

**T.C.
IŞIK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**DOKTORA TEZİ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

Nilüfer ÖZKAN

**KEKEMELİĞİ OLAN VE OLMAYAN 18-24 YAŞ ARASI
BİREYLERİN ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALARI İLE
YAŞAM KALİTELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİDE ŞEMA
BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİNİN ARACI ROLÜ**

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Buket ÜNVER**

İSTANBUL, Haziran 2025

**T.C.
IŞIK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**DOKTORA TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**Nilüfer ÖZKAN
(219DPY9248)**

**KEKEMELİĞİ OLAN VE OLMAYAN 18-24 YAŞ ARASI
BİREYLERİN ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALARI İLE
YAŞAM KALİTELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİDE ŞEMA
BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİNİN ARACI ROLÜ**

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Buket ÜNVER**

İSTANBUL, Haziran 2025

**T.C.
IŞIK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**DOKTORA TEZİ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**Nilüfer ÖZKAN
(219DPY9248)**

**KEKEMELİĞİ OLAN VE OLMAYAN 18-24 YAŞ ARASI
BİREYLERİN ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALARI İLE
YAŞAM KALİTELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİDE ŞEMA
BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİNİN ARACI ROLÜ**

Tezin Savunulduğu Tarih: 25.06.2025

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Buket ÜNVER / Işık Üniversitesi

Diğer Jüri Üyeleri:

Prof. Dr. Hanife Özlem SERTEL BERK / İstanbul Üniversitesi

Doç. Dr. Berna AKÇINAR / Işık Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Z. Deniz AKTAN / Işık Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Kadir ÖZDEN / Kültür Üniversitesi

İSTANBUL, Haziran 2025

ÖZET

KEKEMELİĞİ OLAN VE OLMAYAN 18-24 YAŞ ARASI BİREYLERİN ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALARI İLE YAŞAM KALİTELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİDE ŞEMA BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİNİN ARACI ROLÜ

Bu araştırmada, kekemelik tanısı olan ve olmayan 18–24 yaş arası geç ergenlik dönemindeki bireylerde, erken dönem uyumsuz şemalar ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide şema başa çıkma stratejilerinin aracı rolü incelenmiştir.

Araştırmaya 103’ü kekemelik tanısı olan, 110’u olmayan toplam 213 kişi katılmıştır. Veriler; Kişisel Bilgi Formu, Young Şema Ölçeği Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3), Şema Başa Çıkma Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) ile toplanmıştır. İstatistiksel analizlerde Ki-kare testi, Bağımsız Gruplar T-Testi, Pearson Korelasyon Analizi ve SPSS Process Macro v4.2 (Model 5) kullanılmıştır.

Bulgular, “zedelenmiş otonomi”, “zedelenmiş sınırlar”, “aşırı uyarılmışlık” ve “kopukluk” şema alanlarının yaşam kalitesi üzerinde anlamlı ve negatif etkileri olduğunu; teslimiyet ve kaçınma stratejilerinin bu ilişkide aracı rol oynadığını ortaya koymuştur. Aşırı telafi stratejisinin ise aracılık etkisi bulunmamıştır. Ayrıca kekemelik tanısının, yalnızca "zedelenmiş sınırlar" şema alanı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide düzenleyici (moderatör) bir rol üstlendiği belirlenmiştir.

Yaşam kalitesi düzeyi, demografik ve klinik değişkenler açısından da değerlendirilmiştir. Kekemelik tanısı, cinsiyet ve kronik hastalık öyküsüne göre yaşam kalitesi düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak psikiyatrik veya psikolojik rahatsızlık tanısı olan bireylerin yaşam kalitesi

düzeylerinin, bu tanıya sahip olmayan bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır. Psikolojik destek alma durumu ise yaşam kalitesi açısından anlamlı bir fark yaratmamıştır. Ek olarak, cinsiyet ile kekemelik tanısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş; erkek bireylerde kekemeliğin görülme oranının kadınlara kıyasla belirgin şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyi açısından, kekemelik tanısı olan bireylerin eğitim seviyelerinin görece daha düşük olduğu belirlenmiş ve bu durum kekemeliğin akademik yaşama olası olumsuz etkilerine işaret etmektedir. Çalışma durumu ile kekemelik arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış olsa da literatür bu ilişkinin bireysel ve çevresel faktörlere bağlı olarak değişebileceğini göstermektedir. Bu bulgular, kekemeliğin yalnızca psikolojik değil, aynı zamanda sosyal ve mesleki işlevsellik üzerinde de çok boyutlu etkiler doğurabileceğini ortaya koymaktadır.

Elde edilen bulgular, kekemeliğin yüzeyde gözlemlenebilen bir konuşma bozukluğuna indirgenemeyeceğini; bireyin derin psikolojik yapısı, şemaları, bu şemalarla baş etme biçimleri ve psikiyatrik geçmişi gibi çok katmanlı içsel dinamiklerle şekillendiğini açıkça ortaya koymuştur. Özellikle teslimiyet ve kaçınma gibi başa çıkma stratejilerinin yaşam kalitesi üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olması, psikolojik müdahalelerde yalnızca semptomlara değil; bu semptomların kökeninde yatan bilişsel ve duygusal yapıya odaklanılması gerektiğini göstermektedir. Bu doğrultuda, şema terapisi gibi yapısal yaklaşımlar, kekemeliğe başa çıkan bireylerin yaşam kalitesini artırmada önemli ve dönüştürücü bir potansiyel taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kekemelik, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Yaşam Kalitesi, Şema Başa Çıkma Stratejileri, Moderatör Değişken, SPSS Process

ABSTRACT

THE MEDIATING ROLE OF SCHEMA COPING STRATEGIES IN THE RELATIONSHIP BETWEEN EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS AND QUALITY OF LIFE IN INDIVIDUALS AGED 18–24 WITH AND WITHOUT STUTTERING

The present study examined the mediating role of schema coping strategies in the relationship between early maladaptive schemas and quality of life among individuals aged 18–24 in late adolescence, both with and without a stuttering diagnosis.

The sample consisted of 213 participants, including 103 individuals diagnosed with stuttering and 110 without. Data were collected using the Personal Information Form, the Young Schema Questionnaire–Short Form 3 (YSQ-SF3), the Schema Coping Scale, the SF-36 Quality of Life Scale, and the Brief Symptom Inventory (BSI). Statistical analyses included the chi-square test, independent samples t-test, Pearson correlation analysis, and the SPSS Process Macro v4.2 (Model 5).

Findings indicated that the schema domains of “impaired autonomy”, “impaired limits”, “hypervigilance”, and “disconnection” had significant negative effects on quality of life. Surrender and avoidance coping strategies mediated this relationship, while overcompensation showed no significant mediating effect. Stuttering diagnosis was found to moderate the relationship between “impaired limits” and quality of life.

Quality of life was also analyzed in relation to demographic and clinical variables. No significant differences were found in quality of life scores based on stuttering diagnosis, gender, or chronic illness history. However, individuals

with psychiatric or psychological diagnoses had significantly lower quality of life. Receiving psychological support did not significantly affect quality of life scores.

Additionally, a significant association was found between gender and stuttering diagnosis, with stuttering being more prevalent among males. Educational levels were relatively lower in participants with a stuttering diagnosis, suggesting potential academic difficulties. Although no significant relationship was found between employment status and stuttering, existing literature suggests that this may depend on individual and environmental factors. These findings highlight that stuttering may have multifaceted impacts not only on psychological functioning but also on social and occupational domains.

In conclusion, the results suggest that stuttering cannot be reduced to a surface-level speech disorder. Instead, it is shaped by complex inner dynamics such as psychological structure, schemas, coping strategies, and psychiatric history. The significant impact of surrender and avoidance coping strategies on quality of life emphasizes the importance of targeting underlying cognitive and emotional patterns in psychological interventions. Structural approaches such as schema therapy may hold significant and transformative potential for improving the quality of life in individuals coping with stuttering.

Keywords: Stuttering, Early Maladaptive Schemas, Quality Of Life, Schema Coping Strategies, Moderator Variable, SPSS Process

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasının oluşum sürecinde bilgisi ve rehberliğiyle yanımda olan, bilimsel donanımıyla bana yol gösteren tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Buket Ünver'e en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Üniversite yıllarımdan bu yana bilimsel donanımı, samimi ve içten yaklaşımıyla desteğini her zaman hissettiren; bana güven aşıl原因an, yüksek lisans ve doktora sürecimde de yanımda olan, tanımaktan büyük onur duyduğum ve kendisinden çok şey öğrendiğim saygıdeğer hocam Prof. Dr. Hanife Özlem Sertel Berk'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Doktora eğitimim süresince akademik birikimiyle yolumu aydınlatan, içten desteğiyle her zaman yanımda olan ve araştırmama değerli katkılar sunan kıymetli hocam Doç. Dr. Berna Akçınar'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Doktora eğitim sürecim boyunca bilgi ve deneyimini cömertçe paylaşarak gelişimime anlamlı katkılar sunan, nitelikli bir eğitim almamız için özveriyle emek veren ve jüri üyem olmayı kabul ederek beni onurlandıran değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Deniz Aktan'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Tez savunma sürecimde jüri üyem olmayı kabul ederek değerli katkılarını sunan Dr. Öğr. Üyesi Kadir Özden'e teşekkür ederim.

Eğitim hayatım boyunca bana inanan, güvenen ve yol gösteren tüm ilkokul, ortaokul, lise öğretmenlerime ve üniversite hocalarıma yürekten teşekkür ederim.

Hayatımın her aşamasında yanımda olduklarını hissettiğim, bana daima inanan, güvenen ve güç veren canım annem merhum Seher Özkan'a ve babam merhum Aydın Özkan'a en derin şükranlarımı sunuyorum. Ne yazık ki doktora eğitim sürecimde onları kaybetmenin derin acısını yaşadım. Bu zorlu süreçte, onlara verdiğim sözü tutmak için çabalayarak yoluma devam ettim. Mezuniyetimi görebilmelerini çok isterdim. Manevi desteklerini ve varlıklarını her zaman kalbimde hissetmeye devam edeceğim... Sevgisi, ilgisi ve desteğiyle her zaman yanımda olan, ikinci annem gibi gördüğüm kıymetli ablam Figen

Sungur'a; sevgileri ve güvenleriyle bana her zaman değerli olduğumu hissettiren canım yeğenlerim Eda, Mustafa ve Beyza ile ailemizin değerli bireylerinden Eren Kaya'ya yürekten teşekkür ederim.

Varlığıyla bana huzur veren; koşulsuz sevgi, şefkat ve dualarıyla her daim arkamda olan, yaşam yolculuğuma ilham kaynağı olan değerli yengem Şerife Özkan'a; desteklerini esirgemeyen kıymetli kuzenlerim Zuhal, Nihal ve Filiz ablama en içten teşekkürlerimi sunarım. Manevi halam olmayı kabul ederek bana desteğini ve güvenini her daim hissettiren, başarılarımla mutlu olan kıymetli yakınım Nuray Koçak'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Bu sürecin her aşamasında yanımda olan ve bana güvenen; zorlandığımda, bunaldığımda yüzümü güldüren can dostlarım Esra Bulduk, Tuğçe Dalgıç, Anadolu Eren, Büşra Subaşı, Meltem Gülbiç, Serap Karul ve Aslı Öztürk'e gönülden teşekkür ederim.

