



**T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**7-11 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA KEKEMELİK YAYGINLIĞININ İNCELENMESİ:
EDİRNE ÖRNEKLEMİ**

Sedanur KOCAMAN

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Aşena KARAMETE GÜDÜL**

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Dil ve Konuşma Terapisi Programı

İSTANBUL, 2025



**T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**7-11 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA KEKEMELİK YAYGINLIĞININ İNCELENMESİ:
EDİRNE ÖRNEKLEMİ**

Sedanur KOCAMAN

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Aşena KARAMETE GÜDÜL**

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Dil ve Konuşma Terapisi Programı

İSTANBUL, 2025

T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
TEZ ONAY SAYFASI

ÖĞRENCİ ADI -SOYADI	Sedanur KOCAMAN	
ÖĞRENCİ NUMARASI	222102032	
PROGRAM ADI	Dil ve Konuşma Terapisi Tezli Yüksek Lisans	
İstanbul Atlas Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalında Sedanur KOCAMAN tarafından hazırlanan “7-11 Yaş Arası Çocuklarda Kekemelik Yaygınlığının İncelenmesi: Edirne Örneklemi” adlı tez çalışması jüri tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.		
Tez Savunma Tarihi: 10 / 07 / 2025		
Jüri Üyesinin Unvanı, Adı, Soyadı	Çalıştığı Kurum	İmzası
Dr. Öğr. Üyesi Aşena Karamete (Danışman)	İstanbul Atlas Üniversitesi	
Dr. Öğr. Üyesi Merve Savaş	İstanbul Atlas Üniversitesi	
Dr. Öğr. Üyesi Çağdaş Karsan	İstanbul Atlas Üniversitesi	

İstanbul Atlas Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği’nin ilgili maddeleri uyarınca bu tez jüri tarafından onaylanmış ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hafize UZUN
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bulguların sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmamın İstanbul Atlas Üniversitesinde kullanılan “bilimsel intihal tespit programı” ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığımı beyan ederim.

Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Sedanur KOCAMAN

İTHAF

Yazmış olduğum bu tezi canım aileme ve destek verdiğim danışanlarıma ithaf ediyorum...



BÜTÇE DESTEKLERİ

7-11 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA KEKEMELİK YAYGINLIĞININ İNCELENMESİ: EDİRNE ÖRNEKLEMİ

Bu tez çalışması için herhangi kurum ve kuruluştan bütçe desteği alınmamıştır.



TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tezimin her aşamasında ilgi ve alakasını, desteğini, rehberliğini eksik etmeyen sevgili hocam Dr. Öğr. Üyesi Aşena KARAMETE,'ye

Araştırmanın veri toplama aşamasında bana destek sağlayan öğrencilere, velilere, öğretmenlere ve Hazel Selin ÖZÇOBAN'a,

Ayrıca, maddi ve manevi yanımda olan, her zorlandığımda bana yol göstermeye çalışan sevgili ablam Nadire PAKKAN'a

Son olarak, tüm hayatım boyunca her zaman yanımda olan sevgilerini benden hiç esirgemeyen babam Nuri KOCAMAN, annem Sema KOCAMAN ve kardeşim Ebrar Sudenur KOCAMAN'a sonsuz teşekkür ederim.

Sedanur KOCAMAN

Temmuz 2025

İÇİNDEKİLER

	Sayfa no
BEYAN	iii
İTHAF.....	iv
BÜTÇE DESTEKLERİ	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ	x
TABLolar LİSTESİ	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
ÖZET	xiv
ABSTRACT	xvi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. PROBLEM TANIMI	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	3
1.3. ARAŞTIRMANIN SORULARI	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. KEKEMELİK VE GELİŞİMSEL KEKEMELİK.....	4
2.2. KEKEMELİK SIKLIĞI VE YAYGINLIĞI.....	5
2.3. TÜRKİYE’DE KEKEMELİĞİN YAYGINLIĞI ÜZERİNE YAPILAN ÇALIŞMALAR.....	8
2.4. ULUSLARARASI ALANYAZINDA KEKEMELİĞİN YAYGINLIĞI ÜZERİNE YAPILAN ÇALIŞMALAR.....	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM	14
3.1. ARAŞTIRMA MODELİ	14
3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM.....	14
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	18
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI	18
3.5. VERİLERİN ANALİZİ	19
4. BULGULAR.....	20
4.1. HİÇ KEKELEMEMİŞ, KEKEMELİĞİ GEÇMİŞ VE KEKEMELİĞİ DEVAM EDEN ÇOCUKLARA İLİŞKİN TANIMLAYICI İSTATİSTİK BULGULARI.....	20
4.1.1. Hiç kekelememiş, kekelemiş ve geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların yaş dağılımı nedir?	20

4.1.2. Hiç kekelememiş, kekelemiş ve geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların sınıf dağılımı nedir?	21
4.1.3. Hiç kekelememiş, kekelemiş ve geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların ailedeki doğum sırası dağılımı nedir?	22
4.1.4. Hiç kekelememiş, kekelemiş ve geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların annelerinin yaş dağılımı nedir?	23
4.1.5. Hiç kekelememiş, kekelemiş ve geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların annelerinin eğitim durumu dağılımı nasıldır?	24
4.1.6. Hiç kekelememiş, kekelemiş ve geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların babalarının yaş dağılımı nedir?	25
4.1.7. Hiç kekelememiş, kekelemiş ve geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların babalarının eğitim durumu dağılımı nasıldır?	26
4.1.8. Hiç kekelememiş, kekelemiş ve geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların ailelerinin gelir seviyesi dağılımı nasıldır?	27
4.1.9. Hiç kekelememiş, kekelemiş ve geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların anne ve babaları arasında akraba evliliği olma durumu dağılımı nasıldır?	28
4.1.10. Hiç kekelememiş, kekelemiş ve geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların ailelerinde kekemelik öyküsü mevcudiyeti dağılımı nasıldır?	28
4.1.11. Hiç kekelememiş, kekelemiş ve geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların ailelerinde kekemelik öyküsü mevcudiyeti olduğu takdirde, kekeleyen kişinin yakınlık derecesi dağılımı nasıldır?	29
4.2. KEKEMELİĞİ GEÇMİŞ VE KEKEMELİĞİ DEVAM EDEN ÇOCUKLARA İLİŞKİN TANIMLAYICI İSTATİSTİK BULGULARI	30
4.2.1. Çocukların kekemelik durumuna göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) dil ve konuşma terapisinden yararlanma dağılımı nasıldır?	35
4.2.2. Çocukların kekemelik durumuna göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) dil ve konuşma dışındaki terapileri almanın dağılımı nasıldır?	35
4.2.3. Çocukların kekemelik durumuna göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) kekelemenin başlangıç yaşı dağılımı nasıldır?	36
4.2.4. Çocukların Kekemelik Durumuna Göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) Kekelemenin Başlangıç Şekli (yavaş veya aniden) Dağılımı	37
4.2.5. Çocukların Kekemelik Durumuna Göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) Başlangıçtaki Kekemelik Şiddeti Dağılımı	37
4.2.6. Çocukların Kekemelik Durumuna Göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) Kekemelikte Görülen Bedensel Gerilim Belirtileri (yumruk sıkma, göz kırpma, sallanma gibi) Dağılımı	38
4.2.7. Çocukların Kekemelik Durumuna Göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) Kekelediği için Söylemekten Çekindiği veya Vazgeçtiği Sözcükler/Harflerin Mevcudiyetinin Dağılımı	39
4.2.8. Çocukların Kekemelik Durumuna Göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) Kekemeliğin Sosyal İlişkilerde Olumsuz Etkisinin Dağılımı	39

4.2.9. Çocukların Kekemelik Durumuna Göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) Kekemeliğin Okul Başarısına Olumsuz Etkisinin Dağılımı	40
4.2.10. Çocukların Kekemelik Durumuna Göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) Kekelediği için Gitmekten Çekindiği Ortamların Mevcudiyetinin Dağılımı	41
4.2.11. Çocukların kekemelik durumuna göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) ateşli hastalık, fiziksel travma, epilepsi, havale ve/veya psikolojik travma öyküsü mevcudiyeti dağılımı	41
4.2.12. Çocukların kekemelik durumuna göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) başlangıçtaki kekemelik davranışları (SÜTUN K-S) (ses/hece/sözcük/cümle tekrarı, ses uzatma, blok, yersiz durak, ekleme, içe nefes alarak konuşma) dağılımı	42
4.2.13. Çocukların kekemelik durumuna göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) kekemeliğe negatif etki edebilecek mizaç özelliklerinin mevcudiyetinin (çekingen, inatçı, duygusal, sakin, hareketli, sıkılgan) dağılımı	43
4.2.14. Çocukların kekemelik durumuna göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) kekemeliğe pozitif etki edebilecek mizaç özelliklerinin mevcudiyeti (meraklı, sabırlı, sosyal, neşeli, düzenli, esnek) dağılımı	44
5. TARTIŞMA.....	45
5.1. TARTIŞMA	45
5.2. ÇALIŞMANIN SINIRLILIĞI.....	54
5.3. SONUÇ	54
5.3.1. Demografik Değişkenler ve Aile Özellikleri:	54
5.3.2. Kekemeliği Geçen ve Devam Eden Çocukların Özellikleri:	55
5.3.3. Psikososyal Etkiler ve Mizaç Özellikleri:	55
5.3.4. Terapötik Müdahaleler:	55
5.4. Öneriler	56
6. KAYNAKLAR	57
7. EKLER	67
EK 1: İNTİHAL RAPORU.....	67
EK 2: ANKET FORMU	68
EK 3: ONAM FORMU	73
EK 4: KATILIMCININ/HASTANIN BEYANI.....	75
EK 5: ETİK KURUL ONAYI	76
8. ÖZGEÇMİŞ.....	77

SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ

ASHA	American Speech-Language-Hearing Association (Amerikan Konuşma-Dil-İşitme Derneği)
Vd.	Ve diğerleri
DKT	Dil Konuşma Terapisi
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
DEHB	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 3. 1: Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgi Dağılımı	15
Tablo 3. 2: Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgi Dağılımı-2.....	17
Tablo 4. 1: Çocukların Yaş Dağılımı	20
Tablo 4. 2: Çocuğun Kekemelik Durumunun Sınıfa Göre Dağılımı	21
Tablo 4. 3: Çocuğun Kekemelik Durumunun Kaçınıcı Çocuk Olduğuna Göre Dağılımı	22
Tablo 4. 4: Çocuğun Kekemelik Durumunun Anne Yaşına Göre Dağılımı	23
Tablo 4. 5: Çocuğun Kekemelik Durumunun Anne Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı	24
Tablo 4. 6: Çocuğun Kekemelik Durumunun Babanın Yaşına Göre Dağılımı	25
Tablo 4. 7: Çocuğun Kekemelik Durumunun Babanın Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı	26
Tablo 4. 8: Çocuğun Kekemelik Durumunun Aile Gelir Düzeyi Göre Dağılımı	27
Tablo 4. 9: Çocuğun Kekemelik Durumunun Akraba Evliliği Durumuna Göre Dağılımı	28
Tablo 4. 10: Çocuğun Kekemelik Durumunun Aile Kekemelik Geçmişine Göre Dağılımı ..	28
Tablo 4. 11: Çocuğun Kekemelik Durumunun Ailede Kekemeliği Olan Bireyin Çocuğa Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı.....	29
Tablo 4. 12: Çocukların Kekemelik Durumlarına İlişkin Bilgi Dağılımı	30
Tablo 4. 13: Çocukların Kekemelik Durumlarına İlişkin Bilgi Dağılımı-2	32
Tablo 4. 14: Başlangıçtaki Kekemelik Davranışlarına İlişkin Bilgiler	33
Tablo 4. 15: Kekemeliğe Negatif Etki Edecek Mizaç Özellikleri	34
Tablo 4. 16: Kekemeliğe Pozitif Etki Edecek Mizaç Özellikleri	34
Tablo 4. 17: Çocuğun Kekemelik Durumunun Çocuğun Dil Konuşma Terapisinden Yararlanmasına Göre Dağılımı.....	35
Tablo 4. 18: Çocuğun Kekemelik Durumunun Farklı Terapi Alma Durumlarına Göre Dağılımı.....	35
Tablo 4. 19: Çocukların Kekemelik Durumlarının Kemelik Başlangıç Yaşı Dağılımı	36
Tablo 4. 20: Çocukların Kekemelik Durumlarının Kekemelik Başlangıç Şekline Göre Ki-kare Sonuçları.....	37
Tablo 4. 21: Çocukların Kekemelik Durumlarının Başlangıçtaki Kekemelik Şiddetine Göre Dağılımı.....	37
Tablo 4. 22: Çocukların Kekemelik Durumlarına Göre Bedensel Gerilim Dağılımı	38
Tablo 4. 23: Çocukların Kekemelik Durumlarının Söylemekten Çekindiği Sözcük Durumlarına Göre Ki-kare Sonuçları.....	39
Tablo 4. 24: Çocukların Kekemelik Durumlarının Sosyal İlişkilere Olumsuz Etkisine Göre Dağılımı.....	39
Tablo 4. 25: Çocukların Kekemelik Durumlarının Okul Başarısına Olumsuz Etkisine Göre Dağılımı.....	40

Tablo 4. 26: Çocukların Kekemelik Durumlarının Gitmekten Çekindiği Ortam Durumuna Göre Dağılımı	41
Tablo 4. 27: Çocukların Kekemelik Durumlarının Ateşli Hastalık, Fiziksel Travma, Epilepsi, Havale veya Psikolojik Travma Öyküsüne Göre Dağılımı	41
Tablo 4. 28: Çocukların Kekemelik Durumlarının Başlangıçtaki Kekemelik Davranışlarına Göre Dağılımı	42
Tablo 4. 29: Çocukların Kekemelik Durumlarının Negatif Mizaç Özelliklerine Göre Dağılımı	43
Tablo 4. 30: Çocukların Kekemelik Durumlarının Pozitif Mizaç Özelliklerine Göre Dağılımı	44



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4. 1: Çocukların Kekemelik Durumuna İlişkin Grafik	32
--	----



ÖZET

Kocaman, S. (2025). 7-11 Yaş Arası Çocuklarda Kekemelik Yaygınlığının İncelenmesi: Edirne Örnekleme. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Atlas Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı, İstanbul.

Bu çalışmanın amacı, 7-11 yaş arası çocuklarda Edirnedeki kekemelik yaygınlığının incelenmesidir. Ayrıca bu durumu etkileyen çeşitli demografik, psikolojik ve çevresel faktörlerin incelenmesi amaçlanmaktadır. Araştırma Edirne ilinde okul çağındaki çocuklar üzerinde kesitsel araştırma yöntemi kullanılarak gerçekleştirilecektir. Bu kapsamda, kekemeliği devam eden çocukların kendilerine, ailelerine ve kekemelik öyküleri ile ilişkili değişkenlerin çocukların kekemelik durumuna etkileri incelenecektir.

Bu araştırmaya Edirne ilinden 7-11 yaş arası 418 çocuk katılım sağlamıştır. Bu çocuklardan 92'sinin kekemeliğinin geçtiği, 31'inin hala kekelediği ve ayrıca 43'ünün kız, 80'inin erkek olduğu belirlenmiştir. İki aşamalı olarak hazırlanan araştırma sorularının ilk bölümünde; kekemelik durumunun yanı sıra çocuğa ve ailesine ilişkin kişisel bilgiler yer almaktadır. İkinci bölümde ise sadece kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen çocuklara yönelik olarak hazırlanmış olan kekemelik durumunun başlangıcı, şiddeti, terapi alma durumu, kekemeliğin getirmiş olduğu bedensel, psikolojik, sosyal ve duygusal sorunlar, kekemelik davranışları ile kekemeliğe etki edecek pozitif ve negatif mizaç özellikleri incelenmiştir.

Araştırma bulguları, 7 yaş grubu ve 1.sınıfa giden çocuklardaki kekemelik yaygınlığının daha fazla olduğunu göstermiştir. 26-35 yaş ile 36-45 yaş arası annelerin çocuklarındaki kekemelik yaygınlığı ve 36-45 yaş arası babaların çocuklarındaki kekemelik yaygınlığı daha yüksek bulunmuştur. Tek çocuk olan çocuklarda kekemelik görülme yaygınlığının daha fazla olduğu belirlenmiştir. İlköğretim ve lise mezunu olan annelerin çocuklarında görülen ve İlköğretim mezunu olan babaların çocuklarında görülen kekemelik yaygınlığı daha yüksek bulunmuştur. Birinci ve ikinci derece akrabasında kekemelik geçmişi olan çocuklarda kekemelik yaygınlığının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Kekemeliği geçmiş olan çocukların gelir düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kekemeliği devam eden çocukların başlangıç yaşlarının 2-3 yaş arasında daha fazla olduğu görülmüştür. Kekemeliği devam eden çocukların başlangıçtaki kekemelik şiddetlerinde çok hafif ve orta düzey olarak, kekemeliği geçmiş çocuklarda ise hafif ve orta şiddetli kekemelik düzeylerinin fazla olduğu görülmüştür. Kekemeliği devam eden çocukların okul başarılarında zorlandıkları görülmüştür. Kekemeliği devam eden çocukların davranışlarında en fazla ses tekrarı, ses uzatma, blok, hece tekrarı ve

eklemeler yaşadığı görölmüştür. Kekemelik görölen çocuklarda en fazla (sıkılđan, duygusal, çekingen) negatif mizaç özelliklerine, (meraklı, neşeli, düzenli) pozitif mizaç özelliklerine sahip olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kekemelik, Gelişimsel kekemelik, Kekemelik Yaygınlığı, Doğal iyileşme, Risk faktörleri



ABSTRACT

Kocaman, S. (2025). Investigation of Stuttering Prevalence in Children Aged 7-11: Edirne Sample. Master's Thesis, Istanbul Atlas University Graduate Education Institute, Department of Language and Speech Therapy, Istanbul.

The aim of this study is to examine the prevalence of stuttering in children aged 7-11 who live in Edirne. It is also aimed to examine various demographic, psychological and environmental factors affecting this situation. The research will be conducted using a cross-sectional research method on school-aged children in the province of Edirne. In this context, the effects of variables related to children who continue to stutter, their families and their stuttering history on the stuttering status of the children will be examined.

418 children aged 7-11 from the province of Edirne participated in this research. It was determined that 92 of these children had stopped stuttering, 31 still stuttered and 43 were girls and 80 were boys. The first part of the research questions prepared in two stages includes personal information about the child and his/her family as well as the stuttering status. In the second section, the onset of stuttering, severity, therapy status, physical, psychological, social and emotional problems caused by stuttering, stuttering behaviors and positive and negative temperament characteristics that will affect stuttering, which are prepared only for children whose stuttering continues and those whose stuttering has passed, were examined.

The research findings have shown that the prevalence of stuttering is higher in the 7-year-old group and children in the 1st grade. The prevalence of stuttering in children of mothers aged 26-35 and 36-45 and in children of fathers aged 36-45 were found to be higher. It was determined that the prevalence of stuttering is higher in children who are only children. The prevalence of stuttering in children of mothers who are primary school and high school graduates and in children of fathers who are primary school graduates was found to be higher. It was determined that the prevalence of stuttering is higher in children whose first and second degree relatives have a history of stuttering. It was found that the income levels of children who have passed stuttering are higher. It has been observed that the age of onset of children who continue to stutter is higher between 2-3 years. It has been observed that children who continue to stutter have very mild and moderate levels of initial stuttering, while children who have stopped stuttering have high levels of mild and moderate stuttering. It has been observed that children who continue to stutter have difficulty in academic success. It has been observed that

children who continue to stutter have the most negative temperament characteristics (shy, emotional, shy) and positive temperament characteristics (curious, cheerful, organized).

Keywords: Stuttering, Developmental stuttering, Stuttering Prevalence, Natural recovery, Risk factors



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEM TANIMI

Kekemelik, en az 40 yy. tüm kültürlerden insanları etkilemiştir ve tanımları, değerlendirme yöntemleri ve tedavisi konusunda onlarca yıldır tartışmalar yaşanmaktadır. Kekemelik, seslerin, hecelerin veya kelimelerin tekrarlanması; seslerin uzatılması ve blok olarak bilinen konuşma kesintileriyle karakterize bir konuşma bozukluğudur (Prasse ve Kikano, 2008). Kekemeliğin başlangıcında birçok öncül ve risk faktörünün rol oynadığı düşünülmektedir. Kekemelik, gelişimsel bir iletişim bozukluğu olarak, farklı evrelerde (başlangıç, gelişen, kalıcı) kendini göstermektedir. Genellikle çocukluk döneminde başlar ve bireyin yaşına, dil gelişimine ve çevresel faktörlere bağlı olarak değişiklik gösterir. Başlangıç evresi genellikle 2-5 yaşları arasında görülür. Ayrıca, çocukların dil gelişiminin belirli aşamalarında kekemelik belirtilerinin ortaya çıkması, dil becerilerinin gelişimi ile doğrudan ilişkilidir; özellikle 2-4 yaşları arasında, çocukların sözdizimsel becerilerini kazandıkları dönemde ilk kekemelik belirtileri gözlemlenmektedir (Atılğan, 2022). Gelişen evrede çocukların dil gelişimlerinin daha belirgin hale geldiği 5-7 yaşları arasında ortaya çıkar. Bu dönemde kekemelik daha belirgin hale gelir ve çocuklar, konuşma sırasında tekrarlar, uzatmalar ve duraksamalar gibi belirtiler göstermeye başlar (Caruso vd., 2022, s. 3). Bu evrede, çocukların sosyal etkileşimleri de etkilenebilir; çünkü kekemelik, akranlarıyla olan ilişkilerinde zorluklar yaratabilir (Bajaj vd., 2014). Kalıcı evre 7 yaşından itibaren başlar. Bu evrede kekemelik, bireyin yaşamı boyunca devam edebilir ve tedavi gerektirebilir. Kalıcı evrede, kekemelik daha karmaşık bir hale gelir ve bireyler, konuşma sırasında daha fazla stres ve kaygı hissedebilirler. Bu evrede, bireylerin sosyal yaşamları üzerinde olumsuz etkiler görülebilir; örneğin, kekemelik yaşayan bireyler, sosyal durumlarda daha fazla çekingenlik yaşayabilir ve bu durum, sosyal etkileşimlerini kısıtlayabilir (Bajaj vd., 2014). Kekemeliğin seyrini belirlemede bu evreler büyük önem taşımaktadır. Kekemelik, bireylerin sosyal etkileşimlerini ve öz güvenlerini de olumsuz etkileyebilir, bu nedenle tedavi ve destek önemlidir (Dumanoğlu, 2006).

Yaygın inanın aksine, kekemelik sadece bir konuşma bozukluğu değil, insanları hayatın birçok alanında da etkileyen bir sorundur. Kekemeliği olan kişiler sosyal katılım, ifade, sözlü iletişim, akademik yaşam ve profesyonel performansta kısıtlamalar yaşayabilir (Guitar, 2014). Kekemelik, gelişimsel bir sorun olmakla birlikte günümüzde yaygın sayılabilecek boyutlardaki bir tanıdır. Bireylerin en önemli iletişim araçlarından olan konuşmada ortaya çıkan

ve özünde bir konuşma güçlüğü olan kekemelik bireyin gelişim çağına bağlı olarak yoğunluk farklılığı gösterebilmektedir. Kekemelik, bireylerin psikolojik durumları üzerinde de önemli etkilere sahiptir. Kekemelik yaşayan bireyler, sosyal durumlarda kaygı ve stres yaşayabilir, bu da durumun daha da kötüleşmesine yol açabilir (Singer vd., 2020, s. 2995). Kekemeliğin çocuğun sosyal ve duygusal refahı üzerinde önemli olumsuz etkileri olmasına rağmen, bu etkilerin ancak zamanla ortaya çıkabileceği vurgulanmaktadır (Andrews vd., 2016).

Kekemeliğin yaygınlığında utangaçlık, suçluluk, sosyal etkileşim eksikliği ve çekingenlik gibi mizaç özelliklerinin etkili olabileceği ifade edilmiştir (Beilby vd., 2013; Plexico vd., 2009). Çocukluk deneyimleri, sosyal kaygının kekemeliği olan ve iletişim güçlüğü çeken çocuklarda daha da belirgin olduğunu göstermektedir (Rezaeian vd., 2020). Kekemeliğin bu çocukların akademik ve sosyal performansı üzerinde birçok olumsuz etkisi olduğu bulunmuştur (Hayhow vd., 2002). Bu nedenle, kekemelik tedavisinde psikolojik destek ve aile katılımı da önemlidir. Ailelerin ve öğretmenlerin, kekemelik konusunda bilgi sahibi olmaları, bireylerin kendilerini daha iyi ifade etmelerine ve sosyal ortamlarda daha rahat olmalarına yardımcı olabilir (Özdemir ve Dağ, 2023, s. 9). Sonuç olarak, kekemelik, çok boyutlu bir sorun olup, etkili bir tedavi için multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir.

