görülmezken küçümsenmemesi gereken bir kısımda da görülmektedir fakat hızlı-bozuk konuşma vakalarında stereotip arayışı son yıllarda desteklenmemektedir (akt. Ward, 2006).

Hızlı-Bozuk Konuşmanın Gelişimi

Kekemelikte olduğu gibi okul öncesi dönemde kendini gösterir ama gözden kaçma ihtimali çok yüksektir. Okul öncesi dönemde çocuğun dil ve motor gelişimi halen devam ettiği için hızlı-bozuk konuşma gibi birçok akıcısızlığı süreç içinde 'normal' olarak görülecek bir bozukluğu saptamak zordur.

Aileler, çocuklarındaki hızlı-bozuk konuşma başlangıcını, dikkate değer olmayan akıcısızlıklar olarak algılayabilir ve profesyonel yardıma ihtiyaç duymayabilirler. Çocuk bir DKT tarafından görülse bile terapistin gözünden kaçabilir, dil ya da motor gibi farklı problemlerle karıştırılabilir. Bireylerin hızlı-bozuk konuşma davranışı bir üst kademe eğitime geçtiklerinde halen devam ediyorsa artık dil ve konuşmada birçok karakteristik özellik gözlemlenir hale gelmiştir. Aile ve arkadaşları arasında bireyin konuşması bir eğlence unsuru olarak görülebilir (Ward, 2006).

Kişinin hızlı-bozuk konuşma problemi tanılanmaz ve ilgilenilmezse yetişkinlikte sorunlar farklı boyutlara geçebilir ve özel hayatının yanı sıra mesleki hayatta da sorunlara neden olabilir. Örneğin, bütün gereklilikleri karşılayan bir çalışan, konuşma anlaşılabilirliğinin düşük olması sebebiyle terfi alamayabilir. Çalışma ortamında söylediklerinin anlaşılmaması ve bireyin hızlı-bozuk konuşma karakteristiği sebebiyle neden anlaşılmadığını sebebrendirememesi, bireye psikolojik anlamda da zorluk yaşatacaktır.

Hızlı-Bozuk Konuşma ve Normal Akıcısızlık

Kekemeliğin aksine hızlı-bozuk konuşmada birçok davranış normal konuşma ile benzerlik gösterir. Klinisyenler için zor olan kısım bu ikisini birbirinden ayırt etmektir. Ağır hızlı-bozuk konuşma vakası ile karşılaşılırsa ayırıcı tanı yapmak kolay olabilir fakat hafif-orta düzeydeki hızlı-bozuk konuşma vakalarının tanılanması oldukça zordur (Ward, 2006). Normal akıcısızlık gösteren kişiler de ara doldurucu kullanabilir ya da ses tekrarı veya hece düşmesi yapabilir. Bu yüzden tanılamak zorlaşmaktadır. Hızlı-bozuk konuşmayı tanılamada anahtar nokta, kişinin yaptığı hataların sıklık derecesidir.

Kekemelik ve Hızlı-Bozuk Konuşma

Eski kaynaklar incelendiğinde (Freund, 1952; Weiss, 1964, 1967; Daly, 1986, 1993; St. Louis ve Myers, 1992; Preus, 1992) hızlı-bozuk konuşma genellikle kekemelik ile birlikte görülen bir alt gruptur. Freund (1952) yaptığı çalışmada 513 kişinin %22'sinde hızlı-bozuk konuşma görmüş ve gecikmiş başlamalı (late onset) kekemelik vakalarının %47'sini hızlı-bozuk konuşma olarak tanılamıştır. Gecikmiş başlamalı kekemelik vakaları Van Riper'in (1982) Track III adını verdiği hızlı-bozuk konuşma ve kekeleme birleşimi olan davranışı gösterenlerle örtüşmektedir. Preus (1981), yaptığı çalışmada 100 kekemelik vakasının 32'sinde hızlı-bozuk konuşma tespit etmiştir. Elde ettiği yaklaşık 1/3'lük oran Daly'nin 1993 yılında yayınladığı raporda da gözlenmektedir. Daly 1986'da saf hızlı-bozuk konuşmayı akıcılık bozukluğu şikayetiyle gelenler arasında %5 oranında saptarken, hızlı-

bozuk konuşma ve kekemeliğin birlikte görüldüğü durumu %40 olarak rapor etmiştir. Ward (2006) da Daly ve Preus gibi kendi klinik tecrübesinde kekemelik şikâyeti ile başvuran vakaların 1/3'ünde hızlı-bozuk konuşma bileşenleri ile karşılaştığını belirtmiştir. Saf hızlı-bozuk konuşma vakaları, saf kekemelik vakalarına kıyasla oldukça nadir görülmektedir (Daly ve Burnett, 1999) fakat şu da göz ardı edilmemelidir ki saf hızlı-bozuk konuşma vakaları kendilerinde patolojik bir durum ya da konuşmalarında bir sorun olduğunu düşünmedikleri için klinisyene başvurmamaktadırlar.

Kekemelik gibi, ses ve ses gruplarının tekrarı görülebilir fakat kekemelikte temel davranış olan uzatma ve bloklar hızlı-bozuk konuşmada görülmez. Kekemelikte olduğu gibi hızlı-bozuk konuşma da genellikle çocukluk döneminde ortaya çıkar ve genetik temelleri olabilir (Ward, 2006).

Hızlı-Bozuk Konuşma ve Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite

Hızlı-bozuk konuşan çocuklarda dikkat dağınıklığı-hiperaktivite sorununun belirtilerine rastlamak oldukça olası bir durumdur (St. Louis ve Myers, 1997). Çekinmeden yapılan davranışlar, düşük dikkat düzeyi gibi belirtiler okula başlamayla birlikte daha fark edilebilen problem davranışlar haline gelmektedir. Okul çağına giriş ile birlikte bu davranışlar genel konsantrasyon eksikliği, okula karşı ilgisizlik, düşük düzeyde organizasyon becerileri gibi net bir şekilde gözlenir davranışlara dönüşür. Hızlı-bozuk konuşan çocuklarda da gözlenebilecek bu davranışlar araştırmacılara hiperaktivite ile HBK arasında bir bağ olabileceğini düşündürmüştür (Daly, 1992).

Hızlı-Bozuk Konuşma Spektrum Davranışı (Cluttering Spectrum Behavior-CSB)

Ward (2006) hızlı-bozuk konuşma için yeni bir isim olarak 'Cluttering spectrum behavior' ismini önerirken tanılamayı kolaylaştırmayı hedeflemektedir. Ward'a göre değerlendirmelerde birçok özelliği hızlı-bozuk konuşmayla örtüşen fakat bazı 'temel davranışları' göstermeyen bireye tanı koyulamamaktadır. Tanı koymaya engel olan bu durum tanımın genişlemesi ve CSB olması ile ortadan kalkacaktır. Kişiye 'hızlı-bozuk konuşan' etiketi almayacak CSB özelliklerini taşıdığı belirtilecektir. Ward'un bu önerisinin ne kadar kabul gördüğü bilinmemekle birlikte bozukluğun adı alanyazında halen 'cluttering' olarak yerini korumaktadır.

Değerlendirme, Tanılama ve Terapi

Değerlendirme

Bu kısım HBK terapisi ile ilgili kaynak sınırlılığından dolayı Ward (2006), van Zaalen (2009) ile van Zaalen ve Reichel (2015) kaynaklarından derlenmiştir.

Bireye hızlı-bozuk konuşma tanısı koyulmadan önce kapsamlı bir değerlendirme sürecinden geçilmelidir. Değerlendirme; detaylı bir vaka öyküsü (anamnez), dil fonksiyonlarını ölçen formal ya da informal değerlendirme, oromotor konuşma değerlendirmesi, artikülasyon, ritim, akıcılık ve konuşma oranı değerlendirmelerini içermelidir.

Değerlendirilen kişinin yaşına bağlı olarak dikkate alınması gereken hususlar farklılık göstermektedir. Eğer hızlı-bozuk konuşma varlığından şüphelenilen kişi çocuksa, uzman, değerlendirme yaparken gelişimsel dil bozukluğu, dispraksi ve

kekemelik gibi diğer bozukluklara dikkat etmelidir. Vakanın yaşına bağlı olarak diğer uzmanların (öğretmen, psikolog, özel eğitimci) görüşleri alınabilir ve davranışları daha iyi analiz edebilmek için vaka hakkında bilgi alınabilir. Ergenler ve yetişkinlerde okuma ve yazma değerlendirmesi yapılabilir, beyindeki hasar sonucunda oluşabilecek dil sorunları şüphesini engellemek için nörologlara yönlendirilebilir ve kapsamlı bir nörolojik tarama istenebilir. Kimi araştırmacılara göre ise dil ve konuşma belirtilerinin yanı sıra hızlı-bozuk konuşmanın stereotipik bir özelliği vardır. Bu stereotipik davranış kendindeki dil ve konuşma sorununun farkında olmama (ya da az farkında olma) ve organizasyon becerisi ile hafızada yetersizliktir.

Kekemeliğin aksine hızlı-bozuk konuşma, ileri düzey sözel ifadelerdeki artikülasyon, ritim, konuşma hızındaki denge sorunları ile özdeşleşmiştir. Fakat bunların tanılamaya dâhil edilip edilmemesi konusunda herhangi bir fikir birliği yoktur (Ward, 2006).

Değerlendirme yapılırken video çekilmesi hem terapistin aklında oluşabilecek soru işaretlerini gidermek adına dönüp bakma, hem de vakaya terapi sürecinde ne kadar ilerleme kaydedildiğini göstermek için motivasyon amaçlı kullanılabilir.

Vaka öyküsü

Vaka öyküsü alınırken kekemelik değerlendirmesinde alınan anamnez, hızlı-bozuk konuşma şüphesinde de alınmalı ve olabildiğince detaylı yapılmalıdır. Kişinin ailesinde konuşma ve dil sorunu olan kişilerin olup olmadığı sorgulanmalı, varsa bozukluk hakkında ilişkili olabileceği şüphesiyle veri toplanmalıdır.

Hızlı-bozuk konuşma başlangıcı ve öncesi hakkında bilgi toplanmalıdır. Hızlı-bozuk konuşma da kekemelik gibi genellikle okul öncesi dönemde kendini göstermektedir fakat kekemelik gibi açık bir şekilde görünür değildir. Diğer yandan hızlı-bozuk konuşma vakalarında rastlanan bozukluğun farkında olmama durumu sorunun başlangıç zamanına dair bilgi alınmasına engel olabilir. Aile ya da doğumundan beri yakınında olan yakınları da yıllar içinde kişinin geliştirdiği 'anormal' konuşmaya duyarsızlık geliştirmiş olabilirler. Bu noktada vakayı sorularla yönlendirmek gerekmektedir. Vakaya yöneltilecek 'Daha önceden hızlı konuştuğunu söyleyen oldu mu?' benzeri sorularla bilgi alınabilir. Eğer değerlendirilen birey çocuksa aileye/yakına sormak daha iyi sonuç verecektir.

Hızlı-bozuk konuşması olan çocukların dil gelişimi basamaklarına genellikle yaşitlarından sonra ulaşmaktadırlar. Babıldama, tek kelime ve iki kelime öbeklerini kullanmaya başlamada gecikme yaşanmış olabilir. Aile/yakından bu bilgiyi edinmek faydalı olacaktır.

Okul yaşantısı ve akademik başarısı hakkında bilgi toplamak da faydalı olabilir. Daly (1996) hızlı-bozuk konuşma vakalarının sanat derslerinde başarılı olmadıklarını fakat matematikte daha iyi olduklarını savunmuştur. Fakat bu bilgi bir değerlendirme ölçütü olarak kabul görmemiştir. Vakanın okuma ve yazma becerilerinde normalden daha zayıf bir ölçüm beklenmektedir ve klinisyen tarafından test edilmelidir. Okul çağındaki vakada gözlenebilecek diğer bir olgu ise dikkat eksikliği ve hiperaktivitedir. Hızlı-bozuk konuşma ile birlikte görülebildiği belirtilmiştir (Ward, 2006).

HBK'sı olan bireyin sağlık geçmişini kontrol etmek faydalı olacaktır. Hızlı-bozuk konuşma gösteren kişilerde baş bölgesinde yaralanma ya da inme, felç gibi olgulara rastlanmıştır. Dil problemi ağır basan hızlı-bozuk konuşma vakalarında, başlarda afazik kabul edilebilecek dil sorunları gözlenebilir. Konuşma öncesi düşünce yaratma seviyesindeki zorlukla birlikte görülen bu sorun bilişsel ve yüksek işlevli dil kullanımında sağ beyin hasarı, ya da travmatik beyin hasarı gibi algılanabilir. Kişilerin daha önceden aldığı terapi ve yardım varsa mutlaka öğrenilmeli geçmişteki bilgiler vakanın daha fazla fayda sağlamasına yönelik kullanılmalıdır.

Sesli okuma

Değerlendirilen kişiye sesli okuma yaptırılır. Eğer vaka okula yeni başlamış, okumayı yeni öğrenme düzeyinde ya da henüz öğrenememişse vakaya bir resim gösterilip anlatılabilir veya sıralama kartlarıyla bir olay dizisini anlatması istenebilir. Eğer vaka okumayı öğrenmiş fakat bu konuda çok iyi değilse klinisyenin vakanın okuma performansına ve yaşına uygun okuma parçaları ile değerlendirmeyi yapması gerekmektedir. Vaka eğer yetişkinse ve okuma becerisi de yeterliyse standart bir okuma parçası yeterli olacaktır.

Kekemelikte okuma parçasına alışıldıkça daha az akıcılık bozukluğu görülürken, hızlı-bozuk konuşmada tam tersine hatalarda artma gözlenecektir. Okuma aktivitesinin doğası gereği kişiler dil üretimi gerçekleştirmemektedir. Bu sebeple dil formülasyonundaki zorluklar okuma değerlendirmesi ile gözlenemeyecektir fakat atlanılan işlevsel kelimeler (edat, bağlaç, özellikle zamirler) için klinisyen dikkatli olmalıdır.

Okuma yaparken vakanın yaptığı hatalara ve hızlanmaya dikkat edilmeli ve not edilmelidir. Okuma sonunda açık uçlu sorular ('Sizce nasıldı?' gibi) ya da dikkatini özellikle çekmek istediğiniz yerlere yönelik sorular ('Sizce kelime atladınız mı?' gibi) farkındalık artırımında faydalı olmaktadır.

Hikâyeyi tekrar anlatırma

Okuma yapıldıktan sonra değerlendirilen kişiden okuduğu parçayı anlatması istenir. Tipik olarak; karmaşık anlatım, olayların kronolojik sıralamasında hata, fazla ve gereksiz detay, önemli yerleri atlama, nereye gideceği belli olmayan anlatımda kaybolma (maze behavior) gözlenebilir.

Konuşma örneği

Vaka öyküsü alırken vakanın konuşmasına dair bilgi sahibi olunmakta fakat daha güncel konulardan bahsettirmek ve kişiyi daha rahat hissettirecek konular üzerinde konuşmak kişinin kendi gibi olmasına ve böylece değerlendirmeye daha açık hale gelmesine yardımcı olacaktır. Yaklaşık üç dakikalık kayıt altına alınan bir konuşma sırasında klinisyen vakayı dil ve konuşma bileşenleri hakkında değerlendirebilecektir. Hobiler, tatiller, iş hayatı genellikle vakanın konuşmasını sağlayan konulardır.

Akıcılık

Konuşma hızı, konuşma ritmi ve akıcısızlıklar klinisyen tarafından dikkate alınmalıdır. Dakikada üretilen ortalama hece sayısı ölçümü yapılabilmektedir fakat bunda da dikkat edilmesi gereken nokta kişilerin yapacağı duraksamaların süresidir. Hızlı-bozuk konuşma vakaları genellikle hızlı patlamalar şeklinde konuşurlar ve

duraklamaları da dengesiz uzunluklarda ve uygun olmayan yerlerde olabilmektedir. Kişinin yaptığı hızlı konuşma patlamasını normal sınırların dışında yapacağı bir duraksama ile dakikada üretilen hece sayısını normal aralığa getirebilme ihtimalleri vardır.

Farklı bir ölçüm olarak saniye başına düşen hece miktarı sayılmaktadır. Sadece konuşulan zamanların hesaba katıldığı bu sayım modelinde norm olarak saniyede 6-7 hece belirlenmiştir. Türkçe için yapılmış bir norm çalışması bulunmamaktadır.

Artikülasyon

Hızlı-bozuk konuşmada artikülasyon değerlendirmesi genellikle oral motor değerlendirme olarak başlar. Diadokokinetik hız, oromotor yeterlilik kontrol edilir. Haftanın günleri, aylar gibi otomatik konuşma çıktılarıyla ve sesletimsel karmaşıklığı gitgide artan kelimelerle kişinin sesletim becerileri gözden geçirilir.

Dil

Hızlı-bozuk konuşan bireyler doğal dil örneği alınırken kelime çağırma, öge diziminde sorun yaşayabilir, cümleleri tamamlamayabilir ve bağlamdan kopabilir. HBK'sı olan bireyler bağlamsal bütünlüğü sağlamada daha fazla sorun yaşamaktadırlar. Ayrıca detaylarda kaybolmaya ve/veya farklı bir konuyu anlatmaya başlamaya eğilimlidirler.

Yazma

Kişilerin konuşma ve dil yetilerinin uzantısı olarak da görüldüğü için vakadan kısa bir paragraf yazması istenebilir. Klinisyen olarak düzensiz ve anlaşılamayan yazıma, zayıf imla ve dilbilgisi yapılarına, harflerin yerlerinin karışmasına, harf ya da hece düşmelerine dikkat edilmelidir. Bazı vakalar yazma yeteneklerinden memnun olmadıkları ve kendilerini yetersiz buldukları için tamamını büyük harfle yazma ya da bitişik olarak yazma eğilimindedirler. Kişiden yazısı anlaşılamadığı için mi böyle yazdığını yoksa tesadüfen mi olduğunu anlamak için dönüt alınmalıdır. Hızlı-bozuk konuşan kişilerin yazılarının genel olarak okunaklı olmadığı gözlenmektedir. Hızlı-bozuk konuşan kişilerin konuşmaları üzerinde denetimlerinin normal bireyler kadar güçlü olmadığı bilinmektedir. Fakat yazarken bu öz-denetim daha güçlü olmaktadır. Kişilerin yazımları ile konuşmaları arasında fark beklenmektedir. Yazımda cümleler sentaktik olarak daha düzgün ve verilmek istenen mesaj konuşma üretimine göre daha net bir biçimde verilebilir.