Mesleki yolculuğuma rehberlik eden, vizyonu ile gelişimime değerli katkılar sunan Uzm. Psk. Çağla Tuğba Selveroğlu'na içten şükranlarımı sunarım.

Her daim enerjisiyle motive eden, şefkatiyle içimi ısıtan sevgili Ayçin Veziroğlu'na bana umut aşıladığı için yürekten teşekkür ederim.

Tezimin veri toplama ve sonlandırma süreçlerinde yanımda olarak motive eden, değerli desteklerini esirgemeyen sevgili arkadaşlarım Uzm. Dkt. Sercan Keçeli ve Uzm. Dkt. Kamile Fidan'a gönülden teşekkür ederim. Ayrıca, veri toplama sürecime yardım eden Dr. Dkt. Mehbube Tuncer, Dr. Dkt. Seda Eyelikeder Tekin, Dkt. Veysel Kızılboğa ve değerli insan Serdar Kılınçlar'a ve katkılarından dolayı Şema Terapi Derneği'ne teşekkür ederim.

Araştırmama katılarak bilime katkı sunmayı kabul eden tüm katılımcılara en içten şükranlarımı sunarım. Onların desteği olmadan bu araştırma mümkün olamazdı.

Bu süreçte yorulduğum, zorlandığım pek çok an ve yaşam deneyimi oldu. Ancak her seferinde, yaşananların hakkımda en hayırlısı olduğuna inanarak çabalamaya devam ettim. Bu nedenle, tüm zorluklara rağmen yılmadan ilerleyen kendime de içtenlikle teşekkür ediyorum.

Nilüfer ÖZKAN

İÇİNDEKİLER

	SAYFA NO
ONAY SAYFASI.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜR	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
TABLolar LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR LİSTESİ	xiii
BÖLÜM 1.....	1
1.GİRİŞ	1
1.1 ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ.....	1
1.2 ARAŞTIRMA SORULARI.....	5
BÖLÜM 2.....	9
2. LİTERATÜR	9
2.1 ERGENLİK DÖNEMİ.....	9
2.1.1 Erken Ergenlik Dönemi	11
2.1.2 Orta Ergenlik Dönemi.....	12
2.1.3 Geç Ergenlik.....	12
2.2 KEKEMELİK.....	14
2.2.1 Kekemeliğin Belirgin Özellikleri	14
2.2.2 Kekemeliğin Sıklık ve Yaygınlığı	17
2.2.3 Ergenlikte Kekemelik.....	18
2.2.4 Kekemeliğin Nedenleri	19
2.2.4.1 Yapısal Kuram	19
2.2.4.2 Psikolojik Kuramlar.....	24

2.2.4.3 Öğrenme Kuramları	25
2.2.4.4 Talepler ve Kapasiteler Kuramı	26
2.2.4.5 Nöro-Psiko-Linguistik Kuram	27
2.2.5 Kekemelikte Psikolojik Belirtiler	27
2.3 ŞEMA TERAPİ MODELİ	31
2.3.1 Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Şema Alanları	32
2.3.1.1 Ayrılma/Reddedilme	33
2.3.1.2 Zedelenmiş Özerklik ve Performans (Zedelenmiş Otonomi).....	35
2.3.3.3 Zedelenmiş Sınırlar.....	37
2.3.3.4 Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık.....	38
2.3.3.5 Başkalarına Yönelimlilik	40
2.4 ŞEMA PERSPEKTİFİNDEN UYUMSUZ BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ	41
2.4.1 Teslim Olma Tepkileri	42
2.4.2 Kaçınma Tepkileri	43
2.4.3 Aşırı Telafi Tepkileri	44
2.4.3.1 Kekemelikte Başa Çıkma Yöntemleri	45
2.5 YAŞAM KALİTESİ.....	46
2.5.1 Kekemelikte Yaşam Kalitesi	47
BÖLÜM 3.....	51
3.YÖNTEM.....	51
3.1 ÖRNEKLEM	51
3.2 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	52
3.2.1 Kişisel Bilgi Formu	52
3.2.2 Young Şema Ölçeği Kısa Form (YŞÖ – KF3).....	52
3.2.3 Şema Başa Çıkma Ölçeği	54
3.2.4 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)	56
3.2.5 Kısa Semptom Envanteri (KSE).....	58
3.3 İŞLEM	59
3.4 VERİ ANALİZİ	59
BÖLÜM 4.....	64

4. BULGULAR.....	64
4.1 KULLANILAN ÖLÇEKLERİN PSİKOMETRİK ANALİZİ.....	64
4.2 DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR.....	66
4.3 ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	73
4.3.1 Farklılık Analizi Bulguları.....	73
4.4 ARAŞTIRMA MODELİNE YÖNELİK BULGULAR.....	79
4.4.1 Şema Alanları ile SF-36/ZSB Arasındaki İlişkide Şema Başa Çıkma Stratejilerinin Aracı Etkisine İlişkilerin Analiz Sonuçları	79
4.4.2 Erken Dönem Uyumsuz Şema Alanları (Zedelenmiş Otonomi, Kopukluk, Zedelenmiş Sınırlar ve Aşırı Uyarılmışlık) ile SF-36/ZSB Arasındaki İlişkide Şema Başa Çıkma Stratejilerinin (Aşırı Telafi, Teslim, Kaçınma) Aracı ve Kekemelik Tanı Durumunun Düzenleyici Rolünün İncelenmesi	81
4.4.2.1 Zedelenmiş Otonomi Şema Alanının SF-36/ZSB Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular	82
4.4.2.2 Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanının SF-36/ZSB Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular	88
4.4.2.3 Aşırı Uyarılmışlık Şema Alanının SF-36/ZSB Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular	95
4.4.2.4 Kopukluk (Bağımsızlık) Şema Alanının SF-36/ZSB Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular	101
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	107
KAYNAKLAR.....	149
EKLER.....	189
ÖZGEÇMİŞ.....	206

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1 Process Model 5 (Hayes, 2022).....	60
Şekil 4.1 Zedelenmiş otonomi şema alanı ile SF-36/ZSB arasındaki ilişkide şema başa çıkma stratejilerinin aracı ve kekemelik olup olmama durumunun düzenleyici rolü.....	83
Şekil 4.2 Zedelenmiş otonomi şema alanı ile SF-36/ZSB arasındaki ilişkide kekemelik tanı durumunun düzenleyici rolü grafiği	88
Şekil 4.3 Zedelenmiş sınırlar şema alanı ile SF-36/ZSB arasındaki ilişkide şema başa çıkma stratejilerinin aracı ve kekemelik olup olmama durumunun düzenleyici rolü.....	89
Şekil 4.4 Zedelenmiş sınırlar şema alanı ile SF-36/ZSB arasındaki ilişkide kekemelik tanı durumunun düzenleyici rolü grafiği	94
Şekil 4.5 Aşırı uyarılmışlık şema alanının SF-36/ZSB arasındaki ilişkide şema başa çıkma stratejilerinin aracı ve kekemelik olup olmama durumunun düzenleyici rolü.....	96
Şekil 4.6 Aşırı uyarılmışlık şema alanı ile SF-36/ZSB arasındaki ilişkide kekemelik tanı durumunun düzenleyici rolü grafiği	100
Şekil 4.7 Kopukluk/Bağısızlık şema alanı ile SF-36/ZSB arasındaki ilişkide şema başa çıkma stratejilerinin aracı ve kekemelik olup olmama durumunun düzenleyici rolü.....	102
Şekil 4.8 Kopukluk/Bağısızlık şema alanı ile SF-36/ZSB arasındaki ilişkide kekemelik tanı durumunun düzenleyici rolü grafiği	106

TABLolar LİSTESİ

Tablo 3.1 Değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerleri.....	62
Tablo 4.1 Tüm değişkenlerin psikometrik analizine ilişkin değerler	64
Tablo 4.2 Kekemelik tanı durumuna göre demografik özelliklere ilişkin frekans analizi sonuçları	66
Tablo 4.3 Kekemelik tanı durumuna göre ebeveyn özelliklerine ilişkin frekans analizi sonuçları	69
Tablo 4.4 Kekemelik tanısı olan bireylerin bireysel, ailesel ve sosyal özellikler açısından dağılım oranları (n = 103)	70
Tablo 4.5 Cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma durumuna göre kekemelik tanı durumunun Ki-kare analizi ile karşılaştırma bulguları	72
Tablo 4.6 Kekemelik tanı durumu, cinsiyet ve çalışma durumu değişkenleri ile SF-36/ZSB arasındaki bağımsız örneklem t-testi sonuçları (n=213).....	73
Tablo 4.7 Katılımcıların kronik hastalık, psikolojik rahatsızlık ve psikolojik terapi desteği durumlarına göre SF-36/ZSB puanlarının bağımsız örneklem t-testi ile karşılaştırılması.....	74
Tablo 4.8 Kekemelik tanı durumuna göre YŞÖ şemalar ve şema alanları toplam puanlarına ait bağımsız örneklem t-testi sonuçları (n = 213).....	76
Tablo 4.9 Kullanılan değişkenler arasındaki pearson korelasyon değerleri (n = 213)	80
Tablo 4.10 Zedelenmiş otonomi şema alanının şema başa çıkma stratejileri aracılığıyla SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde kekemelik tanı durumunun düzenleyici rolüne ilişkin sonuçlar	84
Tablo 4.11 Zedelenmiş sınırlar şema alanının şema başa çıkma stratejileri aracılığıyla SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde kekemelik tanı durumunun düzenleyici rolüne ilişkin sonuçlar	90
Tablo 4.12 Aşırı uyarılmışlık şema alanının şema başa çıkma stratejileri aracılığıyla SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde kekemelik tanı durumunun düzenleyici rolüne ilişkin sonuçlar	96
Tablo 4.13 Kopukluk şema alanının şema başa çıkma stratejileri aracılığıyla SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde kekemelik tanı durumunun düzenleyici rolüne ilişkin sonuçlar	102

KISALTMALAR LİSTESİ

ANOVA:	Varyans Analizi (Analysis of Variance)
APA:	Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychology Association)
ASUYARI:	Aşırı Uyarılmışlık Şema Alanı
BSI:	Brief Symptom Inventory
DAF:	Gecikmeli İşitsel Geri Bildirim
DSM:	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
FA:	Fraksiyonel Anizotropi
FSB:	Fiziksel Sağlık Bileşeni
KSE:	Kısa Semptom Envanteri
KOPUK:	Kopukluk/Bağısızlık Şema Alanı
MANOVA:	Çok Değişkenli Varyans Analizi (Multivariate Analysis of Variance)
PT:	Planum Temporale
SF-36:	Yaşam Kalitesi Ölçeği
SPSS:	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (Statistical Package for the Social Sciences)
ŞBÇÖ:	Şema Başa Çıkma Ölçeği
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
VIF:	Varyans Genişlik Faktörü (The Variance Inflation Factor)
YŞÖ KF-3:	Young Şema Ölçeği Kısa Form-3
WASSP-TR:	The Wright and Ayre Stuttering Self-Rating Profile–Türkçe Versiyon
WHO:	Dünya Sağlık Örgütü
ZEDOT:	Zedelenmiş Otonomi Şema Alanı
ZEDSİN:	Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı
ZSB:	Zihinsel Sağlık Bileşeni

BÖLÜM 1

1.GİRİŞ

1.1 ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Araştırmanın amacı, kekemelik tanısı olan ve olmayan 18-24 yaş arası geç ergenlik dönemindeki bireyleri, şema terapi perspektifi açısından değerlendirerek erken dönem uyumsuz şemaları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkide şema başa çıkma stratejilerinin aracı rolünü incelemektir. Bu kapsamda, kekemelik tanısı olan bireylerin erken dönem uyumsuz şemalarının saptanması ve bu şemaların sürmesini sağlayan işlevsiz başa çıkma stratejilerinin anlaşılması ve kekemelik tanısı olmayan bireylerle kıyaslandığında yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerinin belirlenmesi hedeflenmiştir.