Kekemelik tedavisinde çeşitli yaklaşımlar bulunmaktadır. Bunlar arasında bireysel terapi, grup terapisi ve davranışsal müdahaleler yer almaktadır. Ayrıca, grup terapileri, bireylerin sosyal becerilerini geliştirmelerine ve kendilerine olan güvenlerini artırmalarına yardımcı olmaktadır (Fry vd., 2013, s. 113). Kekemelik tedavisinde erken müdahale, bireylerin yaşam kalitesini artırmak ve sosyal etkileşimlerini geliştirmek açısından kritik öneme sahiptir (Nang vd., 2018, s. 1244).

Bu çalışmada 7-11 yaş arası çocuklarda kekemelik yaygınlığı ve çeşitli sosyo demografik faktörlerin bu durum üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bazı sosyo demografik faktörlerin kekemelik yaygınlığında etki göstermesi beklenmektedir. Ayrıca kekemeliği devam eden çocukların psikososyal ve mizaç özellikleri ile terapötik müdahalelerinin kekemelik yaygınlığına etkisi incelenmektedir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı, Edirne ilinde 7-11 yaş arasındaki okul çağındaki çocuklarda ebeveyn beyanına göre kekemelik yaygınlığını belirlemek, kekemeliği olan, geçmişte yaşamış ancak iyileşmiş olan ve hiç yaşamamış çocukların demografik özelliklerini betimlemek ve kekemelik öyküsü olan çocuklarda kekemeliğin seyrine ilişkin bireysel özellikleri (başlama yaşı, mizaç, bedensel belirtiler vb.) gözlemsel olarak incelemektir. Ayrıca, kekemelik deneyimi yaşayan çocuklarda terapi alma durumu ve ailede kekemelik öyküsü gibi faktörlerin dağılımı da değerlendirilmiştir.

1.3. ARAŞTIRMANIN SORULARI

Bu amaç doğrultusunda çalışmada sorumlu araştırmacı tarafından hazırlanan aşağıdaki araştırma soruları belirlenmiştir

1. Edirne ilindeki okul çağındaki çocuklarda ebeveyn beyanına göre kekemelik yaygınlığı nedir ve kekemeliği olan, geçmişte olmuş ancak geçmiş ve hiç yaşamamış çocukların temel demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, doğum sırası, ebeveyn yaşı ve eğitimi, gelir durumu vb.) nasıl bir dağılım göstermektedir?
2. Edirne ilindeki okul çağındaki çocuklarda ebeveyn beyanına göre hayatının bir döneminde kekemelik yaşamış çocuklarda (geçmişte olup geçen ve halen devam eden) terapi alma durumu, ailede kekemelik öyküsü ve kekemeliğin başlama şekli gibi özellikler nasıl bir dağılım göstermektedir?
3. Edirne ilindeki okul çağındaki çocuklarda ebeveyn beyanına göre kekemeliği geçmiş ve halen devam eden çocukların kekemeliğin seyriyle ilişkili bireysel özellikleri (başlama yaşı, bedensel gerilim, mizaç, sosyal ve akademik etki vb.) açısından nasıl bir dağılım göstermektedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KEKEMELİK VE GELİŞİMSEL KEKEMELİK

Kekemelik, seslerin, hecelerin veya kelimelerin tekrarlanması; seslerin uzatılması ve blok olarak bilinen konuşma kesintileriyle karakterize bir konuşma bozukluğudur (Prasse ve Kikano, 2008). Genel açıdan bakıldığında kekemelik, bireylerin akıcı bir şekilde konuşma yetisini etkileyen önemli bir sosyal sorundur. Guitar (2006) kekemeliği, konuşma akışında alışılmadık derecede yüksek sıklıkta ve/veya uzunlukta kesintiler olması olarak tanımlamaktadır. Gelişimsel kekemelik, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM-5'te (American Psychiatric Association, 2013) çocuklukta başlayan kekemelik olarak tanımlanmaktadır. DSM-5'e göre kekemeliğin tanımına, etkilenen kişinin yaşına ve dil becerilerine uygun normal konuşma akıcılığında ve konuşma örüntülerinde görülen sınırlılıklar ve sapmalar da girmektedir. Nedeni tam olarak bilinmese de, kekemeliğin ortaya çıktığı ortalama yaş 33 ay olarak belirtilmektedir ve beraberinde bilişsel, dilsel, motor, nörolojik ve çevresel faktörlerinde önemli rol oynadığı düşünülmektedir (Ward, 2008; Yairi vd., 2005).

Kekemelik, herhangi bir kültür ve etnik grupta görülebilen bir konuşma bozukluğudur. Çoğunlukla dil gelişiminin erken evrelerinde, yani okul öncesinde ortaya çıkar (Yairi ve Ambrose, 2005). Yaşam boyu yaygınlık oranı %5'tir ve kalıcı kekemelik oranı %0,5-1'dir. Türkiye'de 1996'da yapılan bir çalışmada kekemeliğin konuşma ve dil bozukluklarının %19'u olduğu bildirilirken, başka bir çalışmada bu oran yalnızca %4,38 bulunmuştur (Öztürk, 2002, s. 93).

Kekemelik, genellikle yedi yaşından önce ortaya çıkan bir dil bozukluğu olarak bilinir ve genellikle dil gelişiminin yoğun olduğu 2 ila 5 yaşları arasında başlar ve etkilenen bireylerin %75'i iki yıl içinde kendiliğinden iyileşir. Ancak nadir durumlarda ergenlik döneminde de ortaya çıkabilir (Bengisu, t.y; Packman vd., 2007). Çocukluk çağı konuşma bozukluklarının %2'si kalıcı kekemelik, yaklaşık %5'i de geçici kekemelik olarak tanımlanmaktadır. Alinyazında bir başka araştırmada kekemelerin %50'sinin ergenlik döneminde kendiliğinden iyileştiği ve %80'inin geç ergenlik döneminde iyileştiği bildirilmektedir (Bloodstein ve Ratner, 2008, s. 58-63).

Kekemelik erken dönemlerde başlayabildiği gibi hayat boyu devam edebilmektedir (Bloodstein ve Bernstein-Rather, 2008; Walden vd., 2012; Tumanova vd., 2014). Alm ve Risberg (2007), kekemeliğin konuşma akıcılığındaki bozukluğa ek olarak konuşma hızı,

konuşma tonlaması ve vurgusu, telaffuz, yüz ifadesi ve konuşurken duruş bozuklukları gibi sorunları da içerdiğini, kekemeliğin tanımının birkaç faktöre indirgenemeyeceğini ve bu sayılan problemlerin hepsinin bireylerde görülemeyebileceğini belirtmiştir. Konuşma özelliklerine ek olarak, kekeme çocuklar göz kırpması, yüz buruşturma, çene ve boyun gerginliği, göz temasının azalması ve el vurma gibi kekemeliğe ilişkili “ikincil davranışlar” geliştirirler (Riva-Posse vd, 2008). Bu ikincil davranışlar onların iletişim becerilerini büyük ölçüde olumsuz olarak etkilemektedir. Kekeleyen çocuklar, olumsuz dil deneyimleri nedeniyle geliştirdikleri ses ve sözcük korkusunu yenmek için sözcük değiştirme gibi dolaylı stratejileri de kullanırlar (Plexico vd, 2009).

Alanyazında kekemeliğin nedenleri genel olarak nörolojik, genetik, çevresel ve psikolojik faktörler olarak ifade edilmektedir. Yaş, fonolojik özellikler, ailede kekemelik öyküsü olması gibi bir veya daha fazla risk faktörüyle birlikte ortaya çıkabilmektedir. Araştırmalar, kekemeliğin genetik yatkınlık ile ilişkili olduğunu ve bazı bireylerde aile geçmişinin önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Özdemir ve Dağ, 2023, s. 29). Silverman (2004), bu durumun ailede pozitif bir öykü varsa önlem alınarak önlenilecek bir konuşma bozukluğu olduğunu belirtmektedir. Genellikle çocukluk döneminde başlayan bu durum, bireylerin sosyal etkileşimlerini ve özsaygılarını olumsuz yönde etkileyebilir (Eliküçük vd., 2020, s. 191).

2.2. KEKEMELİK SIKLIĞI VE YAYGINLIĞI

Kekemelik üzerine yapılan literatür, olayın anlamı konusunda onlarca yıldır süregelen bir kafa karışıklığının olduğunu ortaya koymaktadır. Bu karışıklık, bildirilen veriler ve tartışma aşlında yaygınlık ile ilgili olduğunda sıklıkla yanlış ifade edilmektedir. Bazı araştırmacılar, toplumda kekemeliğin görülme sıklığını %5 olarak, yaygınlığını ise %1 olarak ifade etmişlerdir (Conture, 2011; Büchel, 2004; Guitart, 2013). Reilly vd., (2013) kekemelikte en yüksek görülme sıklığının okul öncesi çağda meydana geldiğini ve 3-4 yaş grubunda bu sıklığın %8,5 ile 11 arasında değiştiğini ifade etmişlerdir. Yairi ve Ambrose (2013)’de çocukluk çağında kekemeliğin görülme sıklığını %8 olarak belirtmiştir. Kekemelik belirtileri çoğu çocukta küçük yaşta ortadan kalkar (Bernstein Ratner ve Bloodstein, 2008). Bu yaş aralığındaki çocuklarda gözlemlenen kekemeliğin %90’ında müdahale ile veya müdahale olmaksızın kendiliğinden çözülebildiği bildirilmiştir (Yairi ve Ambrose, 2013).

Bu bulgulara ek olarak, literatürde kekemeliğin sıklığına ilişkin birçok farklı bulgu yer almakta ve bu durum çalışmaların örneklem gruplarının farklılaşmasından kaynaklanmaktadır. Kekemeliğin kalıtsal faktörlerinin cinsiyete göre değiştiği, kalıtımın erkek çocuklarda kız çocuklarına göre daha belirgin olduğu gösterilmiştir. Yaşam boyu yaygınlık, yaşamlarının bir noktasında kekemeliği olması beklenen insanların oranı yaklaşık %5'tir ve erkekler genellikle kadınlardan iki ila beş kat daha sık etkilenmektedir (Craig ve Tran, 2005, s. 105). Craig vd., (2002) erkek çocuklardaki kekemelik yaygınlığının oranının kız çocuklarından 3 kat daha fazla olduğunu ifade etmiştir. Karacan (2000), kekemelik sıklığının %3, yaygınlığının %1, erkek/kız oranının ise yaklaşık 4/1 olduğunu bildirmiştir. Packman vd., (2007) bu dil bozukluğunda yetişkinlerde erkek çocuklarının kız çocuklarına oranının 5:1 olduğunu, yaygınlığının %1 olduğunu ve toplumdaki sıklığının yaklaşık %5 olduğunu bildirmiştir. İkiz çalışmalarında, ebeveynlerin çocukluk çağı kekemeliğine ilişkin bildirimleri kullanıldığında, erkek çocuklarda yaygınlık oranları %7-6,7 (Dworzynski vd., 2007) ve kız çocuklarında %3,6'dır (Ooki, 2005, s. 69-75).

Kekemelik insidansı, coğrafi bölgelere ve kültürel faktörlere göre de değişiklik göstermektedir. Örneğin, bazı ülkelerde yapılan çalışmalarda kekemelik insidansı %0,7 ile %1,1 arasında değişirken, başka bir çalışmada bu oran %4,7 olarak belirlenmiştir (Kavya, 2023, s. 182; Sommer vd., 2021). Bu farklılıklar, araştırma yöntemleri, örneklem büyüklüğü ve tanı kriterlerinin çeşitliliğinden kaynaklanabilir. Sonuç olarak, kekemelik hem çocukluk hem de yetişkinlik döneminde önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmakta ve bu durumun insidansı, bireylerin sosyal ve psikolojik durumları üzerinde derin etkiler bırakmaktadır.

Danimarka'nın Bornhlom adasında 2 yıllık süre zarfında doğan (1042) tüm çocuk nüfusunda erken çocukluk dönemi kekemeliğinin görülme sıklığının araştırıldığı pilot çalışma sonuçlarına baktığımızda; kekemelik görülme sıklığının (53 çocuk) %5,19 seviyesine çıktığını, çocukların %71,5'inin yapılan ilk anket sonrası 2 yıl içerisinde kekemeliği bıraktığı tespit edilmiştir (Mansson, 2000). Kekemeliği devam eden 12 çocuğun (4 kız- 8 erkek) başlangıç yaşı dikkate alındığında; yaş aralığının 24 ile 42 ay olduğu belirlenmiştir. Ortalama başlangıç yaşının 33 ay olduğunu belirtirken, ortalamanın kızlarda 31 ay, erkeklerde ise 34 ay olarak not alınmıştır. Felsenfeld (2002), kekemeliğin yaşam boyu görülme sıklığını %0,5-1 nokta prevalansına kıyasla %4-5 olarak belirtmiştir. Yairi ve Ambrose (2005) kekemelik vakalarının %85'inde kekemeliğin başlangıcının 3,5 yaşına kadar gerçekleştiğini ve 4 yaşından sonraki

çocukların 10-12 yaşına kadar yaklaşık %75 doğal, yardımsız iyileşme durumlarının olduğunu belirtmiştir.

Alanyazında kekemeliğin en fazla 2-4 yaş arasında görüldüğünü ve çok az bir kısmının 2 yaş öncesi kekemelik başlangıcı olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (Reilly vd., 2013). Walsh vd., (2018) ise kekemelik görülme sıklığında cinsiyetinde etkisinin büyük oranda etkili olduğunu belirtmiştir. Yine benzer şekilde kekemelik üzerine yapılan çalışmalarda kekemelik ve cinsiyet arasındaki ilişkinin varlığı incelendiğinde erkeklerin daha dezavantajlı olduğu, kızlara oranlara erkeklerde görülen kekemeliğin iki kat daha fazla olduğunu belirten araştırmalar mevcuttur (Carlo ve Watson, 2003). Kekemeliğin yaygınlığı ve sıklığı incelendiğinde toplumda yaşam boyu yaygınlığının %5, ortalama yaygınlığının ise %1 olduğu sonucuna varılmıştır. Kekemeliğin iyileşme oranı %80 olarak tahmin edilmekte olup, erkek/kadın yaygınlık oranı 4:1'dir (Yairi ve Ambrose, 2013). Craig vd., (2009) tarafından yapılan çalışmada genel popülasyonda kekemeliğin yaşam boyu yaygınlığı %0,72 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada en yüksek oran okul öncesi çocuklarda %1,4-1,44 olarak bildirilirken, en düşük oran ergenlikte %0,53 olarak bildirilmiştir.

Aile geçmişinde kekemelik öyküsü olup genetik yatkınlığa sahip olan çocuklarda kekemelik görülme olasılığı (%1,89) daha fazladır (Singer vd., 2020). Alanyazında yapılan çalışmalar göstermiştir ki ailesinde kekemelik öyküsü bulunan çocuklarda kekemelik görülme oranı daha yüksektir. Reilly vd., (2013) kekemeliği devam eden kişilerin 1.derece akrabalarında kekemelik öyküsüne rastlama olasılığının yüksek olduğunu vurgulamıştır. Aynı şekilde Yüksel vd., (2020) yaptıkları araştırmada vakaların %51'inin ailesinde kekemelik öyküsü olduğunu belirtmişlerdir. Mansson (2000) da 1.derece akrabalarında kekemelik öyküsü olan kişilerde kekemeliğin görülme oranının toplumun genelinden 2-3 kat daha fazla olduğunu belirtmiştir. Bu durum kekemelikte genetik olarak yatkınlığın olabileceğini düşündürmektedir. Kekemeliği olan kişilerin yaklaşık %30 ile %50'sinin ailesinde kekemelik öyküsü olduğu bildirilmektedir (Bloodstein ve Bernstein-Ratner, 2008). Yairi ve Ambrose (2005) yaptıkları çalışmada gelişimsel kekemeliğe sahip çocukların %65'inin ailesinde kekemelik öyküsünün bulunduğunu, kalıcı kekemeliği olduğundan şüphelenilen çocuklarda bu oranın %88'e çıktığını bildirmişlerdir. Cavenagh vd., (2015) kekemeliğe ilişkin bir aile öyküsünün hem kekemeliğin gelişimi hem de devamı için güçlü bir risk faktörü olduğunu bildirmiştir. Yine kekemeliğin birinci derece akrabası (örneğin, ebeveyn, kardeş) olan bireylerde artmış görülme sıklığı gözlemlenmiştir ve bu akrabaların özdeş ikiz olması durumunda iki kat daha fazla görülme

sıklığı olabileceği ifade edilmiştir (Kraft ve Yairi, 2011). Kekeleyen kişilerin kekemeliği olan bir babaya sahip olma olasılığı, kekemeliği olan bir anneye sahip olma olasılığından daha yüksek olarak tahmin edilmektedir (Darmody vd., 2022).

Bugüne kadar yapılan çalışmalar dikkate alındığında, dünya genelinde en yaygın kabul gören kekemelik yaygınlık oranı %4-5 civarında iken, gerçek yaygınlık oranı %1'dir (Bloodstein ve Ratner, 2008). Ella vd., (2015) yaptıkları kesitsel çalışma sonrasında kekemelik yaygınlık oranının %1,03 olduğunu ifade ederken, yaşın artması ile kekemelik yaygınlığında azalma olduğunu belirtmişlerdir. Avustralya'da yapılan bir telefon anketi sonucunda, kekemelik yaygınlığının nüfusta %0,72 oranında olduğu bulunmuştur. Yaygınlığın en yüksek oranı gençlerde %1,4- 1,44 ile küçük çocuklar arasında, %0,53 ile ergenler arasında en düşüktür (Craig vd., 2002, s. 105). Orta Doğu'da, İran'da kekemelik üzerine yapılmış gerçekleştirilmiş çalışma sonuçları incelendiğinde; 2005 yılında ilköğretim okullarındaki 7881 öğrenciyle yüz yüze görüşülerek yapılmış ve kekemeliğin yaygınlık oranı %1,2 olarak tespit edilmiştir (Karbasi, Fallah ve Golestan, 2011). Bir diğer çalışmada Borsel vd., (2006) 6-15 yaş arası çocuklarla yaptığı araştırma sonucunda yaygınlık oranlarını normal okul nüfusundaki genel yaygınlık oranını %0,58 ve özel okul nüfusunda ise %2,28 olarak belirtmiştir. Hindistan'ın Tamil Nadu eyaletinde yapılan büyük çaplı araştırmada kekemelik yaygınlığının %0,46 olduğu belirlenmiştir (Nadhini Devi vd., 2018). Alanyazında yabancı dil olarak inceleme yapıldığında İngilizcenin çoğunluk dil olmadığı ülkelerde kekemelik yaygınlık oranları incelendiğinde Japonya'daki 3 yaş grubu çocuklarda %1.41 (Shimada vd., 2018), Kamerun'da 3-5 yaş arası çocuklarda %8,4 (Oyono vd., 2018), Almanya'da 5 yaşındaki çocuklar için %0,65 (Sommer vd., 2021) ve Ürdün'deki okul çağındaki çocuklar için %1,38 olarak belirlenmiştir (Al-Jazi & Al-Khamra, 2015).

2.3. TÜRKİYE'DE KEKEMELİĞİN YAYGINLIĞI ÜZERİNE YAPILAN ÇALIŞMALAR

Arı (2021) 3-7 yaş arası çocuklarda kekemeliğin yaygınlık, sıklık ve kendiliğinden iyileşme oranlarını incelerken; anne eğitim seviyesinin ve kardeş sayısının çocuklardaki kekemelik devamında etkili bir fark yaratmadığını, çocukların yaş ve cinsiyetlerine bağlı olarak kekemelik görülme durumlarının istatistiksel anlamda farklılık göstermediğini tespit etmiştir.

Kocabıyık ve Duray (2021)'in gelişimsel kekemelik ile mizaç ilişkisine yönelik olarak yaptıkları derleme çalışmasında 19 makale çalışma kapsamında incelenmiştir. Bu çalışmalardan 13'ü kekemeliği olan ve olmayan bireylerin mizaç özelliklerini karşılaştıranlar,

2'si kekemeliğin kendiliğinden iyileşmesi ve kronikleşmesinde mizaçın rolünü değerlendirenler ve 4'ü ise güncel kekemelik kuramları ile ilgilidir. Araştırma sonuçları çalışmaların çoğunda, kekemeliği olan çocuklar ile tipik gelişim gösteren çocuklar arasında mizaç alt boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunduğunu ortaya koymuştur.

Yüksel ve diğerleri (2020) çocukluk çağı kekemelik başlangıcı olan çocuklarda düzelmenin öngördürücülerini incelemişlerdir. Kekemelik durumu ile kliniğe başvuran çocukları iki gruba (düzelme olan ve olmayan) ayırarak, sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendirmişlerdir. Araştırmaya 2-17 yaş arası 287 kekemeliği olan çocuk katılmış ve 58'inde düzelme saptanmıştır. Kekemeliği düzelen grupta erkek çocuk oranının daha düşük, kardeş sayısının daha az, kekemeliğin toplam süresinin daha kısa hem anne hem de babanın eğitim düzeyinin daha yüksek, kekemelik ile ilişkili yüz ve uzuv hareketlerinin daha az sıklıkta ve kaçınma davranışlarının daha az yaygın olduğunu bulmuşlardır. Bu çocuklarda babanın eğitim düzeyi ve konuşma terapisine katılım, kekemeliğin düzelmesinin pozitif yordayıcıları; kekemeliğin düzelmesini negati yönde etkileyen yordayıcılar ise cinsiyet (erkek), kardeş sayısının çok olması, stres faktörleri, daha uzun süreli kekemelik ve yüz ifadeleridir.

Dönmez ve Özel Özcan (2020) okul çağındaki çocukların gelişimsel kekemeliklerine eşlik eden psikiyatrik bozuklukları değerlendirmek için yaptıkları kesitsel araştırmayı 6-12 yaş arası 89 çocuk ile gerçekleştirmişlerdir. Çalışmada erkek çocukların psikiyatrik eş tanı oranları kızlarda göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Çocukların psikiyatrik tanılarını incelendiğinde en yüksek oranda DEHB kekemeliği olan çocuklarda görülmüştür.

Malkoç (2020) çalışmasında çocukların mizaç özellikleri, dikkat yanlılığı ve yürütücü işlev becerilerine odaklanmıştır. Araştırma da üç grup olarak oluşturduğu örneklem grubunda 12'si kekemeliği iyileşen, 12'si kekemeliği devam eden ve 12'si tipik gelişim gösteren 7-11 yaş arası çocuklardır. Çocukların dahil edilme kriterinde kekemeliği iyileşen çocuklarda en az 12 aydır akıcı konuşma sergilemesi, kekemeliği dışında herhangi bir işitsel ya da fizyolojik sorununun olmaması, kekemeliği olan çocuklarda ise kekemelik şiddetinin puanlamada 1'den büyük olması, 400 hecelik konuşma değerlendirmesinde kekemelik davranışları görülme sıklığının %3'ün üzerinde olmasını dikkate almıştır. Çocukların mizaç özelliklerini belirlemek için Okul Çağı Çocukları İçin Mizaç Ölçeği ve Duygu Ayarlama Ölçeğini kullanmıştır. Araştırma sonucunda kekemeliği olan, tipik gelişim gösteren ve kekemeliği iyileşen çocukların mizaç özellikleri alt boyutları arasında anlamlı farklılık olmadığını belirtmiştir.

Aydın (2015) araştırmasında gelişimsel kekemelik ile mizaç özelliklerini incelemiştir. Kekemeliği devam eden, kendiliğinden iyileşen ve tipik gelişim gösteren çocukların mizaç özelliklerini karşılaştırmıştır. Araştırma örneklem grubunu 3-7 yaş arası 150 çocuk oluşturmaktadır. Çocukların mizaç özelliklerini değerlendirmek adına Çocuk Davranış Listesi (ÇDL) ve çocukların tutum ve davranışlarını belirlemeye yöneik olarak ebeveynlere yönelitilecek olan Conner's Ana Baba Derecelendirme Ölçeği (CADÖ-48) kullanılmıştır. Kekemeliği devam eden çocuklar, ÇDL'nin yaklaşım/olumlu katılım, korku ve rahatsızlık alt boyutları ve olumsuz duygular alt ölçeğinde normal gelişim gösteren akranlarına göre daha yüksek puanlar gözlenirken, gülümseme ve kahkaha alt boyutunda daha düşük puan aldıkları belirlenmiştir. Kekemeliği kendiliğinden düzelen çocukların, ÇDL "Dikkat Odaklanması" ve "Engelleyici Kontrol" alt boyutları kekemeliği devam eden çocuklara göre anlamlı derecede daha yüksek iken, Utangaçlık ve Yaklaşma/Olumlu Katılım alt boyutlarında ise anlamlı derecede daha düşük puanlar aldıkları tespit edilmiştir.