İnce ve kaba motor hareketler

Hızlı-bozuk konuşan kişilerde sakarlık gözlenebilir. İnce motor hareketlerin gözlemi için kişinin yazı yazdığı zamanı kullanmak zaman kazandıracaktır. Kaba motor hareketleri için koordinasyon gerektiren aktiviteler kullanılarak gözlem yapılabilir fakat kişinin yapılan gözlemin farkında olmaması onun gerçek halini görmemiz için önemlidir. Eğer farkında olursa daha kontrollü davranıp var olan durumu perdeleyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Hızlı-bozuk konuşma değerlendirme ve öz-değerlendirmeleri

Değerlendirme süreci boyunca kişide bütün alanlarda hızlı-bozuk konuşma semptomlarının varlığı sorgulanmalıdır. Ward'un (2006) birçok kaynaktan yararlanarak oluşturduğu (Dalton ve Hardcastle, 1989; Daly, 1996; Myers ve

Bradley, 1992; St Louis ve Myers, 1997; Weiss 1964) kontrol listesi ile hem hızlı-bozuk konuşma davranışları değerlendirilebilir hem de terapi yaklaşımları için profil çizmeye katkı sağlayabilir. Daly'nin (1996) hazırladığı hem klinisyenin vakayı değerlendirdiği hem de vakanın kendini değerlendirebildiği hızlı-bozuk konuşma formları da hızlı-bozuk konuşma hakkında iyi bir değerlendirme aracı olarak kullanılmaktadır. Woolfe'nin (1967) hazırladığı PSI (Perceptions of Stuttering Inventory- Kekemelik Algıları Envanteri) kekemelik algısı envanteri hızlı-bozuk konuşma için de halen kullanılmaktadır. Wright ve Ayre'nin (2000) kendi isimlerini taşıyan WASSP (Wright and Ayre Stuttering Self-Rating Profile- Wright ve Ayre Kekemelik Özdeğerlendirme Profili) değerlendirmede kişinin hislerini de dahil ederek 'beklenti ve kaçınma' davranışlarını da sorgulamıştır.

Ayırıcı Tanılar

Hızlı-bozuk konuşma sorunun etiyojisi ve belirtilerin benzemesi nedeniyle kekemeliğin kuzeni olarak görülmüştür (Eisenson, 1986). Avrupa ekolünden bir grup araştırmacı kekemeliğin hızlı-bozuk konuşmadan kaynaklandığını belirtmiştir (Froeschels, 1946; Freund, 1966; de Hirsch, 1970). Hatta bazı kaynaklarda hızlı-bozuk konuşma ile kekemeliğin aynı konuşma sorunu olduğundan bahsedilmiştir (Van Riper, 1970; Georgieva, 2010). Hızlı-bozuk konuşmanın tanısını koyarken klinisyenin bağlantılı ve bağlantısız diğer sorunlara da dikkat etmesi gerekmektedir. Bunların bazıları dil ve konuşma ile ilişki içindeyken bazıları değildir. Klinisyen edindiği veriyi, hızlı-bozuk konuşmayı, hızlı-bozuk konuşmayla görülen diğer sorunları ya da bağımsız farklı durumları tanılamak için kullanmalıdır.

Hızlı-bozuk konuşma ve kekemelik

Yetişkinlerde en sık görülen kombinasyondur. Çocukluk çağında da hızlı-bozuk konuşma ile kekemelik birlikte görülebilir fakat bu ikilinin dışında da farklı sorunlar görmek yüksek ihtimaldir. Kekemelik ve HBK arasındaki tanısall benzerlikler ve farklılıklar aşağıda belirtilmiştir.

Konuşma hızı ve akıcılık

Yavaş konuşma hızı, farklı düzeylerde olsa da genellikle kekeleyen bireylerde görülürken; hızlı konuşma bozukluğa adını vermesinden de anlaşılacağı gibi hızlı-bozuk konuşma ile özdeşleşmiştir. Kekemelikte ritim; kişinin akıcısızlıkları sırasında bozulurken, hızlı-bozuk konuşmada kişi akıcısızlık görülmezken ritimsiz konuşur. Hızlı konuşma patlamaları kekemelikte karakteristik bir özellik değildir fakat kişinin bir nefeste ve akıcılığını sağlamışken daha fazla konuşmayı hedeflemesi dolayısıyla görülebilmektedir.

Artikülasyon

Artikülasyon hataları HBK'ya kıyasla kekemeliği olan çocuklarda daha fazla görülmektedir (Bernstein-Ratner, 1997). Sadece buna bakarak vakaya hızlı-bozuk konuşma ve kekemelik tanısı konulmamalıdır. Klinisyen diğer karakteristik özellikleri de kontrol etmelidir. Yetişkinlik çağında genellikle artikülasyon sorunu görülmemektedir.

Dil

Yetişkin kekemelik vakalarında, hızlı-bozuk konuşma ilintisi yoksa herhangi bir dil sorunu beklenmemektedir. Bu, çocukluk çağında kekemeliği olan kişilerde görülen

bir problemdir. Diğer yandan çocukta hem kekeleme davranışı hem de dil sorunu var diye kekeleme ve hızlı-bozuk konuşma tanısı koyulmamalıdır. Hızlı-bozuk konuşma vakalarında dil probleminin de eşlik etmediği vakalar çok nadir görülmektedir (Daly, 1996; Cooperman, 2003; Ward, 2004)

Diğer

Kekeleyen bireyler, hızlı-bozuk konuşan bireylerin aksine belirli kişilik özellikleri göstermez. Kekemelikte gözlenen ikincil davranışlar ise hızlı-bozuk konuşmada beklenmemektedir. Bazı hızlı bozuk konuşanlar göz kontağı kurmama eğilimindedirler fakat bu ikincil davranış olarak kabul görmemektedir. Bu daha çok zayıf iletişim becerileriyle ilişkilendirilmektedir. Kekemelikte göz kontağı kurmamayı akıcılığın bozulduğu anlarda görmek daha olasıyken hızlı bozuk konuşmada böyle belirli bir zamanlamadan söz edilmemektedir.

Hızlı-bozuk konuşma ve konuşma apraksisi

Hızlı-bozuk konuşmada, konuşma apraksisinde görmekte olduğumuz artikülasyon problemlerini görebiliriz fakat konuşma apraksisi için yavaş konuşma karakteristik iken hızlı-bozuk konuşmada hızlı konuşma anahtar özelliktir. Konuşma apraksisinde sesletim öncesi oral arama davranışı sorunla özdeşleşmiş bir davranış iken hızlı-bozuk konuşmada bu sadece yüksek konuşma hızındayken uygunsuz aralar verildiğinde görülebilir. Çok heceli kelime tekrarlamaları; konuşma apraksisinde kelimenin kullanım sıklığı gözetilmeden bütün kelimelerde görülebilir fakat hızlı-bozuk konuşmada nadir karşılaşılan ya da daha önceden karşılaşılmamış kelimelerde görülmesi daha yüksek ihtimaldir.

Hızlı-bozuk konuşma ve takilali

Takilali herhangi nörolojik ya da psikolojik bir etiyolojiye rastlanmadan karşılaşılan hızlı konuşma durumudur. Takilali ve hızlı-bozuk konuşma kolaylıkla birbirinden ayırt edilebilmektedir. Takilalisi olan kişiler hızlı konuşmaktadırlar fakat konuşma hızları hızlı-bozuk konuşmada olduğu gibi parçalanmamıştır, daimidir. Diğer yandan hızlı-bozuk konuşanların konuşmalarında rastladığımız kelime yapısını bozan teleskop etkisi, kelime ya da hece tekrarları takilalide karşımıza çıkmamaktadır.

HBK ile ortak özellikleri bulunan birçok bozukluğun farklı durumlar ile karşılaştırılması van Zaalén ve Reichel (2015) tarafından bir tabloda toplanmıştır.

Çizelge 1. Çeşitli durumlarda bazı bozukluklarda görülen konuşma özellikleri

Dilbilgisel ve psikolojik faktörler	Hızlı-bozuk konuşma	Kekemelik	Öğrenme güçlüğü	Hiperaktivite ve dikkat bozukluğu
Ortalama üretim hızı	Hızlı ve/veya düzensiz	Yavaş ya da ortalama	Normal	Normal ya da hızlı
Duraklar	Çok az ve kısa ya da dilbilgisel olarak uygun olmayan yerlerde	Dilbilgisel olarak uygun fakat uzun ve sayıca fazla	Sayıca fazla	Dilbilgisel olarak uygun yerlerde fakat olması gerekenden kısa

Dil karmaşıklık seviyesine göre üretim hızının ayarlanması	Yok	Var	Var	Yok
Kelime yapısında hata	Olabilir	Yok	Olabilir	Olabilir
Cümle yapısındaki hataların olası sebepleri	Kısıtlı zaman stresi altında olmak	Kaçınma davranışı	Yeterli seviyede gelişmemiş cümle formülasyonu	Yok
Dikkatin konuşma üzerine etkisi	Daha iyiye	Daha kötüye	Daha iyiye	Daha iyiye
Rahatlamanın konuşma üzerine etkisi	Daha kötüye	Daha iyiye	Daha iyiye	Daha iyiye
Başka bir dil bilmenin konuşma üzerine etkisi	Daha iyiye	Değişken	Daha kötüye	Daha iyiye
Bilinen bir okuma parçasının okunması	Daha kötüye	Genellikle iyiye, fakat konuşma korkusunun olduğu anlarda daha kötüye	Daha iyiye	Daha kötüye
Bilinmeyen bir okuma parçasının okunması	Daha iyiye	Daha kötüye	Genellikle kötüye	Genellikle kötüye
İletişim korkusu	Olabilir	Görülmede	Yok	Yok
Belirtilerin farkında olma	Genellikle farkında değil	Genellikle farkında	Genellikle farkında değil	Farkında
Konuşma bozukluğunun farkında olma	Bazen farkında	Genellikle farkında	Yok	Yok
Kelime üretiminden korkunun kaynağı	Çok heceli kelimeler	Genellikle duygusal yük durumu	Yok	Yok
Ses korkusu	Yok	Sık olarak görülmekte ve kişisel farklılık göstermekte	Yok	Yok

Terapi Yaklaşımları ve Planlama

Hızlı bozuk konuşan bir kişinin terapisi bireyin öğrenebilme hızına ve hızlı-bozuk konuşma belirtilerine göre değişiklik göstermektedir. Uygulanacak olan terapi yaklaşım ve içeriğinin vakanın geçmiş tecrübeleri ile örtüşmesi ve onun bireysel farklılıklarına göre hazırlanmış olması oldukça önemlidir. Hızlı-bozuk konuşma terapi planı kabaca dört aşamadan oluşur.

Farkındalık ve Konuşma Üretiminin Düzenlenmesi

Terapi süreci her zaman farkındalık yaratma ile başlar. Hızlı-bozuk konuşanlar genellikle kendi konuşmalarında herhangi bir sorun olmadığı, dinleyicilerden ya da çevreden kaynaklanan sorunlar nedeniyle anlaşılamadıklarını düşünürler. Vaka kendini tanımadan, kendindeki hızlı-bozuk konuşma belirtilerini görüldüğünde teşhis etmeden daha sonraki müdahale aşamalarına geçilemez. Kişi kendini tanıdıkça düşük anlaşılabilirliğinin ve akıcılığındaki bozulmaların hem kendi hem de dinleyici üzerindeki etkisini daha iyi anlayabilecektir. Kendilerini iletişim partneri olarak daha iyi bir farkındalıkla değerlendirecek olan vakalarda sosyal değişimler gözlemlenebilir. Vakaların sosyal değişimleri konuşma hızını azaltmalarına yönelik çalışmalar ile desteklenmelidir.

Kişilerin kendi konuşma hızlarını fark etmelerini sağlamanın bunu yavaşlatmaya yönelik çalışmaları kolaylaştıracağı düşünülmektedir. Konuşma hızlarını düşürmek ve düzenlemek için Audio-Visual Feedback (AVF) veya Syllable Tapping (ST) kullanılabilir. AVF kişinin konuşma üretim hızını, akıcılığını, duraklama yerleştirmelerini ve duraklama süresini analiz edip hızlı-bozuk konuşan kişiye nerede hangi sorunu yaşadığını görmesine olanak tanıyan bir programdır. Hızlı-bozuk konuşan kişinin kendine bir dinleyici gözüyle bakmasına fırsat vermektedir. ST ise direkt olarak iletişime odaklanmayan, sesletilen her hece için parmağınızı vurmaya gerektiren bir egzersiz yöntemidir. Yüzmeye başlamadan önce dışarda yüzme hareketi çalışmak gibi kullanım sırasında faydası görülebilecek egzersizlerden birisidir. Konuşma davranışını değiştirmek için egzersiz yaparken, egzersizin kendisi ya da tekniği, hedef olmak yerine başlangıç olan bir tekniktir (van Zaalen ve Reichel, 2015).

Prozodi ve Duraklama

Kişilere kendilerindeki hızlı-bozuk konuşma belirtileri hakkında farkındalık yaratıldıktan sonra, ikinci aşamada konuşma sırasında uygun duraklama ve prozodiye yönelik çalışmalar yapılır. Genellikle monoton olan konuşmaları sabit bir ses perdesinden ya da sabit bir melodi düzeniyle konuşma olarak iki şekilde kendini gösterir (van Zaalen ve Reichel, 2015). Bu yüzden hızlı-bozuk konuşan kişileri dinlemek zordur. Melodi ve prozodi çalışmalarına cümle düzeyinden başlayıp, paragraf ve metin okuma ile ilerlemenin vakaya kendine güven sağladığı düşünülmektedir (van Zaalen ve Reichel, 2015).

Duraklama, bir konuşma sırasında hem üretim hem de anlaşılabilirlik açısından çok büyük öneme sahiptir. Duraklar konuşan kişi tarafından bir sonraki sözel üretimi için hazırlık aşaması ya da aktarılan mesajdaki duygunun daha net aktarılması için gerekliyken dinleyici tarafından ise alınan mesajın işleme süresi olarak ve sıra alma esnasında kullanılır. Kişilerin duraklamalarındaki sorunu belirlemeleri için

bilgisayar destekli ses programlarından (Praat gibi) faydalanılabilir (van Zaalen ve Reichel, 2015).

Anlatım Becerileri

Anlatım becerileri hızlı-bozuk konuşan kişinin kelime ve hece yapısı farkındalığını arttırmak ve konuşma hızını düşürmeye yöneliktir. Kelime ve hece yapısı farkındalığını arttırmadaki amaç bu bireylerde görülebilen hece yitimini ve kelimelerin iç içe girmesini en aza indirmektir. Birbirine girmiş kelime ve heceler (teleskop etkisi, kelime ve cümlede düşüklük, fazla koartikülasyon) kişinin öz denetim mekanizmasının etkililiğinin artırılması ile düzenlenebilir ve konuşma daha anlaşılır hale getirilebilir (van Zaalen ve Reichel, 2015).

Hızlı-bozuk konuşan bireyler konuşma hızlarını dil kompleksitesine göre ayarlayamamaktadırlar (van Zaalen ve Reichel, 2015). Bireylerin konuşma hızlarını azaltmaya yönelik birçok yöntem olmasına rağmen bunu kalıcı olarak edinmek kararlılık gerektirmektedir. van Zaalen (2015) hızlı-bozuk konuşan kişilerin hız indigeme çalışmalarını ikinci bir dil öğrenmeye benzetmektedir. Kişi bir yandan dikkatini sürekli olarak yüksek seviyede tutmalı diğer yandan da konuşma hızını belirli bir seviyenin altında tutmalıdır. Bunu sağlamak için uygulanan yöntemlerden başlıcaları; Audio-Visual feedback, Syllable tapping, cümleleri duraklama yerleri işaretleyerek okuma, abartılmış melodi ve ritim ile işitsel dönüştür.

Genelleme ve Edinilen Becerilerin Korunması

Hızlı-bozuk konuşan kişinin birçok alanda becerileri geliştirildikten sonra ulaşılan beceri düzeyinin korunması ve akıcılık bozukluğunun tekrar etmesini engellemeye yönelik kontrol seansları yapılmalıdır. Normal terapi sürecini takiben daha uzun aralarla yapılan kontrol seanslarında klinisyen vakanın konuşmasında istenmedik bir gerileme ya da bozulma fark ederse düzenleme terapileri yapılabilir. Klinisyen ile vakanın görüşmediği sürelerde de vakanın egzersiz yapması edinilen becerinin korunması için oldukça önemlidir (van Zaalen, Reichel, 2015).

Alanyazındaki Diğer Meslek İçi Değerlendirme Çalışmaları

Eğitimlerini tamamlayan DKT'lerin profesyonel iş yaşamına geçtikten sonra belirli alanlarda uygulama, fikir ve tutumları değerlendirilerek mesleğin güncel durumu hakkında bilgi toplamayı amaçlayan çalışmalar yapılmıştır. Araştırmacılar, terapistlere gönderdikleri anketler vasıtasıyla çalışmalara veri toplamışlardır.

Dil ve konuşma terapistlerinin çocuklarla olan çalışmalarında başı çeken alanlardan biri olan konuşma sesi bozuklukları hakkında McLeod ve Baker (2014) tarafından bir çalışma yapılmıştır. Klinisyenlerin konuşma sesi bozuklukları alanındaki yaptıkları değerlendirme, analiz, hedef seçimi, müdahale ve verdikleri hizmetler hakkında bilgi toplanmıştır.

Avusturalya'da dil ve konuşma terapistlerinin ses bozukluklarından biri olan vokal fold nodülünün pediatrik uygulamalarını değerlendiren bir çalışmada da Signorelli ve arkadaşları (2011) tarafından 62 DKT ile anket çalışması yapılmıştır. 23 maddeli ankette kullanılan ses terapi teknikleri, süreci yönetim becerileri ve terapistlerin bilgilendirme ve yönlendirme becerileri hakkında veri toplanmıştır.

Amerika'da Schwartz ve Drager (2008) tarafından yapılmış olan bir çalışmada okullarda çalışan dil ve konuşma terapistlerinin otizm spektrum bozukluğu

hakkında ne bildikleri, öğrenim süreleri ve klinik eğitimleri boyunca otizm hakkında hangi eğitimleri aldıkları ve otizm spektrum bozukluğu olan bireylere ve ailelerine sundukları hizmet hakkında kendilerine olan güveni araştırılmıştır.