Bu amaç doğrultusunda tüm örneklem grubunda (kekemelik tanısı olan ve olmayan) geç ergenlik dönemindeki bireylerin sosyodemografik özellikleri açısından da analizler yapılarak, yaşam kalitelerindeki etkiler belirlenmiştir. Ayrıca kekemelik tanısı olan bireylerin demografik özellikleri (cinsiyet, eğitim düzeyi ve çalışma durumu) ile bu bireylere özgü kekemelik ilişkili olduğu düşünülen etkenler (kekemeliği başlatan stres faktörleri veya travmatik yaşantılar, ailede kekemelik öyküsü ve geçmişte ateşli hastalık geçirme durumu) karşılaştırılarak kekemeliğe dair belli özelliklerin belirlenmesine de katkılar sunulmuştur.

Bilindiği üzere, kekemeliğin sebebi henüz bilinmemekle birlikte çevresel, genetik, psikolojik ve nörofizyolojik faktörlerden etkilendiği; bununla beraber gelişiminin ise karmaşık ve çok boyutlu olduğu düşünülmektedir (Ambrose vd., 2015; Guitar, 2013; Neef & Chang, 2024; Yaruss & Quesal, 2006).

Geç ergenlik olarak bilinen 18-24 yaş arası bireylerin kimlik gelişimi, sosyal ilişkileri ve meslek hayatları açısından kritik bir fazdır (Derman, 2008;

Rickwood, 1995; Turan, 2021). Ancak bu kritik süreçte kekemelik, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Carter vd., 2017). Örneğin bir araştırmada, kekemeliğin şiddeti ile eğitim başarısı arasında negatif ilişki olduğu bulunmuş ve kekemeliğin sözlü sunumlar sırasında kaygıyı artırarak, akademik performansı olumsuz etkileyebildiği ve daha düşük başarıya yol açabildiği belirtilmiştir (O'Brian vd., 2011).

Ayrıca sosyal ilişkilerde, kekemelik nedeniyle bireyler, kendilerini ifade etme zorluğu çekebilmektedir. Bu durum onların sosyal kaygı, korku ve utanç gibi duygular hissetmelerine yol açarak sosyal izolasyona neden olabilmekte hatta bireylerin iyi sözlü iletişim becerileri gerektiren (ya da gerektirdiği düşünülen) mesleklerden kaçınmasına sebep olabilmektedir (Hayhow vd., 2002; Klein & Hood, 2004; McAllister vd., 2012; Messenger vd., 2004). Kekemelik tanısı olan bireyler hem konuşmalarına ilişkin kendi tutumları hem de toplumun tutumları sebebiyle de istihdam sorunlarıyla karşılaşabilmektedir (Klein & Hood, 2004). Sonuç olarak, 18-24 yaş arası bireylerde kekemelik, sosyal ilişkilerden akademik başarıya, iş yaşamına kadar birçok alanda yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktör olarak düşünülmektedir.

Günümüzde çocuk, birey ve yetişkin kekemelik tanısı olan bireyler için birçok terapi mevcuttur. Bu terapiler, kekemeliğin şiddetini ve sıklığını azaltmayı amaçlayan, konuşmanın akıcılığına yönelik doğrudan müdahalelere veya bozukluğa eşlik edebilecek kaygı, korku, depresyon ve diğer zihinsel sağlık sorunlarını hafifletmeyi amaçlayan müdahalelere kadar uzanmaktadır (Hayhow vd., 2002; Klein & Hood, 2004). Bu müdahaleler aracılığıyla, bireylerin işlevselliğini artırarak uyum sorunlarını en aza indirmek önemli görünmektedir (Guitar, 2013). Young'ın (1990) geliştirdiği şema terapi kuramına göre, şemaların, bilişleri ciddi oranda etkilediği ve bu etkilerin şemalar tetiklendiğinde ortaya çıktığı belirtilmektedir. Ayrıca her bir psikopatoloji birden çok erken dönem uyum bozucu şemaya sahiptir (Young vd., 2009).

Şema terapi kuramı, erken dönem uyumsuz şemaların psikolojik sorunların temelini oluşturduğunu öne sürmektedir. Bu görüş, çeşitli araştırma

bulgularıyla da desteklenmekte ve söz konusu şemaların, psikolojik belirtilerin gelişiminde belirleyici bir rol oynadığını göstermektedir (Karatzias vd., 2016; Kömürücü ve Gör, 2016; Yurtsever ve Sütçü, 2017). Pek çok araştırmada da şemaların dikkat eksikliği, sosyal kaygı, kişilik bozuklukları, yeme bozukluğu, depresyon, uykusuzluk gibi psikolojik pek çok bozukluğu anlamlı düzeyde yordadığı görülmektedir (Balaban, 2020; Hart & Waller, 2002; Petrocelli vd., 2001; Waller vd., 2000). Örneğin, kaygı bozukluğu tanısı almış bireylerde duyguları bastırma, kendini feda, bağımlılık, terk edilme ve dayanıksızlık şemalarının baskın olduğu (Welburn vd., 2002); panik atak ile dayanıksızlık ve yapışıklık/gelişmemiş benlik şemalarının ilişki olduğu ortaya çıkmıştır (Yancar Demir ve Soygüt, 2014). Bu noktada kekemelik tanısı olan bireylerde de olumsuz inanç ya da bilişlerin bu erken dönem şemaların etkisiyle davranış kalıplarını belirleyebileceği veya psikopatolojiye yatkınlaştırabileceği düşünülmektedir. Bu şemaların, kekemelik tanısı olan bireylerin konuşma akıcılığını etkileyen önemli faktörlerden biri olduğu düşünülerek bu konu araştırmaya değer bulunmuştur.

Türk alan yazında, kekemelik tanısı olan bireylerde herhangi bir gelişim dönemi için erken dönem uyumsuz şema alanlarını belirleyen ve değerlendiren bir çalışmayla karşılaşılmamıştır. Yabancı literatürde ise yalnızca iki çalışmaya ulaşılmış; bunlardan biri, İran'da ergenlik dönemindeki 21 kekemelik tanısı olan ve 21 kekemelik tanısı olmayan ortaokul öğrencilerinin bilişsel duygu düzenleme stratejileri, üstbilişsel süreçleri ve erken dönem uyumsuz şemaları açısından karşılaştırıldığı bir araştırmadır (Alipour vd., 2016). Diğer çalışma ise 2019 yılında yine İran'da gerçekleştirilmiş ve konuşma terapisine başvuran 30 yetişkin birey üzerinde yürütülen yarı deneysel bir araştırmadır. Bu çalışmada, birinci deneysel gruptaki 10 katılımcıya 60 dakikalık 12 oturumdan oluşan şema terapi; ikinci deneysel gruptaki 10 katılımcıya ise yine 60 dakikalık 12 oturumluk bilişsel-konuşma terapisi uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise müdahale yapılmamıştır. Katılımcıların sıkıntıya tolerans düzeyleri ile üzüntü, korku, endişe, öfke, suçluluk ve utanç gibi olumsuz duyguları ön test ve son test

yoluyla değerlendirilmiş, gruplar arası psikolojik durumlar karşılaştırılmıştır (Nejat vd., 2022). Araştırmanın sonucunda ise iki deneysel grubun ve kontrol grubunun sıkıntıyı tolere etme ve negatif duyguları ön test, son test ortalamaların da istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Ayrıca hem şema terapisinin hem de bilişsel-konuşma terapisinin, kekemeliğe sahip bireylerde negatif duyguları azaltma ve sıkıntıya toleransı artırma konusunda etkili olabileceği belirtilmiştir (Nejat vd., 2022). Görüldüğü üzere, alanyazında bu konuya dair çalışmalar oldukça sınırlıdır.

Araştırmanın bir diğer önemi ise şema terapi modelinde, şemaların zamanla bireylerin hayatlarında önemli alanlarda sorunlara yol açtığı ve bireylerin bu durumlar karşısında sıkça işlevsiz baş etme mekanizmalarını kullandığı ve böylece söz konusu sorunların daha da kronikleştiği belirtilmektedir (van Vreeswijk vd., 2012). Ortaya konan tüm bu başa çıkmalar, belki bir aşamaya kadar işlevsel olarak değerlendirilse de fakat bu davranış biçimlerinin ileriki dönemlerde bireylerin yaşamlarını zorlaştırdığı, yaşam kalitesini düşürdüğü ve işlevselliği negatif yönde etkileyebildiği ifade edilmektedir (Young & Klosko, 2021). Ayrıca, bu işlevsiz baş etme biçimlerinin, bireylerin şemalarının sürmesine yol açtığı belirtilmektedir (Rafaeli vd., 2013; van Vreeswijk vd., 2012). Bu bağlamda, söz konusu baş etme stratejilerinin, uzun vadede sürecin olumlu yönde değişimini engelleyebilecek bir işlev gördüğü belirtilmektedir (Young & Klosko, 2021).