İnal (2009) 5-12 yaşları arası 40 kekeleyen çocukla, kekemeliği olmayan 40 çocuk üzerinde duyu bütünlüğünün değerlendirilmesini incelemiştir. Kekeleyen çocukların %70'inde (göz hareketleri, yumruk yapma, el-ayak sallama) ikincil davranışlara rastlamıştır. Kekemeliği olan ve olmayan çocuklar içerisinde bu durumlar ayırıcı tanı olarak kullanmaya başlanmıştır.

Ünalın, Çetinkaya ve Baştürk (2002) Kayseri'de 7-12 yaş grubu çocuklar ile yaptıkları çalışmada kekemelik prevalansını ve bu durumu etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçlamışlardır. 3 ayrı okulu sosyo-ekonomik durumlarına göre ayırıp, bu okullardan toplam 500 öğrenciyi çalışmaya dahil etmişlerdir. Kekemelik prevalansını %3,8 olarak bulurken, erkek öğrencilerin kızlara nazaran daha yüksek olduklarını, kekemeliğin ilk başlama yaşının ortalama 2-2,5 olduğunu belirtmişlerdir.

Avcı, Uğuz ve Toros (2002)'a göre diğer çalışmalarda olduğu gibi, stres faktörü vakaların %33,5'inde kekemeliğe yol açmıştır. Bu bilgileri destekleyecek nitelikte Rocha, Yaruss ve Rota (2020) çocukların konuşmaları sırasında duygularını kontrol altına alamayıp strese kapılmalarına ve bu durumunda kekemeliklerinde artışa sebep olacağına dikkat çekmiştir. Ayrıca Amerika ve Avrupa'da kekemelik başlangıcı üzerine yapılan çalışmalarda da stres faktörünün kekemelikte önemli oranlarda olduğu belirtilmiştir (Ratner ve Silvermen, 2000).

Abalı vd., (2003) kekemeliği olan çocukların ve ergenlerin anne babalarının psikiyatrik semptomlarını incelemişlerdir. Araştırma bulgularında kekemeliği olan ve olmayan çocukların ebeveynlerinin eğitim düzeyleri değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda kekemeliği olan çocukların ebeveynlerinin eğitim düzeylerinin diğer gruba nazaran daha düşük olduğunu belirtmişlerdir.

Avcı, Uğuz ve Toros (2002) karşılaştırmalı izleme çalışması ile çocuklarda kekemeliği incelemişlerdir. Polikliniğe başvuran 83 çocuk çalışmada iki grup üzerinden (43 olgu kekemeliği geçen, 40 olgu kekemeliği devam eden) değerlendirilmiştir. Araştırma bulguları incelendiğinde; çocukların kekemelik durumları cinsiyet, ailenin kaçınıcı çocuğunda ortaya çıktığı, anne-baba ruhsal hastalıkları, ailede kekemelik öyküsü değişkenleri arasında anlamlı fark olmadığını gözlemlemişlerdir.

2.4. ULUSLARARASI ALANYAZINDA KEKEMELİĞİN YAYGINLIĞI ÜZERİNE YAPILAN ÇALIŞMALAR

Orta Doğu'da, İran'da kekemelik üzerine yapılmış olan iki çalışma sonuçları incelendiğinde; ilk çalışmada 2005 yılında ilköğretim okullarındaki 7881 öğrenciyle yüz yüze görüşülerek yapılmış ve kekemeliğin yaygınlık oranı %1,2 olarak tespit edilmiştir (Karbasi, Fallah ve Golestan, 2011). Diğer çalışma ise iki dilli Kürtçe ve Farsça konuşan 6-19 yaş arası çocuklar üzerinde 2007 yılında yapılmış ilköğretim çocuklarında %2'lik daha yüksek bir oran ortaya konulmuş ve bu oran lise çocuklarında %0,5'e düştüğü saptanmıştır (Mohamadi vd., 2008).

Boyle vd., (2001) tarafından ABD'de yapılan büyük bir çalışmada rapor edilen veriler incelendiğinde; çalışmaya katılan 3-17 yaş arası 119.367 denek arasında kekemeliğin varlığını belirlemek için velilerin ve ebeveynlerin raporlarını kullanmışlardır. Kekemeliğin yaygınlık oranı 3-10 yaş grubunda %1,99 ve 11-17 yaş grubunda %1,15'tir. Belçika'da 2006 yılında 6-20 yaş arası 21.027 kişi üzerinde yapılan bir başka çalışma, 6-10 yaş grubu için %0,78 gibi çok daha düşük bir yaygınlık oranı ve %0,58'lik bir toplam yaygınlık oranı ortaya koymuştur. Çalışmada öğretmenlere dağıtılan bir anket kullanılarak yaygınlığın seyri belirlenmeye çalışılmıştır (Van Borsel vd., 2006).

Literatür incelendiğinde araştırmacılar, kekemeliğin kökeni ve gelişimini anlamak ve kekemelik tedavisinin etkililiği açısından mizaç ve mizaçla ilişkili kavramların önemi konusunda görüş birliği içinde değildir. Ancak yapılan araştırmaların çoğuna göre kekemeliği olan kişilerin mizaç özellikleri kekemeliği olmayan kişilere göre önemli ölçüde farklılık göstermektedir (Kefalianos vd., 2014; Schwenk vd., 2007; Karrass vd., 2006; Anderson vd., 2003; Gregory vd., 2003).

Kekeleyen ve kekemeliği olmayan çocuklar üzerinde yapılan araştırmalar; kontrol grubundaki anne ve babaların eğitim durumlarının, kekeleyen gruptaki ebeveynlerin eğitim düzeylerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Abalı vd., 2003; Bloodstein ve Ratner, 2008).

Avustralya'da ilkokul çağındaki çocuklar üzerinde yapılan bir araştırmada, 2-5 yaş arasındaki çocuklarda kekemelik riskinin %2,8, 6-10 yaş arasındaki çocuklarda %3,4 iken 21-50 yaş arasındaki kişilerde ise bu oranın %2,1 olduğu bildirilmiştir (McKinnon vd., 2007).

Einarsdottir vd., (2020) erken kekemeliğin iyileşme oranları üzerine bir araştırma yürütmüşlerdir. Örneklem grubuna dahil edilen 38 çocuğun 2-5 yaş arası ve 9-13 yaşlarında konuşma örnekleri ile ebeveyn ve çocukların kekemelik deneyimlerine ilişkin veriler toplanmıştır. Katılımcıların çoğunluğu (%82), 2. durumda çok az akıcı olmayan konuşma göstermiştir (%1'den az hece kekeleydi). İyileşme oranı, kullanılan kriterlere bağlı olarak büyük ölçüde değişerek %13,2 ile %94,7 arasında değişmiştir. En düşükten yükseğe doğru iyileşme durumları; (a) ebeveyn ve klinisyen kekemelik olmadığını ve gözlemlenen kekemelik olmadığını bildirmiştir (%13,2); (b) heceleme davranışlarında çocukların $\leq$ %1'i kekeleydi; şiddet $\leq$ 1 olarak derecelendirildi; ebeveyn, klinisyen ve çocuklar tarafından iyileşme bildirilmiştir (%55,3); (c) heceleme davranışlarında çocukların $\leq$ %1'i kekeleydi; şiddet $\leq$ 1 olarak derecelendirildi; ebeveyn ve klinisyenler iyileşme bildirmiştir (%71,1); (d) heceleme davranışlarında çocukların $<$ %3,0'ı kekeleymiştir (%94,7).

Ella vd., (2015) Kahire-Mısır'da ilkokul çocuklarında kekemelik yaygınlığını araştırmışlardır. Kesitsel araştırma yöntemi ile 10 okuldan çok aşamalı rastgele bir örneklem kullanılarak, toplam 8765 ilkokul öğrencisi çalışmaya dahil edilmiştir. Kekeleyen öğrencileri tespit etmek için öncelikle öğretmen yönlendirmesi yöntemi ve daha sonra Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-Dördüncü Baskı (DSM-IV) kriterleri kullanılarak bir DKT tarafından doğrulanmıştır. Ebeveynlere ise akrabalık, aile öyküsü, diğer bozuklukların varlığı ve ailenin çocuğa karşı tutumlarını sorgulayan ayrı soru formları

uygulanmıştır. Araştırma sonucunda kekemelik yaygınlığını %1,03 olarak bulmuşlardır. Araştırmanın bir diğer bulgusu kekemeliğin solak öğrenciler arasında daha fazla yaygınlık göstermesidir. Aile geçmişindeki kekemelik öyküsü bulgularında %28'inin birinci derece akrabalarında kekemelik olduğu, ailelerin %20'sinde akraba evliliği olduğu saptanmıştır.

Kuzey Belçika'daki Flaman bölgesinde kekemeliğin yaygınlığını araştıran ve öğretmenlere uygulanan anketler aracılığıyla normal okullarda okuyan 21.027 öğrenciden (6 ila 20 yaş arası) ve özel okullardaki 1.272 öğrenciden (6 ila 15 yaş arası) toplanan veriler sonrasında, normal öğrencilerde kekemeliğin genel yaygınlığının %0,58, özel eğitim öğrencileri arasında ise %2,28 olduğu bildirilmiştir. Önceki çalışmalarla uyumlu olarak, kekemeliğin yaygınlığının erkeklerde kızlardan daha fazla olduğu ve özel okullardaki öğrencilerde kekemelik oranının normal okullardaki öğrencilere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Borsel vd., 2006).

Reilly vd., (2009) “kekemeliğin başlangıcının 3 yaşına kadar tahmin edilmesi: prospektif bir toplu kohort çalışması” isimli araştırması erken dilin boylamsal gelişimini incelemek üzere 8 aylıkken değerlendirmeye alınan 2 yaşındaki 1619 Avustralyalı çocuktan oluşan toplum tarafından belirlenmiş bir kohortu içermektedir. Örneklem grubunda 137 denek onaylanmış kekeleyen grup olarak belirlenmiştir. Araştırmada 3 yaşına kadar, kekemelik başlangıcının kümülatif insidansı %8,5 ve deneklerin %49,6'sının kekemelik düzeyinin 1-3 gün içerisinde aniden ortaya çıktığı belirlenmiştir. Ayrıca kekeleyemeye başlayan çocukların 71'inin (%51,8) ailesinde kekemelik öyküsü olduğu saptanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA MODELİ

Bu araştırma, Edirne ilinde okul çağındaki çocuklarda kekemelik yaygınlığını ve kekemelik ile ilişkili bireysel-demografik özellikleri ebeveyn beyanlarına dayanarak incelemek amacıyla yürütülmüş kesitsel ve tanımlayıcı (betimsel) nitelikte bir çalışmadır. Araştırma nicel yöntem yaklaşımıyla gerçekleştirilmiştir. Kesitsel çalışma tasarımı, bir tür gözlemsel çalışma tasarımıdır. Kesitsel bir çalışmada, araştırmacı örneklem grubu katılımcılarındaki sonucu ve maruz kalma durumlarını aynı anda ölçer. Vaka kontrol çalışmalarından (katılımcılar sonuç durumuna göre seçilir) veya kohort çalışmalarından (katılımcılar maruz kalma durumlarına göre seçilir) farklı olarak, kesitsel bir çalışmadaki katılımcılar yalnızca çalışma için belirlenen dahil etme ve dışlama kriterlerine göre seçilir. Katılımcılar çalışma için seçildikten sonra, araştırmacı maruz kalma durum ve sonuçları değerlendirmek için çalışmayı takip eder. Kesitsel tasarımlar, nüfus tabanlı anketler için ve klinik tabanlı örneklerde hastalıkların yaygınlığını değerlendirmek için kullanılır. Bu çalışmalar genellikle nispeten daha hızlı yürütülebilir ve ucuzdur (Setia, 2016).

3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Kekemelik yaygınlığını araştırdığımız çalışmada, Edirne bölgesinde ikamet eden 7-11 yaş arası çocuğu olan ebeveynlerin hakkında anket formu doldurdıkları çocukları araştırmamızın çalışma grubunu oluşturmaktadır.

Genel nüfus oranı dikkate alındığında kekemeliğin yaygınlığı yaklaşık %1 olarak nitelendirilmektedir. Fakat bu oran çocuklar içerisinde daha büyüktür (Craig vd., 2002). 2024 verileri incelendiğinde Edirne'nin toplam nüfusu yaklaşık 419,913'tür. Yaş dağılımı dikkate alındığında 7-11 yaş arası bu oran 21,266'dır. Bu yaş grubundaki çocukların nüfus oranı toplam nüfusa göre %5,06'ya denk düşmektedir. Yaygınlık çalışmaları 5000'den büyük örneklem gruplarında popülasyonun %5,1'ini içeren çalışmaların genel olarak güvenilir sonuçlar verdiğini göstermektedir (Conroy, 2015). Basit tesadüfi örneklem yöntemi ile toplam 541 katılımcıya ulaşılmıştır. Basit rastgele örnekleme, bilimsel araştırmalarda yaygın olarak kullanılan bir örnekleme yöntemidir. Araştırma örneklem grubunun araştırmaya katılmak üzere rastgele seçildiği oldukça homojen popülasyonlar için seçilir (Bhardwaj, 2019). Basit rastgele örnekleme, "bir örneklemin birim birim seçildiği, her çekilişte her birim için eşit seçilme olasılığına sahip en basit ve en yaygın örneklem seçme yöntemidir" (Singh, 2003, s. 71).

Acharya'ya (2013) göre, “Bu yöntemde, her bireyin popülasyondan örnekleme seçilme şansı eşittir”. Basit rastgele örnekleme, popülasyondaki her kişinin bir yanıt olarak seçilme olasılığının eşit olduğundan emin olur. Ayrıca bu yöntemde araştırmacı, tüm örneklem büyüklüklerinin sayısal bir listesini geliştirir ve büyük örneklem büyüklüğüyle uğraştıklarında bilgisayar programı kullanarak rastgele sayılar üretir (Rahi, 2017; Omair, 2014), bu da onlara amaçlanan araştırma projesi için bir popülasyon listesi oluşturmaya olanak sağlayacaktır.

Tablo 3. 1: Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgi Dağılımı

Kategorik Değişkenler		Frekans	Yüzde
Kekemelik Durumu	Çocuğu hiç kekelemeyen	418	77,3
	Çocuğu kekeleyen fakat kekemeliği geçen	92	17,0
	Çocuğu hala kekeleyen	31	5,7
Çocuğun Yaşı	7 yaş	131	24,2
	8 yaş	102	18,9
	9 yaş	105	19,4
	10 yaş	101	18,7
	11 yaş	102	18,9
Çocuğun Sınıfı	1.sınıf	110	20,3
	2.sınıf	119	22,0
	3.sınıf	101	18,7
	4.sınıf	98	18,1
	5.sınıf	113	20,9
Kaçınıcı çocuk	Tek çocuk	230	42,5
	İlk çocuk	189	34,9
	Ortanca çocuk	28	5,2
	Sonuncu çocuk	94	17,4
Annenin Yaşı	18-25 yaş arası	23	4,3
	26-35 yaş arası	301	55,6
	36-45 yaş arası	201	37,2
	46-55 yaş arası	14	2,6
	55 yaş üstü	2	,4
Anne Eğitim Düzeyi	Okuma yazma bilmiyor	1	,2
	İlköğretim	66	12,2
	Lise	261	48,2
	Ön lisans	110	20,3
	Lisans	92	17,0
	Lisansüstü	11	2,0

Tablo 3.1'in Devamı			
Kategorik Değişkenler		Frekans	Yüzde
Babanın Yaşı	18-25 yaş arası	9	1,7
	26-35 yaş arası	224	41,4
	36-45 yaş arası	272	50,3
	46-55 yaş arası	33	6,1
	55 yaş üstü	3	,6
Baba Eğitim Düzeyi	İlköğretim	47	8,7
	Lise	274	50,6
	Ön lisans	97	17,9
	Lisans	100	18,5
	Lisansüstü	23	4,3

Araştırmaya katılanların %77,3'ü (418 kişi) çocuğunun hiç kekelemediğini, %17,0'si (92 kişi) çocuğunun kekelediğini fakat kekemeliğin geçtiğini ve %5,7'si (31 kişi) çocuğunun hala kekelediğini belirtmiştir.

Çocukların yaş dağılımları incelendiğinde; %24,2'si (131 kişi) 7 yaş, %18,9'u (102 kişi) 8 yaş, %19,4'ü (105 kişi) 9 yaş, %18,7'si (101 kişi) 10 yaş ve %18,9'u (102 kişi) 11 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir.

Çocukların eğitim gördükleri sınıf düzeyleri incelendiğinde %20,3'ünün (110 kişi) 1.sınıf, %22'sinin (119 kişi) 2.sınıf, %18,7'sinin (101 kişi) 3.sınıf, %18,1'inin (98 kişi) 4.sınıf ve %20,9'unun (113 kişi) 5.sınıf olduğu tespit edilmiştir.

Çocukların %42,5'inin (230 kişi) tek çocuk, %34,9'unun (189 kişi) ilk çocuk, %5,2'sinin (28 kişi) ortanca çocuk ve %17,4'ünün (94 kişi) sonuncu çocuk olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin yaş dağılımları incelendiğinde; %4,3'ünün (23 kişi) 28-25 yaş arası, %55,6'sının (301 kişi) 26-35 yaş arası, %37,2'sinin (201 kişi) 36-45 yaş arası, %2,6'sının (14 kişi) 46-55 yaş arası ve %0,4'ünün (2 kişi) 55 yaş üstü olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin eğitim düzeyleri incelendiğinde; %12,2'sinin (66 kişi) ilköğretim, %48,2'sinin (261 kişi) lise, %20,3'ünün (110 kişi) ön lisans, %17'sinin (92 kişi) lisans, %2'sinin (11 kişi) lisansüstü ve %0,2'sinin (1 kişi) okuma-yazma bilmediği tespit edilmiştir.

Babaların yaş dağılımı incelendiğinde; %1,7'sinin (9 kişi) 28-25 yaş arası, %41,4'ünün (224 kişi) 26-35 yaş arası, %50,3'ünün (272 kişi) 36-45 yaş arası, %6,1'inin (33 kişi) 46-55 yaş arası ve %0,6'sının (3 kişi) 55 yaş üstü olduğu belirlenmiştir.

Babaların eğitim düzeyleri incelendiğinde; %8,7'sinin (47 kişi) ilköğretim, %50,6'sının (274 kişi) lise, %17,9'unun (97 kişi) ön lisans, %18,5'inin (100 kişi) lisans ve %4,3'ünün (23 kişi) lisansüstü mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3. 2: Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgi Dağılımı-2

Kategorik Değişkenler		Frekans	Yüzde
Ailenin Aylık Geliri	60,000 TL altı	293	54,2
	60,000 TL üstü	248	45,8
Akraba evliliği	Evet	11	2,0
	Hayır	530	98,0
Ailede kekemelik geçmişi	Evet	76	14,0
	Hayır	465	86,0
Ailede Kekemeliği Olan Bireyin Çocuğa Yakınlık Derecesi	Birinci derece akraba (baba, anne, kardeş, ağabey, abla)	14	2,6
	İkinci derece akraba (dede, anneanne, babaanne, dayı, amca, teyze, hala)	38	7,0
	Üçüncü derece akraba (kuzen, yeğen, büyük anne, büyük baba)	14	2,6
	Dördüncü derece akraba (büyük teyze/hala, büyük dayı/amca, kuzen çocukları)	6	1,1

Araştırmaya katılanların gelir düzeyleri incelendiğinde; %54,2'sinin (293 kişi) 60,000 TL altı ve %45,8'inin (248 kişi) 60,000 TL üstü gelire sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %2'si (11 kişi) akraba evliliği yaptığını belirtirken, %98'i (530 kişi) hayır yanıtını vermiştir. Ailede kekemelik geçmişi incelendiğinde %14'ü (76 kişi) evet, %86'sı (465 kişi) hayır olarak belirtmiştir. Ailede kekemeliği olan bireyin çocuğa yakınlık derecesini incelediğimizde (n:72); %2,6'sının (14 kişi) birinci derece akraba (baba, anne, kardeş, ağabey, abla), %7'sinin (38 kişi) ikinci derece akraba (dede, anneanne, babaanne, dayı, amca, teyze, hala), %2,6'sının (14 kişi) üçüncü derece akraba (kuzen, yeğen, büyük anne, büyük baba) ve %1,1'inin (6 kişi) dördüncü derece akraba (büyük teyze/hala, büyük dayı/amca, kuzen çocukları) olduğu tespit edilmiştir.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Anket formu çocukların kekemelikle ilgili belirli davranışlarını ve bu davranışların yaygınlığını belirlemek üzere tez danışmanı tarafından alanyazın taraması yapıldıktan sonra hazırlanmıştır. Anket formu (Ek-2) 2 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde; kekemelik durumu, çocuğun yaşı, cinsiyeti, sınıfı, anne eğitim düzeyi, anne yaşı, baba eğitim düzeyi, baba yaşı, ailenin gelir düzeyi, eşlerin akraba evliliği yapma durumu, ailedeki kekemelik geçmişi ve ailede kekemeliği olan bireyin çocuğa yakınlık derecesine ilişkin sorular yer almaktadır. İkinci bölümde dil konuşma terapisinden seans alıp almama durumu, terapiye gitme durumu, kekemeliğin başlangıç yaşı, kekeleme süresi, kekemeliğin nasıl başladığı, kekemeliğin şiddeti, kekemelik davranışları, kekemelikle ilişkili duygusal zorlanma durumu, ateşli hastalık, fiziksel travma, epilepsi / havale ve / veya psikolojik travma öyküsü ve çocuğun mizaç özelliklerine yönelik sorular yer almaktadır. Her soruda cevaplar kategorik olarak hazırlanmıştır. Bu form, araştırmanın hedef kitleri olan 7-11 yaş arası çocuklar hakkında önemli temel bilgileri sağlamak amacıyla düzenlenmiştir.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmanın verileri İstanbul Atlas Üniversitesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu onayından sonra elde edilmiştir (19.11.2024 tarih ve E-22686390-050.99-54956 sayı numarası ile). Verilerin toplanması için ilk olarak MEB'in sitesinde Edirne'de yer alan ilkokul ve ortaokullar (34 okul) tespit edilmiştir. Edirne ilindeki tüm ilkokullar belirlendikten sonra bu okullarda görev yapan rehberlik servisleriyle iletişime geçilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden 22 okul araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma verileri, bu okullar aracılığıyla ulaşılan velilere çevrim içi (online) olarak gönderilen yapılandırılmış anket formu yoluyla toplanmıştır. Her veliye ulaşılması mümkün olmadığından, çalışmaya yalnızca anketi gönüllü olarak yanıtlayan velilerin verileri dahil edilmiş olup, bu nedenle örneklem gönüllü katılıma dayalı kolayda örnekleme yöntemi ile oluşturulmuştur. Örneklem yaş grubu dikkate alındığında ilkokullar daha fazla tercih edilmiştir. Verileri toplama sürecinde dikkat ettiğimiz kriterlerden biri de sosyo ekonomik durum olmuştur. Okul seçimleri (Keşan Bahçeşehir Koleji, Abdül Şavur İlkokulu, Keşan Aden Koleji, Atatürk İlköğretim Okulu, Rasim Ergene Ortaokulu, Edirne Ticaret Ve Sanayi Odası İlköğretim Okulu, Ali Kale ve Kardeşleri Ortaokulu, Yenimuhacir Ortaokulu, Cumhuriyet Ortaokulu, Yenice İlkokulu, Çamlıca Ortaokulu, Abalar İlköğretim Okulu- Orhaniye Ortaokulu, Siğilli İlkokulu, Ergene İlköğretim Okulu, Yekta Baydar Ortaokulu, Beyendik Ortaokulu, Feride Mehmet Çuhacı

Ortaokulu, Rasim Ergene İlkokulu, Ahmet Yenice İlkokulu, Keşan Atatürk Ortaokulu, Yenimuhacir İlköğretim Okulu) yapılırken bu faktörler göz önünde bulundurulmuştur. Örneklem yaş grubu dikkate alındığında ilkokullar daha fazla tercih edilmiştir.

Veri toplama süreci Ocak 2025- Nisan 2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılmadan önce anket formunun ilk sayfasında yer alan ve kekemeliğin tanımını da içeren gönüllülük formu katılımcılara iletilmiştir.

3.5. VERİLERİN ANALİZİ

Online olarak gerçekleştirilen anket formları internet ortamında excel dosyasına aktarıldıktan sonra, gerekli analizlerin gerçekleştirilmesi için kullanılacak olan SPSS programına aktarılmıştır. SPSS programında her soruya ilişkin kodlamalar yapıldıktan sonra, demografik verilere ilişkin tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzde) elde edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde Edirne ilindeki 7-11 yaş arasında yer alan çocuklarda görülen kekemelik yaygınlığını belirlemeye yönelik bulgulara yer verilmiştir.

4.1. HİÇ KEKELEMEMİŞ, KEKELEMELİĞİ GEÇMİŞ VE KEKELEMELİĞİ DEVAM EDEN ÇOCUKLARA İLİŞKİN TANIMLAYICI İSTATİSTİK BULGULARI

Bu araştırma ile Edirne bölgesindeki kekemeliğe yönelik yaygınlığı etkileyen risk faktörlerini anne görüşlerine dayalı olarak ortaya koymak amaçlanmıştır. Bu sebeple belirlenmiş olan sorulara yanıt aranmıştır.