Dil ve konuşma terapistlerinin afazi vakalarındaki psikososyal durum değişikliğinin farkındalığının yüksek olmasına rağmen bu etkilerin afazi müdahalesini etkileyebileceği düşünülmektedir (Brumfitt, 2006). Klinisyenlerin terapi sürecinde vakalarının psikososyal durumlarına olan farkındalık ve ilgilerinin müdahaleyi nasıl etkilediğini araştırmak amacıyla İngiltere’de bir çalışma yapılmıştır. Britanya Afaziyoloji Topluluğu (British Aphasiology Society) üyesi dil ve konuşma terapistlerine konu ile ilgili gönderilen anket, klinisyenlerin demografik bilgilerini, alanda çalışırken yaptıkları ön hazırlıkları, müdahale sürecinde psikososyal etkinin önemine yaklaşımlarını, kullandıkları yöntemleri, bu alanla ilgili yaptıkları çalışmaları sorgulayan sorulardan oluşan 14 maddeden oluşmaktadır.

Archer ve arkadaşlarının (2013) İngiltere ve İrlanda’da yapmış olduğu bir çalışmada, dil ve konuşma terapistlerinin inme sonrası yutma bozukluğu yaşayan vakalara yönelik yaklaşımları 24 maddelik bir anket ile belirlenmiştir.

Akıcılık bozuklukları alanında da benzer çalışmalar bulunmaktadır. DKT’lerin kekemeliğe ve kekemeliği olan bireylere yaklaşımlarını, ailelere karşı tutumlarını, terapi süreci ve kullandıkları yöntemi araştırmak amacıyla Cooper ve Cooper 1973’te ve 1983’te uygulanan aynı çalışmanın 1992’deki tekrarında, klinisyenlerin cevaplarına göre 18 yıllık bir süre içinde alanda ne tür değişimlerin olduğu araştırmış, araştırmalara toplamda 1872 DKT dahil olmuştur. Daha önceden de dil ve konuşma terapistlerinin kekemelik tutumları hakkında yapılmış araştırmalar ile karşılaştırma yapılmıştır (Yairi ve Williams, 1970; Woods ve Williams, 1971; Cooper, 1975; Turnbaugh et al., 1979; St. Louis ve Lass, 1981; Cooper ve Cooper, 1982, 1985; Ragsdale ve Ashby, 1982; Cooper ve Rustin, 1985; Horsely ve Fitzgibbon, 1987; Lass et al., 1989, akt. Cooper ve Cooper, 1996). Araştırmada kullanılan veri toplama aracı 50 maddeden oluşan Clinician Attitudes Toward Stuttering (Kekemeliğe Yönelik Klinisyen Tutumları Envanteri -CATS) ölçeğidir (Cooper, 1975). CATS envanteri, kekemelik ve kekeleyen bireyler hakkında; etioloji, terapi etkililiği, vakaların karakter özellikleri, klinisyenlere ilişkin tutumlar, terapi yöntemleri ve aileler tutumları gibi alanlarda bilgi almayı sağlayan bir ankettir.

Türkiye’de dil ve konuşma terapistlerinin kekemelik hakkındaki farkındalığı 2013 yılında Maviş, St. Louis, Özdemir ve Toğram tarafından araştırılmıştır. Çalışmanın yapıldığı tarihte Türkiye’de çalışan 65 dil ve konuşma terapistine bu araştırmacılar tarafından çevirilmiş olan CATS envanteri gönderilmiş ve %94’lük katılımı veri toplanmıştır. Elde edilen veriler Cooper ve Cooper’ın (1996) A.B.D’de yaptığı ve Crichton-Smith ve arkadaşlarının (2003) İngiltere’de yaptığı çalışmalarla kıyaslanmıştır. Terapistler kekemelik etiyojisi olarak aynı anda birden fazla etmenin dahil olduğunu düşünmekte fakat motor bir sorun olduğu görüşüne katılmamaktadır. Uygulanan terapi yaklaşımlarında Türkiye’de çalışan terapistler var olan terapi yöntemlerinin yeterli olduğunu düşünmekte (%71) ve öz değerlendirme terapi yaklaşımının (%75) edimsel yaklaşımlara (%46) göre daha etkin olduğunu belirtmektedirler, fakat terapistlerin %58’i bu iki yaklaşımın kombinasyonunu kullanmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Klinisyenler diğer

konusma sorunlarıyla kıyaslandığında kekemelikte kendilerini daha az rahat hissetmektedirler (%74).

HBK alanında ise bu tür çalışmaların daha sınırlı sayıda olduğu gözlenmektedir. St. Louis ve Hinzman'ın (1986) yaptığı çalışmada, dil ve konuşma terapistlerinin ve eğitimcilerin HBK algıları değerlendirilmiştir. Çalışmaya iki farklı anket aracılığıyla veri toplamışlardır. Birinci anket dil ve konuşma terapistleri, ikinci anket ise eğitimciler için hazırlanmıştır. Amerika içinde yapılan çalışma dahilinde 500 anket dil ve konuşma terapistlerine, 500 anket de eğitimcilere gönderilmiştir. Elde edilen veriler incelendiğinde HBK'nın kekemelikten farklı bir akıcılık sorunu olduğu, birçok eğitimci ve DKT'nin kendilerini yeterli görmeseler dahi HBK'sı olan bireylerin terapi ya da eğitimine dahil olduklarını görmüşlerdir. DKT'lerin, HBK belirtileri ve etiyolojisi hakkında güncel bilgilere sahip olduklarını, fakat terapi denemelerinin etkililiği ve sistematikliğinin umulan düzeyin altında olduğu bulgusuna ulaşmışlardır. Çalışma sonucunda ayrıca uzmanların HBK'sı olan birçok bireyde öğrenme güçlüğü olduğunu düşündükleri de görülmüştür.

St. Louis ve Hinzman'ın yaptığı farkındalık çalışmasının ardından İngiltere'de de aynı çalışma Rustin (1989) tarafından uygulanmış ve sonuçlar karşılaştırılmıştır. Bulgular arasında hızlı-bozuk konuşmanın cinsiyetlere göre dağılımında Amerika'da erkeklerde görülme oranı kadınların 6.1 katı iken İngiltere'de 3 kat olarak saptanmıştır. İki terapist grubunun da hızlı-bozuk konuşmanın etiyolojisine dair düşünceleri büyük oranda örtüşmektedir. Organik yatkınlık iki grupta da en çok seçilen madde iken, ardından fizyolojik problem gelmektedir. İngiliz terapistlerin %71'i ve Amerikalı terapistlerin %59'u hızlı-bozuk konuşan çocukların terapisi için kendilerini yetersiz bulmaktadır. Yetişkinlere yönelik terapi uygulamalarında ise İngiliz terapistler %75 oranında, Amerikan terapistler ise %63 oranında yetersiz hissetmektedirler.

HBK alanındaki en güncel çalışma Simonska ve Georgieva'nın (2006) çalışmasıdır. Bulgaristan ve Yunanistan'da dil ve konuşma terapistlerinin hızlı-bozuk konuşma yaklaşımlarını ve farkındalığını değerlendirmek amacıyla iki çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda katılımcıların mezuniyet bilgileri, alandaki tecrübeleri, hızlı-bozuk konuşma tanımları, hızlı-bozuk konuşmanın etiyolojisi, belirtileri, tanı ve ayırıcı tanı özellikleri hakkında bilgileri ile son olarak terapi yöntem ve yaklaşımları ve bu uygulamaların etkililikleri hakkında veri toplanmıştır. Hazırlanan anket önce 1996'da uygulanmış ve aradan on yıl geçtikten sonra değişim var ise ne yönde olduğunu belirlemek için 2006'da tekrar uygulanmış ve bu iki veri seti kendi içinde karşılaştırılmıştır.

Elde edilen sonuçlara göre Bulgaristan'daki DKT'ler hızlı-bozuk konuşma etiyolojisinde %18 oranında genetik faktör ve %59 organik yatkınlığı belirtirken Yunanistan'daki DKT'ler hem genetik faktör hem de organik yatkınlık konusunda %90 fikir birliği sağlamışlardır. İki ülke terapistleri arasında hızlı-bozuk konuşma belirtilerine verdikleri öncelik hakkında da farklılık görülmektedir. Bulgaristan'daki DKT'ler kelime/söz öbeği tekrarı, yanlış sesletim, organize olmayan düşünceler, okuma ve yazmada sorun gördüklerini belirtirken, Yunanistan'daki terapistler solunumda disritmi, konuşma sırasında zorlanma ve motor-koordinasyon problemlerini hızlı-bozuk konuşma semptomları arasında göstermişlerdir.

Yunanistan'daki DKT'ler %72 oranında bir katılımı kendilerini hızlı-bozuk konuşma terapisi yapabilmek için yeterli görürken, Bulgar terapistlerin %68'i kendilerini yeterli görmemektedirler (Papadopoulos, 1999). Araştırmacılar bunun sebebi olarak farklı tanılama ve terapi yöntemlerinin kullanılması ve terapi etkililiği değerlendirmelerindeki farklılıklar olarak düşünmektedir fakat yazarlar iki grubun da uygun bilgi birikimine sahip olmadıklarını belirtmişlerdir. Yine araştırmacılara göre iki grup da geçen on yıl içinde gelişme kaydetmişler fakat daha yoğun eğitime ihtiyaç duymaktadırlar. Edindikleri bulgular St. Louis ve Rustin'in (1992) Amerika ve İngiltere'de yaptığı hızlı-bozuk konuşma farkındalığı araştırmasını destekler niteliktedir.

GEREÇLER ve YÖNTEM

Bu bölümde araştırmada izlenen yöntem, katılımcılar, araştırmada kullanılan araçlar, uygulama ve veri toplama sürecinden bahsedilecektir.

Araştırma Deseni

Temel olarak betimsel analize dayanan bu çalışmada, gruplar arası karşılaştırma yapılmıştır. Gruplar arası karşılaştırma modelinde bağımsız değişkenler; terapistlerin iş hayatında HBK vakalarıyla çalışıp çalışmıyor olma durumu, aldıkları DKT eğitimi sırasında vaka tecrübesi bulunup bulunmaması iken, bağımlı değişkenler; HBK'sı olan bireylerin kişilik/özellikleri, iş hayatında HBK vakalarıyla çalışıp çalışmama durumu, HBK'nın diğer konuşma bozukluklarıyla karşılaştırılması, HBK nedenleri, HBK belirtileri, terapi-yöntem, terapi, terapi etkililiği, okul-öğretmen, aile danışmanlığı, çevre olarak belirlenmiştir. Terapistlerden alınan bağımlı değişken verileri hem Türkiye örneklemini olarak, hem de bağımsız değişkenlere göre kıyaslanarak sunulmuştur.

Katılımcılar

DKT alanı Türkiye'de yeni gelişmekte olduğundan, bu alanda çalışan ancak gerçekte DKT yeterliliği bulunmayan kişiler de olduğu bilinmektedir. Bu nedenle katılımcılara, Türkiye'deki diplomalı DKT'lerin meslek kuruluşu olan, Dil ve Konuşma Terapistleri Derneği'nin web sayfasında bulunan kayıtlı üyeler listesinden ulaşılmıştır.

Terapistlerden kendilerine elden ya da bilgisayar ortamında hazırlanıp gönderilen anketlerdeki ilgili kısımları doldurarak geri dönüş yapmaları istenmiştir. Dernek üyelerinden olan 106 dil ve konuşma terapistinden 83'ü geri dönüş yapmıştır. Toplanan anketlerden sadece bir tanesi (anketin boş olarak geri gönderilmiş olması sebebiyle) çalışmadan çıkarılmıştır.

Veri toplanılan dil ve konuşma terapistleri İstanbul, Eskişehir, Ankara, İzmir, Hatay, Afyonkarahisar, Antalya, Bursa, Gaziantep, Mersin, Kocaeli, Kütahya, Muğla, Samsun, Yalova gibi Türkiye'nin çeşitli illerinde çalışmakta olan meslek uzmanlarıdır. Uzmanların büyük bir çoğunluğu eğitimini Anadolu Üniversitesi'nden (70) almıştır. Diğer klinisyenlerin mezun oldukları okullar Hacettepe Üniversitesi (3), Turgut Özal Üniversitesi (1), Royal College of Speech and Language Therapists (1), New York Üniversitesi (1), City Üniversitesi (1), Rotterdam Üniversitesi (1), Zuyd Üniversitesi (1), Florida Üniversitesi (1) olarak belirtilmiştir. 2 katılımcı ise eğitimlerini nereden aldıklarını belirtmemiştir.

Uzmanların iş tecrübeleri dört gruba 1-6, 7-13, 14-20 ve 21 yıl ve üzeri olarak ayrılmıştır. Çalışmaya dahil olan terapistlerin 57'si 1-6 yıl tecrübesi olan 1. gruba dahildir. 7-13 yıllık tecrübesi bulunan 21, 14-20 yıllık tecrübe grubunda 2, 21 ve üzeri yıllık tecrübeye sahip 1 terapist bulunmaktadır.

Katılımcıların kimlik bilgileri anonim olarak kalmış ve toplanan veriler sadece numaralandırılmıştır.

Veri Toplama Aracı

Bu çalışmada Türkiye’de çalışan dil ve konuşma terapistlerinin hızlı-bozuk konuşmaya karşı tutumları, davranışları, aldıkları eğitimi ve bu akıcılık bozukluğu hakkındaki fikirleri değerlendirilmiştir. Çalışmada kullanılan veri toplama aracı, terapistlerden HBK alanında bu güne kadar uygulanmış tek veri toplama aracı olan Rustin Hızlı-Bozuk Konuşma Anketi ve daha önceden Türkçe çevirisi yapıldığı ve temel akıcılık bozukluğu olan kekemelikte kullanıldığı için kullanılması uygun görülen Kekemeliğe Yönelik Klinisyen Tutumları Envanteri-CATS esas alınarak oluşturulmuştur.

Hazırlanan ankette DKT’lerden 61 maddede veri sağlamaları istenmiştir. Anketin ilk sayfasında hızlı-bozuk konuşmanın tanım ve açıklaması bulunan bir yönerge mevcuttur. İlk 15 soruda demografik bilgiler ve dil ve konuşma terapisi eğitim ve uygulamalarıyla ilgili tecrübelerine dair açık uçlu ve çoktan seçmeli sorular bulunmaktadır. 16-60 arasındaki sorularda terapistlerin belirli maddeler üzerindeki tutum ve davranışlarını beş seçenek arasından (kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum) kendilerine en uygun geleni seçtikleri sorular bulunmaktadır. 60 ve 61 numaralı sorularda HBK belirtilerine dair birden fazla seçim yapabilecekleri iki tablo bulunmaktadır. Kullanılan anket EK-1’de verilmiştir.

Veri Toplama Süreci

Anadolu Üniversitesi Etik Kurulu’nun 25.12.2015 tarihinde çalışmaya onay vermesiyle birlikte (Ek 3) veri toplama süreci başlamıştır. Çalışmaya katılan DKT’lere veri toplama amacıyla oluşturulan anket elden ya da e-posta yoluyla gönderilmiştir. Çalışma gönüllülük esasına dayandığından, katılımcı onam formu bulunmamaktadır ve doldurulması zorunlu olarak sunulmamıştır. Anketin terapistler tarafından tamamlanma süresi 15 dakika ile 30 dakika arasında değişmektedir.

Veri Analizi

Verilerin değerlendirilmesi için tüm veriler bilgisayar ortamına aktarılmış, SPSS 21.0 programında analiz edilmiştir. Beş seçenek olarak toplanan veriler olumlu, nötr ve olumsuz olarak üç seçeneğe dönüştürülmüştür. Terapistlerden alınan verilerin bir kısmı sayısal ve yüzdelikler halinde betimsel olarak yorumlanırken, bağımsız değişken gruplarının, bağımlı değişkenler açısından karşılaştırılmasında Pearson Chi-square Testi uygulanmıştır.

BULGULAR ve TARTIŞMA

Araştırmanın bulgularının belirtileceği ve tartışılacağı bu bölümde sırasıyla bulgular ve tartışma bölümlerine yer verilecektir.

Bulgular

DKT'lerin mezuniyet sonrası bozukluk alanlarındaki yeterlilikleri

Mezuniyet sonrası DKT'lerin, bozukluk türlerine göre kendilerine güvenlerinin ölçüldüğü bölümde verdikleri yanıtlara göre;

Afazi ile çalışmada, katılımcıların %50'si (41) kendi klinik becerilerine güvendiğini, %23,2'si (19) bazı yönlendirme ve desteğe ihtiyaç duyduklarını, %9,8'i (8) de gerekli klinik beceriye sahip olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %17,1'inden (14) yanıt alınamamıştır.

Konuşma sesi bozuklukları ile çalışmada, katılımcıların %87,8'i (72) kendi klinik becerilerine güvendiğini, %6,1'i (5) bazı yönlendirme ve desteğe ihtiyaç duyduğunu, %4,9'u (4) de gerekli klinik beceriye sahip olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %1,2'sinden (1) yanıt alınamamıştır.

İşitme ile ilgili dil ve konuşma sorunlarıyla çalışmada, katılımcıların %45,1'i (37) kendi klinik becerilerine güvendiğini, %42,7'si (35) bazı yönlendirme ve desteğe ihtiyaç duyduğunu, %12,2'si (10) de gerekli klinik beceriye sahip olmadığını belirtmiştir.

Yetişkinlerdeki dil bozukluklarıyla çalışmada, katılımcıların %53,7'si (44) kendi klinik becerilerine güvendiğini, %32,9'u (27) bazı yönlendirme ve desteğe ihtiyaç duyduğunu, %12,2'si (10) de gerekli klinik beceriye sahip olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %1,2'sinden (1) yanıt alınamamıştır.

Çocuklarda görülen dil bozuklukları ile çalışmada, katılımcıların %76,8'i (63) kendi klinik becerilerine güvendiğini, %18,3'ü (15) bazı yönlendirme ve desteğe ihtiyaç duyduğunu, %4,9'u (4) de gerekli klinik beceriye sahip olmadığını belirtmiştir.

Motor-konuşma bozuklukları ile çalışmada, katılımcıların %58,5'i (48) kendi klinik becerilerine güvendiğini, %32,9'u (27) bazı yönlendirme ve desteğe ihtiyaç duyduğunu, %8,5'i (7) de gerekli klinik beceriye sahip olmadığını belirtmiştir.

Yetişkin kekemeliği ile çalışmada, katılımcıların %59,8'i (49) kendi klinik becerilerine güvendiğini, %29,3'ü (24) bazı yönlendirme ve desteğe ihtiyaç duyduğunu, %9,8'i (8) de gerekli klinik beceriye sahip olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %1,2'sinden (1) yanıt alınamamıştır.