Kekemelik tanısı olan bireylerde ise özellikle iletişim kurmanın daha zor olduğu durumlarda küçük düşürülmekten ve olumsuz değerlendirilmekten korktukları için konuşmaktan kaçınabildikleri bilinmektedir (Iverach vd., 2009). Kimi durumlarda da bireyler, kekeleyen bireyi dinlerken farklı duygusal ve davranışsal tepkiler göstermektedirler. Bu durum sonucunda kekeleyen bireyler, sosyal etiketleme yaşayabilmekte, hatta bu durum kendilerini de etiketlemelerine yol açabilmektedir (Boyle, 2015b). Hayatın hemen her alanında, olumsuz tepkilerle karşılaşma riski bireylerde sosyal izolasyon, özgüven azalması, umutsuzluk gibi duyguları artırmakta, bu da ruhsal iyilik

halinin ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir (Carter vd., 2017; Türkili vd., 2022). Tüm bu durumlar kekeleyen bireylerin iş, eğitim, sosyal hayatındaki katılımını da etkileyerek yaşam kalitesini düşürebilmektedir (Boyle, 2015b; Carter vd., 2017; Yaruss & Quesal, 2006). Mevcut araştırmanın şema perspektifi açısından kekemelik tanısı olan bireylerde işlevsiz başa çıkma biçimlerinin belirlenmesi, kekemelik tanısı olan bireylerin özelliklerini anlamada ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi noktasında önemli bir bakış açısı kazandıracığı düşünülmektedir. Bu doğrultuda kekemelik tanısı olan bireylerde erken çocukluktan beri oluşan şemaların anlaşılıp hangi işlevsiz başa çıkma biçimiyle sürdürüldüğü ve yaşam kalitelerini nasıl etkilediğini belirlemek kekemeliğin anlaşılması noktasında önemlidir. Ayrıca söz konusu bulguların, çocuklar, gençler ve yetişkinlerle yürütülecek bireysel terapiler, grup psikoterapi oturumları ve psiko-eğitim programlarının hazırlanmasında ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellere kaynak sağlayabileceği düşünülmektedir.

Son olarak, bu güncel çalışmada kekemelik tanısı olan bireylere yöneltilen araştırma soruları aracılığıyla, kekemeliğe özgü bazı özelliklerin keşfedilmesinin ve çeşitli demografik değişkenler doğrultusunda yaşam kalitesinin nasıl etkilendiğinin ortaya konmasının, literatüre önemli katkılar sağlayacağı ve terapi süreçlerini daha etkili hale getirebileceği düşünülmektedir.

1.2 ARAŞTIRMA SORULARI

Araştırmanın değişkenlerine ilişkin literatürde yeterli çalışma bulunmaması ve bu çalışmanın, geliştirilen model açısından Türkiye’de kekemelik alanında yürütülen ilk araştırma olması nedeniyle, çalışma hipotezler yerine araştırma soruları temel alınarak yürütülmüştür. Araştırma soruları aşağıda yer almaktadır:

- 1- Kekemelik tanı durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?
- 2- Kekemelik tanı durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir anlamlı bir ilişki var mıdır?

- 3- Kekemelik tanı durumu ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?
- 4- Kekemelik tanısı olan ve olmayan bireylerin SF-36/ZSB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
- 5- Tüm örneklem grubunda kadın ve erkeklerin SF-36/ ZSB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
- 6- Tüm örneklem grubunda çalışma durumuna göre SF-36/ZSB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
- 7- Tüm örneklem grubunda kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin SF-36/ZSB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
- 8- Tüm örneklem grubunda psikiyatrik/ psikolojik rahatsızlığı olan ve olmayanların SF-36/ZSB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
- 9- Tüm örneklem grubunda psikolojik terapi desteği alanlar ile almayanların SF-36/ZSB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
- 10- Kekemelik tanısı olan ve olmayan bireylerin, Young Şema Ölçeği'ne (YŞÖ) göre erken dönem uyumsuz şemalar ve şema alanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
- 11- Zedelenmiş otonomi şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde şema başa çıkma stratejilerinden aşırı telafinin aracı rolü ve kekemelik tanı durumunun düzenleyici etkisi bulunmakta mıdır?
- 12- Zedelenmiş otonomi şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde şema başa çıkma stratejilerinden teslimin aracı rolü ve kekemelik tanı durumunun düzenleyici etkisi bulunmakta mıdır?
- 13- Zedelenmiş otonomi şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde şema başa çıkma stratejilerinden kaçınmanın aracı rolü ve kekemelik tanı durumunun düzenleyici etkisi bulunmakta mıdır?
- 14- Zedelenmiş sınırlar şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde şema başa çıkma stratejilerinden aşırı telafinin aracı rolü ve kekemelik tanı durumunun düzenleyici etkisi bulunmakta mıdır?

- 15- Zedelenmiş sınırlar şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde şema başa çıkma stratejilerinden teslimin aracı rolü ve kekemelik tanı durumunun düzenleyici etkisi bulunmakta mıdır?
- 16- Zedelenmiş sınırlar şema alanı ile SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde şema başa çıkma stratejilerinden kaçınmanın aracı rolü ve kekemelik tanı durumunun düzenleyici etkisi bulunmakta mıdır?
- 17- Aşırı uyarılmışlık şema alanı ile SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde şema başa çıkma stratejilerinden aşırı telafinin aracı rolü ve kekemelik tanı durumunun düzenleyici etkisi bulunmakta mıdır?
- 18- Aşırı uyarılmışlık şema alanı ile SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde şema başa çıkma stratejilerinden teslimin aracı rolü kekemelik tanı durumunun düzenleyici etkisi bulunmakta mıdır?
- 19- Aşırı uyarılmışlık şema alanı ile SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde şema başa çıkma stratejilerinden kaçınmanın aracı rolü kekemelik tanı durumunun düzenleyici etkisi bulunmakta mıdır?
- 20- Kopukluk şema alanı ile SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde şema başa çıkma stratejilerinden aşırı telafinin aracı rolü ve kekemelik tanı durumunun düzenleyici etkisi bulunmakta mıdır?
- 21- Kopukluk şema alanı ile SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde şema başa çıkma stratejilerinden teslimin aracı rolü ve kekemelik tanı durumunun düzenleyici etkisi bulunmakta mıdır?
- 22- Kopukluk şema alanı ile SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde şema başa çıkma stratejilerinden kaçınmanın aracı rolü ve kekemelik tanı durumunun düzenleyici etkisi bulunmakta mıdır?

Son olarak, araştırmacı tarafından kekemelik tanısı olan bireylerden oluşan örneklemin betimsel özelliklerine ulaşmak amacıyla aşağıdaki sorular demografik bilgi formuna eklenmiştir. Kekemeliğe özgü olarak hazırlanan bu soruların sorulmasındaki amaç, Türkiye örneğine yönelik yeterli sayıda çalışma bulunmaması nedeniyle, gelecekte yapılacak araştırmalara ön bilgi ve kaynak sağlamaktır. Bu sorular şunlardır:

- 1- Kekemeliği başlatan bir stres etkeni ya da travmatik bir deneyimin yaşanıp yaşanmadığı (örneğin: korku, boşanma, kafa çarpması, ayrılık vb.),
- 2- Ailede kekemelik tanısı olan başka bir bireyin bulunup bulunmadığı (anne, baba, kardeş, amca, dayı vb.),
- 3- Geçmişte ağır ateşli bir hastalık (örneğin: havale) geçirip geçirmediği

BÖLÜM 2

2. LİTERATÜR

2.1 ERGENLİK DÖNEMİ

Ergenlik, çocukluktan yetişkinliğe geçişi başlatan özel bir yaşam evresi olarak tanımlanır. Bu dönem, bilişsel, fizyolojik ve sosyal gelişimin karmaşık olduğu bir süreçtir ve bireyin benlik duygusunu ve sosyal çevrede üretkenliğini kazandığında sona erer (Aydın, 2020; Derman, 2008; Hearne vd., 2008; Santrock, 2013). Peter Blos (1967), ergenliği bir bireyleşme süreci olarak tanımlar. Bu süreci "ikinci bireyleşme" olarak adlandırır ve bu dönemin, çocuklukta yaşanan ilk bireyleşme sürecinden farklı ve karmaşık bir yeniden yapılanma dönemi olduğunu ifade eder. Ergenlikte bireylerin gelişimin önemli aşamalardan geçtiğini ve bu aşamaların her birinde özel mücadeleler gerektiğini, hedeflere ulaşıldığında daha ileri düzeyde bir gelişim sağlandığını belirtir (Blos, 1967).

Havighurst'a (1972) göre, ergenlik döneminde bireyin tamamlaması gereken 8 temel psikososyal görev vardır (Akt. Yazgan İnanç vd., 2012):

1. Fiziksel yapıyı kabul etmek ve etkili şekilde kullanmak,
2. Aileden ve diğer yetişkinlerden duygusal bağımsızlık kazanmak,
3. Cinsiyet rolünü benimsemek,
4. Her iki cinsle uygun ilişkiler kurmak,
5. Toplumsal sorumluluklar üstlenmek,
6. Değerler ve ahlak sistemi geliştirmek,
7. Bir meslek için hazırlanmak,
8. Evlilik ve aile kurmaya yönelik hazırlık yapmak.

Bu görevlerin, bireyin ergenlik dönemindeki gelişimini desteklediği ve topluma uyum sağlamasını kolaylaştırdığı belirtilmiştir (Akt. Yazgan İnanç vd., 2012).

Ergenlik döneminde, biyolojik, sosyolojik ve psikolojik değişimler de olmaktadır. Bu dönemde işitsel, dokunsal ve görsel girdileri entegre eden parietal lob da gelişim sürecinden geçmektedir (Hearne vd., 2008). Araştırmalara göre, 20'li yaşların sonlarına kadar, duygusal sistemlerin kaynaşmasını sağlayan alanlar tam olarak gelişmemiştir (Simmonds vd., 2014). Beyin yapısı ve işlevindeki gelişmeler, karar verme, akran ilişkisi, davranış ve refah üzerinde önemli bir etkiye sahip olan iki faktör olan karmaşık bilişsel işleme ve sosyo-duygusal kontrol ile birlikte gerçekleşir (Crone & Dahl, 2012). Bundan dolayı ergenlik dönemi aynı zamanda büyük bir psikolojik ve duygusal dönüşüm dönemidir (Crosnoe & Johnson, 2011).

Çeşitli perspektiflerden incelenen bir diğer psikolojik süreç de kimlik gelişimidir. Erikson (1950, 1959) dönemin en önemli gelişimsel görevinin kimlik gelişimi olduğunu vurgulamıştır. Kimlik kavramının cinsel, fiziksel, psikolojik, ahlaksal, ideolojik ve mesleksi pek çok boyutu olduğu belirtilmektedir (Akt. Yazgan İnanç vd., 2012). Bu, bireylerin sosyal deneyimler yoluyla anlamaya başladıkları farklı yönlerini aşamalı olarak birleştirdikleri oldukça sosyal bir süreçtir (Kroger, 2007). Çocukluğun fiziksel, duygusal ve sosyal kalıplarından yetişkin nüfusun kalıplarına geçiş ergenlik döneminde gerçekleşir (Rickwood, 1995).

Günümüze kadar ergenlik dönemine ilişkin birçok araştırma yapılmıştır. Bu döneme ait yaş sınırlamaları bazı küçük farklılıklar göstererek farklı şekillerde sınıflandırılmıştır. Ergenlik için en yaygın kabul gören kronolojik dönem, 10–18 yaş aralığını kapsamaktadır. 20. yüzyılın başlarında G. Stanley Hall, ergenliği 14 ile 24 yaş aralığında gerçekleşen gelişimsel bir dönem olarak tanımlamıştır (Hall, 1904).