4.1.1. Hiç kekelememiş, kekelemiş ve geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların yaş dağılımı nedir?

Tablo 4. 1: Çocukların Yaş Dağılımı

Çocuğun Kekemelik Durumu * Çocuğun Yaşı								
			Çocuğun Yaşı					Toplam
			7 yaş	8 yaş	9 yaş	10 yaş	11 yaş	
Çocuğun Kekemelik Durumu	Çocuğu hiç kekelemeyen	N	106	91	80	66	75	418
		% yaş	80,9%	89,2%	76,2%	65,3%	73,5%	77,3%
	Çocuğu kekeleyen fakat kekemeliği geçen	N	11	8	24	30	19	92
		% yaş	8,4%	7,8%	22,9%	29,7%	18,6%	17,0%
	Çocuğu hala kekeleyen	N	14	3	1	5	8	31
		% yaş	10,7%	2,9%	1,0%	5,0%	7,8%	5,7%
	Toplam	N	131	102	105	101	102	541
		% yaş	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Araştırmamızın ilk sorusu olan hiç kekelememiş, kekelemiş ve geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların yaş dağılımını incelediğimizde 7 yaş grubundaki çocukların %80,9'unun (106 kişi) hiç kekelemediği, %8,4'ünün (11 kişi) kekemeliğinin geçtiği, %10,7'sinin (14 kişi) hala kekeleyen, 8 yaş grubundaki çocukların %89,2'sinin (91 kişi) hiç kekelemediğini, %7,8'inin (8 kişi) kekemeliği geçtiğini, %2,9'unun (3 kişi) hala kekeleyen, 9 yaş grubundaki çocukların %80,0'inin (80 kişi) hiç kekelemediği, %22,9'unun (24 kişi) kekemeliğinin geçtiği, %1'inin (1 kişi) hala kekeleyen, 10 yaş grubundaki çocukların %65,3'ünün (66 kişi) hiç kekelemediği, %29,7'sinin (30 kişi) kekemeliğinin geçtiği, %5'inin (5 kişi) hala kekeleyen, 11 yaş grubundaki çocukların %73,5'inin (75 kişi) hiç kekelemediği, %18,6'sının (19 kişi) kekemeliğinin geçtiği, %7,8'inin (8 kişi) hala kekeleyen tespit edilmiştir.

4.1.2. Hiç kekelememiş, kekelemiş ve geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların sınıf dağılımı nedir?

Tablo 4. 2: Çocuğun Kekemelik Durumunun Sınıfa göre Dağılımı

Çocuğun Kekemelik Durumu * Çocuğun Sınıfı								
			Çocuğun Sınıfı					Toplam
			1.sınıf	2.sınıf	3.sınıf	4.sınıf	5.sınıf	
Çocuğun Kekemelik Durumu	Çocuğu hiç kekelemeyen	N	87	107	76	66	82	418
		%	79,1%	89,9%	75,2%	67,3%	72,6%	77,3%
	Çocuğu kekeleyen fakat kekemeliği geçen	N	9	9	24	28	22	92
		%	8,2%	7,6%	23,8%	28,6%	19,5%	17,0%
	Çocuğu hala kekeleyen	N	14	3	1	4	9	31
		%	12,7%	2,5%	1,0%	4,1%	8,0%	5,7%
Toplam		N	110	119	101	98	113	541
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Araştırmada hiç kekelememiş, kekemeliği geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların sınıf dağılımını incelediğimizde 1. sınıfa giden çocukların %79,1'inin (87 kişi) hiç kekelemediği, %8,2'sinin (9 kişi) kekemeliğinin geçtiği, %12,7'sinin (14 kişi) hala kekelediği tespit edilmiştir. 2. sınıfa giden çocukların %89,9'unun (107 kişi) hiç kekelemediği, %7,6'sının (9 kişi) kekemeliğinin geçtiği, %2,5'inin (3 kişi) hala kekelediği tespit edilmiştir. 3. sınıfa giden çocukların %75,2'sinin (76 kişi) hiç kekelemediği, %23,8'inin (24 kişi) kekemeliğinin geçtiği, %1'inin (1 kişi) hala kekelediği tespit edilmiştir. 4. sınıfa giden çocukların %67,3'ünün (66 kişi) hiç kekelemediği, %28,6'sının (28 kişi) kekemeliğinin geçtiği, %4,1'inin (4 kişi) hala kekelediği tespit edilmiştir. 5. sınıfa giden çocukların %72,6'sının (82 kişi) hiç kekelemediği, %19,5'inin (22 kişi) kekemeliğinin geçtiği, %8'inin (9 kişi) hala kekelediği tespit edilmiştir.

4.1.3. Hiç kekelememiş, kekelemiş ve geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların ailedeki doğum sırası dağılımı nedir?

Tablo 4. 3: Çocuğun Kekemelik Durumunun Kaçınıcı Çocuk Olduğuna Göre Dağılımı

Çocuğun Kekemelik Durumu * Kaçınıcı Çocuk							
			Kaçınıcı Çocuk				Toplam
			Tek çocuk	İlk çocuk	Ortanca çocuk	Sonuncu çocuk	
Çocuğun Kekemelik Durumu	Hiç kekelemeyen	N	189	136	20	73	418
		%	45,2%	32,5%	4,8%	17,5%	100,0%
	Kekemeliği geçen	N	28	45	7	12	92
		%	30,4%	48,9%	7,6%	13,0%	100,0%
	Hala kekeleyen	N	13	8	1	9	31
		%	41,9%	25,8%	3,2%	29,0%	100,0%
Toplam		N	230	189	28	94	541
		%	42,5%	34,9%	5,2%	17,4%	100,0%

Araştırmada tek çocuk olanların %45,2'sinin (189 kişi) hiç kekelemediği, %30,4'ünün (28 kişi) kekemeliğinin geçtiği ve %41,9'unun (13 kişi) hala kekeleyiği tespit edilmiştir. İlk çocuk olanların %32,5'inin (136 kişi) hiç kekelemediği, %48,9'unun (45 kişi) kekemeliğinin geçtiği ve %25,8'inin (8 kişi) hala kekeleyiği tespit edilmiştir. Ortanca çocuk olanların %4,8'inin (20 kişi) hiç kekelemediği, %7,6'sının (7 kişi) kekemeliğinin geçtiği ve %3,2'sinin (1 kişi) hala kekeleyiği tespit edilmiştir. Sonuncu çocuk olanların %17,5'inin (73 kişi) hiç kekelemediği, %13'ünün (12 kişi) kekemeliğinin geçtiği ve %29'unun (9 kişi) hala kekeleyiği tespit edilmiştir.

4.1.4. Hiç kekelememiş, kekelemiş ve geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların annelerinin yaş dağılımı nedir?

Tablo 4. 4: Çocuğun Kekemelik Durumunun Anne Yaşına Göre Dağılımı

Çocuğun Kekemelik Durumu * Annenin Yaşı							
			Annenin Yaşı				Toplam
			18-25 yaş	26-35 yaş	36-45 yaş	46-55 yaş	
Çocuğun Kekemelik Durumu	Çocuğu hiç kekelemeyen	N	18	227	164	9	418
		%	4,3%	54,3%	39,2%	2,2%	100,0%
	Çocuğu kekeleyen fakat kekemeliği geçen	N	4	60	23	5	92
		%	4,3%	65,2%	25,0%	5,4%	100,0%
	Çocuğu hala kekeleyen	N	1	14	14	2	31
		%	3,2%	45,2%	45,2%	6,5%	100,0%
Toplam		N	23	301	201	16	541
		%	4,3%	55,6%	37,2%	3,0%	100,0%

Araştırmada hiç kekelememiş, kekemeliği geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların annelerinin yaş dağılımlarını incelediğimizde; annesinin yaşı 18-25 yaş aralığında olan çocukların %4,3'ünün (18 kişi), anne yaşı 26-35 yaş arasında olan çocukların %54,3'ünün (227 kişi), anne yaşı 36-45 yaş arasında olan çocukların %39,2'sinin (164 kişi) ve anne yaşı 46-55 yaş arası olan çocukların %2,2'sinin (9 kişi) hiç kekelemediği tespit edilmiştir. Annesinin yaşı 18-25 yaş aralığında olan çocukların %4,3'ünün (4 kişi), anne yaşı 26-35 yaş arasında olan çocukların %65,2'sinin (60 kişi), anne yaşı 36-45 yaş arasında olan çocukların %25'inin (23 kişi) ve anne yaşı 46-55 yaş arası olan çocukların %5,4'ünün (5 kişi) kekemeliğinin geçtiği tespit edilmiştir. Annesinin yaşı 18-25 yaş aralığında olan çocukların %3,2'sinin (1 kişi), anne yaşı 26-35 yaş arasında olan çocukların %45,2'sinin (14 kişi), anne yaşı 36-45 yaş arasında olan çocukların %45,2'sinin (14 kişi) ve anne yaşı 46-55 yaş arası olan çocukların %6,5'inin (2 kişi) hala kekeleyiği tespit edilmiştir.

4.1.5. Hiç kekelememiş, kekelemiş ve geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların annelerinin eğitim durumu dağılımı nasıldır?

Tablo 4. 5: Çocuğun Kekemelik Durumunun Anne Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Çocuğun Kekemelik Durumu * Annenin Eğitim Düzeyi							
		Annenin Eğitim Düzeyi					Toplam
		İlköğretim	Lise	Ön lisans	Lisans	Lisansüstü	
Çocuğu hiç kekelemeyen	N	49	212	83	66	8	418
	%	11,7%	50,7%	19,9%	15,8%	1,9%	100,0%
Çocuğu kekeleyen fakat kekemeliği geçen	N	6	41	24	18	2	92
	%	6,6%	45,1%	26,4%	19,8%	2,2%	100,0%
Çocuğu hala kekeleyen	N	11	8	3	8	1	31
	%	35,5%	25,8%	9,7%	25,8%	3,2%	100,0%
Toplam	N	66	261	110	92	11	540
	%	12,2%	48,3%	20,4%	17,0%	2,0%	100,0%

Araştırmada hiç kekelemeyen, kekemeliği geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların annelerinin eğitim düzeylerini incelediğimizde; ilköğretim mezunu annelerin %11,7'si (49 kişi) çocuğunun hiç kekelemediğini, %6,6'sı (6 kişi) çocuğunun kekemeliğinin geçtiğini ve %35,5'i (11 kişi) çocuğunun hala kekeleydiğini belirtmiştir. Lise mezunu olan annelerin %25,8'i (8 kişi), ön lisans mezunu olan annelerin %9,7'si (3 kişi), lisans mezunu olan annelerin %25,8'i (8 kişi) ve lisansüstü mezunu olan annelerin %3,2'si (1 kişi) çocuğunun hala kekeleydiğini belirtmiştir.

4.1.6. Hiç kekelememiş, kekelemiş ve geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların babalarının yaş dağılımı nedir?

Tablo 4. 6: Çocuğun Kekemelik Durumunun Babanın Yaşına Göre Dağılımı

Çocuğun Kekemelik Durumu * Babanın Yaşı						
		Babanın Yaşı				Toplam
		18-25 yaş arası	26-35 yaş arası	36-45 yaş arası	46-55 yaş arası	
Çocuğu hiç kekelemeyen	N	6	160	227	25	418
	%	1,4%	38,3%	54,3%	6,0%	100,0%
Çocuğu kekeleyen fakat kekemeliği geçen	N	3	58	25	5	91
	%	3,3%	63,0%	27,2%	6,5%	100,0%
Çocuğu hala kekeleyen	N	0	6	20	5	31
	%	0,0%	19,4%	64,5%	16,1%	100,0%
Toplam	N	9	224	272	35	540
	%	1,7%	41,4%	50,3%	6,1%	100,0%

Araştırmada hiç kekelememiş, kekemeliği geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların babalarının yaş dağılımlarını incelediğimizde; babasının yaşı 18-25 yaş aralığında olan çocukların %1,4'ünün (6 kişi) hiç kekelemediği, %3,3'ünün (3 kişi) kekemeliğinin geçtiği belirlenmiştir. Babasının yaşı 26-35 yaş aralığında olan çocukların %38,3'ünün (160 kişi) hiç kekelemediği, %63'ünün (58 kişi) kekemeliğinin geçtiği ve %19,4'ünün (6 kişi) hala kekeleyen tespit edilmiştir. Babasının yaşı 36-45 yaş aralığında olan çocukların %54,3'ünün (227 kişi) hiç kekelemediği, %27,2'sinin (25 kişi) kekemeliğinin geçtiği ve %64,5'inin (20 kişi) hala kekeleyen tespit edilmiştir. Babasının yaşı 46-55 yaş aralığında olan çocukların %6'sının (25 kişi) hiç kekelemediği, %6,5'inin (5 kişi) kekemeliğinin geçtiği ve %16,1'inin (5 kişi) hala kekeleyen tespit edilmiştir.

4.1.7. Hiç kekelememiş, kekelemiş ve geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların babalarının eğitim durumu dağılımı nasıldır?

Tablo 4. 7: Çocuğun Kekemelik Durumunun Babanın Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Çocuğun Kekemelik Durumu * Babanın Eğitim Düzeyi							
		Babanın Eğitim Düzeyi					Toplam
		İlköğretim	Lise	Ön lisans	Lisans	Lisansüstü	
Çocuğu hiç kekelemeyen	N	33	226	76	70	13	418
	%	7,9%	54,1%	18,2%	16,7%	3,1%	100,0%
Çocuğu kekeleyen fakat kekemeliği geçen	N	4	40	17	22	9	92
	%	4,3%	43,5%	18,5%	23,9%	9,8%	100,0%
Çocuğu hala kekeleyen	N	10	8	4	8	1	31
	%	32,3%	25,8%	12,9%	25,8%	3,2%	100,0%
Toplam	N	47	274	97	100	23	541
	%	8,7%	50,6%	17,9%	18,5%	4,3%	100,0%

Araştırmada hiç kekelemeyen, kekemeliği geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların babalarının eğitim düzeylerini incelediğimizde; ilköğretim mezunu babaların %7,9'u (33 kişi) çocuğunun hiç kekelemediğini, %4,3'ü (4 kişi) çocuğunun kekemeliğinin geçtiğini ve %32,3'ü (10 kişi) çocuğunun hala kekelediğini belirtmiştir. Lise mezunu olan babaların %25,8'i (8 kişi), ön lisans mezunu olan babaların %12,9'u (4 kişi), lisans mezunu olan babaların %25,8'i (8 kişi) ve lisansüstü mezunu olan babaların %3,2'si (1 kişi) çocuğunun hala kekelediğini belirtmiştir.

4.1.8. Hiç kekelememiş, kekelemiş ve geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların ailelerinin gelir seviyesi dağılımı nasıldır?

Tablo 4. 8: Çocuğun Kekemelik Durumunun Aile Gelir Düzeyi Göre Dağılımı

Çocuğun Kekemelik Durumu * Ailenin Gelir Düzeyi				
		Ailenin Gelir Düzeyi		Toplam
		60,000 TL altı	60,000 TL üstü	
Çocuğu hiç kekelemeyen	N	228	190	418
	%	54,5%	45,5%	100,0%
Çocuğu kekeleyen fakat kekemeliği geçen	N	45	47	92
	%	48,9%	51,1%	100,0%
Çocuğu hala kekeleyen	N	20	11	31
	%	64,5%	35,5%	100,0%
Toplam	N	293	248	541
	%	54,2%	45,8%	100,0%

Araştırmada 60,000 TL altı gelir düzeyine sahip çocukların %54,5'i (228 kişi) hiç kekelemeyen, %48,9'u (45 kişi) kekemeliği geçmiş ve %64,5'inin (20 kişi) kekelemeye devam ettiği tespit edilmiştir.

60,000 TL üstü gelir düzeyine sahip çocukların %45,5'inin (190 kişi) hiç kekelemediği, %51,1'inin (47 kişi) kekemeliğinin geçtiği ve %35,5'inin (11 kişi) kekelemeye devam ettiği tespit edilmiştir.

4.1.9. Hiç kekelememiş, kekelemiş ve geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların anne ve babaları arasında akraba evliliği olma durumu dağılımı nasıldır?

Tablo 4. 9: Çocuğun Kekemelik Durumunun Akraba Evliliği Durumuna Göre Dağılımı

Çocuğun Kekemelik Durumu * Akraba Evliliği				
		Akraba Evliliği		Toplam
		Evet	Hayır	
Çocuğu hiç kekelemeyen	N	6	412	418
	%	1,4%	98,6%	100,0%
Çocuğu kekeleyen fakat kekemeliği geçen	N	2	90	92
	%	2,2%	97,8%	100,0%
Çocuğu hala kekeleyen	N	3	28	31
	%	9,7%	90,3%	100,0%
Toplam	N	11	530	541
	%	2,0%	98,0%	100,0%

Araştırmada akraba evliliği yapanların %1,4'ü (6 kişi), akraba evliliği yapmayanların %98,6'sı (412) kişi çocuğunun kekelemediğini belirtmiştir. Akraba evliliği yapanların %2,2'si (2 kişi), akraba evliliği yapmayanların %97,8'i (90 kişi) çocuğunun kekemeliğinin geçtiğini belirtmiştir. Akraba evliliği yapanların %9,7'si (3 kişi), akraba evliliği yapmayanların %90,3'ü (28 kişi) çocuğunun hala kekeleyeceğini belirtmiştir.

4.1.10. Hiç kekelememiş, kekelemiş ve geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların ailelerinde kekemelik öyküsü mevcudiyeti dağılımı nasıldır?

Tablo 4. 10: Çocuğun Kekemelik Durumunun Aile Kekemelik Geçmişine Göre Dağılımı

Çocuğun Kekemelik Durumu * Ailede Kekemelik Geçmişi				
		Ailede Kekemelik Geçmişi		Toplam
		Evet	Hayır	
Çocuğu hiç kekelemeyen	N	17	401	418
	%	4,1%	95,9%	100,0%
Çocuğu kekeleyen fakat kekemeliği geçen	N	43	49	92
	%	46,7%	53,3%	100,0%
Çocuğu hala kekeleyen	N	16	15	31
	%	51,6%	48,4%	100,0%
Toplam	N	76	465	541
	%	14,0%	86,0%	100,0%

Araştırmada çocukların kekemelik durumları ailedeki kekemelik geçmişine göre incelendiğinde; çocuğu hiç kekelemeyen ailelerin %4,1’inde (17 kişi) kekemelik geçmişi görüldüğü, %95,9’unda (401 kişi) kekemelik geçmişi görülmediği, çocuğunun kekemeliği geçen ailelerin %46,7’sinde (43 kişi) ailede kekemelik geçmişi görüldüğü, %53,3’ünde (49 kişi) kekemelik geçmişi görülmediği tespit edilmiştir. Çocuğu hala kekeleyen ailelerin %51,6’sında (16 kişi) ailede kekemelik geçmişi görüldüğü, %48,4’ünde (15 kişi) kekemelik geçmişi görülmediği tespit edilmiştir.

4.1.11. Hiç kekelememiş, kekelemiş ve geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların ailelerinde kekemelik öyküsü mevcudiyeti olduğu taktirde, kekeleyen kişinin yakınlık derecesi dağılımı nasıldır?

Tablo 4. 11: Çocuğun Kekemelik Durumunun Ailede Kekemeliği Olan Bireyin Çocuğa Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı

Çocuğun Kekemelik Durumu * Ailede Kekemeliği Olan Bireyin Çocuğa Yakınlık Derecesi						
		Ailede Kekemeliği Olan Bireyin Çocuğa Yakınlık Derecesi				Toplam
		Birinci derece akraba	İkinci derece akraba	Üçüncü derece akraba	Dördüncü derece akraba	
Çocuğu hiç kekelemeyen	N	2	4	6	4	16
	%	12,5%	25,0%	37,5%	25,0%	100,0%
Çocuğu kekeleyen fakat kekemeliği geçen	N	6	29	6	2	43
	%	14,0%	67,4%	14,0%	4,7%	100,0%
Çocuğu hala kekeleyen	N	6	5	2	0	13
	%	46,2%	38,5%	15,4%	0,0%	100,0%
Toplam	N	14	38	14	6	72
	%	19,4%	52,8%	19,4%	8,3%	100,0%

Not: Birinci derece (baba, anne, kardeş, ağabey, abla)- İkinci derece (dede, anneanne, babaanne, dayı, amca, teyze, hala)- Üçüncü derece (kuzen, yeğen, büyük anne, büyük baba)- Dördüncü derece (büyük teyze/hala, büyük dayı/amca, kuzen çocukları)

Araştırmada hiç kekelemeyen çocukların %12,5’inin (2 kişi) ailede kekemeliği olan bireyin birinci derece akrabası olduğu, %25’inin (4 kişi) ikinci derece, %37,5’inin (6 kişi) üçüncü derece ve %25’inin (4 kişi) dördüncü derece akrabası olduğu tespit edilmiştir.

Kekemeliği geçen çocukların %14'ünün (6 kişi) ailede kekemeliği olan bireyin birinci derece akrabası olduğu, %67,4'ünün (29 kişi) ikinci derece, %14'ünün (6 kişi) üçüncü derece ve %4,7'sinin (2 kişi) dördüncü derece akrabası olduğu tespit edilmiştir.

Kekemeliği devam eden çocukların %46,2'sinin (6 kişi) ailede kekemeliği olan bireyin birinci derece akrabası olduğu, %38,5'inin (5 kişi) ikinci derece, %15,4'ünün (2 kişi) üçüncü derece akrabası olduğu tespit edilmiştir.

4.2. KEKEMELİĞİ GEÇMİŞ VE KEKEMELİĞİ DEVAM EDEN ÇOCUKLARA İLİŞKİN TANIMLAYICI İSTATİSTİK BULGULARI

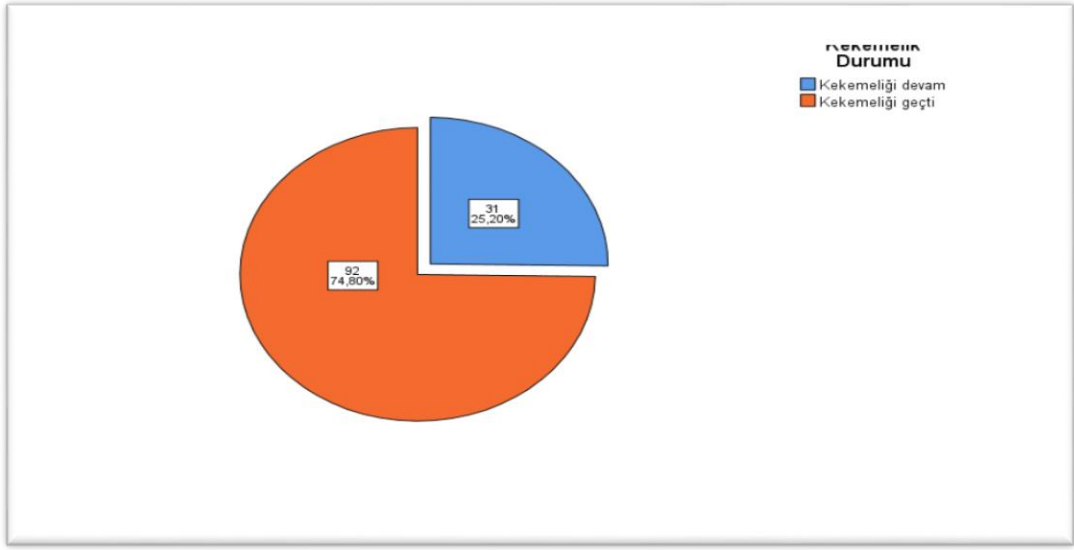
Araştırmanın bu bölümünde kekemeliği geçmiş ve kekemeliği halen devam eden çocuklar analize dahil edilmiştir.