Çocuklarda görülen kekemelle çalışmada, katılımcıların %67,1'i (55) kendi klinik becerilerine güvendiğini, %26,8'i (22) bazı yönlendirme ve desteğe ihtiyaç duyduğunu, %6,1'i (5) de gerekli klinik beceriye sahip olmadığını belirtmiştir.

Yetişkinlerde hızlı-bozuk konuşmayla çalışmada, katılımcıların %26,8'i (22) kendi klinik becerilerine güvendiğini, %50'si (41) bazı yönlendirme ve desteğe ihtiyaç duyduğunu, %23,2'si (19) de gerekli klinik beceriye sahip olmadığını belirtmiştir.

Çocuklarda görülen hızlı-bozuk konuşma ile çalışmada, katılımcıların %25,6'sı (21) kendi klinik becerilerine güvendiğini, %47,6'sı (39) bazı yönlendirme ve

desteğe ihtiyaç duyduğunu, %26,8'i (22) de gerekli klinik beceriye sahip olmadığını belirtmiştir.

Yutma bozuklukları ile çalışmada, katılımcıların %22'si (18) kendi klinik becerilerine güvendiğini, %19,5'i (16) bazı yönlendirme ve desteğe ihtiyaç duyduğunu, %58,5'i (48) de gerekli klinik beceriye sahip olmadığını belirtmiştir.

Travmatik beyin hasarına bağlı dil sorunlarıyla çalışmada, katılımcıların %46,3'ü (38) kendi klinik becerilerine güvendiğini, %37,8'i (31) bazı yönlendirme ve desteğe ihtiyaç duyduğunu, %15,9'u (13) de gerekli klinik beceriye sahip olmadığını belirtmiştir.

Ses bozukluklarıyla çalışmada, katılımcıların %39'u (32) kendi klinik becerilerine güvendiğini, %40,2'si (33) bazı yönlendirme ve desteğe ihtiyaç duyduğunu, %20,7'si (17) de gerekli klinik beceriye sahip olmadığını belirtmiştir.

DKT'lerin 'meslek-tecrübe' kategorisinde verdikleri yanıtlar

Terapistlerin eğitim/stajları sırasında hızlı-bozuk konuşan bireylerle ilgili tecrübeleri hakkında bilgi hem Likert tipi sorularda hem de açık uçlu sorular bölümünde toplanmıştır.

Katılımcıların %6,1'si (5) okul öncesi çocuklarda değerlendirme tecrübesi olduğunu,

Katılımcıların %7,3'ü (6) okul öncesi çocuklarda terapi tecrübesi olduğunu,

Katılımcıların %17,1'i (14) okul çağındaki çocuklarda değerlendirme tecrübesi olduğunu,

Katılımcıların %19,5'i (16) okul çağındaki çocuklarda terapi tecrübesi olduğunu,

Katılımcıların %23,2'si (19) ergen grupta değerlendirme tecrübesi olduğunu,

Katılımcıların %23,2'si (19) ergen grupta terapi tecrübesi olduğunu,

Katılımcıların %22'si (18) yetişkinlerde değerlendirme tecrübesi olduğunu,

Katılımcıların %20,7'si (17) yetişkinlerde değerlendirme tecrübesi olduğunu,

Katılımcıların %59,8'i (49) ise hiçbir tecrübesinin olmadığını belirtmiştir.

Çalışmaya katılan terapistlerden alanda çalıştıkları zaman boyunca karşılaştıkları hızlı-bozuk konuşan kişilerin sayısı ve cinsiyetleri hakkında bilgi toplanmıştır. Birçok terapist bu alanda herhangi bir tecrübeye sahip olmadığını belirtmiştir. Hızlı-bozuk konuşan kişilerle çalışanlardan alınan bilgilere göre toplamda 560 vaka ile karşılaşmıştır. Vakaların yaşlarına göre dağılımı dört grup altında dağıtılmıştır. 560 vakadan 71 tanesi okul öncesi, 112'si okul çağındaki, 135'i ergen ve kalan 242 kişi yetişkin gruptadır. Bu kişilerin 92'si kadın, 468'i erkek olduğu belirtilmiştir.

Çizelge 2. Eğitim sırasında HBK vakası görme fırsatına dair sorular

Sorular	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
	N	%	N	%	N	%
18. Dil ve konuşma terapistliği eğitimim sırasında hızlı-bozuk konuşan bireylerle çalışma fırsatım oldu.	59	72,8	2	2,8	20	24,4

Eğitim sırasında HBK ile çalışmaya bakış

Terapistlere halihazırda hızlı-bozuk konuşan bireylerle çalışıp çalışmadıkları sorulduğunda, katılımcıların %37,8'i (31) çalıştıklarını, %62,2'si (51) ise çalışmadığını belirtmiştir. Hızlı-bozuk konuşan bireylerle çalışmayan kişilere, çalışmama sebebi sorulduğunda ise %74,5'i (38) işiyle ilgili olduğunu, %19,6'sı (10) çalışmayı tercih etmediğini belirtirken, %5,8'i (3) yanıt vermemiştir.

Kişilere eğitim sırasında hızlı-bozuk konuşma vakaları ile çalışma hakkında ne kadar hevesli olduklarını ölçen bir soru sorulmuştur. %48'lik bir kısım hevesli olmadıklarını belirtmiş, terapistlerin sadece %14'ün olumlu cevap verdiğini görülmüştür.

DKT'lerin 'mesleki eğitim' kategorisinde verdikleri yanıtlar

Terapistlerin %26,8'i (22) mezun olduktan sonra akıcılık bozuklukları ile ilgili seminer ya da kursa katıldığını belirtirken, %73,2'si (60) herhangi bir etkinliğe katılmamıştır.

Terapistlere 'kendilerini çocuk ve yetişkin hızlı-bozuk konuşan kişilerle çalışabilme konusunda yeterli görüp görmedikleri' sorulduğunda; katılımcıların %39'u (32) 'çocuklarla çalışabilecek yeterlikte oldukları'nı, %59,8'i (49) 'kendilerini çocuk vakalar için yeterli bulmadığı'nı belirtirken, bir kişi yanıt vermemiştir. Yetişkin hızlı-bozuk konuşanlarla çalışabilme konusunda ise klinisyenlerin %50'si (41) kendilerini yeterli, diğer %50'si (41) ise yetersiz görmektedir.

Kendilerini çocuk veya yetişkin hızlı bozuk konuşanlarla çalışabilecek kadar yeterli gören terapistlerin (41) bu bilgilerini nereden edindikleri sorulduğunda; 'makaleler' ve 'eğitim sırasında alınan derslerden' seçenekleri %82,9'luk (34) eşit katılımı en çok tercih edilen kaynaklar olarak belirlenmiştir. Klinik deneyimden seçeneği %70,7 (29), 'kendi araştırmaları' seçeneği %68,2 oranında katılımcı tarafından işaretlenmiştir. Terapistlerin en az yararlandığı kaynaklar ise %48,7(20) ile 'diğer konuşma bozuklukları uzmanları' ve %34 (14) ile 'staj döneminde edinilen deneyim' olarak belirlenmiştir.

Hızlı-bozuk konuşma sorunu olan yetişkin ve çocuklar ile çalışma konusundan en az birinde kendini yetersiz hisseden terapistlere (49) bunun sebebi sorulmuştur. Elde edilen verilere göre; %4'lük (2) bir grup 'hızlı-bozuk konuşmanın ne olduğundan emin olmadığı'nı, %44 (22) oranında 'aldıkları akademik eğitimin yetersiz olduğu'nu ve %65,3 (32) oranında da 'klinik tecrübelerinin bulunmadığı'nı belirtmişlerdir.

Çizelge 3. DKT mesleki eğitime dair sorular

Sorular	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
	N	%	N	%	N	%
16. Dil ve konuşma terapistliği eğitimin sürecinde aldığım akıcılık bozuklukları dersinin/derslerinin içeriği hızlı-bozuk konuşma açısından yeterliydi.	41	%50,6	25	%30,9	15	%18,5
19. Hızlı-bozuk konuşmanın nedenleri ve terapisi hakkında çok az şey bildiğimiz için ebeveynlere danışmanlık yapmaktan kaçınmalıyız.	52	%64,2	13	%16	16	19,8
57. Hızlı-bozuk konuşma üzerine çalışan dil ve konuşma terapistlerinin psikolojik danışmanlık konusunda uzmanlaşmaya ihtiyaçları vardır.	32	%39,5	23	%28,4	26	%32,2

Terapistlere hızlı-bozuk konuşma hakkında eğitim ve yeterlilikleri ile ilgili sorulan sorular doğrultusunda; çalışmaya katılanların %50'si 'alınan eğitimin yeterli olmadığı'ni düşünmekte, 'bilginin az olduğu düşüncesiyle aile danışmanlığı yapılmaması gerektiği' düşüncesine katılmama oranı %64 olarak görülmüştür. 'Hızlı-bozuk konuşma vakaları ile çalışan terapistlerin ayrıca bir psikolojik danışmanlık eğitimi alması gerektiği'ni düşünen %32'lik bir katılımcı oranı gözlenmiştir. Sorulara ait ayrıntılı değerler Çizelge 4'te verilmektedir.

İngilizcesi 'Cluttering' fakat Türkçe adı konusunda henüz bir fikir birliğine varılmamış olduğu düşünülen 'hızlı-bozuk konuşma' için terapistlerin tercih ettikleri farklı isimler de sorulmuştur. 34 terapist bu soruya yanıt vermiştir ve alınan yanıtlar; 'hızlı-bozuk konuşma (23), hızlı konuşma (6), takilali (2), takifemi (1)' şeklindedir. Bazı klinisyenler ise (2) İngilizce isminin (cluttering) korunması konusunda fikir belirtmiştir. Herhangi bir fikir belirtmeyenlerin (48) 'hızlı-bozuk konuşma' adını kullandığı düşünülmektedir ve böylece 'hızlı-bozuk konuşma' adı en çok tercih edilen (71) seçenek olarak belirlenmiştir.

HBK'sı olan bireylerin kişilik ve/veya özellikleri

Çizelge 4. HBK'sı olan bireylerin kişilik ve/veya özelliklerine dair sorular

Sorular	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
	N	%	N	%	N	%
21. Hızlı-bozuk konuşan bireylerin çoğunda psikolojik sorunlar olma olasılığı vardır.	34	%41,4	31	%32,9	16	%19,5
25. Hızlı-bozuk konuşması olan bireylerin çoğunda kendi konuşmalarına dair algıları eksiktir/yanlıştır.	9	%11,1	22	%27,2	50	%61,7
38. Hızlı-bozuk konuşması olan bireylerin çoğunda az ya da çok bir biçimde fizyolojik hasar olma ihtimali vardır.	38	%46,9	36	%44,4	7	%8,7
39. Hızlı bozuk konuşan bireylerin çoğunluğunda aşağılık duygusu olabilir.	41	%50	32	%39	8	%9,8
43. Hızlı-bozuk konuşması olan bireylere özgü bazı kişilik özellikleri mevcuttur	4	%4,9	27	%32,9	50	%61
45.Hızlı-bozuk konuşmasının farkında olmayan hızlı-bozuk konuşan birey gibi bir şey söz konusu olamaz.	52	%63,4	25	%30,5	4	%4,9
46. Hızlı-bozuk konuşması olan bireylerin çoğu, kendi sosyal ilişkilerine dair bozuk bir algılama şekli gösterirler.	24	%29,3	42	%51,2	15	%18,3
58. Hızlı bozuk konuşması olan bireyler, diğer türden konuşma sorunu olan bireylere göre daha zekidirler.	65	%79,3	16	%19,5	-	-

Hızlı bozuk konuşan kişilerin kişilikleri ya da ortak özellikleri ile ilgili olan sekiz soru sorulmuştur. 'Bireylerde psikolojik sorun olma ihtimali'ne katılan %19 iken katılmayan %41 olarak belirlenmiştir. Terapistler %61 oranında 'HBK'sı olan bireylerin belirli kişilik özellikleri olduğunu' düşünmektedir. 'Bireylerde aşağılık duygusu olabilir' düşüncesine katılmayan kişilerin oranı %50 iken, 'sosyal ilişkilerine dair bozuk bir algılamaları olduğu' düşüncesine %51 oranında kararsız kalmışlardır. Terapistlerin %47'si 'hızlı-bozuk konuşanlarda fizyolojik bir hasar olma ihtimali bulunmaktadır' düşüncesine katılmamaktadır, bu düşünceye katılanların oranı sadece %8,7'dir. Katılımcılar %63 oranında 'hızlı-bozuk konuşanların konuşma sorunlarının farkında olmadıklarını' düşünmektedir.

Terapi ve yöntem

Çizelge 5. Terapi-yönteme dair sorular

Sorular	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
	N	%	N	%	N	%
22. Hızlı-bozuk konuşması olan bireylere artikülasyon terapisi uygulanması genellikle yararlı bulunmaktadır.	40	%61	22	%26,8	9	%11
35. Okul öncesi çocuklarda hızlı-bozuk konuşma terapisi öncelikli olarak ebeveynlere yönelik olmalıdır.	8	%9,8	22	%26,8	51	%62,2
40. Çocuğun yaşı ne olursa olsun, dil ve konuşma terapisti çocuğun kendi hızlı-bozuk konuşma davranışlarının farkına varmasına çalışmalıdır.	19	%23,2	15	%18,3	47	%57,3
48. Hızlı-bozuk konuşması olan bireyler için edimsel (ödül-ceza sistemine dayalı) bir terapi programı yararlı olabilir	26	%43,9	33	%40,2	12	%14,6

Hızlı-bozuk konuşmanın terapisi ve yöntemine dair bulunan dört soru bulunmaktadır. ‘Artikülasyon terapisinin HBK’sı olan kişilerde etkili olduğunu’ düşünmeyen %61’lik oran bulunmaktadır. ‘Okulöncesinde terapisinin öncelikle ailelere yönelik olması gerektiği’ düşüncesine %62 oranında katılım sağlanmıştır. ‘Yaş gözetmeksizin terapist vakada bozuk konuşma davranışının farkındalığı sağlamalıdır’ maddesine katılım %57 olarak görülmüştür. ‘HBK’lı bireyler için edimsel koşullamaya dayalı bir terapi planı yararlı olabilir’ maddesine katılmayanların oranı %44 iken, %40’lık bir kesim kararsız kalmıştır.

Terapi

Çizelge 6. Terapiye dair sorular

Sorular	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
	N	%	N	%	N	%
37. Halihazırda hızlı-bozuk konuşmanın terapisine yönelik uygun teknikler mevcuttur.	5	%6,2	30	%37	46	%56,8
51. Okulöncesi hızlı-bozuk konuşma özellikleri görülen çocuklarda bu özellikler görülür görülmez terapiye başlanmalıdır.	17	%21	31	%38,3	33	%40,7
53. Okul çağı çocuklarının büyük bir kısmının hızlı-bozuk konuşması herhangi bir müdahale olmaksızın geçecektir.	46	%56,8	30	%37	5	%6,2
55. Dört-yedi yaş arası çocuklarla terapi yapılmalıdır.	4	%4,9	26	%32,1	51	%63

'Var olan terapi yöntemlerinin hızlı-bozuk konuşma sorunu için uygun olup olmadığı' maddesine %56 katılım ve %37 kararsızlık gösterilmiştir. 'Okulöncesi HBK görülen bireylerde hemen terapiye başlanmalıdır' maddesine katılım %40, kararsızlık %38 iken terapiye başlanmamalıdır diye düşünen terapistlerin oranı %21'dir. 'HBK sorunu olan okul çağındaki çocukların büyük bir kısmında sorunun müdahalesiz yok olacağı' düşüncesine kararsız kalan %37 iken katılmayan %57'lik bir orandır. 'Dört-yedi yaş arasında terapi yapılmalıdır' maddesine %63 oranında katılım ve %32 oranında kararsızlık gözlenmiştir.

Okul- öğretmen

Çizelge 7. Okul-öğretmene dair sorular

Sorular	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
	N	%	N	%	N	%
23. Öğretmenler sınıflarındaki hızlı-bozuk konuşması olan çocukları genellikle doğru tanırlarlar.	51	%62,9	24	%29,6	6	%7,4
41. Nasıl ki konuşma terapisini yapmak bir dil ve konuşma terapistinin göreviyse, okul çağındaki hızlı-bozuk konuşma olan bir çocuğa psikolojik danışmanlık yapmak öncelikli olarak okuldaki rehber öğretmenin görevidir.	22	%27,2	27	%33,3	32	%39,5
47. Hızlı-bozuk konuşması olan öğrencilere onların iyiliği için sınıfta sesli okuma yaptırılmalıdır.	51	%62,9	25	%30,9	5	%6,1
54. Öğretmenler genellikle hızlı-bozuk konuşması olan çocuklarla sınıf ortamında doğru bir biçimde ilgilenme konusunda bilgilidirler.	72	%88,9	9	%11,1	0	0

‘Öğretmenler sınıf ortamında karşılaştıkları hızlı bozuk konuşan çocukları genellikle doğru tanırlar’ maddesine, terapistler; %62 oranında katılmadıklarını belirtirken, katılanların oranı yalnızca %7’dir. ‘Okul çağındaki hızlı-bozuk konuşan çocuğa psikolojik danışmanlık yapmak öncelikli olarak rehberlik öğretmenin görevidir maddesine katılıyorum’ diyenlerin oranı %39 iken, kararsızlar %33, katılmayanlar da %27’lik bir bölümü oluşturmaktadır. ‘HBK’sı olan çocuklara sınıfta sesli okuma yaptırılmalıdır’ maddesi genellikle kabul görmemektedir (%62). ‘Öğretmenlerin HBK’sı olan çocuklarla ilgilenme konusunda bilgili olduğu’ maddesine katılan terapist yokken, katılmıyorum diyenlerin oranı %89’dur.

HBK’sı olan bireylerin ebeveynlerine yönelik danışmanlık

Çizelge 8. HBK ebeveyn danışmanlığına dair sorular

Sorular	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
	N	%	N	%	N	%
24. Ergenlik çağındaki hızlı-bozuk konuşan bireylerin terapisinde aile danışmanlığı önemli bir faktördür.	4	%5	11	%13,6	66	%81,5
27. Okulöncesi çocukların hızlı-bozuk konuşma terapisinde aile danışmanlığı önemli bir yer tutar.	2	%2,5	4	%5	75	%92,5

‘Hem ergenlik hem de okul çağındaki hızlı bozuk konuşan bireylerin terapi sürecinde aile danışmanlığının önemli olduğu’ belirtilen maddelerde terapistler çok yüksek oranda katıldıklarını belirtmişlerdir (%81, %92).