Bunun yanında, 1985 yılında Barselona Bildirisi'nde ergenlik kavramı yerine "bireylik dönemi" ifadesi kullanılmış ve bu dönem, 15–24 yaş arası sosyal bir kategori olarak tanımlanmıştır (Sawyer vd., 2018). Daha sonraki literatürde ise ergenlik dönemi; erken ergenlik dönemi, orta ergenlik dönemi ve geç ergenlik dönemi olmak üzere üç alt kategoriye ayrılmıştır (Arnett, 2000; Derman, 2008):

2.1.1 Erken Ergenlik Dönemi

Erken ergenlik dönemi, literatürde 12–14 yaş arası gelişim evresi olarak tanımlanmakta olup genellikle ortaokul yıllarına karşılık gelir (Santrock, 2013). Bu dönem, fiziksel ve hormonal değişimlerin yanı sıra davranışsal dönüşümlerin de yaşandığı bir yaşam evresidir (Derman, 2008; Santrock, 2013; Şendil, 2003). Fiziksel gelişime paralel olarak ikincil cinsiyet özellikleri (örneğin: ses kalınlaşması, göğüs büyümesi) ortaya çıkar. Bu süreçte ergen, alışılmadık cinsel dürtülerle baş etmeye çalışır; bu durum da duygu durum değişimlerine yol açabilir (Rutter vd., 1976; Şendil, 2003).

Cinsiyet açısından erken ergenlikte yaşanan kaygılar farklılık gösterebilir. Erkekler genellikle karşı cinsle olan ilişkiler ve cinsellikle ilgili konularda endişe yaşarken; kızlar ise fiziksel gelişim süreci ve akran ilişkileri konusunda kaygı duyarlar (Sayıl vd., 2002). Bu farkın temelinde, zamanla çevrenin ikincil cinsiyet özelliklerine verdiği tepkiler ve bireyin cinsel kimliğinin gelişimiyle birlikte toplumsal kalıplara uyum sağlama gereksinimi yer almaktadır (Derman, 2008; Rutter vd., 1976; Şendil, 2003).

Erken ergenlik sürecinde, ergenler hızlı sosyal ve bilişsel değişimlere bağlı olarak ebeveynleriyle fikir ayrılıkları yaşayabilir ve bu durum çatışmalara yol açabilir (Smetana, 1988). Ebeveynlere yönelik tutum ve tavırlara bağlı olarak, aile içi çatışmalar özellikle altıncı sınıftan itibaren (12-14 yaş) artış göstermektedir. Bu çatışmaların temelinde, ergenin gelişimsel olarak kimlik oluşturma sürecinde olması ve bu süreçte bağımsızlık arayışı yer almaktadır. Kimliğini oluşturma sürecinde yaşanan bu mücadele bazı ergenlerde fırtınalı, bazılarında ise daha sakin geçebilir. Bu dönemin nasıl yaşanacağı büyük ölçüde ergenin ailesiyle kurduğu ilişkiye ve çevresel etkilere bağlıdır (Şendil, 2003). Kültürel bağlamda değerlendirildiğinde ise, ilişkisel aile yapısı ve özerkliği sınırlandıran ebeveyn tutumları nedeniyle ergenlik dönemi çatışmalı bir şekilde geçebilmektedir (Sayıl vd., 2002).

2.1.2 Orta Ergenlik Dönemi

Orta ergenlik dönemini kapsayan 15–18 yaş aralığında, ergenler ebeveynlerinden ayrışma süreciyle birlikte bireysel kimliklerini oluşturma çabası içerisinde (Derman, 2008). Bu süreçte, sahip oldukları kişisel özellikleri kabul ettirmeye çalışırken, aynı zamanda ebeveynlerinden farklı bir birey olarak öne çıkma eğilimi gösterirler.

Ergenlik döneminde risk alma eğilimleri artış göstermekte olup, bu eğilim orta ve geç ergenlikte erken ergenliğe kıyasla daha belirgindir. Araştırmalar, risk alma davranışlarının erkeklerde kızlara oranla daha yüksek olduğunu göstermektedir (Uludağlı & Sayıl, 2009).

Özetle, akran ilişkilerine yaptıkları manevi yatırımlar, riskleri hafife alma eğilimleri, kendilerini yeterli ve bağımsız görmeleri ile özerklik arzuları; aileleriyle çatışmalar yaşamalarına zemin hazırlamaktadır (Derman, 2008).

2.1.3 Geç Ergenlik

Literatürde 18–24 yaş aralığı genellikle “geç ergenlik” (Rickwood, 1995; Santrock, 2013; Sawyer vd., 2018) ya da “beliren yetişkinlik” (*emerging adulthood*) dönemi (Arnett, 2000) olarak tanımlanmaktadır. Bazı araştırmalarda ise geç ergenlik döneminin, bireyin 18 yaşından itibaren kendi özgün kişiliğini bulmasına kadar devam ettiği ifade edilmektedir (Derman, 2008; Steinberg, 2014). Bu dönemde bireyler, yaşamlarının geri kalanını etkileyebilecek kararlar alır ve çeşitli faaliyetlere katılarak, yaşam boyu sürecek gelişimsel temelleri atarlar (Santrock, 2013; Zarrett & Eccles, 2006).

Peter Blos’a (1966) göre, geç ergenlik, bireyin benlik işlevlerini ve ilgilerini istikrarlı ve kişisel bir şekilde düzenlediği bir dönemi temsil eder. Bu süreçte ego, çatışmasız bir alanda genişler (ikincil özerklik), kimlik sürekliliği sağlanarak sabit bir cinsel kimlik oluşur ve nesne ile benlik temsillerine daha kalıcı bir yatırım yapılır. Ayrıca, zihinsel yapılar, psişik bütünlüğü koruyacak şekilde istikrar kazanır. Geç ergenlik, bireyleşmenin ikinci aşaması olarak, ödipal dönem deneyimlerinin tekrarlandığı, kimlik çatışmalarının yaşandığı ve

erken dönemdeki içsel çatışmalar ile duyguların yeniden canlandığı bir zaman olarak görülür (Blos, 1966, 1967, 1968). Bu nedenle, Blos, bu dönemi daha önceki psikolojik yapıların güçlendiği ve sağlam bir kişilik yapısının oluştuğu dönem olarak tanımlar. Adams (1995), bu dönemde bireyin aileden bağımsızlaşması ve özerkleşmesi sonucunda öznel kimliğin oluştuğunu vurgulamaktadır. Kalıcı bir kimlik duygusunun gelişimi, bu dönemin temel psikososyal görevidir. Yetişkinliğe geçişte bireyden; ailesinden bağımsızlık kazanması, ekonomik özgürlük elde etmek için bir meslek edinmesi, yurttaşlık bilinci geliştirmesi ve davranışlarına rehberlik edecek bir değerler sistemi oluşturması beklenmektedir (Akt. Şendil, 2003).

Buna ek olarak, geç ergenlik döneminde bireyler giderek daha karmaşık ve zorlu görevler üstlenmeye başlar. Bu görevler arasında; zorlu işleri yönetebilme, kişisel güçlü ve zayıf yönlerini keşfetme, farklı roller arasında denge kurma ve bu rolleri geliştirme ile üstlenilen sorumlulukların anlamını ve amacını belirleme gibi beceriler yer almaktadır (Bornstein vd., 2003).

Son dönem nörobilim araştırmaları, ergenlik sürecinde beyinde meydana gelen değişimlerin yirmili yaşların ortalarına kadar sürdüğünü göstermektedir (Jensen & Nutt, 2017; Sawyer vd., 2018; Siegel, 2015). Özellikle yürütücü işlevler, duygu düzenleme, sosyal ilişkiler kurma ve karar verme becerileri, geç ergenlik döneminde gelişmeye devam etmektedir (Jensen & Nutt, 2017; Siegel, 2015). Bu gelişimsel süreç, bireylerin üstlendikleri görevleri yerine getirme kapasiteleriyle de yakından ilişkilidir.

Ancak günümüzde bu beklentilerin hayata geçirilmesinde çeşitli zorluklar yaşanmaktadır. Uzayan eğitim süreleri, ekonomik bağımsızlığın gecikmesi ve aile içindeki rollerin belirsizleşmesi gibi etkenler, bireylerin geç ergenlik döneminde “ne çocuk ne de yetişkin” oldukları bir “arada kalmışlık” hissiyle karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır (Gürkan, 2020).

2.2 KEKEMELİK

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5'e göre (DSM-5), kekemelik (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013):

“Kişinin yaşı ve dil becerileri açısından uygun olmayan, zamanla geçmeyen aşağıdakilerden birinin (ya da daha çoğunun) sık sık ve belirgin bir biçimde ortaya çıkması ile belirli, konuşmanın akıcılığında ve zamanlama örüntüsünde bozukluklar; ses ya hece yinelemeleri, ünsüz ve ünlü ses uzatmaları, kırık sözcükler (örn. Sözcüğün içinde ara verme), sesli ya da sessiz duraklama, dolambaçlı konuşma (sorunlu sözcükleri kullanmamak için yerine başka sözcük kullanma), sözcükleri büyük bir gerginlikle çıkarma, tek heceli tam sözcük yinelemeleri” (örn. “ben-ben-ben- ben onu görüyorum.”) şeklinde görülen nörogelişimsel bozukluklar içinde tanımlanan bir bozukluktur (s. 23).

Kekemelik aynı zamanda, konuşma sırasında geçici bir kontrol kaybının yaşandığı bir bozukluk olarak da tanımlanabilir. Bu süreçte, konuşmayı sağlayan motor hareketler ya tamamen durmakta ya da tekrarlayan bir döngüye girmektedir. En belirgin belirtiler; konuşmanın akışını bozan duraksamalar, ses ve hece tekrarları ile ses uzatmalarıdır. Bu belirtiler, konuşmanın doğal ve akıcı bir şekilde ilerlemesini engellemektedir. Kekemeliğe sıklıkla göz kırpma, yüz buruşturma ya da gereksiz uzuv/vücut hareketleri gibi fiziksel davranışlar da eşlik edebilir (Ludlow & Loucks, 2003; Neef & Chang, 2024; Smith & Weber, 2016).

Bu bozukluğun, konuşmaya dair kaygı, utanç ve hayal kırıklığı gibi duygular yaşattığı veya etkin iletişim ve toplumsal katılımı, okul ve iş başarısında kısıtlılıklara neden olduğu bilinmekte ve belirtilerin erken gelişim evresinde başladığı öne sürülmektedir (APA, 2013; Neef & Chang, 2024).

2.2.1 Kekemeliğin Belirgin Özellikleri

Kekemelik tanısı olan bireyler, günlük ihtiyaçlarını ifade etmekte dahi güçlük yaşayabilirler. Bununla birlikte, kekemelikten kaynaklanan duygusal,

bilişsel ve davranışsal sorunlarla da baş etmeleri ve bu durumları yönetmeleri gerekir (Koedoot vd., 2011). Kekeleyen yetişkinler için bu deneyim, psikososyal ya da davranışsal düzeyde yönetilmesi oldukça zor, kalıcı ya da kronik bir yaşam durumu haline gelebilmektedir (Plexico vd., 2019).