Tablo 4. 12: Çocukların Kekemelik Durumlarına İlişkin Bilgi Dağılımı

Kategorik Değişkenler		Frekans	Yüzde
Kekemelik Durumu n:123	Kekemeliği devam	31	25,2
	Kekemeliği geçti	92	74,8
Yaş	7 yaş	25	20,3
	8 yaş	11	8,9
	9 yaş	25	20,3
	10 yaş	35	28,5
	11 yaş	27	22,0
Cinsiyet	Kız	43	35,0
	Erkek	80	65,0
Kekemelik İçin Dil Ve Konuşma Terapisinden Yararlanma	Evet	87	70,7
	Hayır	36	29,3
Dil Ve Konuşma Dışındaki Terapileri Alma	Evet	16	13,0
	Hayır	107	87,0
Kekemelik Başlangıç Yaşı	2 yaşındayken	18	14,6
	3 yaşındayken	37	30,1
	4 yaşındayken	29	23,6
	5 yaşındayken	22	17,9
	6 yaşındayken	10	8,1
	6 yaş üzeri	7	5,7

Tablo 4.12'nin devamı			
Kategorik Değişkenler		Frekans	Yüzde
Kekemeleme Süresi	3 aydan az	29	23,6
	3-6 ay	27	22,0
	6-12 ay	24	19,5
	1-2 sene	13	10,6
	2 seneden fazla	30	24,4
Kekemelik Nasıl Başladı	Aniden	65	52,8
	Yavaş yavaş	58	47,2
	Toplam	123	100,0
Başlangıçtaki Kekemelik Şiddeti	Çok hafif	16	13,3
	Hafif	49	40,8
	Orta	39	32,5
	Şiddetli	16	13,3
	Toplam	120	100,0
Hala Kekeliyorsa Şu anki Şiddeti	Çok hafif	12	34,3
	Hafif	6	17,1
	Orta	12	34,3
	Şiddetli	5	14,3
	Total	35	100,0

Çocukların %25,2'sinin (31 kişi) kekemeliği hal devam ederken, %74,8'inin (92 kişi) kekemeliğinin geçtiği tespit edilmiştir. %35'i (43 kişi) kız, %65'i (80 kişi) erkektir. Yaş dağılımlarını incelediğimizde %20,3'ü 7 yaş, %8,9'u 8 yaş, %20,3'ü 9 yaş, %28,5'i 10 yaş ve %22'si 11 yaşındadır. Çocuklardan %70,7'si (87 kişi) dil konuşma terapisine gittiğini, %29,3'ü (36 kişi) gitmediğini belirtmiştir. Bu çocuklardan %13'ü (16 kişi) DKT harici terapilere gittiğini belirtmiştir. Çocuklardaki kekemelik başlangıç yaşlarını incelediğimizde %14,6'sının 2 yaşında, %30,1'inin 3 yaşında, %23,6'sının 4 yaşında, %17,9'unun 5 yaşında, %8,1'inin 6 yaşında ve %5,7'sinin 6 yaşından sonra kekemeliği başlamıştır. Çocukların %23,6'sının 3 aydan az, %22'sinin 3-6 ay arası, %19,5'inin 6-12 ay arası, %10,6'sının 1-2 sene ve %24,4'ünün 2 seneden fazla kekelediği tespit edilmiştir. Çocukların %52,8'inin kekelemesinin aniden, %47,2'sinin yavaş yavaş kekelemeye başladığı belirlenmiştir. Çocukların %13'ünün kekemelik şiddeti çok hafif iken, %14,6'sının (18 kişi) şiddetli olduğu ve hala kekeleyen çocuklardaki kekeleme şiddetinde ise (n:35) %4,1'inin (5 kişi) şiddetli olduğu, %9,8'inin (12 kişi) çok hafif olduğu tespit edilmiştir.



Şekil 4. 1: Çocukların Kekemelik Durumuna İlişkin Grafik

Tablo 4. 13: Çocukların Kekemelik Durumlarına İlişkin Bilgi Dağılımı-2

Kategorik Değişkenler		Frekans	Yüzde
Kekemelikte Görülen Bedensel Gerilim N:79	Evet gösterdi	21	26,6
	Hayır göstermedi	58	73,4
Kekelediği İçin Söylemekten Çekindiği Veya Vazgeçtiği Sözcükler N:119	Evet	80	67,2
	Hayır	39	32,8
Kekemeliğin Sosyal İlişkilere Olumsuz Etkisi N:118	Evet	72	61,0
	Hayır	46	39,0
Kekemeliğin Okul Başarısına Olumsuz Etkisi N:117	Evet	53	45,3
	Hayır	64	54,7
Kekelediği İçin Gitmekten Çekindiği Ortam N:116	Evet	62	53,4
	Hayır	54	46,6
Kekemeliğe İlişkili Duygusal Zorlama N:119	Evet	89	74,8
	Hayır	30	25,2
Kekemelik Dışında Dil Konuşma Bozukluğu N:116	Evet	58	50,0
	Hayır	58	50,0
Ateşli Hastalık, Fiziksel Travma, Epilepsi, Havale Ve/Veya Psikolojik Travma Öyküsü	Evet	36	31,9
	Hayır	77	68,1
Şu anda Dil Konuşma Terapisine Devam Durumu N:112	Evet	22	19,6
	Hayır	90	80,4
Şu anda DKT Harici Terapiye Devam Durumu N:104	Evet	8	7,7
	Hayır	96	92,3

Çocukların kekemelikte görülen bedensel gerilim belirtilerini (yumruk sıkma, göz kırpma, sallanma gibi) incelediğimizde; %26,6'sının (21 kişi) bedensel gerilim yaşadığı, %73,4'ünün (58 kişi) bedensel gerilim yaşamadığı tespit edilmiştir. Çocukların %67,2'sinin (80 kişi) kekelediği için söylemekten çekindiği veya vazgeçtiği sözcükler olduğu, %61'inin (72 kişi) kekemeliği yüzünden sosyal ilişkilerinin olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir. Çocukların %45,3'ünün (53 kişi) kekemelik yüzünden okul başarısında olumsuzluklar yaşadığı, %53,4'ünün (62 kişi) kekelemesi yüzünden ortamlara girmeye çekindiği tespit edilmiştir. Çocukların %74,8'inin (89 kişi) kekemelik ile ilişkili duygusal zorlanma yaşadığı, %50'sinin (58 kişi) kekemelik dışında dil konuşma bozukluğu olduğu ve %31,9'unun (36 kişi) ateşli hastalık, fiziksel travma, epilepsi, havale ve/veya psikolojik travma öyküsü olduğu belirlenmiştir. Şu anda hala dil konuşma terapisine devam eden çocukların oranı %19,6 (22 kişi), dil konuşma terapisi dışında terapi alan çocukların oranı ise %7,7 (8 kişi) dir.

Tablo 4. 14: Başlangıçtaki Kekemelik Davranışlarına İlişkin Bilgiler

N:115		Cevaplar		Toplam Yüzde
		N	Yüzde	
Başlangıçtaki kekemelik davranışları	Ses tekrarı	62	17,5%	53,9%
	Hece tekrarı	62	17,5%	53,9%
	Sözcük tekrarı	21	5,9%	18,3%
	Cümle tekrarı	15	4,2%	13,0%
	Ses uzatma	39	11,0%	33,9%
	Blok	56	15,8%	48,7%
	Yersiz durak	20	5,6%	17,4%
	Eklemler	42	11,8%	36,5%
	İçe nefes alarak konuşma	38	10,7%	33,0%
Toplam		355	100,0%	308,7%

Çocukların başlangıçtaki kekemelik davranışlarına yönelik (çoktan seçmeli) kategorik değişkenler incelendiğinde; %17,5'inin (62 kişi) ses tekrarı, %17,5'inin (62 kişi) hece tekrarı, %5,9'unun (21 kişi) sözcük tekrarı, %4,2'sinin (15 kişi) cümle tekrarı, %11'inin (39 kişi) ses uzatma, %15,8'inin (56 kişi) blok, %5,6'sının (20 kişi) yersiz durak, %11,8inin (42 kişi) ekleme ve %10,7'sinin (38 kişi) içe nefes alarak konuştuğu tespit edilmiştir.

Tablo 4. 15: Kekemeliğe Negatif Etki Edecek Mizaç Özellikleri

N:118		Yanıtlar		Toplam Yüzde
		N	Yüzde	
Negatif Mizaç Özellikleri	Çekingen	36	12,7%	30,5%
	İnatçı	46	16,2%	39,0%
	Duygusal	50	17,6%	42,4%
	Sakin	29	10,2%	24,6%
	Hareketli	68	23,9%	57,6%
	Sıkılgan	55	19,4%	46,6%
Toplam		284	100,0%	240,7%

Çocukların kekemeliğe negatif etki edebilecek mizaç özelliklerine yönelik (çoktan seçmeli) kategorik değişkenler incelendiğinde; %12,7'sinin (36 kişi) çekingen, %16,2'sinin (46 kişi) inatçı, %17,6'sının (50 kişi) duygusal, %10,2'sinin (29 kişi) sakın, %23,9'unun (68 kişi) hareketli ve %19,4'ünün (55 kişi) sıkılgan mizaç özellikleri olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. 16: Kekemeliğe Pozitif Etki Edecek Mizaç Özellikleri

N:105		Yanıtlar		Toplam Yüzde
		N	Yüzde	
Pozitif Mizaç Özellikleri	Meraklı	69	27,2%	65,7%
	Sabırlı	25	9,8%	23,8%
	Sosyal	58	22,8%	55,2%
	Neşeli	47	18,5%	44,8%
	Düzenli	34	13,4%	32,4%
	Esnek	21	8,3%	20,0%
Toplam		254	100,0%	241,9%

Çocukların kekemeliğe pozitif etki edebilecek mizaç özelliklerine yönelik (çoktan seçmeli) kategorik değişkenler incelendiğinde; %27,2'sinin (69 kişi) meraklı, %9,8'inin (25 kişi) sabırlı, %22,8'inin (58 kişi) sosyal, %18,5'inin (47 kişi) neşeli, %13,4'ünün (34 kişi) düzenli ve %8,3'ünün (21 kişi) esnek mizaç özellikleri olduğu tespit edilmiştir.

4.2.1. Çocukların kekemelik durumuna göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) dil ve konuşma terapisinden yararlanma dağılımı nasıldır?

Tablo 4. 17: Çocuğun Kekemelik Durumunun Çocuğun Dil Konuşma Terapisinden Yararlanmasına Göre Dağılımı

		Dil Konuşma Terapisine Gitme Durumu		Toplam
		Evet	Hayır	
Kekemeliği devam eden	N	20	11	31
	%	64,5%	35,5%	100,0%
Kekemeliği geçti	N	67	25	92
	%	72,8%	27,2%	100,0%
Toplam	N	87	36	123
	%	70,7%	29,3%	100,0%

Araştırmamızın sorusu olan kekemeliği geçmiş ve kekemeliği devam eden çocukların dil konuşma terapisine alma durumlarını incelediğimizde; kekemeliği devam eden çocukların %64,5'inin (20 kişi) dil konuşma terapisine aldığı, %35,5'inin (11 kişi) dil konuşma terapisine almadığı tespit edilmiştir. Kekemeliği geçen çocukların %72,8'inin (67 kişi) dil konuşma terapisine aldığı, %27,2'sinin (25 kişi) terapiye gitmediği belirlenmiştir.

4.2.2. Çocukların kekemelik durumuna göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) dil ve konuşma dışındaki terapileri almanın dağılımı nasıldır?

Tablo 4. 18: Çocuğun Kekemelik Durumunun Farklı Terapi Alma Durumlarına Göre Dağılımı

		Dkt Harici Terapi		Toplam
		Evet	Hayır	
Kekemeliği devam eden	N	5	26	31
	%	16,1%	83,9%	100,0%
Kekemeliği geçti	N	11	81	92
	%	12,0%	88,0%	100,0%
Toplam	N	16	107	123
	%	13,0%	87,0%	100,0%

Kekemeliği devam eden çocukların %83,9'unun (26 kişi) dil konuşma harici terapi almadığı, %16,1'inin (5 kişi) dil konuşma haricinde de terapi aldığı tespit edilmiştir. Kekemeliği geçen çocukların %88'inin (81 kişi) dil konuşma haricinde terapi almadığı, %12'sinin (11 kişi) dil konuşma haricinde terapi aldığı görülmüştür.

4.2.3. Çocukların kekemelik durumuna göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) kekelemenin başlangıç yaşı dağılımı nasıldır?

Tablo 4. 19: Çocukların Kekemelik Durumlarının Kekemelik Başlangıç Yaşı Dağılımı

		Başlangıç Yaşı						Toplam
		2 yaşında	3 yaşında	4 yaşında	5 yaşında	6 yaşında	6 yaş üzeri	
Kekemeliği devam	N	7	10	6	2	2	4	31
	%	22,6%	32,3%	19,4%	6,5%	6,5%	12,9%	100,0%
Kekemeliği geçti	N	11	27	23	20	8	3	92
	%	12,0%	29,3%	25,0%	21,7%	8,7%	3,3%	100,0%
Toplam	N	18	37	29	22	10	7	123
	%	14,6%	30,1%	23,6%	17,9%	8,1%	5,7%	100,0%

Kekemeliği devam eden çocukların (n:31) kekemelik başlangıç yaşları arasındaki durumu incelediğimizde; %32,3'ünün (10 kişi) 3 yaşında, %22,6'sının (7 kişi) 2 yaşında, %19,4'ünün (6 kişi) 4 yaşında, %12,9'unun (4 kişi) 6 yaş üstünde, %6,5'inin (2 kişi) 5 yaşında ve %6,5'inin (2 kişi) 6 yaşında kekemelik başlangıcı olduğu tespit edilmiştir.

4.2.4. Çocukların Kekemelik Durumuna Göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) Kekelemenin Başlangıç Şekli (yavaş veya aniden) Dağılımı

Tablo 4. 20: Çocukların Kekemelik Durumlarının Kekemelik Başlangıç Şekline Göre Ki-kare Sonuçları

		Nasıl Başladı		Toplam
		Aniden	Yavaş yavaş	
Kekemeliği devam	N	14	17	31
	%	45,2%	54,8%	100,0%
Kekemeliği geçti	N	51	41	92
	%	55,4%	44,6%	100,0%
Toplam	N	65	58	123
	%	52,8%	47,2%	100,0%

Kekemeliği devam eden çocukların (n:31) %54,8'inin (17 kişi) kekemeliğinin yavaş yavaş başladığı, %45,2'sinin (14 kişi) kekemeliğinin aniden başladığı tespit edilmiştir. Kekemeliği geçen çocukların (n:92), kekemeliklerinin nasıl başladığını incelediğimizde; %55,4'ünün (51 kişi) kekemeliğinin aniden başladığı, %44,6'sının (41 kişi) yavaş yavaş başladığı görülmüştür.

4.2.5. Çocukların Kekemelik Durumuna Göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) Başlangıçtaki Kekemelik Şiddeti Dağılımı

Tablo 4. 21: Çocukların Kekemelik Durumlarının Başlangıçtaki Kekemelik Şiddetine Göre Dağılımı

		Başlangıçta Kekemelik Şiddeti				Toplam
		Çok hafif	Hafif	Orta	Şiddetli	
Kekemeliği devam	N	10	7	9	5	31
	%	32,3%	22,6%	29,0%	16,1%	100,0%
Kekemeliği geçti	N	6	42	30	11	89
	%	6,7%	47,2%	33,7%	12,4%	100,0%
Toplam	N	16	49	39	16	120
	%	13,3%	40,8%	32,5%	13,3%	100,0%

Kekemeliği devam eden çocukların (n:31) başlangıçtaki kekemelik şiddetlerini incelediğimizde; %32,3'ünün (10 kişi) çok hafif, %29'unun (9 kişi) orta, %22,6'sının (7 kişi) hafif ve %16,1'inin (5 kişi) başlangıçtaki kekemelik durumunun şiddetli olduğu tespit edilmiştir. Kekemeliği geçen çocuklarda ise %47,2'sinin (42 kişi) başlangıçtaki kekemelik şiddeti hafif, %33,7'sinin (30kişi) orta, %12,4'ünün (11 kişi) şiddetli ve %6,7'sinin (6 kişi) çok hafif kekemeliği olduğu ortaya konmuştur.

4.2.6. Çocukların Kekemelik Durumuna Göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) Kekemelikte Görülen Bedensel Gerilim Belirtileri (yumruk sıkma, göz kırpma, sallanma gibi) Dağılımı

Tablo 4. 22: Çocukların Kekemelik Durumlarına Göre Bedensel Gerilim Dağılımı

		Bedensel Gerilim		Toplam
		Evet gösterdi	Hayır göstermedi	
Kekemeliği devam	N	15	15	30
	%	50,0%	50,0%	100,0%
Kekemeliği geçti	N	6	43	49
	%	12,2%	87,8%	100,0%
Toplam	N	21	58	79
	%	26,6%	73,4%	100,0%

Kekemeliği devam eden çocukların (n:30) %50'si bedensel gerilim yaşarken, %50'si yaşamadığını belirtmiştir. Kekemeliği geçen çocuklarda (n:49) ise %87,8'inin (43 kişi) bedensel gerilim yaşadığı, %12,2'sinin (6 kişi) bedensel gerilim yaşamadığı tespit edilmiştir.

4.2.7. Çocukların Kekemelik Durumuna Göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) Kekelediği için Söylemekten Çekindiği veya Vazgeçtiği Sözcükler/Harflerin Mevcudiyetinin Dağılımı

Tablo 4. 23: Çocukların Kekemelik Durumlarının Söylemekten Çekindiği Sözcük Durumlarına Göre Ki-kare Sonuçları

		Söylemekten Çekindiği/Vazgeçtiği Sözcük/Harf		Toplam
		Evet	Hayır	
Kekemeliği devam	N	23	8	31
	%	74,2%	25,8%	100,0%
Kekemeliği geçti	N	57	31	88
	%	64,8%	35,2%	100,0%
Toplam	N	80	39	119
	%	67,2%	32,8%	100,0%

Kekemeliği devam eden çocukların (n:31) %74,2'sinin (23 kişi) söylemekten çekindiği sözcük olduğu, kekemeliği geçen çocuklarda (n:88) ise %64,8'inin (57 kişi) söylemekten çekindiği sözcük olduğu belirlenmiştir.

4.2.8. Çocukların Kekemelik Durumuna Göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) Kekemeliğin Sosyal İlişkilerde Olumsuz Etkisinin Dağılımı

Tablo 4. 24: Çocukların Kekemelik Durumlarının Sosyal İlişkilere Olumsuz Etkisine Göre Dağılımı

		Kekemeliğin Sosyal İlişkilere Olumsuz Etkisi		Toplam
		Evet	Hayır	
Kekemeliği devam	N	17	14	31
	%	54,8%	45,2%	100,0%
Kekemeliği geçti	N	55	32	87
	%	63,2%	36,8%	100,0%
Toplam	N	72	46	118
	%	61,0%	39,0%	100,0%

Kekemeliği devam eden çocukların (n:31) %54,8'inin (17 kişi) sosyal ilişkilerde olumsuz etki yaşadığı, kekemeliği geçen çocuklarda (n:87) ise %63,2'sinin (55 kişi) sosyal ilişkilerde olumsuz etkilendiği belirlenmiştir.

4.2.9. Çocukların Kekemelik Durumuna Göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) Kekemeliğin Okul Başarısına Olumsuz Etkisinin Dağılımı

Tablo 4. 25: Çocukların Kekemelik Durumlarının Okul Başarısına Olumsuz Etkisine Göre Dağılımı

		Kekemeliğin Okul Başarısına Olumsuz Etkisi		Toplam
		Evet	Hayır	
Kekemeliği devam	N	14	17	31
	%	45,2%	54,8%	100,0%
Kekemeliği geçti	N	39	47	86
	%	45,3%	54,7%	100,0%
Toplam	N	53	64	117
	%	45,3%	54,7%	100,0%

Kekemeliği devam eden çocukların (n:31) %45,2'sinin (14 kişi) kekemeliği yüzünden okul başarısının olumsuz etkilendiği, kekemeliği geçen çocuklarda (n:86) ise %45,3'ünün (39 kişi) kekemeliği yüzünden okul başarısının olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir.

4.2.10. Çocukların Kekemelik Durumuna Göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) Kekelediği için Gitmekten Çekindiği Ortamların Mevcudiyetinin Dağılımı

Tablo 4. 26: Çocukların Kekemelik Durumlarının Gitmekten Çekindiği Ortam Durumuna Göre Dağılımı

		Kekelediği İçin Gitmekten Çekindiği Ortam		Toplam
		Evet	Hayır	
Kekemeliği devam	N	11	18	29
	%	37,9%	62,1%	100,0%
Kekemeliği geçti	N	51	36	87
	%	58,6%	41,4%	100,0%
Toplam	N	62	54	116
	%	53,4%	46,6%	100,0%

Kekemeliği devam eden çocukların (n:29) %37,9'unun (11 kişi) kekelediği için ortamlara girmeye çekindiği, %62,1'inin (18 kişi) kekelediği halde ortamlara girmekten çekinmediği tespit edilmiştir. Kekemeliği geçen çocuklarda (n:87) ise %58,6'sının (51 kişi) ortamlara girmeye çekindiği, %41,4'ünün (36 kişi) ortamlara girmeye çekinmediği tespit edilmiştir.

4.2.11. Çocukların kekemelik durumuna göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) ateşli hastalık, fiziksel travma, epilepsi, havale ve/veya psikolojik travma öyküsü mevcudiyeti dağılımı

Tablo 4. 27: Çocukların Kekemelik Durumlarının Ateşli Hastalık, Fiziksel Travma, Epilepsi, Havale veya Psikolojik Travma Öyküsüne Göre Dağılımı

		Ateşli Hastalık, Fiziksel Travma, Epilepsi / Havale veya Psikolojik Travma Öyküsü		Toplam
		Evet	Hayır	
Kekemeliği devam	N	6	25	31
	%	19,4%	80,6%	100,0%
Kekemeliği geçti	N	30	52	82
	%	36,6%	63,4%	100,0%
Toplam	N	36	77	113
	%	31,9%	68,1%	100,0%

Araştırma sonuçlarını incelediğimizde; kekemeliği devam eden (n:31) çocukların %80,6'sının (25 kişi), kekemeliği geçen (n:82) çocukların %63,4'ünün (77 kişi) ateşli hastalık, fiziksel travma, epilepsi / havale veya psikolojik travma öyküsü olmadığı tespit edilmiştir.

4.2.12. Çocukların kekemelik durumuna göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) başlangıçtaki kekemelik davranışları (SÜTUN K-S) (ses/hece/sözcük/cümle tekrarı, ses uzatma, blok, yersiz durak, ekleme, içe nefes alarak konuşma) dağılımı

Tablo 4. 28: Çocukların Kekemelik Durumlarının Başlangıçtaki Kekemelik Davranışlarına Göre Dağılımı

		Kekemelik Devam Durumu		Toplam
		Kekemeliği devam	Kekemeliği geçti	
Ses Tekrarı	N	22	40	62
	%	71,0%	47,6%	
Hece Tekrarı	N	11	51	62
	%	35,5%	60,7%	
Sözcük Tekrarı	N	8	13	21
	%	25,8%	15,5%	
Cümle Tekrarı	N	3	12	15
	%	9,7%	14,3%	
Ses Uzatma	N	13	26	39
	%	41,9%	31,0%	
Bloklar	N	13	43	56
	%	41,9%	51,2%	
Yersiz Duraklama	N	4	16	20
	%	12,9%	19,0%	
Eklemeler	N	13	29	42
	%	41,9%	34,5%	
İçe Nefes Alarak Konuşma	N	10	28	38
	%	32,3%	33,3%	

Not: Çoklu yanıtlar olduğundan yanıtlar %100 geçer (355- %308,7)

Genel olarak tabloyu incelediğimizde; kekemeliği devam eden çocukların %71'inin (22 kişi) en çok ses tekrarı yaptığı daha sonra sırasıyla %41,9'unun (13 kişi) ekleme, bloklar ve ses uzatma, %35,5'inin (11 kişi) hece tekrarı, %32,3'ünün (10 kişi) içe nefes alarak konuştuğu, %25,8'inin (8 kişi) sözcük tekrarı, %12,9'unun (4 kişi) yersiz duraklama yaptığı tespit edilmiştir.

Kekemeliği geçen çocukların %60,7'sinin (51 kişi) en çok hece tekrarı yaptığı daha sonra sırasıyla %51,2'sinin (43 kişi) bloklar, %47,6'sının (40 kişi) ses tekrarı, %34,5'inin (29 kişi) eklemeler, %33,3'ünün (28 kişi) içe nefes alarak konuşma, %31'inin (26 kişi) ses uzatma, %19'unun (16 kişi) yersiz duraklama, %15,5'inin (13 kişi) sözcük tekrarı yaptığı tespit edilmiştir.

4.2.13. Çocukların kekemelik durumuna göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) kekemeliğe negatif etki edebilecek mizaç özelliklerinin mevcudiyetinin (çekingen, inatçı, duygusal, sakin, hareketli, sıkılgan) dağılımı

Tablo 4. 29: Çocukların Kekemelik Durumlarının Negatif Mizaç Özelliklerine Göre Dağılımı

		Negatif Mizaç özellikleri						Toplam
		Çekingen	İnatçı	Duygusal	Sakin	Hareketli	Sıkılgan	
Kekemeliği devam	N	15	13	19	12	11	15	31
	%	48,4%	41,9%	61,3%	38,7%	35,5%	48,4%	
Kekemeliği geçti	N	21	33	31	17	57	40	87
	%	24,1%	37,9%	35,6%	19,5%	65,5%	46,0%	
Toplam	N	36	46	50	29	68	55	118

Kekemeliği devam eden çocuklarda en çok görülen negatif mizaç özellikleri %61,3 (19 kişi) duygusal, %48,4 (15 kişi) sıkılgan ve %48,4 (15 kişi) çekingenliktir.

Kekemeliği geçen çocuklarda en çok görülen negatif mizaç özellikleri %65,5 (57 kişi) hareketli, %46 (40 kişi) sıkılgandır.