Terapi etkililiği

Çizelge 9. Terapi etkililiğine dair sorular

Sorular	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
	N	%	N	%	N	%
20. Hızlı-bozuk konuşma için yapılan terapi etkilidir.	4	%5	31	%38,3	46	56,8
31. Dil ve konuşma terapistleri genellikle hızlı-bozuk konuşması olan bireyin benlik kavramında değişiklikler oluşturmakta etkilidirler	23	%28,8	32	%40	25	%31,2
34. Hızlı-bozuk konuşan bireylerin konuşma davranışları kolaylıkla değiştirilebilir davranışlardır.	62	%77,5	16	%20	2	%2,5
42. Öz-değerlendirme içeren türde terapiler hızlı-bozuk konuşmanın terapisinde etkilidir.	3	%3,7	25	%30,9	53	%65,4
59. Hızlı-bozuk konuşması olan birey hangi terapi yöntemi izlenirse izlensin terapiden yarar sağlar.	49	%60,5	24	%29,6	8	%9,9

Terapistler ‘hızlı bozuk konuşma için yapılan terapilerin etkili olduğu’ ve ‘öz-değerlendirmenin dahil olduğu terapilerin etkili olduğu’ maddelerine büyük oranda katılım göstermişlerdir (%56, %65). Terapistler, ‘hızlı-bozuk konuşan kişilerin konuşma davranışlarının kolay değiştirilemeyeceğini’ (%77), ‘terapide hangi yöntem kullanılırsa kullanılsın fayda sağlanmayacağını’ (%60) düşünmektedir. Terapistlerin ‘hızlı-bozuk konuşan bireylerin benlik kavramını değiştirmede etkili oldukları’ maddesinde katılım %31 iken, kararsızlık %40 olarak görülmüştür.

HBK ile diğer konuşma bozuklukların karşılaştırılması

Çizelge 10. HBK ve diğer bozuklukların karşılaştırılmasına dair sorular

Sorular	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
	N	%	N	%	N	%
26.Okulöncesinde görülen hızlı-bozuk konuşma, basit bir motor konuşma kontrolü bozukluğudur.	47	%58	33	%40,8	1	1,2
28.Diğer konuşma bozukluk türleriyle karşılaştırıldığında hızlı-bozuk konuşma diğerlerine göre daha kolay ele alınabilen, terapisi daha kolay yapılabilen bir bozukluktur.	55	%67,9	23	%28,4	3	%3,7
32.Diğer konuşma bozukluklarıyla karşılaştırıldığında yetişkinlikte hızlı-bozuk konuşma psikolojik açıdan en yıkıcı konuşma bozukluğudur.	61	%75,3	17	%21	3	%3,7
52.Sesletim bozukluğu olan bir bireyle çalışmayla kıyaslandığında dil ve konuşma terapistlerinin çoğunluğu, hızlı-bozuk konuşması olan bireylerle çalışırken kendilerini daha rahat hissederler.	61	%75,3	18	%22,2	2	%2,5

‘Okulöncesi görülen hızlı-bozuk konuşmanın motor konuşma bozukluğu olduğu’ maddesine terapistler %58 oranında katılmamaktadır. ‘Diğer konuşma bozukluklarına göre hızlı-bozuk konuşmanın terapisi ve kontrolü daha kolaydır’ maddesine katılmayanların oranı %67 olarak belirlenmiştir. Yine ‘diğerleri ile kıyaslandığında yetişkinlerde görülen hızlı-bozuk konuşma psikolojik açıdan en yıkıcı konuşma bozukluğudur’ maddesine katılmayanların oranı %75’tir. Terapistler hızlı-bozuk konuşma vakası ile çalışırken sesletim vakası ile çalıştıklarından daha rahat hissederler fikrine %75 oranında katılmamaktadır.

HBK nedenleri

Çizelge 11. HBK nedenlerine dair sorular

Sorular	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
	N	%	N	%	N	%
44. Hızlı-bozuk konuşma, çoklu etkenlerin bir araya gelmesinin bir sonucu olarak ortaya çıkar.	1	%1,2	24	%29,6	56	%69,2
49. Hızlı-bozuk konuşmanın ortaya çıkışında ebeveynler birincil faktördür.	55	%67,9	23	%28,4	3	%3,7

‘Hızlı-bozuk konuşma çoklu etkenlerin birleşmesinden meydana gelir’ düşüncesine katılan terapistlerin oranı %69 iken, bu konuda ‘ebeveynlerin birincil etmen olduğu’ fikrine katılmayanların oranı %67’dir.

Çevre-tutum

Çizelge 12. Çevre ve tutuma dair sorular

Sorular	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
	N	%	N	%	N	%
50. İnsanlar genelde hızlı-bozuk konuşması olan bir bireye, diğer konuşma bozukluğu olan bireylere verdikleri tepkilerden daha olumsuz tepkiler verme eğilimindedirler.	48	%59,3	23	%28,4	10	%12,3
56. Çocuklar, hızlı-bozuk konuşması olan yaşlılarına diğer türlerden konuşma bozukluğu olan yaşlılarına verdikleri tepkilerden, daha olumsuz tepkiler verirler.	52	%64,2	22	%27,2	7	%8,6

Hızlı-bozuk konuşan bireylere çevreden gelen tutumlar hakkında iki soru yönlendirilmiştir. ‘HBK’lı bireylere çevreden gelen tutumlar, diğer konuşma bozukluklarına sahip bireylere gelen tutumlardan daha olumsuzdur’ maddesine terapistler %59 oranında katılmadıklarını belirtmişlerdir. ‘Çocuklar, HBK’lı yaşlılarına, farklı türden konuşma bozukluğu olan yaşlılarından daha olumsuz tepkiler vermektedir’ maddesine terapistler %64 oranında katılmadıklarını belirtmişlerdir.

HBK’sı olan bireylerin ebeveynleri

Çizelge 13. HBK’sı olan bireylerin ebeveynlerine dair sorular

Sorular	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
	N	%	N	%	N	%
30. Hızlı-bozuk konuşması olan bireylerin ebeveynleri fark edilebilir biçimde benzer kişilik özellikleri gösterme eğilimindedirler.	21	%26	38	%46,9	22	%27,1
33. Hızlı-bozuk konuşması olan bireylerin ebeveynleri çocuklarının normal olmayan konuşmalarından dolayı açık ya da örtük bir biçimde üzgünlerdir.	7	%8,6	26	%32,1	48	%59,2
36. Hızlı-bozuk konuşması olan çocukların ebeveynlerinin çocuklarının konuşmalarına olan tepkileri, diğer tür konuşma sorunu olan çocukların ebeveynlerinin tepkilerinden daha açıktır.	22	%27,2	38	%46,9	21	%25,9

Terapistlerden, hızlı-bozuk konuşan bireylerin ebeveynleri hakkında üç maddeye katılımında bulunmaları istenmiştir. ‘Hızlı-bozuk konuşan bireylerin ailelerinde fark edilir biçimde benzer kişilik özellikleri göstermektedir’ maddesine terapistler %46,9 oranında kararsız kalmayı tercih ederken katılanların oranı %26 olarak bulunmuştur. ‘Hızlı-bozuk konuşan çocukların aileleri çocuklarının konuşma sorunundan dolayı açık ya da örtük biçimde üzgündürler’ maddesine %59 oranında

katıldıklarını belirtmişlerdir. ‘Hızlı-bozuk konuşan çocukların ebeveynlerinin çocuklarının konuşmasına olan tepkisi, diğer konuşma bozuklukları olan çocukların ebeveynlerinin tepkilerinden daha açıktır’ maddesine terapistler %46,9 oranında kararsız kalmayı tercih ederken, bu maddeye katıldıklarını belirten terapistlerin oranı %25’tir.

Terapistler

Çizelge 14. Terapistlere dair sorular

Sorular	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
	N	%	N	%	N	%
29. Dil ve konuşma terapistlerinin çoğunluğu hızlı-bozuk konuşma terapisinde ustadırlar.	52	%64,2	27	%33,3	2	%2,5

‘Dil ve konuşma terapistlerinin çoğu hızlı-bozuk konuşma terapisinde ustadırlar’ maddesine terapistler %64 oranında katılmadıklarını belirtmişlerdir.

HBK kesinlikle görülmesi gereken belirtiler

Çalışmaya katılan dil ve konuşma terapistlerinden hızlı-bozuk konuşan bir vakada kesinlikle olması gereken karakteristik özellikleri belirlemeleri istenmiştir. Verilen tabloda 31 madde bulunmaktadır ve birden fazla işaretleme yapabilecekleri belirtilmiştir. Toplanan verilerden en çok tercih edilen 10 tanesi sıralı olarak Çizelge 15’de verilmiştir.

Çizelge 15. HBK kesinlikle görülmesi gereken belirtiler

Belirtiler	Yüzdelere
Hızlı konuşma	%88,2
Düzensiz konuşma hızı	%73,8
Ses ve hece atlama	%63,8
Ritimsiz konuşma	%62,5
Yanlış kullanılan vurgu	%60
Çok heceli kelimelerde ses düşmesi	%57,5
Yanlış duraklama	%51,3
Plansız, düzensiz düşünme	%48,8
Konuşurken araya eklemeler yapma	%42,5
Yetersiz semantik yapılar/tamamlanmamış cümleler kullanma	%42,5

HBK kesinlikle görülmesi gerekmeyen belirtiler

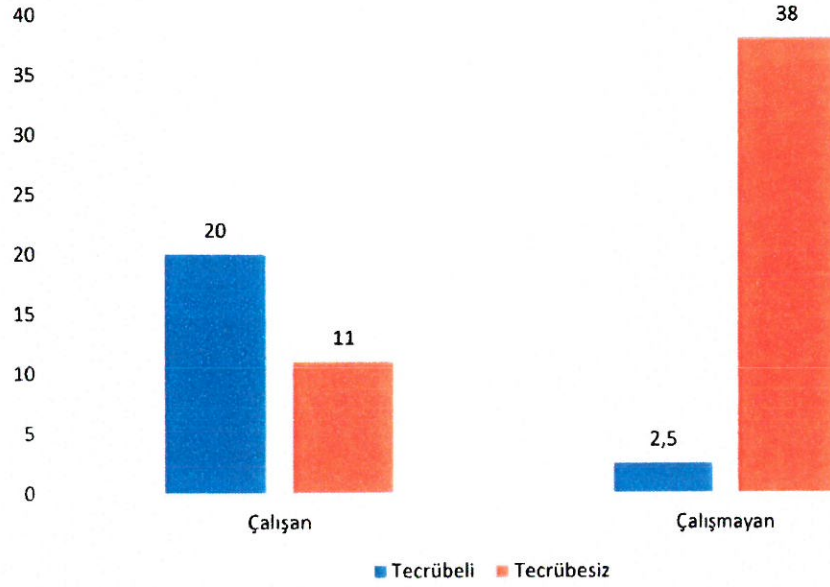
Terapistlerden aynı zamanda hızlı-bozuk konuşan kişilerde kesinlikle olması gerekmeyen karakteristik özellikleri belirlemeleri de istenmiştir. Alınan yanıtlara göre en çok tercih edilen 10 belirti Çizelge 16’da sıralanmıştır.

Çizelge 16. HBK kesinlikle görülmesi gerekmeyen belirtiler

Belirtiler	Yüzdelere
Öğrenme güçlüğü	%55
Nörolojik bozukluk	%51,3
Okuma güçlüğü	%51,3
Gecikmiş dil ve konuşma	%50
Ailede hızlı-bozuk konuşan birey geçmişi	%45
Uzatmalar	%41,3
Motor koordinasyon sorunu	%38,8
Sesletim hataları	%37,5
Kısa dikkat süresi	%36,3
Özdenetimde yetersizlik/dikkatsizlik	%35

Vaka tecrübesinin iş yaşamına etkisi

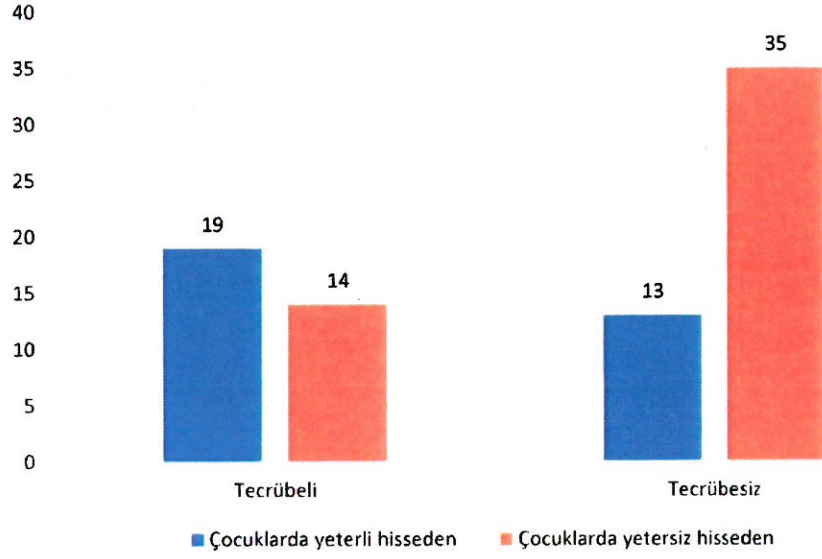
Eğitimi sırasında hızlı-bozuk konuşan kişilerin değerlendirme ve/veya terapisi ile ilgili tecrübe sahibi olan terapistlerle, eğitim sırasında hızlı-bozuk konuşma terapisi ve/veya değerlendirmesi tecrübesi olmayan terapistlerin halihazırda hızlı-bozuk konuşan vakalarla çalışıp çalışmadıklarını gösteren tablo aşağıdadır.



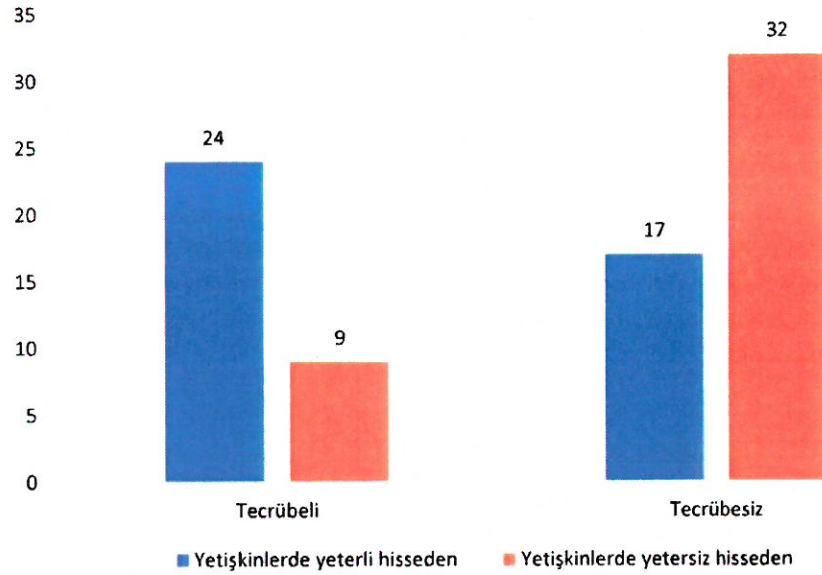
Şekil 1. Eğitim sırasında edinilen vaka tecrübesinin iş yaşamında HBK vakalar ile çalışıp çalışmama üzerine etkisi

Tecrübeli ve tecrübesiz grubun çalışmayı tercih edip etmemeleri arasında istatistiki olarak anlamlı fark bulunmuştur (Pearson Chi-Square=12,211 $p = ,000$ $p < ,05$). Verilere göre eğitim sırasında vaka tecrübesi olan terapistler iş yaşamlarında hızlı-bozuk konuşan bireylerle, tecrübesi olmayanlara göre çalışmayı daha fazla tercih etmektedir.

Eğitimi sırasında hızlı-bozuk konuşan kişilerin değerlendirme ve/veya terapisi ile ilgili tecrübe sahibi olan terapistlerle, eğitim sırasında hızlı-bozuk konuşma terapisi ve/veya değerlendirme tecrübesi olmayan terapistlerin yetişkin ve çocuk vakalarla çalışma konusunda kendilerini yeterli ya da yetersiz görme oranlarını gösteren tablolar aşağıdadır.



Şekil 2. Eğitim sırasında edinilen HBK vaka tecrübesinin uzmanların çocuk HBK vakaları çalışmada yeterli/yetersiz hissetmeleri üzerine etkisi



Şekil 3. Eğitim sırasında edinilen HBK vaka tecrübesinin uzmanların yetişkin HBK vakaları çalışmada yeterli/yetersiz hissetmeleri üzerine etkisi

Tecrübesi olan terapist grubuyla tecrübesi olmayan terapist grubu arasında 'çocuklarda hızlı-bozuk konuşmaya karşı yeterlilik' konusunda (Pearson Chi-Square=7.608 $p<.05$) ve 'yetişkinlerde hızlı bozuk konuşmaya karşı yeterlilik' (Pearson Chi-Square=11.410; $p = .001$ $p<.05$) konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur. Analiz sonuçlarına göre eğitim sırasında tecrübesi olan terapistler, hızlı-bozuk konuşan çocuklarla ve yetişkinlerle çalışma konusunda, tecrübesi olmayanlara göre daha yeterli hissetmektedir.

İş hayatında halihazırda hızlı-bozuk konuşan vakalarla çalışan ve çalışmayan kişilerin Likert tipi sorulara verdikleri cevaplar kategoriler altında karşılaştırılmıştır.

Dil ve konuşma terapistlerinin ‘Mesleki eğitim’ kategorisi altında bulunan maddelere gösterdikleri katılım doğrultusunda hızlı-bozuk konuşan bireylerle çalışan ve çalışmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Pearson Chi-Square=8.289; $p < .05$). Çalışmayan kişiler mesleki eğitim kategorisindeki maddelere katılıyor ve katılmıyor seçenekleri üzerinde yoğunlaşmışken, çalışanlar daha çok katılmıyor ve kararsız seçeneklerini tercih etmiştir.

Dil ve konuşma terapistlerinin ‘Terapi etkililiği’ kategorisi altında bulunan maddelere gösterdikleri katılım doğrultusunda hızlı-bozuk konuşan bireylerle çalışan ve çalışmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Pearson Chi-Square=23.9452; $p < .00001$ $p < .001$). Çalışan grup sunulan maddelere daha az kararsız kalmaktayken, çalışmayan grup kararsız kalmayı daha çok tercih etmiştir.

Dil ve konuşma terapistlerinin ‘Hızlı-bozuk konuşan bireylerin kişilikleri/özellikleri’ kategorisi altında bulunan maddelere gösterdikleri katılım doğrultusunda hızlı-bozuk konuşan bireylerle çalışan ve çalışmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Pearson Chi-Square=19.177; $p < .001$). Çalışan grup sunulan maddelere daha az kararsız kalmaktayken, çalışmayan grup kararsız kalmayı daha çok tercih etmiştir.