Kekemelik bazı özel durumlarda azalabilir hatta geçici olarak ortadan kalkabilir. Özellikle şarkı söyleme, metronom eşliğinde konuşma, geciktirilmiş işitsel geri bildirimle konuşma, koro halinde okuma ya da arka planda gürültünün bulunduğu ortamlarda takılmaların azaldığı gözlemlenmektedir (Ambrose, 2004). Buna karşılık, telefonda konuşma; öğretmen, anne, baba veya patron gibi otorite figürleriyle iletişim kurma; alay edilme ya da dışlanma kaygısı taşıyan durumlar ve restoranda sipariş verme gibi hızlı iletişim gerektiren anlarda kekemelik belirtilerinin arttığı belirtilmektedir (Silverman, 2003). Ayrıca, dilbilimsel karmaşıklık ve zaman baskısı gibi stres oluşturan faktörler de kekemelik belirtilerinin şiddetlenmesine yol açan durumlardandır (Ambrose, 2004).

Alm (2014) tarafından okul öncesi çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmada kekemelik sıklığının belli koşullarda nispeten sabit olduğu, ancak ekstra "baskı" durumlarında önemli ölçüde arttığı öne sürülmüştür. Yapılan araştırmalardan ve kişisel raporlardan elde edilen sonuçlara göre, dinleyici olmadan tek başına konuşurken kekemelik sıklığının önemli ölçüde azaldığı görülmüştür. Bu sonucun arkasında ise doğrudan etkisi olan sosyal bilişin etkilerine dikkat çekilmiştir. Sosyal biliş, insanın sosyal etkileşimlerde çevresiyle olan ilişkisinin, diğer insanların kendileri hakkında nasıl izlenim oluşturduklarını, nasıl hissedip düşündüklerini ve bu yapıların yargıları ve davranışları nasıl etkilediğini kapsamaktadır. Bahsedilen çalışmada tüm bu bilişsel süreçleri içeren bilişsel yükün azalmasıyla kekemelik şiddetinin de azaldığına dikkat çekilmiştir.

Kekemelle ilgili son yıllarda konuşma hızı, kekemeliğin şiddeti, konuşmanın doğallığı gibi faktörler üzerinde çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar, tedavinin bozukluğun bu gözlemlenebilir semptomlarını etkili bir şekilde en aza indirebileceğini göstermektedir.

Yine de birçok araştırmacın belirttiği gibi, kekemelik bozukluğunda görünen özelliklerden daha fazlası vardır. Belki de en iyi bilinen açıklama Sheehan'ın (1970) "buzdağı" analogisidir. Sheehan'ın (1970) geliştirdiği "buzdağı analogisi", kekemelik deneyiminin yalnızca dışarıdan gözlemlenebilen konuşma akışındaki kesintilerle sınırlı olmadığını, aksine bireyin içsel dünyasında yaşadığı duygular, düşünceler ve davranışsal tepkilerin büyük bir kısmının görünmez, yani "yüzeyin altında" gerçekleştiğini ifade eder (Yairi & Seery, 2021).

Manning (1999) ise bu analogiyi genişleterek, kekemeliğin yalnızca içsel düzeyde değil, aynı zamanda zamanla değişen ve evrilen bir deneyim olduğunu belirtmiştir. Yani kekemelik, kişinin yaşamı boyunca değişen sosyal, duygusal ve psikolojik koşullarla birlikte şekillenen bir süreçtir; bu da onun etkilerinin sadece anlık değil, 'zaman içinde' birikimli ve dönüşümsel olabileceğini göstermektedir. Benzer şekilde, Murphy (1999) de birçok kekemeliği olan bireyde zamanla utanç, suçluluk ve yetersizlik gibi yoğun duyguların geliştiğini vurgulamıştır (Akt. Yaruss & Quesal, 2006).

Harrison (2011) tarafından öne sürülen görüşe göre, kekemeliği yalnızca bir konuşma bozukluğu olarak ele almak yetersiz kalmaktadır. Kekemeliğin tüm yönlerini anlamak için daha geniş ve bütüncül bir bakış açısı benimsenmelidir. Nitekim kekemelik, yalnızca konuşma akışındaki bozulmalarla sınırlı olmayan, duygusal, bilişsel ve sosyal bileşenleri de içeren çok boyutlu bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Freud vd., 2017). Son yıllarda yapılan araştırmalar da kekemeliğin değerlendirilmesi ve müdahale sürecinde çok yönlü bir yaklaşımın gerekliliğine dikkat çekmektedir (Smith & Weber, 2016).

Harrison (2011), kekemeliği sadece konuşma ile sınırlamayarak, kekemeliği bireyin tamamını içeren bir sistem olarak ele almayı önermektedir. Harrison'a göre, kekemelik altıgen bir modele benzer şekilde düşünülebilir. Bu modele göre, kekemelik altı ana bileşenden oluşan etkileşimli bir sistemdir: fizyolojik tepkiler, davranışlar, duygular, algılar, inançlar ve niyetler. Her bir bileşen, diğerleriyle sürekli etkileşim halindedir.

Van Riper (1982), ilerlemiş kekemelik tanısı olan bireylerde görülen korkunun, kekemeliğe verilen tepkiler arasında en sık rastlanana olabileceğini ifade etmektedir. Kekemelik tanısı olan insanların, etiketlenmekten, olumsuz bir şekilde reddedilmekten veya olumsuz sosyal cezalardan korkabildikleri düşünülmektedir. Buna bağlı olarak kekemelikte konuşma ya da sosyal ortamlardan kaçınma sıklıkla gözlenen bir tepki olarak vurgulanmaktadır.

Kekemelik tanısı olan kişilerin iletişimsel engellenme ve sosyal ceza deneyiminden sonra, konuşmalarında kekemeliğin ortaya çıkmaması için hemen hemen her şeyi deneyebildikleri ve örneğin konuşma ortamlarına girmekten kaçınma ya da susmayı tercih etme, takılacaklarını anladıklarında düşüncelerini farklı, zıt sözcüklerle ya da araya rahat söyleyecekleri kelimeler ekleyerek dolambaçlı şekilde anlatma ve konuşma şeklini değiştirme gibi yöntemler denediği gözlenmektedir (Akt. Cangi, 2011; Silverman, 2003).

2.2.2 Kekemeliğin Sıklık ve Yaygınlığı

Kekemeliğin okul öncesi ve okul çağındaki çocuklarda görülme sıklığının yaklaşık %4, genel toplumda ise %1 düzeyinde olduğu çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur (Bloodstein vd., 2021; Dworzynski vd., 2007; Hesse, 2023; Mannson, 2000; Yairi & Ambrose, 2013).

Kekemeliğin başlangıç yaşı ise vakaların %75'inden fazlasında 3 ila 6 yaş arasında görülmektedir. 12 yaşından sonra kekemeliğin başlaması ise oldukça nadir bir durumdur (Bloodstein vd., 2021; Boyce vd. 2022; Dworzynski vd., 2007; Mawson vd., 2016; Yairi & Ambrose, 2013; Zablotsky vd., 2019).

Okul öncesi çocuklar arasında erkeklerin kekemelik yaşama olasılığının kızlara kıyasla yaklaşık iki kat fazla olduğu; ancak 9 yaş civarında bu oranın değiştiği ve kızların erkeklere göre daha fazla iyileşme eğilimi gösterdiği bildirilmiştir (Dworzynski vd., 2007; Yairi & Ambrose, 2013). Benzer şekilde, Blood ve diğerleri (2001) ile Howell ve diğerleri (2004) tarafından yürütülen araştırmalarda da erkeklerde kekemelik prevalansının kadınlara oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur.

2.2.3 Ergenlikte Kekemelik

Ergenlik döneminde kekeleyen bireylerin sosyal kaygı düzeyleri ve iletişim tarzları, gelişimsel yörüngelerini anlamada önemli bir rol oynamaktadır (Manning, 2001). Ancak kekemeliğin ergenler üzerindeki etkisi, bu dönemin biyolojik ve davranışsal olarak oldukça karmaşık bir gelişim evresi olması nedeniyle daha da derinleşmektedir (McAllister vd., 2013).

Teorik olmakla birlikte, kekemeliğe eşlik eden diğer psikiyatrik belirtiler dikkate alındığında, eş tanıılı bozuklukları olan kekeleyen çocukların daha yüksek düzeyde kaygı yaşadığı ve anksiyete bozukluğu tanısı alma olasılıklarının arttığı belirtilmiştir (Blood vd., 2007). Ergenlik yılları, kekemeliğe ilgili olumsuz hislerin duygusal çatışmalarla iç içe geçtiği, kırılgan bir dönemdir (Manning, 2001). Bu süreçte kekemelik ya da kekemeliğe ilgili endişelerin yol açtığı iletişim zorlukları, ergenin psikososyal gelişimi üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir (McAllister vd., 2013).

Kekeleyen ergenler, iletişim becerilerini ortalamanın altında algılamakta ve iletişimle ilgili kaygıları daha yüksek düzeyde yaşamaktadır. Akıcı konuşan akranlarına kıyasla daha sık dalga geçilme, alay edilme ve zorbalığa maruz kalmaktadırlar (Erickson & Block, 2013). Bu nedenle, kekeleyen bireyler, kekelemeyen yaşlıtlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek sürekli kaygı, olumsuz algılanma korkusu ve işlevsel iletişim sorunları bildirmektedirler (Mulcahy vd., 2008).

Kekemeliğe sahip ergenlerin, konuşmayla ilişkili olumsuz duygularını genelleştirme eğiliminde olmaları, kaygı düzeylerinin artmasına neden olabilmektedir. Bu gruptaki bireylerin çoğu, yüksek düzeyde iletişim korkusu yaşadıklarını ve iletişim yeterliliklerini düşük algıladıklarını bildirmiştir (Blood vd., 2001). Ayrıca sosyal kabul, akademik yeterlilik, yakın arkadaşlık kurma kapasitesi ve genel benlik saygısı gibi alanlara ilişkin olumsuz değerlendirmelerin, kekemelik şiddetinin artmasıyla birlikte anlamlı şekilde yükseldiği bulunmuştur (Adriaenssens, 2015).

2.2.4 Kekemeliğin Nedenleri

Kekemelik, karmaşık ve çok yönlü bir konuşma bozukluğudur. Gelişimsel kekemelik yaklaşık yüz yıldır bilimsel olarak araştırılmakta olsa da kesin nedeni hâlâ bilinmemektedir (Hesse, 2023). Nörobiyolojik açıdan da oldukça karmaşık bir yapıya sahip olan kekemelik, günümüzde hâlâ birçok bilinmeyen barındırmaktadır (Neef & Chang, 2024).

Bugüne kadar kekemeliğin nedenlerine ilişkin çok sayıda çalışma yürütülmüştür. Bu çalışmalar, net bir açıklama sunmakta yetersiz kalsa da kekemeliğe katkıda bulunabilecek bazı olası etkenleri ortaya koymuştur. Nörogelişimsel faktörler, bilişsel işleme becerileri, psikolojik ve duygusal etmenler, genetik yatkınlık ve çevresel unsurlar kekemeliğin etiolojisinde rol oynayabilecek başlıca faktörler arasında sayılmaktadır (Ambrose vd., 2015; Dönmez & Özel Özcan, 2020; Drayna & Kang, 2011; Guitar, 2013; Neef & Chang, 2024; Yaruss & Quesal, 2006).