4.2.14. Çocukların kekemelik durumuna göre (kekemeliği devam eden ve kekemeliği geçen) kekemeliğe pozitif etki edebilecek mizaç özelliklerinin mevcudiyeti (meraklı, sabırlı, sosyal, neşeli, düzenli, esnek) dağılımı

Tablo 4. 30: Çocukların Kekemelik Durumlarının Pozitif Mizaç Özelliklerine Göre Dağılımı

		Pozitif mizaç özellikleri						Toplam
		Meraklı	Sabırlı	Sosyal	Neşeli	Düzenli	Esnek	
Kekemeliği devam	N	17	6	11	13	12	4	21
	%	81,0%	28,6%	52,4%	61,9%	57,1%	19,0%	
Kekemeliği geçti	N	52	19	47	34	22	17	84
	%	61,9%	22,6%	56,0%	40,5%	26,2%	20,2%	
Toplam	N	69	25	58	47	34	21	105

Not: Çoklu yanıtlar olduğundan yanıtlar %100 geçer (254)

Kekemeliği devam eden çocuklardan (n:21) %81'i (17 kişi) meraklı, %28,6'sı (6 kişi) sabırlı, (%52,4'ü (11 kişi) sosyal, %61,9'u (13 kişi) neşeli, %57,1'i (12 kişi) düzenli ve %19'u (4 kişi) esnek pozitif mizaç özelliğine sahip olduğu belirlenmiştir.

Kekemeliği atlatan çocuklardan (n:84) %61,9'u (52 kişi) meraklı, %22,6'sı (19 kişi) sabırlı, %56'sı (47 kişi) sosyal, %40,5'i (34 kişi) neşeli, %26,2'si (22 kişi) düzenli ve %20,2'si (17 kişi) esnek pozitif mizaç özelliğine sahip olduğu belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

5.1. TARTIŞMA

Çalışmadaki amaç 7-11 yaş arası çocuklarda kekemelik yaygınlığının incelenmesidir. Ayrıca bu durumu etkileyen çeşitli demografik ve psikolojik ve çevresel faktörlerin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Çalışmaya katılan 541 çocuğun %77,3'ünün hiç kekemelik durumu yokken, %17'sinin kekemeliğinin geçtiği ve %5,7'sinin kekeleme durumu devam etmektedir. Araştırmada kekemelik görülen popülasyonda yaş faktörü dikkate alındığında 7 yaşındaki çocuklarda kekemelik görülme yaygınlığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kekemeliğin en sık görüldüğü okul öncesi dönemde kekemelik yaygınlık popülasyonun %5'ini etkilemektedir. Alanyazında okul çocuklarında kekemelik prevalans çalışmaları, yaygınlık oranları açısından bazı değişiklikler göstermektedir. Gerçekleştirilen çalışmalar arasında, en yüksek yaygınlık oranı Boyle vd., (2001) tarafından ABD'de yapılan büyük bir çalışmada rapor edilmiştir. Çalışmaya katılan 3-17 yaş arası 119.367 denek arasında kekemeliğin varlığını belirlemek için velilerin ve ebeveynlerin raporlarını kullanmışlardır. Kekemeliğin yaygınlık oranı 3-10 yaş grubunda %1,99 ve 11-17 yaş grubunda %1,15'tir. Kekemeliğin genel olarak erken çocukluk döneminde 2-6 yaşları arasında başladığı, daha sonraki yaşlarda ise nadiren görüldüğü belirtilmektedir (Yaruss vd., 2021). Craig ve diğerleri (2002), Avustralya'da 12.131 denek üzerinde yaptıkları bir çalışmada, 6-10 yaş grubunda %1,44'lük bir yaygınlık oranı bildirmişlerdir. Belçika'da 2006 yılında 6-20 yaş arası 21.027 kişi üzerinde yapılan bir başka çalışma, 6-10 yaş grubu için %0,78 gibi çok daha düşük bir yaygınlık oranı ve %0,58'lik bir toplam yaygınlık oranı ortaya koymuştur. Bu çalışmada öğretmenlere dağıtılan bir anket kullanılarak değerlendirme yapılmıştır (Van Borsel vd., 2006). Mansson (2000) Çocukluk çağındaki kekemelik görülme yaygınlığı ve gelişimini incelerken büyük bir örneklem grubu ile araştırmasını Danimarka, Bornholm adasında (1990-1991) 2 yıllık bir süreçte doğan tüm çocuklar üzerinde gerçekleştirilen pilot çalışma ile gerçekleştirmiştir. Sonuçlar, taramaya katılan 1021 çocuğun kekemeliğin yaygınlığının %5,19'a ulaştığını göstermektedir. Uygulamada ilk anketten 2 yıl sonra çocukların %71'inin kekemeliğinin geçtiği ve sonraki zaman diliminde daha fazla sayıda çocukta kekemeliğin devam etmediği tespit edilmiştir.

Alanyazında en büyük örneklem grubuna sahip olan McKinnon vd., (2007) tarafından gerçekleştirilen kekemelik çalışmasında Avustralya'da anaokulundan 6. sınıfa kadar 10.000 çocuk üzerinde yürütülmüştür. Çalışmada, kekeleyen çocukların yönlendirilmesi için eğitilmiş öğretmenler kullanılmış ve ardından doğrudan muayene yapılmıştır. Bu çalışmadaki yaygınlık oranı %0,33'tür.

Kloth vd., (1999) yüksek riskli çocuklarda başlangıç kekemeliğinin sürekliliği ve iyileşmesine yönelik araştırma gerçekleştirmişlerdir. Bu araştırma ailesinde kekemelik öyküsü bulunan 93 okul öncesi çocukla 7 yıl boyunca gerçekleştirilen boylamsal çalışmada belirlenmiş olan 23 okul öncesi (4.yılın sonunda 7'sinde kalıcı kekemelik, 16 çocukda iyileşen kekemelik grubu) çocuğun gözlenmesi sonucu elde edilmiştir. Örneklem grubundaki çocukların %70'inin kekemelik semptomlarının gerilediği, kekemeliği olan kız çocuklarının %82'sinin erkeklerin %58'ine nazaran iyileştiği bildirilmiştir. Reilly ve diğerleri (2009) çocuklardaki kekemelik durumunun 3 yaşına kadar tahmin edilmesi üzerine yaptıkları çalışmada cinsiyet faktörünün kekemelik ile ilişkili olduğunu ve erkekler aleyhine daha yüksek oranlar bulduklarını vurgulamışlardır.

Çalışmada tek çocuk ve en küçük olan çocuklarda kekemelik görülme sıklığı daha yüksektir. Kekemeliği devam eden çocuklardan 41,9%'u tek çocuk, 29,0%'u en küçük çocuk olarak bulunmuştur. Avcı, Uğuz ve Toros (2002) karşılaştırmalı izleme çalışması ile çocuklarda kekemeliği incelerken, çocukların kekemelik durumları ile ailede kaçınıcı çocuk olma durumlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Çalışma bulgularını destekler nitelikte Mahr and Leith (1992) kekemeliğin tek çocuk olma durumunda daha sık görüldüğünü belirtmiştir. Madanoğlu (2005) kekeleyen çocuklarla yaptığı tarama çalışmasında; kekemeliği olan ve olmayan çocukların psikiyatrik sıkıntılarını, gelişim özelliklerini, anne-babalarının sosyo-ekonomik düzeylerini kıyaslamıştır. Doğum sırasına göre kekemelik durumları arasında fark olmadığını tespit etmiştir.

Çalışmada 36-45 yaş arası annelerin çocuklarında kekemelik yaygınlığı yüksek olduğu görülmüştür. İlköğretim ve lise mezunu olan annelerin çocuklarında görülen kekemelik yaygınlığının daha fazla olduğu görülmüştür. Arı (2021) araştırma sonucunda annelerin eğitim düzeyinin çocuklarda görülen kekemeliği etkilemediğini belirtmiştir. Çalışma sonuçlarına benzer nitelikte alanyazında Richels vd., (2013)'nin yaptığı çalışmada anne ve babanın eğitim düzeyinin çocukluk çağındaki kekemelik ile kelime dağarcığı ve dil becerileri arasındaki ilişkiyi etkilediği sonucuna varmışlardır. Ünalın, Çetinkaya ve Baştürk (2002) yaptıkları

çalışmada anne yaşına göre kekemelik durumları arasında anlamlı farklılık bulamasa da 35 yaş üzeri annelerin çocuklarındaki kekemelik yaygınlık oranının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Madanoğlu (2005) anne eğitim durumu ile çocukların kekemelik durumları arasındaki farklılığın anlamlı derecede olduğunu, ilkokul ve lise mezunu annelerin çocuklarında görülen kekemeliğin daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

Çalışmada babasının yaşı 36-45 yaş aralığında olan çocukların %64,5'inin (20 kişi) hala kekelediği bulunmuştur. İlköğretim ve lise mezunu olan babaların çocuklarında görülen kekemelik yaygınlığının daha fazla olduğu görülmüştür. Ünalın, Çetinkaya ve Baştürk (2002) yaptıkları araştırmada baba eğitim durumunun çocukların kekemelik durumları üstünde anlamlı bir etkisinin olmadığını tespit etmişlerdir. Madanoğlu (2005) babaların yaş dağılımı ile çocukların kekemelik durumu arasında ilişki olmadığını vurgulamıştır. Sakman (1993), kontrol grubundaki çocukların ebeveynlerinin eğitim düzeyinin, kekemelik grubundaki çocukların ebeveynlerinin eğitim düzeyinden anlamlı derecede yüksek olduğunu bulmuştur. Yüksel vd., (2020) çocukluk çağında başlayan kekemeliğin düzelmesindeki öngördürüceleri araştırmıştır. Araştırma sonucunda kekemeliği iyileşen çocuklarda erkek oranını daha düşük, kardeş sayısını daha az, anne-baba eğitim seviyesini daha yüksek, yüz ve vücut hareketlerini daha düşük olduğunu bulmuşlardır.

Çalışmada aile gelir düzeyi düşük olan çocuklarda kekemelik yaygınlığı daha fazladır. 60,000 TL altı gelir düzeyine sahip çocukların %64,5'inin (20 kişi), 60,000 TL üstü gelir düzeyine sahip çocukların %35,5'inin (11 kişi) kekelemeye devam ettiği tespit edilmiştir. Literatürde Akdağ, Kavgaoglu ve Tüncer (2023) 4-12 yaş arası kekemeliği olan çocukların sosyal yönden duygusal gelişimlerini incelemişler ve sonuçta; gelir düzeyi yüksek ailelerin kekemeliği olan çocuklarında sosyal duygusal gelişimlerin daha sağlıklı şekilde etkilendiğini gözlemlemişlerdir. Kesgöl Sercan (1988) 3-14 yaş grubu kekemeliği olan çocuklarda yaptığı araştırma sonucunda gelir düzeyi, anne-baba eğitimi ve kardeşler arasındaki yeri değişkenleri dikkate alındığında kekemeliği olan ve olmayan gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığını tespit etmiştir.

Çocukların kekemelik durumları ailedeki kekemelik geçmişine göre incelendiğinde; çocuğu hala kekeleyen ailelerin %51,6'sında (16 kişi) ailede kekemelik geçmişi görüldüğü, %48,4'ünde (15 kişi) kekemelik geçmişi görülmediği tespit edilmiştir. Ailesinde kekemelik geçmişi olmayan kişilerin çocuklarında kekemelik yaygınlığı daha azdır. Çocuğu hala kekeleyen ailelerde görülen kekemelik geçmişi oranı diğer gruplara göre daha yüksektir. Yairi

vd., (1996) tarafından bildirilen çalışma incelendikten sonra, çoğunda kekemeliği olan çocukların %30 ila %60'ında ailevi kekemelik öyküsü olduğunu, kontrol grubu ailelerinde ise bu oranın %10'dan az olduğunu ortaya koymuştur (Akt: Yairi, 2004). Yairi (2004) okul öncesi yaş grubunda kekemeliğin oluşum yıllarını incelemiştir. Çalışmaya 1 yıldan kısa süredir kekemeliği olan (190 çocuk) 6 yaşından küçük çocuklar dâhil edilmiştir. Ayrıca çalışmaya normalde akıcı olan bir grup (50 çocuk) kontrol grubu olarak alınmıştır. Araştırmada iki alt popülasyon arasında da önemli farklılıklar tespit edilmiştir. Kronik kekemeliği olan grubun verileri, doğal olarak iyileşen gruba nazaran daha büyük ek genetik bileşenler olduğunu ortaya koymuştur. Kekeleyen ve ailesinde kronik kekemelik öyküsü olan çocuklar aynı örüntüyü izleme eğiliminde olup, kronik kekemelik geliştirecekleri, buna karşın kekeme olan ancak ailesinde iyileşen kekemelik öyküsü olan çocuklar bu örüntüyü izleme eğiliminde olacakları bildirilmiştir. Reilly vd., (2009) başlangıç kekemeliğinin 3 yaşına kadar tahmin edilesi üzerine araştırma gerçekleştirmişlerdir. Araştırmada kemeliği başlayan çocukların 71'inin (%51,8) ebeveynlerinde belirli bir kekemelik aile öyküsü olduğu bulunmuştur.

Çalışmada kekemeliği devam eden çocukların %46,2'sinin (6 kişi) ailede kekemeliği olan bireyin birinci derece akrabası olduğu, %38,5'inin (5 kişi) ikinci derece, %15,4'ünün (2 kişi) üçüncü derece akrabası olduğu tespit edilmiştir. Avcı, Uğuz ve Toros (2002) yaptıkları araştırmada çocuklarda kekemelik durumunu incelerken, çocukların kekemelik durumları ile ailede kekemelik öyküsü bulunma durumlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediğini tespit etmişlerdir. Andrews vd., (1983) birinci derece akrabalarında kekemelik olan kişilerde kekemelik riskinin genel nüfusa göre üç kat daha fazla olduğunu bulmuştur. Kesgül Sercan (1988) 3-14 yaş grubu kekemeliği olan çocuklarda anne tutumu, anneye ait ruhsal sorunla ve çocuk ruhsal belirtileri ve soya çekim etkilerini araştırmıştır. Çalışmada dahil edilme kriterleri olarak çocuğun en az 6 aydır kekeliyor olması, bedensel ya da zeka geriliğinin olmaması ve çocuk psikiyatri kliniğine başvurma sebebinin kekemelik sorunu olması olarak bildirmiştir. 36 kekemeliği olan, 36 kekemeliği olmayan toplam 72 çocukla araştırma gerçekleştirmiştir. Araştırma sonuçlarında yaş, cinsiyet, gelir düzeyi, anne-baba eğitimi ve kardeşler arasındaki yeri değişkenleri dikkate alındığında kekemeliği olan ve olmayan gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığını tespit etmiştir. Çalışmada bazı değişkenlerde anlamlı farklılıklar görülmüştür. Özellikle akrabalarda konuşma bozukluğu değişkeni dikkate alındığında kekemeliği olan 20 kişinin akrabalarında konuşma bozukluğu olduğu, akrabalık derecesinde bu durumun 1. Derece ve 2. Derece akrabalarında 5'er kişinin, 3. Derece akrabalarında 6 kişinin kalıcı kekemeliği olduğu tespit edilmiştir. Yairi (2004) araştırma

sonucunda kekemeliği olan çocukların %71'inde yakın veya geniş ailelerinde kekemelik öyküsü, %43'ünde yakın ailelerinde kekemelik öyküsü ve %28'inde birinci derece akrabasında kekemelik öyküsü olduğunu belirtmiştir. Alanyazında genetik bileşenlerin kekemelik öyküsüne etkisi olduğunu düşündüren güçlendirici kaynaklar mevcuttur. İkizler üzerine yapılan çalışmalarda tek yumurta ikizlerinde (özdeş) dizigotik ikizlere kıyasla çok daha yüksek bir kekemelik uyumunun olduğu gözlenmiştir (Andrews vd., 1991).

Çalışmada kekemeliği devam eden çocukların %32,3'ünün 3 yaşında, %22,6'sının 2 yaşında, %19,4'ünün 4 yaşında, %12,9'unun 6 yaş üstünde, %6,5'inin 5 yaşında ve %6,5'inin 6 yaşında kekemelik başlangıcı olduğu tespit edilmiştir. Ünalın, Çetinkaya ve Baştürk (2002)'de kekemeliği devam eden çocukların %36,8'inin kekemelik başlama yaşının 3 yaş altı, %21,1'inin 3-4 yaş arası, %26,3'ünün 5-6 yaş arası ve %15,8'inin 6 yaş üstü kekemelik başlangıç yaşı olduğunu belirtmiştir. Alanyazın incelemesinde kekemelik başlama yaşının 2-7 yaş arasında olduğunu ve 3-4 yaş aralığında zirveye ulaştığını belirten çalışmalar mevcuttur (Çuhadaroglu, 1999). Yairi ve Ambrose (1999) erken çocukluk dönemindeki ilk birkaç yıl içinde kekemeliğin patognomonik seyrini incelemiştir. 147 okul öncesi çocuğun katılımıyla gerçekleştirilen araştırmada çocuklar kekemeliğin başlangıcından itibaren 4 yıl boyunca takip altına alınmıştır. Bu çocuklardan 84'ünün mevcut olan kekemelik durumları ile ilgili veriler incelendiğinde, çocukların %74'ünün genel iyileşme ve %26'sında kalıcı kekemelik görüldüğü, çocukların iyileşme oranlarındaki artışın ilerledikçe zaman içerisinde kekemelik yaygınlığı ve şiddetinde azalamalar görüldüğünü belirtmiştir. Reilly vd., (2013) kekemeliğin 4 yaşına kadar doğal tarihi üzerine çalışma gerçekleştirmişlerdir. Örneklem grubu için verileri Victori'da doğan tüm çocuklar üzerinde Avustalya Melbourne'da gerçekleştirilen ELVS togluluğundan elde edilmiştir. 0 ila 6 yaş arası çocuklar, 7 ila 9 aylık işitme taraması seansları yapılarak, 1 yaşından itibaren her yıl anketler gerçekleştirilerek (1619 çocuk) 4 yaşına kadar yüzyüze değerlendirmeler yapılmıştır. Çalışmada 4 yaşına kadar 181 çocukta (kümülatif insidans %11) kekemelik başlangıcı görülmüştür. İlerleyen yıllarda bu çocuklardan 142'sinin 9'u kekemeliğin başlangıcından sonraki 12 ay içinde iyileşmiş olarak sınıflandırılmıştır. Çocuklar 4 yaşına geldiklerinde, kekeleyen ve kekemeliği olmayan grupların güçlükler anketi mizaç ölçeklerinde (kolay-zor ve yaklaşma/içe çekilme) benzer puanlara sahip olduğu sergilenmiştir. Kekemeliği olan çocukların aile geçmişindeki kekemelik öyküsü (%8,3), kekemeliği olmayanlara göre daha fazla bulunmuştur.

Yairi (2004) okul öncesi yaş grubunda kekeleliğin oluşum yıllarını incelemiştir. Çalışmaya 1 yıldan kısa süredir kekeleliği olan (190 çocuk) 6 yaşından küçük çocuklar dâhil edilmiştir. Ayrıca çalışmaya normalde akıcı olan bir grup (50 çocuk) kontrol grubu olarak alınmıştır. Çocukların gözlemlenmesi sürecinde yaklaşık iki saat süren belirli testler ve kayıtlar, uzun konuşma seansları, ses ve görüntü kaydı, motor beceriler, fonolojik beceriler, dil gelişimi, işitme, kekelelik farkındalığı ve kaygılarına yönelik testler uygulanmıştır. Çocukların kekelelik başlangıcına yönelik olarak ilk bilgi 450 ebeveyn (başlangıçtan çalışmaya girişine kadar olan ilerlemesi, sağlığı ve fiziksel gelişimi, ailenin geçmişi ve kekelelik geçmişi) tarafından elde edilmiştir. Çocukların takibi her 6 ayda rutin kontroller şeklinde tekrarlanarak çocuklarda görülen ilerlemeler kaydedilerek en az 4 en fazla 8 yıl süren takipler gerçekleştirmişlerdir. Çalışmanın en önemli bulgusu kekelelik başlangıç yaşının beklenilenden daha küçük olmasıdır. 6 yaşını doldurmamış çocuklar çalışmaya dahil edilmiş olsa da vakaların %68'inde 3 yaşına gelmeden kekeleliğin ortaya çıktığı, tüm vakalarda ise %95'inin kekeleliğinin 4 yaşına kadar ortaya çıktığı belirlenmiştir.

Çalışmada kekeleliği devam eden çocukların %54,8'inin kekeleliğinin yavaş yavaş, %45,2'sinin kekeleliğinin aniden başladığı tespit edilmiştir. Kekeleliği geçen çocuklarda da benzer bir yaygınlık oranı görülmektedir (ani başlangıç 55,4%, yavaş başlangıç 44,6%) Alanyazında Reilly vd., (2009)'nin büyük bir örneklem grubu ile yapmış oldukları araştırma sonucunda kekeleliğin 1-3 gün içerisinde aniden ortaya çıktığı vurgulanmaktadır. Yairi (2004) araştırmasında çocukların yaklaşık %40'ının 3 gün içinde kekeleliğinin aniden başladığı bildirilmiştir. Diğer çocuklarda ise %33'ünün orta düzey (bir ya da iki hafta), %25'inin kekeleliğinin kademeli (2 haftadan uzun) olarak başladığı gözlenmiştir. Kekeleliğin başlangıç şiddetinde, ebeveynlerin çoğu başlangıçtaki kekelelik oranını %45 orta, %20 şiddetli ve %35'i hafif olarak derecelendirmiştir. Çocukların kekelelik öykülerini etkileyen faktörlere yönelik sonuçlar %50'sinin herhangi bir durum olmaksızın kekelemeye başladığını, %14'ünün başlangıç öncesi hastalık veya fiziksel yorgunluk, %40'ından fazlasının duygusal yönden üzüntüler yaşadktan sonra ortaya çıktığı vurgulanmıştır. Çocukların genellikle kekeleliğin başlangıcında hece tekrarı, ses uzatma, blok, nefes problemi yaşadıkları tespit edilmiştir. Reilly vd., (2009)'nin başlangıç kekeleliğinin 3 yaşına kadar tahmin edilmesi üzerine gerçekleştirdiği araştırmada Avustralya'nın Melbourne kentinde yürütülen Victoria'da Erken Dil Çalışması) 1619 katılımcı incelenmiştir. Tahmin edici ölçümler büyük ölçüde çocuklar 2 yaşına geldiğinde ebeveynler tarafından doldurulan anketlerden elde edilmiştir. Ebeveynler, 1 ila 3 yaş arası yürümeye başlayan çocuklar için uygun olan Avustralya Mizaç

Projesi-Kısa formunu oluşturan 5 mizaç boyutundan biri olan 5 maddelik Yaklaşım/Geri Çekilme ölçeğini doldurmuşlardır. Araştırma sonuçlarında çocukların yarısından fazlasında kekemeliğin aniden ortaya çıktığı görülmüştür. 51 ebeveyn (%37,2) kekemeliğin 1 günlük bir süre içinde başladığını ve 17 ebeveyn (%12,4) 2 ila 3 gün içinde başladığını bildirmiştir.

Hem kekemeliği devam eden hem kekemeliği geçen çocukların yarısına yakınında kekemelik okul başarısına etki etmiştir. Ünalın, Çetinkaya ve Baştürk (2002) yaptıkları araştırma sonucunda kekemeliği devam eden çocukların okul başarılarının, kekemeliği geçmiş çocuklara göre düşük olduğunu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğunu gözlemlemişlerdir. Kekemeliği devam eden çocuklarda görülen psikolojik rahatsızlıkların okul başarısı üzerinde olumsuz etkilerinin olabileceği söylenebilir. Blood vd., (2001) gelişimsel kekemeliğe sahip çocukların okulda ortalamanın biraz altında başarı gösterme eğiliminde olduklarını bildirmiştir. İletişim güçlükleri nedeniyle, kekemelik durumu olan çocuklar akademik başarı açısından akranlarının gerisinde kalabilirler. Hayhow vd., (2002) kekemeliği devam eden yetişkin bireyler üzerinde yaptıkları araştırmada; yetişkin bireylerin okul çağında kekemelik durumu yüzünden olumsuz deneyimler yaşadıklarını belirtmiştir. Bazı çocuklarda kekemeliğin daha yavaş ortaya çıktığı bildirilmiştir: 1 ila 2 hafta (37-27,0%), 3 ila 4 hafta (19 - 13,9%) ve 8 çocukta 5 haftalık bir süre içinde (%5,8). Bazı araştırmalar, eğitim başarısı ile kekemeliğin şiddeti arasında negatif bir ilişki olduğunu (O'Brian vd., 2011) ve okula devamı ve akademik başarıyı engelleyen zorbalık gibi olumsuz akran davranışları olduğunu ortaya koymuştur (Langevin, Packman ve Onslow, 2009).