Dil ve konuşma terapistlerinin ‘Terapi-yöntem’ kategorisi altında bulunan maddelere gösterdikleri katılım doğrultusunda hızlı-bozuk konuşan bireylerle çalışan ve çalışmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Pearson Chi-Square=19.225; $p < .001$). Çalışan grup sunulan maddelere daha az kararsız kalmaktayken, çalışmayan grup kararsız kalmayı daha çok tercih etmiştir.

Dil ve konuşma terapistlerinin ‘Okul-öğretmen’ kategorisi altında bulunan maddelere gösterdikleri katılım doğrultusunda hızlı-bozuk konuşan bireylerle çalışan ve çalışmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Pearson Chi-Square=4.9564; $p > .05$). Çalışan grup ve çalışmayan grup, okul ve öğretmenler hakkındaki tutumları açısından farklılaşmamaktadır.

Dil ve konuşma terapistlerinin ‘Hızlı-bozuk konuşan bireylerin ebeveynlerine yönelik danışmanlık’ kategorisi altında bulunan maddelere gösterdikleri katılım doğrultusunda hızlı-bozuk konuşan bireylerle çalışan ve çalışmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Pearson Chi-Square=3.3687; $p > .05$). Çalışan ve çalışmayan grubun verdikleri yanıtlar birbiriyle benzerlik göstermektedir.

Dil ve konuşma terapistlerinin ‘Hızlı-bozuk konuşan bireylerin çevreden aldıkları tepki ve tutumlar’ kategorisi altında bulunan maddelere gösterdikleri katılım doğrultusunda hızlı-bozuk konuşan bireylerle çalışan ve çalışmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Pearson Chi-Square=4.2411; $p > .05$). Çalışan ve çalışmayan grubun bu kategori altındaki maddeler hakkında yaptıkları tercihler birbiriyle benzerlik göstermektedir.

Dil ve konuşma terapistlerinin 'Hızlı-bozuk konuşmanın diğer bozukluklarla karşılaştırılması' kategorisi altında bulunan maddelere gösterdikleri katılım doğrultusunda hızlı-bozuk konuşan bireylerle çalışan ve çalışmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Pearson Chi-Square=20.621; $p < .001$). Çalışan grup sunulan maddelere daha az kararsız kalmaktayken, çalışmayan grup kararsız kalmayı daha çok tercih etmiştir.

Dil ve konuşma terapistlerinin 'Hızlı-bozuk konuşan bireylerin ebeveynleri' kategorisi altında bulunan maddelere gösterdikleri katılım doğrultusunda hızlı-bozuk konuşan bireylerle çalışan ve çalışmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Pearson Chi-Square=11.058; $p < .01$). Çalışan grup sunulan maddelere daha az kararsız kalmaktayken, çalışmayan grup kararsız kalmayı daha çok tercih etmiştir.

Dil ve konuşma terapistlerinin 'Terapi' kategorisi altında bulunan maddelere gösterdikleri katılım doğrultusunda hızlı-bozuk konuşan bireylerle çalışan ve çalışmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Pearson Chi-Square=26.9789; $p < .00001$; $p < .001$). Çalışan grup sunulan maddelere daha az kararsız kalmaktayken, çalışmayan grup kararsız kalmayı daha çok tercih etmiştir.

Dil ve konuşma terapistlerinin 'Hızlı-bozuk konuşma nedenleri' kategorisi altında bulunan maddelere gösterdikleri katılım doğrultusunda hızlı-bozuk konuşan bireylerle çalışan ve çalışmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Pearson Chi-Square=11.6354; $p < .01$). Çalışan grup sunulan maddelere daha az kararsız kalmaktayken, çalışmayan grup kararsız kalmayı daha çok tercih etmiştir.

Tartışma

Dil ve konuşma terapistliği sürekli gelişmekte olan bir meslektir. Her meslekte yapıldığı gibi bu meslekte de daha iyi hizmet/terapi verebilmek için meslek içi değerlendirmeler yapılmaktadır. Çeşitli dil ve konuşma bozuklukları alanlarında yapılan meslek içi değerlendirmeler (Pannbacker, 1993; Cooper, 1996; Brumfitt, 2006; Signorelli ve Madill, 2011; Archer, 2013; Maviş, 2013; Guo, 2014; McLeod, 2014), HBK alanında da sayıca daha az olarak karşımıza çıkmaktadır (St. Louis ve Hinzman, 1986; St. Louis ve Rustin, 1992; Simonska ve Georgieva, 2006).

St. Louis ve Hinzman'ın (1986) Amerika'da yaptığı çalışmanın verileri, İngiltere'de yapılan Rustin'in (1992) çalışmasıyla birleştirilmiştir. Daha güncel tarihli olan diğer bir çalışma (Simonska ve Georgieva, 2006), Bulgaristan ve Yunanistan'daki terapistler ile yapılmıştır. Alanyazında bu doğrultuda yapılmış başka bir çalışma olmadığı için mevcut çalışmanın bulguları bu çalışmalar ile karşılaştırılmıştır.

Türkiye'de dil ve konuşma terapistliği, henüz 15 yıllık bir geçmişe sahip olan yeni bir meslektir ve meslek içi değerlendirme çalışmaları sınırlıdır. Mevcut çalışmada, Türkiye'de çalışan dil ve konuşma terapistlerinin hızlı-bozuk konuşmaya karşı tutum, davranış, aldıkları eğitim ve bu akıcılık bozukluğu hakkındaki fikirleri değerlendirilmiştir. Veri toplamak için açık uçlu sorular ve Likert tipi sorular kullanılmıştır. Çalışma, 82 dil ve konuşma terapistinin sağladığı veriler ile yapılmıştır. Veri toplama aracı; terapistlerin aldıkları eğitim hakkında sorular,

belirli dil ve konuşma sorunları ile çalışmaya yaklaşımları, hızlı-bozuk konuşma ile çalışmaya bakış, hızlı-bozuk konuşma terapisi ve terapi yöntemleri ile etkililikleri, hızlı-bozuk konuşan kişilerin özellikleri, hızlı-bozuk konuşma nedenleri, ebeveynlere yönelik tutumları ve çalışmalar, çevrenin bireylere yaklaşımı ile hızlı-bozuk konuşmanın diğer konuşma bozuklukları ile karşılaştırıldığı alt kategoriler bulunmaktadır.

Terapistlerden toplanan veriler, uzmanların dil ve konuşma terapistliği eğitimleri sırasında HBK üzerine aldıkları eğitimi yetersiz bulduklarını göstermektedir. Çalışmaya katılan terapistlerin %40,2'lik bir kısmı, eğitimleri sırasında okul öncesi, okul çağı, ergen ve yetişkin yaş gruplarında en az bir seans değerlendirme veya terapi tecrübesi bulunduğunu belirtmiştir. Kalan %59,8'i aldıkları dil ve konuşma terapistliği eğitimi süresince herhangi bir yaş grubunda değerlendirme veya terapi tecrübelerinin olmadığını belirtmiştir. Buna gerekçe olarak; Türkiye'de, alandaki akademisyen sayısındaki sınırlılık, HBK'nın gerekli önemi görmemesi ve vaka bulmada yaşanan güçlükler gösterilebilir.

Kendini Yetersiz Hissetme Sebepleri

Yetişkin ve çocuk gruptaki HBK vakaları ile çalışma konusunda, en az birinde kendini yetersiz gören klinisyenlere (n=49) bunun sebebi sorulduğunda; grubun %65'i klinik tecrübesinin bulunmadığını, %44'ü aldıkları akademik eğitimin yetersiz olduğunu belirtirken %2'lik grup HBK'nın ne olduğundan emin olmadığını belirtmiştir.

Mevcut araştırmanın sonuçları, St. Louis ve Rustin'in çalışmasında yer alan terapistlerin kendini HBK vakaları ile çalışma konusunda yetersiz görme sebepleri ile bazı açılardan benzerlik ve bazı açılardan da farklılıklar göstermektedir. St. Louis ve Rustin'in verilerine göre 'HBK'nın ne olduğundan emin olmayan' DKT'lerin oranı Amerika'da %11, İngiltere'de %12 iken Türkiye'de %2'dir. Buna gerekçe olarak St. Louis'in çalışmayı yaptığı yıllarda bilgiye ulaşma yolları daha azken günümüzde çok daha kolay olması gösterilebilir.

Akademik eğitimin yetersiz olduğunu düşünen terapistlerin oranı Amerika'da %33, İngiltere'de %40 ve Türkiye'de %44'tür. Türkiye'de bu oranın yüksek çıkmasının sebebi, alanda görev alan akademik personel sayısındaki sınırlılık olabilir.

HBK'sı olan bireylerle ilgili tecrübesizlik Amerika'da %25, İngiltere'de %42 iken bu oran Türkiye'de %65'tir. Türkiye toplumunda HBK'nın bir konuşma sorunu olduğu ve bununla ilgili çalışmalar yapıldığı bilinci henüz oluşmadığı için terapi için başvuru çok sınırlı kalmakta olduğu ve bu yüzden de çoğu terapistin bu kişilerle çalışma fırsatı yakalayamadıkları düşünülmektedir.

Kendini Yeterli Görme Gerekçeleri

Çalışmaya dahil olan DKT'lerinin %59,8'i kendini çocuk HBK vakalarıyla çalışmada, %50'si de yetişkin HBK'lı bireylerle çalışmada kendini yeterli görmektedir. Kendilerini yeterli görme gerekçeleri sorulduğunda; 'makaleler' ve 'eğitim sırasında alınan derslerden' seçenekleri %82,9'luk (34) eşit katılımla en çok tercih edilen kaynaklar olarak belirlenmiştir. St. Louis ve Rustin'in çalışmasında,

‘makaleler’ seçeneği Amerika’da %24,9’luk, İngiltere’de %26,7’lik katılım oranına sahiptir ve en çok tercih edilen ikinci seçenektir. ‘Eğitim sırasında alınan dersler’ seçeneği Amerika’da %20,1 ve İngiltere’de %22,9 oranında tercih edilmiştir ve üçüncü en çok tercih edilen seçenektir.

‘Klinik deneyimden’ seçeneği Türkiye’de üçüncü en çok tercih edilen seçenek iken, Amerika’da ve İngiltere’de ilk tercih edilen gerekçedir. Türkiye’de üçüncü tercih edilmesinin sebebi HBK şikayetiyle başvuran vaka sayısındaki azlık olarak gösterilebilir.

‘Diğer konuşma bozuklukları uzmanları’ Amerika’da %16 ve İngiltere’de %17 oranıyla dördüncü sıradayken, Türkiye’de %48’le beşinci sıradadır. Türkiye’deki klinisyenlerin, birbiri ile daha az iletişimde olmasının bu farklılık üzerinde etkisi olduğu düşünülebilir.

Hızlı-Bozuk Konuşan Bireyde Görülmesi Beklenen Belirtiler

Dil ve konuşma terapistlerinden alınan verilere göre, hızlı-bozuk konuşan bir bireyde görmeyi bekledikleri belirtiler; hızlı konuşma %88,2, düzensiz konuşma hızı %73,8, ses ve hece atlama %63,8, ritimsiz konuşma %62,5, yanlış kullanılan vurgu %60, çok heceli kelimelerde ses düşmesi %57,5, yanlış duraklama %51,3, plansız ve düzensiz düşünme %48,8, konuşurken araya eklemeler yapma %42,5, yetersiz semantik yapılar/tamamlanmamış cümleler kullanma %42,5 olarak belirlenmiştir.

Klinisyenlerin görmeyi beklediği belirtiler farklı araştırmacılar tarafından da araştırılmıştır. Daly ve Cantrelle’in (2006), Simonska ve Georgieva’in (2006), St. Louis ve Rustin’in (1992) çalışmalarında da ‘görülmesi beklenen belirtilere’ yer verilmiştir. Bu çalışmalarla mevcut çalışmanın verileri kıyaslandığında, terapistlerin bir hızlı-bozuk konuşma vakasında görmeyi beklediği belirtilerin aynı doğrultuda olduğu görülmüştür. Sonuçlar, diğer araştırmacıların bulgularını destekler niteliktedir. Alanyazında yapılan diğer çalışmaların verileri ile mevcut çalışmanın verileri, tablo olarak Ek 3’te sunulmuştur.

Tecrübenin İş Yaşamına Etkisi

Dil ve konuşma terapistliği eğitimi sırasında hızlı-bozuk konuşan kişilerle terapi ya da değerlendirme yapma fırsatı bulan terapistlerin, iş hayatlarında bu soruna sahip kişilerle çalışma oranı, terapi ya da değerlendirme tecrübesi olmayanlara göre daha yüksektir. Tecrübesi olmayan kişilerin, HBK vakalarıyla çalışmayı daha az tercih ettiği görülmüştür. Terapistlerin terapi tecrübesinin çalışma hayatlarına olan etkisi ile ilgili bir veri, alanyazında bulunmamaktadır. Bunun sebebi, diğer ülkelerde verilen DKT eğitimi sırasında terapist adaylarının vaka deneyimi fırsatının daha fazla olması olduğu düşünülebilir.

Tecrübenin Yeterlilik Hissi Üzerine Etkisi

Dil ve konuşma terapistliği eğitimi sırasında HBK vakalarına dair tecrübesi bulunan terapistlerin, yetişkin ve çocuk bireylerle ilgili yeterlilik hissi araştırılmıştır. Bulgulara göre, tecrübesi olmayan terapistler, tecrübesi olan gruba kıyasla kendilerini daha yetersiz hissetmektedir. İstatistiksel olarak bulunan fark

anlamlıdır. Bunda HBK alanına dair çok fazla bilgi sahibi olunmamasının da etkisi olabilir.

Terapistler, yetişkin gruba kıyasla, çocuklarla çalışma konusunda kendilerini daha yeterli hissettiklerini belirtmişlerdir. Yetişkin grupla daha rahat iletişim kurulabiliyor olması, terapistlerin çalışmasını kolaylaştırdığından, çocuklarla çalışma konusunda daha çekingen kalmayı tercih etmiş olabilirler.

İş Yaşamında Çalışmanın HBK ile İlgili Görüşler Üzerine Etkisi

İş hayatında, HBK'sı olan bireylerle çalışan terapistler ile çalışmayan terapistlerin, HBK hakkında çeşitli kategoriler altında yöneltilen sorulara verdikleri cevaplarda farklılaşma olup olmadığı araştırılmıştır. Bulgulara göre, çalışan ve çalışmayan terapistlerin, 'Mesleki eğitim, terapi etkililiği, HBK bireylerin kişilik/özellikleri, terapi/yöntem, HBK ve diğer bozukluklar, HBK bireylerin ebeveynleri, HBK nedenleri, terapi' kategorilerindeki maddelere verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. Genel tabloya bakıldığında farklılaşma, çalışmayan terapistlerin bu kategoriler altındaki maddeler karşısında kararsız kalmasından ve çalışanların negatif ya da pozitif bir seçeneğe yönelmesinden kaynaklanmaktadır.

İki terapist grubunun yaptıkları tercihler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmayan kategoriler ise; 'Okul-öğretmen, HBK'sı olan bireylerin ebeveynlerine yönelik danışmanlık ve HBK'sı olan bireylerin çevreden aldıkları tepki ve tutumlar' olarak görülmektedir. Terapistlerin seçimleri benzerlik göstermektedir. Terapistlerin diğer akıcılık bozukluğu olan kekemelik alanında edindikleri tecrübenin, bu benzerlik üzerinde etkisi olabileceği düşünülmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırmada Türkiye’de çalışan DKT’lerin HBK’ya dair tutumları, davranışları, aldıkları eğitimi ve görüşleri ile iş hayatındaki vaka tecrübesinin verilen cevapları nasıl etkilediği, eğitim dönemindeki vaka tecrübesinin HBK bireylerle çalışmayı tercih etme ve terapistlerin yeterlilik hislerini nasıl etkilediği araştırılmıştır.

Edinilen bulgulara göre, HBK alanında ülkemizdeki eğitim DKT’ler tarafından yetersiz bulunmaktadır. Eğitim döneminde edinilen HBK vaka tecrübesi, terapistlerin iş hayatında bu vaka grubu ile çalışmaları üzerinde etkilidir. Vaka tecrübesi bulunan terapistlerin iş yaşamında HBK’sı olan bireylerle çalışmaya daha fazla dahil olduğu gözlenirken, tecrübesi bulunmayan DKT’ler iş hayatında HBK vakalarıyla çalışmayı daha az tercih etmektedir.

Profesyonel yaşamlarında HBK vakası ile çalışan terapistlerin, HBK’ya ve terapisine, HBK’sı olan bireylere ve ailelerine dair görüşleri farklılık göstermektedir. Vaka tecrübesinin bu alanda da etkili olduğu gözlenmiştir.

Öneriler ve Sınırlılıklar

1. Yapılan çalışma belirli zaman aralıkları ile tekrar edilir ve ulaşılan bulgular karşılaştırılırsa, terapistlerin çalışmada ortaya koydukları tutum, fikir ve görüşlerin zaman içindeki olumlu ya da olumsuz değişimi gözlemlenebilir ve HBK alanında atılacak adımlar açısından yol gösterici olabilir.
2. Alanyazında HBK alanına dair araştırmaların az sayıda ve güncel olmaması, edinilen sonuçların karşılaştırılmasını sınırlandırmıştır.
3. Araştırmada kullanılan veri toplama aracının geçerlilik ve güvenilirliğinin henüz yapılmamış olması araştırmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır. Daha standardize bir ölçekle daha kesin bilgilere ulaşılabilir.