Kekemeliğin tek bir nedene indirgenememesi, araştırmacıların bu durumu açıklamaya yönelik çeşitli kuramsal yaklaşımlar geliştirmesine neden olmuştur. Yapısal kuramlar, psikodinamik (psikolojik) kuramlar, öğrenme kuramı, talepler ve kapasiteler kuramı ile nöro-psiko-linguistik kuram bu bağlamda geliştirilen başlıca açıklayıcı yaklaşımlardır (Akt. Pınarcık & Sarı, 2013):

2.2.4.1 Yapısal Kuram

Shapiro (1999), bireylerin kekemeliğe yatkınlığında genetik eğilim ve sol el baskınlığı gibi yapısal faktörlerin etkili olduğunu belirtmiştir. Buna ek olarak, hızlı konuşmaya yönelik zamanlama sorunları, sensori-motor dönüşüm kapasitesindeki yetersizlik ve atipik hemisferik lokalizasyon gibi unsurların da konuşma ve dil becerileri üzerinde belirleyici olabileceğini vurgulamıştır. Literatürde bu tür yapısal etkenler, genel olarak yapısal kuramlar kapsamında ele alınmakta olup; organik ve genetik kuramlar, biyokimyasal ve fizyolojik kuramlar ile nörolojik kuramlar şeklinde üç başlık altında incelenmektedir (Akt. Pınarcık & Sarı, 2013).

Organik ve genetik kuramlar

Organik ve genetik kuramlar, kekemeliği olan bireylerde biyokimyasal farklılıklar, beyin yapısında çeşitli işlevsel düzensizlikler ya da konuşma kaslarının koordinasyonundaki sorunlar üzerinden açıklamaya çalışmaktadır. Bu kuramlar doğrultusunda, geçmişte dilin büyüklüğü, sol el kullanımı ya da bireylerin sol el kullanımına zorlanması gibi faktörlerin kekemeliğin ortaya çıkışında önemli rol oynadığı öne sürülmüştür (Howell, 2007; Yairi & Ambrose, 2005). Janssen ve arkadaşlarının (1990) yürüttüğü bir araştırma ise, ailelerinde kekemelik öyküsü bulunan bireylerin nöro-motor işlevlerinde gözlenen farklılıkların, genetik yatkınlıkla ilişkili olabileceğini göstermektedir.

Kekemelik alanındaki genetik araştırmalar özellikle ikiz çocuklar üzerinde yoğunlaşmıştır. Bu çalışmalarda kekemelik eğilimindeki değişkenliğin %15-30'unun çevresel faktörlere bağlı olduğu tespit edilmişse, %70-85'inin genetik olduğu belirtilmiştir. %15-30'luk çevresel katkının hangi faktörlerden kaynaklandığını belirlemek henüz mümkün olmamıştır (Dworzynski vd., 2007; Howell, 2007). Japonya'da Ooki (2005) tarafından 1.896 ikiz çiftinin incelendiği bir araştırmada, tek yumurta ikizlerinde kekemelik uyum oranının çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Tek yumurta ikizlerinde kekemelik uyumu %52, çift yumurta ikizlerinde ise %12 olarak bulunmuştur. Ayrıca, aile ve kekemelik öyküsünün değerlendirildiği bir başka çalışmada, kalıcı kekemeliğe sahip olan çocukların %88'inin ailelerinde kekemelik öyküsü bulunduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, doğal olarak iyileşen çocukların %65'inin böyle bir aile öyküsüne sahip olmadığı rapor edilmiştir (Yairi & Ambrose, 2013).

Biyo-kimyasal ve fizyolojik kuramlar

Bu kuram, kekemelik ile nöropsikolojik süreçler, beyin dalgaları, kan kimyası ve bazal metabolizma gibi biyolojik göstergeler arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Araştırmacılar, kekemeliği fonasyon, solunum ve artikülasyon koordinasyonundaki bozukluklar çerçevesinde ele almış; kekemeliğin nedenini ise konuşma sırasında ortaya çıkan

fizyolojik ve aerodinamik süreçler üzerinden açıklamaya çalışmışlardır (Bloodstein, 2002).

Önerilen bir başka sebep ise kekemeliğin temel işlev bozukluğunun, bazal gangliyanın zamanlama ipuçları üretme yetisinin bozulması olduğu, putamendeki dopamin reseptör yoğunluğundaki gelişimsel değişikliklerin erken çocukluk döneminde kekemeliğin başlamasını ve iyileşmesini açıklayabileceği ve kekemeliğin, farklı dopaminerjik ilaç türlerine farklı yanıtlar veren alt türlerle heterojen bir bozukluk olma olasılığının yüksek olduğu öne sürülmektedir (Alm, 2004).

Nörolojik kuramlar

Samuel Ortan ve Lee Travis (1931) tarafından ortaya atılan Serebral Baskınlık kuramı, kekemelik üzerine yapılan çalışmaları yeni bir bakış açısıyla ele almıştır (Perkins, 1990). Bu teoriye göre, konuşmanın eş zamanlı olarak yürütülebilmesi için konuşma mekanizmasının beyin sağ ve sol yarım kürelerinden aldığı sinirsel uyarıları düzenlemesi gerekir ki bu da bir yarım kürenin diğerinden daha dominant olmasını gerektirir. Kekeleyen kişilerde bu baskınlığın yeterince belirginleşmediği gözlemlenmiştir (Manning, 2001; Akt. Pınarcık ve Sarı, 2013). Serebral baskınlığı sorunsuz olarak kazanmış kişilerde sol hemisfer konuşmayı kontrol ederken, serebral baskınlığı kazanırken bir sorun ortaya çıkmışsa, konuşmada nöromotor düzensizlik ve zamanlama hataları yaratarak kekemeliğe sebep olabileceği belirtilmektedir (Perkins, 1990; Pınarcık & Sarı, 2013). Kekemeliği olan kişilerin özellikle sol beyin yarıküresi ağlarında zayıf bağlantılar olduğu saptanmıştır (Chow & Chang, 2017; Kell vd., 2018).

Ayrıca yapılan çalışmalar, kalıcı kekemeliği olan çocuklarda sol arkuat fasikülüs ve korpus kallozum bölgelerinde fraksiyonel anizotropi (FA) gelişiminin yavaş ve anormal seyrettiğini; buna karşın, kekemelikten iyileşen çocuklarda FA gelişiminin daha normal bir seyir izlediğini ortaya koymuştur. Bu bulgular, beyaz cevher gelişiminde gözlenen FA farklılıklarının kekemeliğin kalıcılığıyla ilişkili olabileceğini ve bu nörogörüntüleme ölçütlerinin erken

müdahale açısından önemli bir biyobelirteç olarak kullanılabilceğini düşündürmektedir (Chow & Chang, 2017).

Foundas ve arkadaşlarının (2001) araştırması, kekemeliği olan bireylerde planum temporale'nin (PT) (*Planum temporale, beynin temporal lobunda, özellikle Heschl girusunun (birincil işitsel korteks) hemen arkasında yer alan bir bölge*) toplam boyutunun kontrol grubuna kıyasla hem sol hem de sağ hemisferlerde daha büyük olduğunu ve kekemelik tanısı olan grubun PT boyutlarında daha simetrik bir yapıya sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Simetrik beyinlerin genellikle daha büyük toplam PT alanına sahip olma eğiliminde olduğu ve bu alanın erken beyin gelişimi sırasında belirlendiği düşünülmektedir. Ayrıca, gecikmeli işitsel geri bildirim (DAF) sağa doğru PT asimetrisine sahip kekemelik tanısı olan bireylerde akıcılık artırıcı etkisinin, PT'nin toplam boyutunun işitsel geri bildirim mekanizmalarına etkisiyle ilişkili olabileceği önerilmektedir (Alm, 2004; Foundas vd., 2001).

Günümüzde öne çıkan hipotezlerden biri, basal ganglia işlevlerindeki bozukluk ve premotor korteksteki artmış aktivitenin kekemeliğe neden olabileceği yönündedir (Ward vd., 2015). Ancak bu tür bir bozukluğun yalnızca konuşma üretimini etkilemediği, aynı zamanda beyinciğin de kekemeliğin potansiyel "kaynağı" olarak değerlendirilmesi gerektiği ileri sürülmektedir. Beyinciğin, otomatik kendini izleme ve hata düzeltme süreçlerinde rol oynadığı ve hata sinyallerine doğrudan tepki verdiği ifade edilmektedir. Kekemeliğin hata sinyalleriyle tetiklenebileceği düşüncesi aslında yeni değildir; ancak önceki kuramlar bu sinyalleri çoğunlukla periferik işitme bozukluklarına, hatalı işitsel geri bildirimlere ya da aşırı duyarlı izleme mekanizmalarına bağlamışlardır.

Beyincikteki aşırı aktivasyonun kekemelikte kilit bir rol oynadığı ve kekemeliğin şiddeti ile beyincik aktivasyonu arasında pozitif bir korelasyon bulunduğu belirtilmiştir. Bu bulguyu destekler şekilde, beyincik fonksiyonunda meydana gelen bir bozulma sonrasında ömür boyu süren kekemeliğin ortadan kalktığı iki vakaya rastlanmıştır (Akt. Hesse, 2023). Öte yandan, kekemeliği olan bireylerde bazal gangliada gözlenen yapısal ve işlevsel anormalliklerin

kekemeliğin doğrudan nedeni olmayabileceği; aksine, yıllar süren kekemelik deneyimi ve bu deneyime karşı geliştirilen mücadeleci davranışların bir sonucu olabileceği de ileri sürülmektedir (Brown vd., 2005; Hesse, 2023; Ward vd., 2015).

Kekemeliğin konuşma motor becerilerinin hızıyla ilişkili olabileceğine dair çeşitli araştırmalar bulunmaktadır. Artan konuşma hızının akıcılığı azalttığı, buna karşın konuşma hızının düşmesinin akıcılığı artırabileceği belirtilmektedir. Son çalışmalar, kekemeliğin konuşma hızındaki artış ve zamanlama varyasyonlarıyla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu değişimlerin kalıcı kekemlikle olan bağlantısı henüz tam olarak açıklığa kavuşmamış olsa da, konuşma zamanlamasını etkileyerek akıcılığı artıran bir yöntem olan gecikmiş işitsel geribildirim (delayed auditory feedback) tekniğinin beyincik yapıları üzerinde etkili olabileceği ileri sürülmektedir (Howell & Sackin, 2002). Ancak, bu tekniğin beyincikle olan ilişkisi henüz yeterince araştırılmamıştır (Howell, 2007).