Çalışmada kekemeliği geçen çocukların kekeleyişi süreçte %87,8'inin bedensel gerilim göstermediği gözlenmiştir. Throneburg ve Yairi (2003), 32 kekeleyen çocukla yaptığı araştırmada, çocukların ikincil özelliklerindeki gelişimlere yönelik 19 farklı baş ve boyun hareketindeki değişiklikleri izleyen uzunlamasına video analiz çalışması gerçekleştirmiştir. Çalışma sonunda çocuklardan 10'unun kekemeliği devam ederken, 22'sinde doğal iyileşme görülmüştür. Kekemelik başlangıcından sonraki 6 ay içinde, her iki grup da büyük ölçüde ikincil özellik sergilenmiştir. Bu nedenle, kekemeliğin başlangıcına yakın eşlik eden çok sayıda fiziksel faktörler, kronik kekemeliğin bir uyarı işareti gibi görünmemektedir. Fakat kekemeliği devam eden çocukların ileriki süreçlerde daha fazla ikincil özellikleri farkedilmiş ve bu durumun sonraki 3 yıllık süreçte stabil kaldığı tespit edilmiştir. Bu sebeple kekemeliğin ilk 1 yılından sonra bedensel hareketlerde değişiklik olmamasının kronik kekemeliğin göstergesi olabileceğini ifade etmişlerdir.

Çalışmada kekemeliği devam eden çocuklarda en çok görülen negatif mizaç özelliklerinin %61,3 duygusal, %48,4 sıkılgan ve %48,4 çekingenlik olduğu, kekemeliği devam eden çocuklardan (n:21) %81'i meraklı, %28,6'sı sabırlı, %61,9'u neşeli, %57,1'i düzenli pozitif mizaç özelliğine sahip olduğu belirlenmiştir. Alanyazın incelendiğinde kekemeliği olan ve olmayanların mizaç özelliklerinin anlamlı olarak farklılaştığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Kefalianos vd., 2014; Gregory vd., 2003). Schwenk vd., (2007) tarafından yapılan çalışmada, mizaçla ilişkili davranışlar gözlem yolu ile laboratuvarında incelenmiştir. Kekemeliği olan 18 çocuk ve normal gelişim gösteren 18 çocuğun dikkat sürdürme ve tepki süreleri değerlendirilmiştir. Çocuğun birincil bakım verenle diyalog sırasında arka plandaki kameranın hareketlerine tepki süresi ölçülmüştür. Kekeleyen çocukların daha sık dikkat kaymaları ve daha kısa tepki süreleri sergilediği bulunmuştur. Bu sonuçlar, kekemeliği olan çocukların kekemeliği olmayanlara göre daha tepkisel olduklarını, dikkatlerinin çevresel uyaranlarla daha kolay dağıldığını ve bu uyaranlara daha yavaş adapte olduklarını göstermiştir. Karrass vd., (2006) duygusal tepki ve düzenlemenin çocukluk çağı kekemeliğiyle ilişkisini araştırmak için örnekleminde kekemeliği olan 65 okul öncesi çocuğa ve kekemeliği olmayan 56 okul öncesi çocuğa yer vermiştir. Bulgular, kekemeliği olan okul öncesi çocukların nispeten daha yüksek duygusal tepkiselliğinin, dikkatlerini esnek bir biçimde kontrol etme ve deneyimledikleri duyguları düzenleme konusundaki göreceli yetersizlikleriyle bir araya geldiğinde, bu çocukların makul derecede akıcı bir dil geliştirmede yaşadıkları zorluklara katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir.

Malkoç (2020) çalışmasında çocukların mizaç özellikleri, dikkat yanlılığı ve yürütücü işlev becerilerine odaklanmıştır. Araştırma da üç grup olarak oluşturduğu örneklem grubunda 12'si kekemeliği iyileşen, 12'si kekemeliği devam eden ve 12'si tipik gelişim gösteren 7-11 yaş arası çocuklardır. Çocukların dahil edilme kriterinde kekemeliği iyileşen çocuklarda en az 12 aydır akıcı konuşma sergilemesi, kekemeliği dışında herhangi bir işitsel ya da fizyolojik sorununun olmaması, kekemeliği olan çocuklarda ise kekemelik şiddetinin puanlamada 1'den büyük olması, 400 hecelik konuşma değerlendirmesinde kekemelik davranışları görülme sıklığının %3'ün üzerinde olmasını dikkate almıştır. Çocukların mizaç özelliklerini belirlemek için Okul Çağı Çocukları İçin Mizaç Ölçeği ve Duygu Ayarlama Ölçeğini kullanmıştır. Araştırma sonucunda kekemeliği olan, tipik gelişim gösteren ve kekemeliği iyileşen çocukların mizaç özellikleri (Negatif Tepkisellik, Yaklaşım/Geri Çekilme, Değişim Olumsuzluk) alt boyutları arasında anlamlı farklılık olmadığını belirtmiştir.

Aktürk ve Ünsal (2019) 6-12 yaş arası kekemeliği olan ve tipik gelişim gösteren çocukların duygu düzenleme becerilerini karşılaştırmıştır. Çalışmanın örneklemi 50 çocuktan oluşmaktadır. Çocukların duygu düzenleme becerileri Duygu Ayarlama Ölçeği ile tespit edilmeye çalışılmıştır. Çalışma sonuçları, kekemeliği devam eden çocukların duygu düzenleme, değişkenlik/olumsuzluk ve bütünleşik duygu düzenleme alanlarında tipik gelişim gösteren çocuklara göre daha yüksek puan aldığını göstermektedir. Kekemeliği devam eden okul çağındaki çocukların tipik gelişim gösteren gruba kıyasla daha fazla duygusal dalgalanma ve öfke tepkisi yaşadıklarını; duygusal anlayış, empati ve dikkat gibi uyarlanabilir duyguları düzenlemede zorluk çektiklerini ve genel duygu düzenleme yeteneklerinin daha zayıf olduğunu göstermektedir.

Alanyazında gerçekleştirilen bir başka çalışmada, 3-7 yaş aralığındaki gelişimsel kekemelik grubunda rahatsızlık, kaygı ve olumsuz duygulanım puanlarının daha yüksek olduğu; kendiliğinden iyileşme gösteren çocukların, kekemeliği devam eden çocuklara göre daha düşük olumsuz duygulanım puanlarına sahip olduğu belirtilmiştir (Aydın-Uysal ve Özdemir, 2019). Eggers vd., (2010) 58'i tipik gelişim gösteren ve 58'i kekemeliği olan çocuklarda mizaç özelliklerini araştırmıştır. İki grup arasında çeşitli mizaç faktörlerinde önemli farklılıklar gözlemlenmiştir. Kekemeliği olan çocukların "Dürtüsellik" ve "Dikkat Odaklılık" alt boyutlarından düşük puan alırken, "Öfke/Öfkelenme", "Yaklaşma/Olumlu Katılım" ve "Motor Aktivasyon" alt boyutlarından yüksek puan aldıklarını bildirmişlerdir.

Alanyazında mizaç özellikleri üzerine yapılan araştırmalarda Kraft vd.'nin 2014 ve 2018 yıllarında yaptıkları çalışmada mizacın doğuştan geldiğini ancak zaman içerisinde geliştiğini ve çevresel uyarılarla şekillendiği ifade edilmiştir. Çalışmalarına göre, çaba gerektiren kontrol, kekemeliğin kronikleşmesinde ve kendiliğinden iyileşmesinde önemli bir faktör olmaya devam etmektedir. Kekemeliği devam çocuklarda çaba gerektiren kontrolü güçlendirmek/pekiştirmek için müdahale programları geliştirilmesinin kekemeliklerini olumlu yönde etkileyebileceğini belirtmişlerdir (Kraft vd., 2014; Kraft vd., 2018).

5.2. ÇALIŞMANIN SINIRLILIĞI

Çalışma sürecinde belde ve köy okullarında öğretmen ve öğrenci sayısının az olması nedeniyle bu okulların taşıma merkezi statüsünde bulunması, velilere doğrudan ulaşımı güçleştirmiş ve bu durum veri toplama süreci açısından bir kısıt oluşturmuştur. Örneklem seçiminde katmanlı rastgele örnekleme yönteminin uygulanamaması, çalışmanın genellenebilirliğini sınırlayan bir diğer önemli faktördür. Ayrıca, kekemeliğin doğası gereği değişkenlik gösterebilen bir bozukluk olması nedeniyle, bu çalışmada elde edilen bulguların boylamsal olarak izlenememesi de araştırmanın bir başka sınırlılığı olarak değerlendirilebilir.

5.3. SONUÇ

Bu çalışmada Edirne ilinde 7–11 yaş arası çocuklarda kekemelik yaygınlığı ile kekemeliğe etki edebilecek demografik, ailevi ve bireysel değişkenler üzerinden incelenmiştir.

5.3.1. Demografik Değişkenler ve Aile Özellikleri:

- Çocukların %77,3'ü hiç kekelememiş, %17'si geçmişte kekemelik yaşamış, %5,7'si ise halen kekelemektedir.
- Kekemeliği olan çocuklar ağırlıklı olarak 3 yaş (%30,1) ve 4 yaş (%23,6) civarında kekelemeye başlamıştır.
- Kekemeliği devam eden çocukların %65'i erkektir.
- Bu çocukların %41,9'u tek çocuk, %29'u son çocuk, %25,8'i ilk çocuk ve yalnızca %3,2'si ortanca çocuktur.
- Anneleri ilköğretim mezunu olan çocukların %35,5'inde, babaları ilköğretim mezunu olan çocukların %32,3'ünde kekemelik devam etmektedir.
- Ailede kekemelik öyküsü olan çocukların %51,6'sında kekemelik devam etmektedir. Bu çocukların %46,2'sinde kekemeliği olan kişi birinci derece, %38,5'inde ikinci derece akrabadır.
- Akriba evliliği bulunan ailelerde kekemeliğin devam etme oranı %9,7'dir; bu oran akriba evliliği olmayan ailelerde %5,3'tür.
- Gelir düzeyi 60.000 TL'nin altında olan ailelerde kekemelik oranı %64,5 iken, bu oran 60.000 TL üzerindeki ailelerde %35,5'tir.

5.3.2. Kekemeliği Geçen ve Devam Eden Çocukların Özellikleri

- Kekemeliği halen devam eden çocukların %24,4'ü 2 yıldan fazla süredir kekelemektedir; %23,6'sı 3 aydan kısa süreli kekemelik yaşamıştır.
- Bu çocukların %32,3'ü kekemelik şiddetini başlangıçta “çok hafif”, %29'u “orta”, %22,6'sı “hafif”, %16,1'i ise “şiddetli” olarak tanımlamıştır.
- Kekemeliği devam eden çocukların %54,8'inde kekemelik yavaş yavaş başlamış, %45,2'sinde aniden başlamıştır.
- En sık görülen kekemelik davranışları ses tekrarı (%71), blok (%41,9), ses uzatma (%41,9) ve eklemeler (%41,9) olmuştur.
- Kekemeliği devam eden çocukların %50'si kekelerken bedensel gerilim (yumruk sıkma, göz kırpma, vb.) yaşadığını belirtmiştir.
- Bu çocukların %74,2'si kekeleyecekleri kelimeleri söylemekten çekindiklerini belirtmiştir.

5.3.3. Psikososyal Etkiler ve Mizaç Özellikleri

- Kekemeliği devam eden çocukların %54,8'i sosyal ilişkilerinde olumsuz etkilenirken, %45,2'si okul başarısında zorlandığını belirtmiştir.
- Ortamlara girmekten çekinme oranı bu çocuklarda %37,9'dur.
- Kekemelik ile ilişkili duygusal zorlanma yaşayanların oranı %74,8'dir.
- Kekemeliği devam eden çocuklarda en sık bildirilen negatif mizaç özellikleri duygusallık (%61,3), çekingenlik (%48,4) ve sıkılganlık (%48,4) olmuştur.
- Bu çocuklarda pozitif mizaç özellikleri arasında meraklılık (%81,0), neşelilik (%61,9) ve düzenlilik (%57,1) öne çıkmaktadır.

5.3.4. Terapötik Müdahaleler

- Kekemeliği devam eden çocukların %64,5'i dil ve konuşma terapisi almışken, %35,5'i hiç terapi görmemiştir.
- Kekemeliği geçmiş olan çocukların %72,8'i terapi almış, %27,2'si terapi almamıştır.
- DKT harici terapi alanların oranı devam eden grupta %16,1, geçmiş grupta %12'dir.
- Hâlen DKT'ye devam edenlerin oranı %19,6; DKT dışı terapiye devam edenlerin oranı ise yalnızca %7,7'dir.

5.4. ÖNERİLER

- Kekemeliğin doğal seyri ve iyileşme süreci hakkında daha fazla bilgi edinmek amacıyla boylamsal çalışmalar yürütülmelidir.
- Yalnızca ebeveyn beyanına dayanmayan, öğretmen ve uzman gözlemlerini de içeren çok kaynaklı veri toplama yöntemleri tercih edilmelidir.
- Kekemeliğin gelişiminde rol oynayabilecek mizaç özellikleri, çevresel stres faktörleri ve aile içi etkileşimler daha ayrıntılı biçimde incelenmelidir.



6. KAYNAKLAR

1. Abalı, O., Beşikçi, H., Kınalı, G., Tüzün, Ü, D. (2003). Kekeme çocuk ve ergenlerin anne babalarının psikiyatrik semptomlarının değerlendirilmesi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 16:144-146.
2. Akdağ, B., Kavgaoglu, D., Tüncer, E. (2023). 4-12 Yaş kekemelik yaşayan öğrencilerin sosyal duygusal gelişiminin aile görüşlerine göre değerlendirilmesi. *Igusabder*, 21: 1132-1151.
3. Aktürk, K., Ş. Ve Ünsal E., M. (2019). Okul çağı döneminde kekemeliği olan ve olmayan çocukların duygu düzenleme becerilerinin karşılaştırılması. *Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi* 2(2).
4. Al-Jazi, A. B., ve Al-Khamra, R. (2015). Prevalence of speech disorders in elementary school students in Jordan. *Education*, 136(2), 159–168.
5. Alm, P. A. ve Risberg, J. (2007). Stuttering in adults: The acoustic startle response, temperamental traits, and biological factors. *Journal of Communication Disorders*, 40, 141.
6. Ambrose, N., Cox, N., ve Yairi, E. (1997). The genetic basis of persistence and recovery in stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research* 40, 567–580.
7. Anderson, J. D., Pellowski, M. W., Conture, E. G., ve Kelly, E. M. (2003). Temperamental characteristics of young children who stutter.
8. Andrews, C., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., Menzies, R., ve Lowe, R. (2016). Phase II trial of a syllable-timed speech treatment for school-age children who stutter. *Journal of fluency disorders*, 48,44-55.
9. Andrews, G., Morris-Yates, A., Howie, P., ve Martin, N. (1991). Genetic factors in stuttering confirmed. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1034–1035.
10. Andrews, G., Craig, A., Feyer, A., Hoddinott, S., Hoiwe, P. and Neilson, M. (1983) Stuttering: A review of research findings and theories circa 1982, *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 48; 226-246.
11. American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V) (5th ed.). American Psychiatric Association.
12. American Speech-Language-Hearing Association. (1995). Guidelines for practice in stuttering treatment. *Asha*, 37(14), 26-35.

13. American Speech-Language-Hearing Association. (2021). Speech sound disorders-articulation and phonology. <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/articulation-and-phonology>.
14. Acharya, A. S., Prakash, A., Saxena, P., Nigam, A. (2013). Sampling: Why and how of it. Indian Journal of Medical Specialties, 4(2), 330-333. Doi: 10.7713/ijms.2013.0032.
15. Arı, E., C. (2021). 30-84 Aylık çocuklar arasında kekemelik yaygınlığı, sıklığı ve kendiliğinden iyileşme oranının anne görüşlerine göre incelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
16. Atılğan, E. (2022). Çocuklarda kekemelik ve dil becerileri arasındaki ilişki. Dil Konuşma Ve Yutma Araştırmaları Dergisi, 5(3), 339-367.
17. Avcı, A., Uğuz, Ş., Toros, F. (2002). Çocuklarda kekemelik: karşılaştırmalı bir izleme çalışması, Klinik Psikiyatri, 5:16-21.
18. Aybek, B., Aslan, S. (2017). Öğretmen adaylarının öz-düzenleme düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi, Eğitimde Kuram Ve Uygulama. 13(3), 455-470.
19. Aydın, A. (2015). Gelişimsel kekemelik ve mizaç: kekeleyen, tipik gelişim gösteren ve kekemeliği kendiliğinden iyileşen çocukların mizaç özelliklerinin karşılaştırılması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Eskişehir.
20. Aydın-Uysal, A., ve Özdemir, S. (2019). Temperamental characteristics of children who stutter and children who recovered stuttering spontaneously, Türkiye Klinikleri, 4(2), 117-131.
21. Bajaj, G., Varghese, A., Bhat, J., J. D. (2014). Assessment of quality of life of people who stutter: a cross-sectional study. Rehabilitation Process and Outcome, 3.
22. Beech, H. R. Fransella, F. (1971). Research and experiments in stuttering. Pergamon Press, London.
23. Beilby, J. M., Byrnes, M. L., Meagher, E. L., ve Yaruss, J. S. (2013). The impact of stuttering on adults who stutter and their partners. Journal of fluency disorders, 38(1),14-29.
24. Bengisu, S. (t.y.). Kekemelik hakkında bilinmesi gerekenler. Konuşma Terapistim. <https://www.konusmaterapistim.com/tr/icerik/42/kekemelik-hakkinda-bilinmesi-gerekenler>
25. Bhardwaj P. (2019). Types of sampling in research. Journal of the Practice of Cardiovascular Sciences, 5(3), 157.

26. Blood, G. W., Blood, I. M., Tellis, G., ve Gabel, R. (2001). Communication apprehension and self perceived communication competence in adolescents who stutter. *Journal of fluency disorders*, 26(3), 161-178.
27. Bloodstein, O. ve Ratner, N. B. (2008). *A Handbook on Stuttering*. New York, Delmar Gengage Learning, 58-63.
28. Borsel, V. J., Moeyaert, J., Mostaert, C., Rosseel, R., Van Loo, E., ve Van Renterghem, T. (2006). Prevalence of stuttering in regular and special school populations in Belgium based on teacher perceptions. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 58(4), 289-302.
29. Boyle, C., Boulet, S., Schieve, L., Cohen, R., Blumberg, S., Yeargin-Allsopp, M., ve diğeri (2001). ABD Çocuklarında Gelişimsel Engellerin Yaygınlığındaki Eğilimler, 1997-2008. *Pediatrics*, 34, 385-395.
30. Büchel, C. (2004). Sommer M. what causes stuttering? *Plos Biology Journal*. 2(2): 159-163.
31. Carlo, E. J., ve Watson, J. B. (2003). Disfluencies of 3-and 5-year old Spanish-speaking children. *Journal of Fluency Disorders*, 28(1), 37-53.
32. Caruso, V., Wray, A., Lescht, E., Chang, S. (2022). Neural oscillatory activity and connectivity in children who stutter during a non-speech motor task..
33. Cavenagh, P., Costelloe, S., Davis, S., ve Howell, P. (2015). Characteristics of young children close to the onset of stuttering. *Communication Disorders Quarterly*, 36(3), 162-171.
34. Cebiroğlu, R. (1963). *Konuşma bozuklukları: rehabilitasyon ve tedavisi*. Ankara: Gürsoy Basımevi.
35. Conroy, R. (2015). Sample size: A rough guide. Retrieved from http://www.beaumontethicsie/docs/application/sample_size_calculation.pdf
36. Conture, E., G. (2011). Curlee RF. *Stuttering and related disorders of fluency*. Leipzig:
37. Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., Craig, M., ve Peters, K. (2002). Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45(6), 1077-1310.
38. Craig, A. and Tran, Y. (2005). "The epidemiology of stuttering: The need for reliable estimates of prevalence and anxiety levels over the lifespan". *Advances in Speech–Language Pathology* 7 (1): 41–46
39. Çuhadaroğlu, F. (1999). Çocuk psikiyatrisinde sık rastlanan bozukluklar, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 30(1): 48-52.

40. Darmody, T., O'Brian, S., Rogers, K., Onslow, M., Jacobs, C., McEwen, A., Lowe, R., Packman, A., Menzies, R. (2022). Stuttering, family history and counselling: A contemporary database. *Journal of Fluency Disorders*, 73, Article 105925.
41. Dönmez, E. Y. ve Özcan, Ö. Ö. (2020). Okul çağı çocuklarında gelişimsel kekemelik ve eşlik eden psikiyatrik bozukluklar, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(5), 523-530.
42. Dumanoglu, A. (2006). Kekemelerde yaygın kekemelik tutumlarının kaygı ve depresyon düzeyleri açısından incelenmesi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
43. Dworzynski, K., Remington, A., Rijdsdijk, F., Howell, P., ve Plomin, R. (2007). Genetic etiology in cases of recovered and persistent stuttering in an unselected, longitudinal sample of young twins. *American Journal of Speech-Language, Pathology*, 16, 169-178.
44. Eggers, K., Luc, F., ve Van den Bergh, B. R. (2010). Temperament dimensions in stuttering and typically developing children. *Journal of Fluency Disorders*, 35(4), 355-372.
45. Einarsdottir, J., Crowe, K., Kristinsson, S., Masdottir, T. (2020). The recovery rate of early stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 64(3), Article 105764.
46. Eliküçük, C., Köse, A., Dinç, A., ve Eryilmaz, A. (2020). Investigation of the effect of speech restructuring treatment on 'camperdown therapy intervention program' for adolescent and young adult who stutter. *Kulak Burun Boğaz Ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi*, 28(3), 191-202. <https://doi.org/10.24179/kbbbbc.2020-78459>.
47. Ella, A. M., Saleh, M., Habil, I., Sawy, E. M., ve Assal, E. L. (2015). Prevalence of stuttering in primary school children in Cairo-Egypt, *International Journal of Speech-Language Pathology*, 17:4, 367-372.
48. Embrechts, M., Ebben, H., Franke, P., ve Van de Poel, C. (2000). Temperament: A comparison between children who stutter and children who do not stutter. H.G. Bosshardt, J. S. Yaruss, ve H. F. M. Peters (Eds.), *Fluency disorders: Theory, research, treatment and self-help. Proceedings of the third world congress on fluency disorders* (sf. 557-562). University of Nijmegen Press.
49. Erol M (1978) Kekeme çocuklar. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi. Psikiyatri Semineri II, A Songar (Ed). İstanbul, s.43.
50. Felsenfeld, S. (2002). Finding susceptibility genes for develop mental disorders of speech: The long and winding road. *Journal of Communication Disorders*, 35, 329–345.

51. Fry, J., Millard, S., ve Botterill, W. (2013). Effectiveness of intensive, group therapy for teenagers who stutter. *International Journal of Language ve Communication Disorders*, 49(1), 113-126.
52. Gregory, H. H., Campbell, J. H., Gregory, C. B., ve Hill, D. G. (2003). *Stuttering therapy: Rationale and procedures*. Allyn ve Bacon.
53. Guira, B. (1998). *Stuttering An integreted apporach to its nature and treatment*.
54. Guitar B. (2006). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*, 3rd ed. Baltimore, Lippincott Williams ve Wilkins.
55. Guitar B. (2013). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. 4th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams ve Wilkins.
56. Guitar, B. (2014). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* (4th ed., s. 78). Lippincott Williams & Wilkins.
57. Hayhow, R., Cray, A. M., ve Enderby, P. (2002). Stammering and therapy views of people who stammer. *Journal of Fluency disorders*, 27(1), 1-17.
58. İnal Ö. (2009). *Kekeme çocuklarda duyu bütünlüğünün değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
59. Karacan, E. (2000). “Çocuklarda Kekemelik ve Diğer Gletisim Bozuklukları”, *Psikiyatri Dünyası*, 4.
60. Karbasi, S. A., Fallah, R., ve Golestan, M. (2011). Yezd-İran'daki ilkokul öğrencilerinde konuşma bozukluğunun yaygınlığı. *Acta Medica Iranica*, 49, 33-37.
61. Karrass, J., Walden, T. A., Conture, E. G., Graham, C. G., Arnold, H. S., Hartfield, K. N., ve Schwenk, K. A. (2006). Relation of emotional reactivity and regulation to childhood stuttering. *Journal of communication disorders*, 39(6), 402-423.
62. Kavya, S. (2023). Clinical profiling of stuttering characteristics in a speech clinic of a tertiary care hospital- a retrospective study of the decennial trend. *Clinical Archives of Communication Disorders*, 8(3), 182-191.
63. Kefalianos, E., Onslow, M., Ukoumunne, O., Block, S., ve Reilly, S. (2014). Stuttering, temperament, and anxiety: Data from a community cohort ages 2–4 years. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 57(4), 1314-1322.
64. Kocabıyık, A., N., ve Duray S., A. (2021). Gelişimsel kekemelik ve mizaç ilişkisine dair bir derleme, *Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi (DKYAD)*, 4(1): 108-123.