KAYNAKLAR

- Alm, P., Cluttering: A neurological perspective, In D. Ward, K. Scaler Scott (Eds.), *Cluttering: A handbook of research, intervention and education* (3-28), East Sussex: Psychology Press, 2011.
- Archer, S.K., Wellwood, I., Smith, C.H., Newham, D.J., Dysphagia therapy in stroke: a survey of speech and language therapists, *Int. J. Lang. Comm. Dis.*, 48(3), 283-296 (2013).
- Bernstein-Ratner, N., Stuttering: A psycholinguistic perspective, In R.F. Curlee ve G.M., Siegel (Eds.), *Nature and treatment of stuttering: New directions* (99-127), Boston: Allyn and Bacon, 1997.
- Bloodstein O., *A handbook on stuttering*, Easter Seal Society, Chicago, 1995.
- Brumfitt, S., Psychosocial aspects of aphasia: speech and language therapists' views on professional practice, *Disabil. Rehabil.*, 28(8), 523-534 (2006).
- Colombat de l'Isere, M., *Les maladies de la voix et les vices de la parole*, *Journal de Réadaptation Médicale*, 23 (1-2), 54-60 (1849).
- Cooper, C.S., Cooper, E.B., Clinician attitudes toward stuttering in the United States and Europe, *SHAA: A Journal of the Speech and Hearing Association of Alabama*, 2, 11-19 (1982).
- Cooper, E.B., Cooper, C.S., Clinician attitudes toward stuttering: A decade of change (1973-1983) *J. Fluency. Disord.*, 10, 19-23 (1985).
- Cooper, E.B., Cooper, C.S., Clinician attitudes toward stuttering: Two decades of change, Paper presented at the American Speech-Language-Hearing Association Annual Convention, San Antonio, TX. (1992).
- Cooper, E.B., Clinician attitudes toward stuttering: A study of bigotry, Paper presented at the convention of the ASHA, Washington, D.C. (1975).
- Cooper, E.B., Rustin, L. Clinician attitudes toward stuttering in the United States and Great Britain: A cross-cultural study, *J. Fluency. Disord.*, 10(1), 1-17 (1985).
- Cooper, E.B., Cooper, C.S., Clinicians attitudes towards stuttering: Two decades of change *J. Fluency. Disord.*, 21, 119-135 (1996).
- Cooperman, D., Personal communication, email correspondence to D. Ward October (2003).
- Crichton-Smith, J., Wright, J., Stackhouse Attitudes of speech ve language therapists towards stammering: 1985 and 2000 *Int. J. Lang. Comm. Dis.*, 38 (3) 213-234 (2003).
- Dalton, P., Hardcastle, W., *Disorders of fluency and their effects on communication* (2nd edition), London: Whurr, 1993.
- Dalton, P., Hardcastle, W., *Disorders of fluency and their effects on communication*, London: Elsevier, 1989.

- Daly, D.A., Burnett, M.L., Cluttering: Traditional views and new perspectives In R.F. Curlee (Ed.), *Stuttering and related disorders of fluency*, New York: Thieme 1999.
- Daly, D.A., Helping the Clutterer: Therapy considerations, In F.L. Myers, K.O. St Louis (Eds.), *Cluttering: A clinical perspective*, Kibworth: Far Communications, 1992.
- Daly, D.A., Cluttering: Another fluency syndrome, In R.F. Curlee (Ed.), *Stuttering and related disorders of fluency*, New York: Thieme, 1993.
- Daly, D.A., The clutterer, In K.O. St Louis (Ed.), *The atypical stutterer: Principles and practices of rehabilitation*, New York: Academic Press, 1986.
- Daly, D.A., The source for stuttering and cluttering, East Moline, IL: LinguiSystems, 1996.
- Daly, D.A., Cantrelle, R.P., Cluttering: Characteristics identified as diagnostically significant by 60 fluency experts, Paper to be presented at the 6th IFA World Congress on disorders of fluency, Dublin, July (2006).
- Damsté, P.H., *Stotteren* (4. Druk.) Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema (in Dutch), 1990.
- De Hirsch, K., Studies in Tachyphemia: Diagnosis of developmental language disorders. *Logos*, 4, 3-9 (1961).
- De Hirsch, K., Stuttering and cluttering: Developmental aspects of dysrhythmic speech, *Folia. Phoniatr.*, 22, 311-324 (1970).
- Eisenson, J., Dysfluency disorders: Cluttering and stutteing, In: A. Goldstein, L. Krashner, S. Garfield (Eds.) *Language and Speech Disorders in Children*, New York: Pergamon Press, 57-75, 1986.
- Freund, H., Studies in the relationship between stuttering and cluttering. *Folia. Phoniatr.*, 4, 146-168 (1952).
- Freund, H., *Psychopathology and problems of stuttering*, Springfield, IL: Charles C. Thomas, 1966.
- Froeschels, E., Cluttering, *J. Speech. Disord.*, 11, 31-36 (1946).
- Froeschels, E., Contribution to the relationship between stuttering and cluttering, *Logopaedic en Phoniatrie*, 4,1-6 (1955).
- Georgieva, D., Understanding cluttering: Eastern European traditions vs. Western European and North American traditions, In: K. Bakker, L. Raphael ve F. Myers (Eds.), *Proceedings of the First International Conference on Cluttering* 230-243, ICA: Katorino, Bulgaria (2010).
- Guo, Y.E., Togher, L., Power, E., Speech pathology services for people with aphasia: what is the current practice in Singapore, *Disabil. Rehabil.*, 36(8), 691-704 (2014).
- Horsely, I., Fitzgibbon, C., Stuttering children: Investigation of a stereotype, *Brit. J. Disord. Commun.*, 22, 19-35 (1987).

- Langova, J., Moravek, M., Some results of experimental examinations among stutterers and clutterers, *Folia. Phoniatr.*, 16, 290-296 (1964).
- Lass, N., Ruscello, D., Pannbacker, M., Schmitt, J., Everly-Myers, D., Speech-language pathologists' perceptions of child and adult female and male stutterers, *J. Speech. Disord.*, 14, 127-134 (1989).
- Lebrun, Y., Cluttering after brain damage, *J. Speech. Disord.*, 21, 289-296 (1996).
- Levelt, M.J., Accessing words in speech production: Stages, processes and representations, *Cognition*, 42, 1-22, 1992.
- Levelt, W.J., *Speaking: From intention to articulation*, Cambridge, MA: MIT Press, 1989.
- Loban, W., *The language of elementary school children*, Champaign, IL: National Council of Teachers, 1976.
- Luschinger, R., Arnold, G.E., *Handbuch der Stimm – und Sprachheilkunde*. Wien, New York: Springer-Verlag, 1970.
- Luschinger, R., Arnold, G.E., *Voice-speech-language: Clinical communicology: Its physiology and pathology*, Belmont, CA: Wadsworth, 1965.
- Maviş, İ., Louis, K.O.S., Özdemir, S., Toğram, B., Attitudes of Turkish speech and language therapists toward stuttering, *J. Fluency. Disord.*, 38(2), 157-170 (2013).
- Mcleod, S., Baker, E., Speech-language pathologists' practices regarding assessment, analysis, target selection, intervention, and service delivery for children with speech sound disorders, *Clin. Linguist. Phonet.*, 28(7-8), 508-531 (2014).
- Myers, F.L., Bradley, C.L. Clinical management of cluttering from a synergistic framework, In F.L. Myers ve K.O. St Louis (Eds.), *Cluttering: A clinical perspective*, Kibworth: Far Communications, 1992.
- Pannbacker, M.D., Lass, N.J., Hansen, G.G., Mussa, A.M., Robison, K.L., Survey of speech-language pathologists' training, experience, and opinions on nasopharyngoscopy, *The Cleft palate-craniofacial journal*, 30(1), 40-45 (1993).
- Papadopoulos, A., Professional awareness of cluttering: a comparative study (unpublished master thesis), South West University, Blagoevgrad (1999).
- Preus, A., Cluttering or stuttering: Related, different or antagonistic disorders. In F.L. Myers ve K.O. St. Louis (Eds.), *Cluttering: A clinical perspective*. Kibworth: Far Communications, 1992.
- Ragsdale, J., Ashby, J., Speech-language pathologists' connotations of stuttering, *J. Speech. Lang. Hear. R.*, 25, 75-80 (1982).
- Schwartz, H., Drager, K.D., Training and knowledge in autism among speech-language pathologists: A survey, *Lang. Speech. Hear. Ser.*, 39(1), 66-77 (2008).

- Seeman, M., Relation between motorics of speech and general motor ability in clutterers, *Folia. Phoniatr.*, 22, 376-380 (1970).
- Seeman, M., *Sprachstörungen bei Kindern*. Berlin: Volk und Gesundheit, Berlin, 1965.
- Signorelli, M.E., Madill, C.J., McCabe, P., The management of vocal fold nodules in children: a national survey of speech-language pathologists, *Int. J. Speech. Lang. Pathol.*, 13(3), 227-238 (2011).
- Simonska, M., & Georgieva, D., Professional awareness of cluttering: ten years later (2006).
- St Louis, K.O., On defining cluttering, In F.L. Myers, K.O. St Louis (Eds.), *Cluttering: A clinical perspective*, Kibworth: Far Communications, 1992.
- St Louis, K.O., Hinzman, A.R., Hull, F.M., Studies of cluttering: Disfluency and language measures in young possible clutterers and stutterers, *J. Fluency. Disord.*, 10, 151-172 (1985).
- St Louis, K.O., Raphael, L.J., Myers, F.L., Bakker, K., *Cluttering Updated*. ASHA Leader, 18, 4-5, 20-21 (2003).
- St. Louis K.O., Myers, F.L., Management of cluttering and related fluency disorders, In R.F. Curlee G.M. Siegal (Eds.), *Nature and treatment of stuttering: New directions* (312-332), Boston: Ally and Bacon, 1997.
- St. Louis K.O., Myers, F.L., Bakker, K., Raphael, L.J., In E. Conture, R. Curlee (Eds.), *Stuttering and Other Fluency Disorders* (3rd edition), Philadelphia, PA: Thieme Medical, 2007.
- St. Louis, K.O., Rustin, L., Professional awareness of cluttering: In Myers, F., St. Louis, K.O., *Cluttering - a clinical perspective*, Kibworth: Far communications, 23-35, 1992.
- St. Louis, K.O., Hinzman, A.R., Studies of cluttering: Perceptions of cluttering by speech-language pathologists and educators, *J. Fluency. Disord.*, 11(2), 131-149 (1986)
- St. Louis, K.O., Lass, N.J., A survey of communicative disorders students' attitudes toward stuttering, *J. Fluency. Disord.*, 6(1), 49-79 (1981).
- Teigland, A., A study of pragmatic skills of current clutterers and normal speakers, *J. Fluency. Disord.*, 21, 227-238 (1996).
- Turnbaugh, K.R., Guitar, B.E., Hoffman, P.R., Speech clinicians' attributions of personality as a function of stuttering severity, *J. Speech. Lang. Hear. R.*, 22, 37-45 (1979).
- Van Riper, C., Foreword, In F.L. Myers, K.O. St Louis (Eds.), *Cluttering: A clinical perspective*, Kibworth: Far Communications, 1992.
- Van Riper, C., Stuttering and Cluttering, *Folia. Phoniatr.*, 22, 347-353 (1970).

- Van Riper, C., *The nature of stuttering*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1982.
- Van Zaalen, Y., Reichel K.I., *Cluttering: Current Views on Its Nature, Diagnosis, and Treatment*, iUniverse, Liberty Drive Bloomington, IN, 3-182, 2015.
- Van Zaalen, Y., *Cluttering identified, Differential diagnosis between cluttering, stuttering and learning disability*, Ph.D. Thesis, Utrecht, Zuidam (2009).
- Ward, D., Cluttering, speech rate and linguistic deficit: Case report, In A. Packman, A. Meltzer, H.F.M. Peters (Eds.), *Theory, research and therapy in fluency disorders* (511-516), *Proceedings of the 4th World Congress on Fluency Disorders*, Montreal, Canada, Nijmegen: Nijmegen University Press (2004).
- Ward, D., *Nature of Cluttering, Stuttering and Cluttering*, Psychology Press, 270 Madison Avenue, New York, 139-153, 2006.
- Ward, D., Stuttering and normal disfluency: Cluttering spectrum behaviour as a functional descriptor of abnormal disfluency, In *Proceedings of the First World Conference on Cluttering*, May 12-14, Katarino: Bulgaria (2010).
- Weiss, D., *Cluttering*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1964.
- Weiss, D., Similarities and differences between cluttering and stuttering, *Folia. Phoniatri.*, 19, 98-104 (1967).
- Wohl, M.T., The treatment of non-fluent utterances: A behavioural approach, *Brit. J. Disord. Commun.*, 5, 66-76 (1970).
- Woods, C.L., Williams, D.E., Speech clinicians' conceptions of boys and men who stutter, *J. Speech. Lang. Hear. R.*, 36, 225-234 (1971)
- Woolfe, G., The assessment of stuttering as struggle, avoidance, and expectancy. *Brit. J. Disord. Commun.*, 2, 158-171 (1967).
- Wright, L., Ayre, A., *WASSP: Wright and Ayre Stuttering Self-Rating Profile*. Bicester: Speechmark, 2000.
- Yairi, E., Williams, D.E., Speech clinicians' stereotypes of elementary school boys who stutter, *J. Commun. Disord.*, 3, 161-170 (1970).

EKLER

EK 1. Veri Toplama Aracı

Türkiye'deki Dil ve Konuşma Bozuklukları Terapistleri/Patologları İçin

Hızlı-Bozuk Konuşma (*Cluttering*) Anketi

Sevgili Meslektaşımız, ülkemizde hizmet veren siz dil ve konuşma terapistlerinin/patologlarının hızlı-bozuk konuşma, hızlı-bozuk konuşması olan bireyler ve terapi hizmetleri ile ilgili düşüncelerinizi almak amacıyla hazırlanmış olan bu ankete zaman ayırmış olduğunuz için teşekkür ederiz.

Anket, Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dil ve Konuşma Terapisi Yüksek Lisans Programında yürütmekte olduğumuz yüksek lisans tezi kapsamındadır.

Yard. Doç. Dr. R. Sertan Özdemir ve Murat Bellice (Yüksek Lisans Öğrencisi)

Lütfen uygun yerleri doldurunuz. Mümkün olduğunca boş bırakmayınız.

Aşağıya, sizlere hatırlatıcı olması amacıyla hızlı-bozuk konuşmaya dair çeşitli kaynaklardan derlenmiş tanımlar ve açıklamalar yer almaktadır.

Hızlı-bozuk konuşma (*cluttering*):

Hızlı-bozuk konuşma, St. Louis ve Schulte'nin tanımına göre (2011) konuşma segmentlerinde a) aşırı sayıda 'normal' akıcısızlık, b) aşırı sayıda hece düşmesi ya da silinmesi, c) normal olmayan durak, hece vurgusu ya da ritimden en az biri görülen akıcılık bozukluğudur. van Zaalen'in tanımına göre (2009) hızlı-bozuk konuşma, kişinin o an ileteceği mesaj için konuşma hızını mesajın sentaktik yapısına ya da fonolojik yapısına ayarlayamama durumudur.

Hızlı-bozuk konuşan bireyler konuşurken genellikle ne söylemek istediğinden emin değil gibidir ve düşünceler iç içe girmiş izlenimi verir. Ya çok hızlı konuştuklarından, ya anormal duraklamaları yüzünden, ya da cümleleri ve sözcükleri üretim sırasında birbirine girdiğinden konuşmalarını takip etmek zordur ve anlaşılabilirlikleri düşüktür. Ayrıca hızlı-bozuk konuşan bireylerde aşırı sayıda ses, hece, sözcük ya da söz öbeği tekrarı görülebilir. Bu karakteristik özelliklere rağmen kişiler konuşmalarında herhangi bir sorun olmadığını düşünme eğilimindedirler ve konuşkan, dışa dönük kişiler olabilirler.

Hızlı-bozuk konuşan bireyler çeşitli akademik alanlarda sorun yaşayabilirler fakat yaşadıkları sorunun büyüklüğü onları bu sorun hakkında bir çözüm arayışına yöneltmeyebilir.

Genellikle hızlı-bozuk konuşan kişiler plansız, aceleci ve gelişmemiş dikkat süresi sebebiyle konsantrasyon sorunu yaşayan kişilerdir. Konuşma, yazma, okuma ve daha birçok farklı özel aktivitede sürekli karmaşıklık ve düzensizliğe eğilimlidirler.

1. Dil ve konuşma terapistiği eğitimi nereden aldınız? (Okul ve Program adını yazarmısınız?)
2. Şu anda hangi şehirde çalışıyorsunuz? _____
3. Kaç yılında mezun oldunuz? _____
4. Kaç yıldır dil ve konuşma terapisti olarak çalışmaktasınız? _____
5. Aşağıda sıralanmış sorunlarla çalışmada kendinizi nasıl değerlendirirsiniz?

1 = Bu sorunla çalışırken klinik becerilerime güveniyorum.

2 = Bu sorunla çalışırken bazı yönlendirmelere ve desteğe ihtiyacım var.

3 = Bu sorunla çalışmak için gerekli klinik beceriye sahip değilim.

Uygun kutucuğa (X) koyarak soruları yanıtlayınız.

	1	2	3
Afazi			
Konuşma sesi bozuklukları (artikülasyon, fonoloji, çocukluk çağı apraksisi)			
İşitme ile ilgili sorunlara bağlı dil-konuşma sorunları			
Yetişkinlerde dil bozuklukları			
Çocuklarda dil bozuklukları			
Motor konuşma bozuklukları			
Yetişkin kekemeliği			
Çocuk kekemeliği			
Yetişkin hızlı-bozuk konuşma			
Çocuk hızlı-bozuk konuşma			
Yutma bozuklukları			
Travmatik beyin hasarına bağlı dil-konuşma sorunları			
Ses bozuklukları			

6. Eğitiminiz (ve stajlarınız) sırasında hızlı-bozuk konuşma değerlendirmesi ve terapisiyle ilgili aşağıdakilerden hangisiyle ilgili deneyimleriniz oldu? İşaretleyiniz.

Değerlendirme	Terapi	
☐	☐	Okulöncesi (1-5 yaş)
☐	☐	Okul çağı (6-10 yaş)
☐	☐	Ergen (11-17 yaş)
☐	☐	Yetişkin (18 üstü)

Eğitimim sırasında hızlı-bozuk konuşması olan bir bireyle deneyimim olmadı ☐

7. Hâlihazırda hızlı-bozuk konuşması olan vakalarla çalışıyor musunuz?

Evet ☐

Hayır ☐

8. Çalışmıyorsanız, bu kararınız hangi seçenekle ilgilidir?

a) 'işimle ilgili pozisyonum gereği'

b) 'kendi tercihim'

9. Mezun olduktan sonra hızlı-bozuk konuşma (ya da genel olarak hızlı-bozuk konuşmayı da içeren akıcılık bozukluklarıyla) ilgili herhangi bir profesyonel gelişim seminerine katıldınız mı?

Evet ☐

Hayır ☐

Katılmadıysanız, nedenini yazar mısınız?

Katıldıysanız, bu katılımınız hızlı-bozuk konuşmaya olan ilginizden mi kaynaklandı, yoksa bir gereklilikten mi?

10. İş hayatınızda hızlı-bozuk konuşması olan (yukarıdaki açıklamada anlatılan özelliklere sahip olduğunu düşündüğünüz) toplam kaç kişiyle karşılaştınız; hatırladığınız kadarıyla yaş gruplarına göre yazabilir misiniz?

Okul öncesi (1-5 yaş) ____

Okul çağı (6-10 yaş) ____

Ergen (11-17 yaş) ____

Yetişkin (18+) ____

Hiç Karşılaşmadım ☐

11. Karşılaştığınız bu kişilerin cinsiyetlerine göre sayısını (eğer net hatırlamıyorsanız tahmini) yazar mısınız? Kadın ____ Erkek ____

12. Kendinizi çocuk ve yetişkin hızlı-bozuk konuşanlarla çalışabilecek kadar yeterli görüyor musunuz?

Çocuklarda Evet ☐

Hayır ☐

Yetişkinlerde Evet ☐

Hayır ☐

13. Eğer 12. soruda en az bir 'Evet' cevabı verdiyseniz hızlı-bozuk konuşmaya dair bilginizi nasıl edindiniz? (Birden fazla işaretlenebilir)

Makalelerden ____

Diğer konuşma bozuklukları uzmanlarından ____

Kendi araştırmalarım sayesinde ____

Klinik deneyim ile ____

Staj döneminde ____

Okurken aldığım derslerden ____

Diğer (lütfen detaylandırın) _____

14. Eğer 12. soruda iki 'Hayır' cevabı verdiyseniz bunu nasıl sebeplendirirsiniz?

Hızlı-bozuk konuşmanın ne olduğundan emin değilim ____

Hızlı-bozuk konuşma hakkında akademik eğitimim yetersiz ____

Hızlı-bozuk konuşan bireylerle klinik tecrübem olmadı ____

Diğer (lütfen detaylandırın) _____

15. Hızlı-bozuk konuşmayı farklı bir isimle ifade etmeyi tercih ediyorsanız bu ifade nedir, yazar mısınız?

Lütfen aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katıldığınızı işaretleyiniz.

16. Dil ve konuşma terapistliği eğitim sürecinde aldığım akıcılık bozuklukları dersinin/derslerinin içeriği hızlı-bozuk konuşma açısından yeterliydi.

☐☐☐☐☐

Kesinlikle
katılıyorum

Katılıyorum

Kararsızım

Katılmıyorum

Kesinlikle
katılmıyorum

17. Dil ve konuşma terapistliği eğitim sırasında hızlı-bozuk konuşması olan bireylerle çalışmak için sabırsızlanıyordum.

☐☐☐☐☐

Kesinlikle
katılıyorum

Katılıyorum

Kararsızım

Katılmıyorum

Kesinlikle
katılmıyorum

18. Dil ve konuşma terapistliği eğitim sırasında hızlı-bozuk konuşan bireylerle çalışma fırsatım oldu.

☐☐☐☐☐

Kesinlikle
katılıyorum

Katılıyorum

Kararsızım

Katılmıyorum

Kesinlikle
katılmıyorum

19. Hızlı-bozuk konuşmanın nedenleri ve terapisi hakkında çok az şey bildiğimiz için ebeveynlere danışmanlık yapmaktan kaçınmalıyız.

☐☐☐☐☐

Kesinlikle
katılıyorum

Katılıyorum

Kararsızım

Katılmıyorum

Kesinlikle
katılmıyorum

20. Hızlı-bozuk konuşma için yapılan terapi etkilidir.

☐☐☐☐☐

Kesinlikle
katılıyorum

Katılıyorum

Kararsızım

Katılmıyorum

Kesinlikle
katılmıyorum

21. Hızlı-bozuk konuşması olan bireylerin çoğunda psikolojik sorunlar olma olasılığı vardır.

☐☐☐☐☐

Kesinlikle
katılıyorum

Katılıyorum

Kararsızım

Katılmıyorum

Kesinlikle
katılmıyorum

22. Hızlı-bozuk konuşması olan bireylere artikülasyon terapisi uygulanması genellikle yararlı bulunmaktadır.

☐☐☐☐☐

Kesinlikle
katılıyorum

Katılıyorum

Kararsızım

Katılmıyorum

Kesinlikle
katılmıyorum

23. Öğretmenler sınıflarındaki hızlı-bozuk konuşması olan çocukları genellikle doğru tanırlar.

☐☐☐☐☐

Kesinlikle
katılıyorum

Katılıyorum

Kararsızım

Katılmıyorum

Kesinlikle
katılmıyorum

24. Ergenlik çağındaki hızlı-bozuk konuşan bireylerin terapisinde aile danışmanlığı önemli bir faktördür.

☐☐☐☐☐

Kesinlikle
katılıyorum

Katılıyorum

Kararsızım

Katılmıyorum

Kesinlikle
katılmıyorum

25. Hızlı-bozuk konuşması olan bireylerin çoğunda kendi konuşmalarına dair algıları eksiktir/yanlıştır.

☐☐☐☐☐

- | | Kesinlikle
katılıyorum | Katılıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | Kesinlikle
katılmıyorum |
|---|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 26. Okulöncesinde görülen hızlı-bozuk konuşma, basit bir motor konuşma kontrolü bozukluğudur. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | Kesinlikle
katılıyorum | Katılıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | Kesinlikle
katılmıyorum |
| 27. Okulöncesi çocukların hızlı-bozuk konuşma terapisinde aile danışmanlığı önemli bir yer tutar. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | Kesinlikle
katılıyorum | Katılıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | Kesinlikle
katılmıyorum |
| 28. Diğer konuşma bozukluk türleriyle karşılaştırıldığında hızlı-bozuk konuşma diğerlerine göre daha kolay ele alınabilen, terapisi daha kolay yapılabilen bir bozukluktur. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | Kesinlikle
katılıyorum | Katılıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | Kesinlikle
katılmıyorum |
| 29. Dil ve konuşma terapistlerinin çoğunluğu hızlı-bozuk konuşma terapisinde ustadırlar. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | Kesinlikle
katılıyorum | Katılıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | Kesinlikle
katılmıyorum |
| 30. Hızlı-bozuk konuşması olan bireylerin ebeveynleri fark edilebilir biçimde benzer kişilik özellikleri gösterme eğilimindedirler. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | Kesinlikle
katılıyorum | Katılıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | Kesinlikle
katılmıyorum |
| 31. Dil ve konuşma terapistleri genellikle hızlı-bozuk konuşması olan bireyin benlik kavramında değişiklikler oluşturmakta etkilidirler. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | Kesinlikle
katılıyorum | Katılıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | Kesinlikle
katılmıyorum |

32. Diğer konuşma bozukluklarıyla karşılaştırıldığında yetişkinlikte hızlı-bozuk konuşma psikolojik açıdan en yıkıcı konuşma bozukluğudur.

☐	☐	☐	☐	☐
Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

33. Hızlı-bozuk konuşması olan bireylerin ebeveynleri çocuklarının normal olmayan konuşmalarından dolayı açık ya da örtük bir biçimde üzgünlerdir.

☐	☐	☐	☐	☐
Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

34. Hızlı-bozuk konuşan bireylerin konuşma davranışları kolaylıkla değiştirilebilir davranışlardır.

☐	☐	☐	☐	☐
Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

35. Okul öncesi çocuklarda hızlı-bozuk konuşma terapisi öncelikli olarak ebeveynlere yönelik olmalıdır.

☐	☐	☐	☐	☐
Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

36. Hızlı-bozuk konuşması olan çocukların ebeveynlerinin çocuklarının konuşmalarına olan tepkileri, diğer tür konuşma sorunu olan çocukların ebeveynlerinin tepkilerinden daha açıktır.

☐	☐	☐	☐	☐
Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

37. Hâlihazırda hızlı-bozuk konuşmanın terapisine yönelik uygun teknikler mevcuttur.

☐	☐	☐	☐	☐
Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

38. Hızlı-bozuk konuşması olan bireylerin çoğunda az ya da çok bir biçimde fizyolojik hasar olma ihtimali vardır.

☐	☐	☐	☐	☐
Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

39. Hızlı-bozuk konuşması olan bireylerin çoğunluğunda aşağılık duygusu olabilir.

☐	☐	☐	☐	☐
Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

40. Çocuğun yaşı ne olursa olsun, dil ve konuşma terapisti çocuğun kendi hızlı-bozuk konuşma davranışlarının farkına varmasına çalışmalıdır.

☐	☐	☐	☐	☐
Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

41. Nasıl ki konuşma terapisini yapmak bir dil ve konuşma terapistinin göreviyse, okul çağındaki hızlı-bozuk konuşma olan bir çocuğa psikolojik danışmanlık yapmak öncelikli olarak okuldaki rehber öğretmenin görevidir.

☐	☐	☐	☐	☐
Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

42. Öz-değerlendirme içeren türde terapiler hızlı-bozuk konuşmanın terapisinde etkilidir.

☐	☐	☐	☐	☐
Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

43. Hızlı-bozuk konuşması olan bireylere özgü bazı kişilik özellikleri mevcuttur.

☐	☐	☐	☐	☐
Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

44. Hızlı-bozuk konuşma, çoklu etkenlerin bir araya gelmesinin bir sonucu olarak ortaya çıkar.

☐	☐	☐	☐	☐
Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

45. 'Hızlı-bozuk konuşmasının farkında olmayan hızlı-bozuk konuşan birey' gibi bir şey söz konusu olamaz.

☐	☐	☐	☐	☐
Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

46. Hızlı-bozuk konuşması olan bireylerin çoğu kendi sosyal ilişkilerine dair bozuk bir algılama şekli gösterirler.

☐	☐	☐	☐	☐
Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

47. Hızlı-bozuk konuşması olan öğrencilere onların iyiliği için sınıfta sesli okuma yaptırılmalıdır.

☐	☐	☐	☐	☐
Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

48. Hızlı-bozuk konuşması olan bireyler için edimsel (ödül-ceza sistemine dayalı) bir terapi programı yararlı olabilir.

☐	☐	☐	☐	☐
Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

49. Hızlı-bozuk konuşmanın ortaya çıkışında ebeveynler birincil faktördür.

☐	☐	☐	☐	☐
Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

50. İnsanlar genelde hızlı-bozuk konuşması olan bir bireye, diğer konuşma bozukluğu olan bireylere verdikleri tepkilerden daha olumsuz tepkiler verme eğilimindedirler.

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- | | Kesinlikle katılıyorum | Katılıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | Kesinlikle katılmıyorum |
|--|------------------------|-------------|------------|--------------|-------------------------|
|--|------------------------|-------------|------------|--------------|-------------------------|
51. Okul öncesi hızlı-bozuk konuşma özellikleri görülen çocuklarda bu özellikler görülür görülmez terapiye başlanmalıdır.
- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Kesinlikle katılıyorum | Katılıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | Kesinlikle katılmıyorum | |
52. Sesletim bozukluğu olan bir bireyle çalışmayla kıyaslandığında dil ve konuşma terapistlerinin çoğunluğu, hızlı-bozuk konuşması olan bireylerle çalışırken kendilerini daha rahat hissederler.
- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Kesinlikle katılıyorum | Katılıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | Kesinlikle katılmıyorum | |
53. Okul çağı çocuklarının büyük bir kısmının hızlı-bozuk konuşması herhangi bir müdahale olmaksızın geçecektir.
- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Kesinlikle katılıyorum | Katılıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | Kesinlikle katılmıyorum | |
54. Öğretmenler genellikle hızlı-bozuk konuşması olan çocuklarla sınıf ortamında doğru bir biçimde ilgilenme konusunda bilgilidirler.
- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Kesinlikle katılıyorum | Katılıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | Kesinlikle katılmıyorum | |
55. Dört-yedi yaş arası çocuklarla terapi yapılmalıdır.
- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Kesinlikle katılıyorum | Katılıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | Kesinlikle katılmıyorum | |
56. Çocuklar, hızlı-bozuk konuşması olan yaşlılarına diğer türlerden konuşma bozukluğu olan yaşlılarına verdikleri tepkilerden, daha olumsuz tepkiler verirler.
- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Kesinlikle katılıyorum | Katılıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | Kesinlikle katılmıyorum | |

57. Hızlı-bozuk konuşma üzerine çalışan dil ve konuşma terapistlerinin psikolojik danışmanlık konusunda uzmanlaşmaya ihtiyaçları vardır.

☐☐☐☐☐

Kesinlikle
katılıyorum

Katılıyorum

Kararsızım

Katılmıyorum

Kesinlikle
katılmıyorum

58. Hızlı-bozuk konuşması olan bireyler, diğer türlerden konuşma sorunu olan bireylere göre daha zekidirler.

☐☐☐☐☐

Kesinlikle
katılıyorum

Katılıyorum

Kararsızım

Katılmıyorum

Kesinlikle
katılmıyorum

59. Hızlı-bozuk konuşması olan birey hangi terapi yöntemi izlenirse izlensin terapiden yarar sağlar.

☐☐☐☐☐

Kesinlikle
katılıyorum

Katılıyorum

Kararsızım

Katılmıyorum

Kesinlikle
katılmıyorum

Lütfen diğer sayfaya geçiniz



60. Lütfen listenin tamamına bakın ve sizin için bir hızlı-bozuk konuşma vakasında kesinlikle olması gereken karakteristik özelliklerini işaretleyin.

Hızlı konuşma		Yetersiz ifadeler	
Düzensiz konuşma hızı		Yanlış kullanılan vurgu	
Uzatmalar		Ritimsiz konuşma	
Öbek tekrarları		Yanlış duraklama	
Kelime tekrarları		Ses ve hecelerin yanlış dizimi	
Ses ve hece tekrarları		Çok heceli kelimelerde hece düşmesi	
Konuşurken zorlanma		Ses ve hece atlama	
Konuşurken araya birçok şey ekleme		Ünlü seslerde atlama	
Dolambaçlı anlatım/kelime bulmada güçlük		Nörolojik bozukluk	
Asıl anlatılmak istenilen yere bir türlü gelememe/ana düşünceyi aktaramama		Ailede hızlı-bozuk konuşan birey geçmişi	
Gecikmiş dil ve konuşma		Plansız, düzensiz düşünme	
Sesletim hataları		Özdenetimde yetersizlik/dikkatsizlik	
Yetersiz sentaktik yapılar/tamamlanmamış cümleler		Gelişmemiş müzikal beceriler	
Öğrenme güçlüğü		Okuma güçlüğü	
Motor koordinasyon sorunu		Monoton konuşma	
Kısa dikkat süresi			

Diğer (lütfen detaylandırın)

61. Listeye tekrar bakın ve hızlı-bozuk konuşma vakasında görülebilecek fakat kesinlikle olması gerekmeyen karakteristik özellikleri işaretleyin.

Hızlı konuşma		Yetersiz ifadeler	
Düzensiz konuşma hızı		Yanlış kullanılan vurgu	
Uzatmalar		Ritimsiz konuşma	
Öbek tekrarları		Yanlış duraklama	
Kelime tekrarları		Ses ve hecelerin yanlış dizimi	
Ses ve hece tekrarları		Çok heceli kelimelerde hece düşmesi	
Konuşurken zorlanma		Ses ve hece atlama	
Konuşurken araya birçok şey ekleme		Ünlü seslerde atlama	
Dolambaçlı anlatım/kelime bulmada güçlük		Nörolojik bozukluk	
Asıl anlatılmak istenilen yere bir türlü gelememe/ana düşünceyi aktaramama		Ailede hızlı-bozuk konuşan birey geçmişi	
Gecikmiş dil ve konuşma		Plansız, düzensiz düşünme	
Sesletim hataları		Özdenetimde yetersizlik/dikkatsizlik	
Yetersiz sentaktik yapılar/tamamlanmamış cümleler		Gelişmemiş müzikal beceriler	
Öğrenme güçlüğü		Okuma güçlüğü	
Motor koordinasyon sorunu		Monoton konuşma	
Kısa dikkat süresi			

Diğer (lütfen detaylandırın) _____

Anket burada sona ermiştir. Katılımınız için çok teşekkürler.

Bu anketi doldurmak ne kadar zamanınızı aldı, yazar mısınız? _____ dk.

EK 2. Etik Kurul Kararı

Kayıt Tarihi: 18.11.2015 Protokol No: 25331



ANADOLU ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU KARARI

ÇALIŞMANIN TÜRÜ:	Yüksek Lisans Tez Çalışması
KONU:	Sağlık Bilimleri
BAŞLIK:	Türkiye’de Çalışan Dil ve Konuşma Terapistlerinin Hızlı-Bozuk Konuşmaya ve Hızlı-Bozuk Konuşma Terapisine Yönelik Algılarının Değerlendirilmesi
PROJE/TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ:	Yrd. Doç. Dr. R. Sertan ÖZDEMİR
TEZ YAZARI:	Murat BELLİCE
ALT KOMİSYON GÖRÜŞÜ:	-
KARAR:	Olumlu

ETİK KURUL ÜYELERİ

İMZA/ TARİH

25.11.2015

Prof. Dr. Aydın AYBAR
Rektör Yardımcısı / Etik Kurul Başkanı

Prof. Dr. Hayrettin TÜRK
Fen Bil.(Fen Fak.)

Prof. Dr. Yusuf ÖZTÜRK
Sağlık Bil.(Ecz. Fak.)

Prof. Dr. Esra CEYHAN
Eğitim Bil. (Eğitim Bil. Ens.)

Prof. Dr. Kemal YILDIRIM
Sos. Bil.(İkt. ve İd. Bil. Fak.)

Doç. Dr. Münevver ÇAKI
Güz. San. (Güz. San. Fak.)

EK 3. Hızlı-Bozuk Konuşan Bireylerde Görülmesi Beklenen Belirtilerin Karşılaştırmalı Tablosu

Çizelge 17. HBK belirtilerinin alanyazın verilerine göre ülkeler arası dağılımı

Belirtiler	Türkiye	Amerika	İngiltere	Bulgaristan	Yunanistan
Hızlı konuşma	%88,2	%89	%89	%86,3	%90,1
Düzensiz konuşma hızı	%73,8	%59,7	%76,9	-	-
Ses ve hece atlama	%63,8	%63	%55,4	%45,4	%27,3
Konuşmada ritim sorunları	%62,5	-	%56,9	%27,3	%63,6
Yanlış kullanılan vurgu	%60	-	%19,2	-	-
Çok heceli kelimelerin hatalı kullanımı/ses düşmesi	%57,5	%44,9	%55,4	%59	%45,5
Yanlış duraklama	%51,3	-	%46,2	%31,8	%27,3
Plansız, düzensiz düşünme	%48,8	%59,7	%38,5	%59	%27,3
Konuşurken araya eklemeler yapma	%42,5	%24,7	%21,5	-	-
Yetersiz semantik yapılar/tamamlanmamış cümleler kullanma	%42,5	%40,9	%30	%50	%45,5