65. Kraft, S. J., Ambrose, N., ve Chon, H. (2014). Temperament and environmental contributions to stuttering severity in children: The role of effortful control. *Seminars in Speech and Language*, 35(2), 80-94.
66. Kraft, S. J., Lowther, E., ve Beilby, J. (2018). The role of effortful control in stuttering severity in children: Replication study. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 28(1), 14-28.
67. Kraft, S. J., ve Yairi, E. (2011). Genetic bases of stuttering: The state of the art. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 64(1), 34-47.
68. Kloth, S., Kraaimaat, W. F., Janssen, P., Brutten, J. G. (1999). Persistence and remission of oncipient stuttering among hihg-risk children, *Journal of Fluency Disorders*, 24(4):253-265.
69. Langevin, M., Packman, A., ve Onslow, M. (2009). Okul öncesi ortamda kekemeliğe karşı akran tepkileri. *American Journal of Speech Language Pathology*, 18, 264-276.
70. Madanoğlu, G. K. (2005). Kekeme çocuklar için bir tarama çalışması ve kekemlikle baş etme konusunda hazırlanmış bir programın değerlendirilmesi. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
71. Mahr, G. and Leith, W. (1992). Psychogenic stuttering of adult onset. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35: 283-286.
72. Malkoç, G. (2020). Kekemeliği iyileşen, kekemeliği devam eden ve tipik gelişim gösteren çocuklarda dikkat yanlılığı, yürütücü işlev becerileri ve mizaç özelliklerinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
73. Mansson, H. (2000). Childhood stuttering incidence and development. *Journal of Fluency Disorders*, 25 (1), 47-57.
74. McKinnon DH, McLeod S, Reilly S. The prevalence of stuttering, voice, and speech-sound disorders in primary school students in Australia. *Lang Speech Hear Serv Sch*. 2007 Jan;38(1):5-15. doi: 10.1044/0161-1461(2007/002). PMID: 17218532.
75. Mohamadi, H., Nilipour, R., ve Yadegari, F. (2008). Kürtçe-Farsça öğrenciler arasında kekemelik yaygınlığı; iki dil benzerliğinin etkileri. *Iranian Rehabilitation Journal*, 6, 83-88.
76. Nadhini, D. G., Thalamuthu, A., Valarmathi, S., Karthikeyan, N. P., ve Srikumari Srisailapathy, C. R. (2018). Genetic epidemiology of stuttering among school children in the state of Tamil Nadu. *Journal of Fluency Disorders*, 58, 11-21.

77. Nang, C., Hersh, D., Milton, K., Lau, S. (2018). The impact of stuttering on development of self-identity, relationships, and quality of life in women who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(3S), 1244-1258.
78. O'Brian, S., Jones, M., Packman, A., Menzies, R., ve Onslow, M. (2011). Kekemelik şiddeti ve eğitimsel kazanım. *Journal of Fluency Disorders*, 36, 86-92.
79. Omair, A. (2014). Sample size estimation and sampling techniques for selecting a representative sample. *Journal of Health specialties*, 2(4), 142.
80. Ooki, S. (2005). Genetic and environmental influences on stuttering and tics in Japanese twin children. *Twin Research and Human Genetics*, 8, 69–75.
81. Oyono, LT, Pascoe, M. ve Singh, S. (2018). Yaoundé'den (Kamerun) Fransızca konuşan okul öncesi çocuklarda konuşma ve dil bozukluklarının yaygınlığı. *Konuşma, Dil ve İşitme Araştırmaları Dergisi*, 61 (5), 1238–1250.
82. Özdemir, Ş. ve Dağ, H. (2023). A document analysis of children's books including individuals with stuttering: qualitative study. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 8(1), 29-36. <https://doi.org/10.5336/healthsci.2022-93217>.
83. Öztürk, M. O. (2002). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 8.Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 93.
84. Packman, A., Code, C. and Onslow, M. (2007). On the cause of stuttering: Integrating theory with brain and behavioral research. *Journal of Neurolinguistics*, 20.
85. Plexico, L. W., Manning, W. H., ve Levitt, H. (2009). Coping responses by adults who stutter: Part I. Protecting the self and others. *Journal of fluency disorders*, 34(2), 87-107.
86. Prasse, E. J., ve Kikano, E. G. (2008). Stuttering: An overview. *Am Fam Physician*. May 1;77(9):1271-6.
87. Rahi, S. (2017). Research design and methods: A systematic review of research paradigms, sampling issues and instruments development. *International Journal of Economics ve Management Sciences*, 6(2), 1-5. Doi: 10.4172/2162-6359.1000403.
88. Ratner, N., B, Silverman, S. (2000) Parental perceptions of children's communicative development at stuttering onset. *J Speech Lang Hear Res*, 43(5):1252-1263.
89. Reilly S, Onslow M, Packman A, Cını E, Conway L, Ukoumunne Oc, Bavin, E, Prior M, Eadie P, Block S, ve Wake M. (2013). Natural history of stuttering to 4 years of age: a prospective communitybased study. *Pediatrics*, 132(3), 460-467.

90. Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Wake, M., Bavin E. L., Prior, M., Eadie, P., Cini, E., Bolzonello, C., Ukoumunne, O. C. (2009). Predicting stuttering onset by the age of 3 years: A Prospective, Community Cohort Study, *Pediatrics* 123(1) 270-277.
91. Rezaeian, M., Akbari, M., Shirpoor, A. H., Moghadasi, Z., Nikdel, Z., ve Hejri, M. (2020). Anxiety, social phobia, depression, and suicide among people who stutter; a review study. *Journal of Occupational Health and Epidemiology*, 9(2), 98-109.
92. Richels CG, Johnson KN, Walden TA, ve Conture EG. (2013). Socioeconomic status, parental education, vocabulary and language skills of children who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 46(4), 361-374.
93. Riva-Posse P., Busto-Marolt L., Schteinschnaider Á., Martinez-Echenique L., Cammarota Á., Merello M. (2008). Phenomenology of abnormal movements in stuttering. *Parkinsonism Relat. Disord.*
94. Rocha, M., Yaruss, J., S, Rato, J., R. (2020). Kekemelik etkisi: Ebeveynler ve çocuklar için ortak bir algı mı? *Folia Phoniatica Logopedica*; 72(6):478-486.
95. Sakman, Z. (1993). Kekeme çocuklarda görülen davranış bozuklukları ve annelerin tutumları ile anksiyete düzeyleri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
96. Sala, F., Valadares, N., Macedo, J., Borges, J., Garratt, R. (2016). Heterotypic coiled-coil formation is essential for the correct assembly of the septin heterofilament. *Biophysical Journal*, 111(12), 2608-2619.
97. Schwenk, K. A., Conture, E. G., ve Walden, T. A. (2007). Reaction to background stimulation of preschool children who do and do not stutter. *Journal of Communication Disorders*, 40(2), 129-141.
98. Sercan, K., Y. (1988). Soyaçekim, anne tutumu, anne ruhsal belirtileri ve çocuk ruhsal belirtilerinin kekemelige etkisi. İstanbul Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
99. Shimada, M., Toyomura, A., Fujii, T. ve Minami, T. (2018). 3 yaşında kekemeliği olan çocuklar: Toplum temelli bir çalışma. *Akıcılık Bozuklukları Dergisi*, 56, 45-54.
100. Setia, S. M. (2016). Methodology series module 3: Cross-sectional studies. *Indian J Dermatol.* 61(3):261-264.
101. Silverman, F. H. (2004). Normal and abnormal speech disfluency. *Stuttering and other fluency disorders*, 15-20.

102. Singer, C., Hessling, A., Kelly, E., Singer, L., ve Jones, R. (2020). Clinical characteristics associated with stuttering persistence: a meta-analysis. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 63(9), 2995-3018. https://doi.org/10.1044/2020_jslhr-20-00096.
103. Singh, S. (2003). Simple random sampling. In *advanced sampling theory with applications* (pp. 71-136). Springer, Dordrecht.
104. Sommer, M., Waltersbacher, A., Schlotmann, A., ve Strzelczyk, A. (2021). Prevalence and therapy rates for stuttering, cluttering, and developmental disorders of speech and language: evaluation of german health insurance data. *Frontiers in Human Neuroscience*, 15. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2021.645292>
105. Sunderajan, T., Kanhere, S., V. (2019). Speech and language delay in children: Prevalence and risk factors. *J Fam Med Prim Care*;8(5):1642.
106. Throneburg, R., ve Yairi, E. (2003, November). Secondary characteristics of children whose stuttering persisted and recovered. Paper presented at the annual convention of the American Speech-Language-Hearing Association, Chicago, IL. Abstract available in *The ASHA Leader*, 8(15), 150.
107. Thurm, A., Manwaring, S., Jimenez, C., Swineford, L., Farmer, C., Gallo, R., ... ve Maeda, M. (2018). Socioemotional and behavioral problems in toddlers with language delay. *Infant Mental Health Journal*, 39(5), 569-580.
108. Trajkovski, N., Andrews, C., Onslow, M., O'Brian, S., Packman, A., ve Menzies, R. (2011). A phase ii trial of the westmead program: syllable-timed speech treatment for pre-school children who stutter. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(6), 500-509.
109. Tumanova, V., Conture, E. G., Lambert, E. W., ve Walden, T. A. (2014). Speech disfluencies of preschool-age children who do and do not stutter. *Journal of Communication Disorders*, 49, 25-41.
110. Ünal, D., Çetinkaya, F., Baştürk M. (2002). kayseri ili kentsel kesimde 7-12 yaş grubu çocuklarda kekemelik prevalansı, *Türkiye Klinikleri J Pediatr*. 11(1):15-9.
111. Walden, T. A., Frankel, C. B., Buhr, A. P., Johnson, K. N., Conture, E. G., ve Karrass, J. M. (2012). Dual diathesisstressor model of emotional and linguistic contributions to developmental stuttering. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(4), 633-644.

112. Walsh B, Usler E, Bostian A, Mohan R, Gerwin Kl, Brown B, Weber, C, ve Smith A. (2018). What are predictors for persistence in childhood stuttering?. In *Seminars In Speech and Language*, 39(4) (pp. 299-312). NIH Public Access.
113. Ward, D. (2008). *Stuttering and cluttering: Frameworks for Understanding and Treatment*. London: Psychology Press
114. Weisburd, D., Chester B. (2003). *Statistics in criminal justice*. Australia: Wadsworth/Thomson Learning.
115. Wingate, M. E. (1964). A Standard definition of stuttering, *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 29 (4) 484-489.
116. Yairi, E., Ambrose, Nicoline, G., Paden, Elaine P., Throneburg, R. (1996). predictive factors of persistence and recovery: pathways of childhood stuttering. *Faculty Research and Creative Activity*. 3.
117. Yairi, E. (2004). The Formative Years of Stuttering: A Changin Portrait. *Contemporary Issues In Communication Science And Disorders*, (31)92–104.
118. Yairi, E., ve Curlee, R. (1997). The clinical-research connection in early childhood stuttering: A response to Zebrowski and Bernstein Ratner. *American Journal of Speech-Language Pathology* 6(3), 85–86.
119. Yairi, E. and Ambrose, N. (2005). "Early childhood stuttering". Pro-Ed (Austin, Texas).
120. Yairi, E., Ambrose, N. G., ve Grinager, N. (2005). *Early childhood stuttering*. Pro-Ed.
121. Yairi, E. and Ambrose, N. G. (2005). *Early chilhood stuttering for clinicians by clinicians*. (Pro.ed) Texas: An International Publisher.
122. Yairi, E., Ambrose, N., ve Niermann, R. (1993). The early months of stuttering: A developmental study. *Journal of Speech and Hearing Research* 36, 521–528.
123. Yairi, E., ve Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38(2), 66-87.
124. Yaruss, J. S., Coleman, C., & Quesal, R. W. (2021). *Stuttering in school-age children: A practical guide for speech-language pathologists*. Stuttering Therapy Resources.
125. Yüksel, T., Alaca, R., Size, E. (2020). Çocukluk çağında başlayan kekemelikte düzelemenin öngödürücüleri, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21 (1): 93-100.

7. EKLER

EK 1: İNTİHAL RAPORU

Sedanur Kocaman, Dr. Öğr. Üyesi Aşena Karamete GÜDÜL. 7-11
YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA KEKEMELİK YAYGINLIĞININ
İNCELENMESİ EDİRNE ÖRNEKLEMİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 11	% 8	% 8	% 3
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikerisim.atlas.edu.tr İnternet Kaynağı	% 2
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	Akgün, Metin. "12 Sınıf Öğrencilerinin Türkiyenin Komşu Ülkelerini Belirleyebilme Becerileri ve Görüşleri", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2023 Yayın	% 1
5	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	<% 1
6	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
7	Submitted to Fatih University Öğrenci Ödevi	<% 1
8	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<% 1
9	earsiv.anadolu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1

EK 2: ANKET FORMU

Aşağıdaki anket Atlas Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi yüksek lisans öğrencisi araştırmacı ~~Sedat~~ Kocaman'ın, Dr. Öğr. Üyesi ~~Ayşe~~ Karamete ile yürütmekte olduğu "7-11 Yaş Arası Çocuklarda Kekemelik Yaygınlığının İncelenmesi: Edirne Örnekleme" yüksek lisans tezi için oluşturulmuştur.

Araştırmanın amacı Edirne ilindeki 7-11 yaş arası çocuklarda kekemelik yaygınlığını belirlemek ve bu durumu etkileyen demografik faktörleri incelemektir. Bu amaçla Edirne bölgesinde seçilmiş okulların rehberlik servisleri aracılığıyla bu yaş grubunda çocuğu olan ebeveynlere anket çevrimiçi olarak ulaştırılmaktadır. Anketin birinci bölümü gelişimsel kekemeliği tarama amacıyla çocuklarının daha önce hiç gelişimsel kekemeliği deneyimleyip deneyimlemediklerini sorarak başlamaktadır. Bu soruya evet cevabı veren ebeveynler anketin ikinci adımına geçecek ve gelişimsel kekemelik deneyimleriyle ilgili sorular yer alan anketi dolduracaktır. Hayır cevabı veren ebeveynler için ise anket sonlanmış olacaktır.

Anketin tamamının doldurulması yaklaşık 10 dakika sürmektedir. Anketteki bilgiler isimsiz olarak doldurulmakta olup, vermiş olduğunuz bilgiler kimseyle paylaşılmayacaktır. Katılımınız ülkemizde gelişimsel kekemelik ile ilgili farkındalığın gelişmesine ve bu alanda bilimsel çalışmaların ilerlemesine katkı sağlayacaktır.

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz, sorularınız için araştırmacı ~~Sedat~~ Kocaman'a adresinden ulaşabilirsiniz.

Katılmayı onaylıyorum. (Sonraki bölüme devam)

Katılmayı onaylamıyorum.

Bölüm I

Çocuğun Yaşı: 7 yaş () 8 yaş () 9 yaş () 10 yaş () 11 yaş ()

Çocuğun Cinsiyeti: Kız () Erkek ()

Çocuğun Eğitim Düzeyi (Sınıf): 1. sınıf () 2. sınıf () 3. sınıf () 4. sınıf () 5. sınıf ()

Çocuğun Doğum Sırası: İlk Çocuk () Ortanca Çocuk () Son Çocuk ()

Annenin yaşı?

() 25- () 25-34 () 35- 44 () 45- 54 () 55+

Annenin eğitim düzeyi

() Okuma yazma bilmiyor

() İlköğretim

() Lise

() ~~Önlisans~~

() Lisans

() Lisansüstü

Babanın yaşı?

() 25- () 25-34 () 35- 44 () 45- 54 () 55+

Babanın eğitim düzeyi

- ☐ Okuma yazma bilmiyor
☐ İlköğretim
☐ Lise
☒ Önlisans
☐ Lisans
☐ Lisansüstü

Ailenin Aylık Toplam Geliri:

- 30.000 TL'den az (☐)
30.000-60.000 TL (☐)
60.000 TL ve üzeri (☐)

Çocuklarınız ve eşinizle birlikte kaç kişilik bir ailesiniz? 2 (☐) 3(☐) 4(☐) 5(☐) 5+ (☐)

Evinizde birden fazla dil konuşuluyor mu?

- Evet
Hayır

Anne ve baba arasında akraba evliliği var mı? Evet (☐) Hayır (☒)

Ailede veya akrabalarda şu anda kekeleyen ve/veya daha önce kekelemiş ama kekemeliği geçmiş kimse var mı? (☒) Var (☐) Yok

Koşullu soru

Var ise ailede veya akrabalarda kekeleyen kişinin yakınlık durumunu yazınız:

.....

Çocuğunuz bu yaşına kadar hiç kekeledi mi? Evet (☐) Hayır (☐)

Evet ise 2. Bölüme devam

Hayır ise anket bitti.

Bölüm II

Çocuğunuz kekemelik için dil ve konuşma terapisi aldı mı?

- Evet
Hayır

Çocuğunuz dil ve konuşma terapisi haricinde kekemelik için herhangi başka bir tedavi/terapi aldı mı?

- Evet
Hayır

Çocuğunuzun kekemeliği hala devam ediyor mu?

- Evet
Hayır

Çocuğunuzun kekelemesi ne zaman başladı?

- 1 yaşındayken ()
- 2 yaşındayken ()
- 3 yaşındayken ()
- 4 yaşındayken ()
- 5 yaşındayken ()
- 6 yaşındayken ()
- +6 yaşındayken ()

Çocuğunuzun kekeleme süresi ne kadardır?

- 3 aydan az
- 3- 6 ay ()
- 6 ay- 1 sene ()
- 2 sene ()
- 2 seneden fazla ()

Çocuğunuzun kekelemesi nasıl başladı?

- Aniden bir anda ()
- Yavaş yavaş zaman içinde ()

Çocuğunuzun kekelemesi başladığında kekeleme şiddeti nasıldı?

- Çok hafif ()
- Hafif ()
- Orta ()
- Şiddetli ()
- Çok şiddetli ()

Eğer hala kekeliyorsa çocuğunuzun kekeleme şiddeti şimdi nasıl? (çocuk artık kekelemiyorsa seçim yapmayınız)

- Çok hafif ()
- Hafif ()
- Orta ()
- Şiddetli ()
- Çok şiddetli ()

Çocuğunuzun kekelemesi başladığında hangi kekemelik davranışlarını gösteriyordu? (birden çok seçim yapılabilir)

- Ses tekrarları
- Hece tekrarları
- Sözcük tekrarları
- Öbek/cümle tekrarları
- Ses uzatmaları
- Bloklar
- Yersiz duraklar
- Ses/hece/sözcük eklemeler (ee, şey gibi)
- İçe nefes alarak konuşma

Eğer çocuğunuz hala kekeliyorsa çocuğunuz şu anda hangi kekemelik davranışlarını gösteriyor? **(birden çok seçim yapılabilir) (çocuk artık kekelemiyorsa seçim yapmayınız)**

Ses tekrarları
Hece tekrarları
Sözcük tekrarları
Öbek/cümle tekrarları
Ses uzatmaları
Bloklar
Yersiz duraklar
Ses/hece/sözcük eklemeler (ee, şey gibi)
İçe nefes alarak konuşma

Çocuğunuzun kekelemesi zaman içinde nasıl değişti?

Değişmedi
Azaldı
Arttı
Çok arttı
Dalgalı bir seyir izledi (bazen arttı bazen azaldı)
Bitti

Çocuğunuz konuşurken bedensel gerilim belirtileri gösteriyor mu?

(Örneğin: Başını geriye atma, yumruk sıkma, ağız büzme, sallanma gibi)
Evet
Hayır

Çocuğunuzun söylerken çekindiği, söylemekten vazgeçtiği sözcükler veya harfler var mıydı / var mı?

Evet
Hayır

Çocuğunuzun kekelemesi onun sosyal ilişkilerini olumsuz etkiledi mi/ etkiliyor mu?

Evet
Hayır

Çocuğunuzun kekelemesi okul başarısını olumsuz etkiledi mi/ etkiliyor mu?

Evet
Hayır

Çocuğunuzun kekelediği için gitmeden çekindiği ortamlar var mıydı/ var mı?

Evet
Hayır

Çocuğunuz kekelediği için duygusal olarak zorlandı mı/ zorlanıyor mu?

Evet
Hayır

Çocuğunuzda kekemelik dışında dil ve konuşma bozukluğu var mıydı/ var mı?

Evet ()
Hayır ()

Çocuğunuzda ateşli hastalık, fiziksel travma, epilepsi/havale ve/veya psikolojik travma öyküsü var mı?

Evet

Hayır

Çocuğunuz mizaç olarak nasıl tanımlarsınız? (birden çok seçim yapabilirsiniz)

Çekingen

Neşeli

İnatçı

Duygusal

Sosyal

Sakin

Meraklı

Sabırlı

Hareketli

Düzenli

Esnek

Kolayca sıkılan

Şu anda kekemelik için dil ve konuşma terapisine devam ediyor musunuz?

Evet

Hayır

Şu anda dil ve konuşma terapisi haricinde kekemelik için herhangi başka bir tedavi/terapi alıyor musunuz?

Evet

Hayır

EK 3: ONAM FORMU

	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU
---	---

Onam Formu

Bu araştırmanın adı "Edirne ilinde yaşayan 7-11 yaş arası okul çağı çocuklarda kekemelik yaygınlığının belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesidir. Bu çalışma, betimsel tarama modeli ile gerçekleştirilecek tanımlayıcı bir araştırmadır.

Araştırmanın amacı, Edirne ilindeki 7-11 yaş arası çocuklarda kekemelik yaygınlığını belirlemek ve bu durumu etkileyen demografik faktörleri incelemektir. Çalışma kapsamında katılımcılara, çocuklarının kekemelik durumu hakkında sorular içeren bir anket uygulanacaktır.

Anket, katılımcılara çevrimiçi veya yüz yüze olarak sunulacak ve yaklaşık 10-15 dakika sürecektir. Araştırma, ebeveynlere yönelik anket yöntemi ile gerçekleştirilecektir. Anket, çocuklarda kekemelik durumunu, başlangıç yaşını, aile faktörlerini ve diğer demografik bilgileri toplamak amacıyla tasarlanmıştır.

Bu çalışmada fiziksel bir risk bulunmamaktadır. Ancak, katılımcıların kekemelik ile ilgili sorulara yanıt verirken duygusal olarak etkilenebileceği düşünülmektedir. Ortaya çıkan istenmeyen etkilerin tedavi edilebilirliği açısından, katılımcılar kendilerini rahatsız hissettiklerinde çalışmaya devam etmeme veya araştırmadan çekilme hakkına sahiptir.

Bu araştırma, çocuklarda kekemelik ile ilgili yeni ve bölgesel veriler sunarak, bu alandaki araştırmalara katkı sağlamayı ve toplumda dil gelişimi sorunlarına yönelik farkındalık yaratmayı hedeflemektedir. Araştırmanın tamamlanması için toplam süre yaklaşık iki ay olarak planlanmaktadır. Bu araştırmada ortalama 213 ile 1063 arasında katılımcının yer alması beklenmektedir.

[] Yukarıdaki bilgileri okudum ve anladım. Gönüllü olarak bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmacı Bilgileri:

- Araştırmacının Adı: Sedanur Kocaman

GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün;

Adı-soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no, ...):

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin;

Adı-soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no, ...):

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı-soyadı:

İmzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin;

Adı-soyadı:

İmzası:

Görevi:

EK 4: KATILIMCININ/HASTANIN BEYANI

KATILIMCININ/HASTANIN BEYANI

Sayın Dkt. Sedanur KOCAMAN tarafından okula tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağını bilincindeyim.). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim.).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Dkt. Aşena KARAMETE numaralı telefon numarasından ve İstanbul Atlas Üniversitesinden ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

EK 5: ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-22686390-050.99-54956
Konu : 19.11.2024 Tarih ve 09/17 Sayılı Etik
Kurul Kararı

22.11.2024

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Aşena KARAMETE

İstanbul Atlas Üniversitesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup Dkt. Sedanur Kocaman ile birlikte planladığınız **"7-11 Yaş Arası Çocuklarda Kekemelik Yaygınlığının İncelenmesi: Edirne Örneklemi"** isimli araştırmanız kurulumuzun 19.11.2024 tarihli ve 09 sayılı toplantısında etik yönden uygun görülmüştür.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Ayhan BİLİR
Kurul Başkanı

8. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Sedanur KOCAMAN

Unvanı: Dil ve Konuşma Terapisti

Öğrenim Durumu: Yüksek Lisans

Derece	Okul Adı ve Bölümü	Mezuniyet Yılı
Lisans	Biruni Üniversitesi- Dil ve Konuşma Terapisi	2021
Yüksek Lisans	İstanbul Atlas Üniversitesi- Dil ve Konuşma Terapisi	2025-Devam

İş Deneyimi:

Unvan	Görev Yeri	Yıl
Dil ve Konuşma Terapisti	Morfem Dil Konuşma ve Danışmanlık Merkezi	2021-2022
Dil ve Konuşma Terapisti	Özel Balkan Özel Eğitim Ve Danışmanlık Merkezi	2022-2023
Dil ve Konuşma Terapisti	Özel Keşan Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi	2023-Halen
Dil ve Konuşma Terapisti	Keşan Dil Konuşma ve Danışmanlık Merkezi	2023-Halen