Bir diğer nörolojik kuram ise, kekemelik sırasında genellikle temporal lobda yetersiz aktivasyon gözleendiğini ve terapi ya da akıcılığı artırmaya yönelik stratejilerin sağ hemisferdeki atipik aktivasyonu azaltabildiğini öne sürmektedir. Ancak elde edilen bulgular arasında anlamlı farklılıklar da gözlenmektedir. Bu tutarsızlığın temel nedeni, konuşmanın altında yatan nörolojik mekanizmaları incelemek amacıyla kullanılan araştırma yaklaşımlarının, sonuçların birbirinden nasıl ayrıştırılacağı konusunda yeterince belirleyici olmamasıdır (Ingham, 2003).

Hesse (2023), birçok kekemelik tanısı olan bireyin çoğu zaman akıcı konuşabildiğini ve kekemeliğin anlık olarak ortaya çıkıp kaybolmasının sık karşılaşılan bir durum olduğunu belirtmiştir. Bu nedenle, beyindeki yapısal bir eksikliğin doğrudan semptomlara yol açma olasılığının düşük olduğunu ve beyin yapısının anlık olarak değişmesinin beklenemeyeceğini vurgulamıştır. Kekemeliğin bu anlık ortaya çıkışını açıklamak için, bireyin dikkat düzeyindeki dalgalanmaların önemli bir rol oynayabileceğini öne sürmüştür. Ayrıca,

gelişimsel kekemeliğin işitsel geribildirim yetersiz işlenmesinden kaynaklanabileceği yönünde bir hipotez de ortaya koymuştur.

2.2.4.2 Psikolojik Kuramlar

1920'ler ve 1930'larda kekemeliğin kökenleriyle ilgili teoriler, Freud'un psikanaliz teorisine dayanmaktadır. Bu yaklaşıma göre, kekemelik bilinçaltında derinlemesine yerleşmiş nörotik bozuklukların açık bir semptomuydu. Farklı yazarlar çatışmanın doğasını farklı şekillerde açıklamışlardı: libido yerleşikliği, aşırı hassasiyet ve anal aşama çatışması gibi (Ambrose, 2004; Owens vd., 2003). Psikolojik görüşlere göre kekemelik, bilinçdışı taleplerin, içsel gerilimlerin ve nevroz ya da fobinin bir işaretidir (Akt. Ambrose, 2004). Coriat (1928), sorunun, bebeklikteki psikoseksüel gelişimin oral evresinde libidonun takılı kalmasıyla bağlantılı olduğunu öne sürerken, Fenichel (1945) ise çatışmanın anal evrede ortaya çıktığını ve bu nedenle daha saldırgan özellikler taşıdığını ifade etmiştir (Akt. Ambrose, 2004).

Glauber (1958), kekemeliği nörotik bir bozukluk olarak ve altta yatan bir kişilik bozukluğunu yansıtan bir belirti olarak değerlendirmiştir (Akt. Ambrose, 2004). Ancak bu tür psikanalitik yaklaşımlar zamanla geçerliliğini yitirmiştir. Nitekim, kekemeliği olan bireylerin ortalama bireylerden daha nörotik olmadığına dair çok sayıda araştırma bulgusu bulunmaktadır (Akt. Ambrose, 2004; Bloodstein, 1995; Goodstein, 1958). Güncel literatür, psikolojik sorunların kekemeliğin kendisinden çok, kekemelik nedeniyle yaşanan iletişim zorlukları ve bunların yarattığı duygusal yüklerden kaynaklandığını ortaya koymaktadır. Öte yandan, kekemeliği bir nevrozun parçası olarak ele almak hâlâ bazı çevrelerde psikanalitik tedavi yaklaşımlarına zemin oluşturuyor gibi görünmektedir. Bu bağlamda, özellikle anksiyete gibi duygusal ve psikolojik süreçlere yönelik akademik ilginin yeniden canlanmaya başladığı da dikkat çekmektedir (Akt. Ambrose, 2004).

Son yıllarda, özellikle, mizaç faktörlerinin kekemelik ile ilişkisi incelenmiştir. Ancak bazı araştırmalar, kekemelerin kişilik faktörleri açısından

yetkin konuşmacılardan farklı kişilik faktörleri olmadığını ortaya koymuştur (Kehoe, 1999). Çocuklarla yapılan farklı bir çalışmada, mizaç özelliklerinin kekemeliğin başlangıcı ve gelişimi üzerinde etkili olabileceği öne sürülmekle birlikte, kekemeliğin çocuğun mizaç eğilimlerini pekiştirip pekiştirmediği konusunda net bir sonuca ulaşılamamış ve bu konuda belirsizlik devam etmektedir (Anderson vd., 2003).

Sonuç olarak, kekemelik ile ilişkili psikososyal faktörlerin daha kapsamlı şekilde araştırılması gerekmektedir; zira bu faktörlerin kekemeliğin etiolojisinde karmaşık ve çok yönlü bir rol oynadığı düşünülmektedir (Ambrose, 2004).

2.2.4.3 Öğrenme Kuramları

Öğrenme teorilerine göre kekemelik, öğrenilmiş bir davranış olarak kabul edilmektedir. Bir çocuğun konuşmasındaki akıcılık bozulduğunda, çevresindekilerin bu duruma aşırı dikkat göstermesiyle davranış pekişir ve zamanla kekemelik gelişebilir (Tanner, 2003). Öğrenme kuramları; diagenozjenik kuram, sürerlilik kuramı, yaklaşma-kaçınma çatışması kuramı ve beklenti kuramı olmak üzere 4'e ayrılmaktadır:

Diagenozjenik (tanı kökenli) kuram

Wendell Johnson'ın (1959) diagenozjenik modeline göre; kekemelik ailenin kulağında başlamaktadır. Ailelerin çocuklardaki normal akıcılık bozukluklarını yanlış bir şekilde kekemelik olarak teşhis etmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Bloodstein vd., 2021). Bu tanıya paralel olarak, ailede görülen kaygı, baskı, yardım, eleştirel yaklaşımlar ve düzeltmeler sonucunda çocuk farklı konuşmaya başlamaktadır (Bloodstein vd., 2021). Ailelerin tepkileri neticesinde çocuk konuşmasında bir sorun olduğuna inanır ve doğru konuşabilmek için panik ve endişeye kapılır. Bu senaryo, sonunda çocuğun kekelemesine yol açar (Kehoe, 1999). Özetle, bu görüşe göre kekemelik, bireyin kekeme olarak etiketlenmekten kaçınma çabası sonucunda ortaya çıkan bir durumdur (Perkins, 1990).

Sürerlilik (süreklilik) kuramı

Süreklilik teorisine göre, Bloodstein (1970) kekemeliği kabul edilebilir sınırlar içinde kalan aşırı bir akıcılık bozukluğu türü olarak görmektedir (Ambrose & Yairi, 1999). Bu teoriye göre, küçük çocukların konuşmalarında orta düzeyde gerilim ve bölünme yaygındır. Ancak çocuk büyüdükçe, bu gerilim ve parçalanmalar aşırı ve kronik iletişimsel baskılar ve başarısızlıklar sonucunda kekemelik olarak tanımlanabilir (Bloodstein, 1995).

Yaklaşma-kaçınma çatışması kuramı

Sheehan'a (1970) göre kekemelik, iletişim kurma ihtiyacı ile sessiz kalma ihtiyacı arasındaki yaklaşma-kaçınma çatışmasının bir sonucudur. Sheehan'a (1970) göre, bu çatışmanın kökeni, ebeveynlerin çocuklarının konuşma eksikliklerini eleştirmesidir. Bu fikir, baskın bir yaklaşma eğilimi sergileyen gencin akıcı bir şekilde iletişim kuracağını, buna karşın daha güçlü bir kaçınma eğilimi sergileyen gencin konuşmayı bırakıp sessiz kalmayı tercih edeceğini ifade etmektedir. Öte yandan, her iki eğilim de aynı oranda geliştiğinde kişi kekelemekte ve akıcı konuşmakta güçlük çekmektedir (Altınsoy, 2008).

Beklenti kuramı

Johnson'ın (1970) beklentisel zorlanma olarak da adlandırdığı bu teoriye göre kekemelik, çocuğun normal kekemelikten kaçınma çabasıyla ifade edilir. Bu teorinin savunucuları, insanların zor olarak gördükleri kelimelerle karşılaştıklarında, kekemelikten kaçınma çabalarının kekemeliğin ortaya çıkmasına neden olduğuna inanmaktadır. Diğer bir anlatımla, kekemelik, kişinin bir konuşma problemi olduğuna olan inancı nedeniyle ortaya çıkmaktadır (Bloodstein, 1995).

2.2.4.4 Talepler ve Kapasiteler Kuramı

Starkweather (1990), Talepler ve Kapasiteler Kuramında, kekemeliğin gelişiminde genetik ve çevresel faktörlerin etkili olduğunu ifade etmiş, çocukların akıcı konuşma kapasitelerinin yetersiz kaldığında kekemeliğin meydana geldiğini savunmuştur. Akıcı konuşma kapasitesinin konuşmanın

motor kontrolü, dil gelişimi, sosyal ve duygusal işlevsellik ve bilişsel becerilerin gelişimsel seviyelerine bağlı olduğu belirtilmiştir (Akt. Pınarcık ve Sarı, 2013; Yaruss, 1999).

Çocukluk dönemindeki dil eksikliklerinin genetik faktörlerle ilişkili olduğu, ancak her durum için geçerli olmadığı bilinmektedir. Çocukların cümlelerinin başında anormal duraklamaları sonradan kazanılmış olabileceği; dil gelişim kapasitelerinin ve uygun olmayan dil gelişim hızlarının, ailelerin beklentileriyle uyuşmadığında konuşmada takılmaların yaşandığı ve konuşmanın başarısızlıkla sonuçlanabileceği öne sürülmektedir (Bloodstein, 2002).

2.2.4.5 Nöro-Psiko-Linguistik Kuram

Perkins, Kent ve Curlee 1991 yılında geliştirdikleri nöropsiko-linguistik kuramında, iletişimin akıcılığında, "dilsel veya sembolik sistem ve paralinguistik" veya "işaret sistemleri" olarak adlandırılan iki önemli unsurun bulunduğunu belirtmişlerdir. Bu unsurların, farklı sinir sistemi birimleri tarafından işlendiği ve sonunda ortak bir çıktı yoluyla birleştiği belirtilmiştir. Akıcı bir iletişim için bu unsurların eş zamanlı olarak çalışması gerekliliği vurgulanmış, aksi takdirde, akıcılık bozukluklarının meydana geldiği ileri sürülmüştür (Akt. Pınarcık ve Sarı, 2013; Shames vd., 1998).

2.2.5 Kekemelikte Psikolojik Belirtiler

Literatürde, kekemelik tanısı olan bireylerin psikolojik belirti düzeylerinin kekemelik tanısı olmayan bireylerle karşılaştırıldığı bir çalışmada; kekemelik tanısı olan bireylerin psikolojik belirti tarama ölçeklerinden aldıkları toplam puanların, kekemelik tanısı olmayan bireylerin puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Treon vd., 2006).

Bununla birlikte, farklı çalışmalarda kekemelik tanısı olan bireylerin, kekemeliği olmayan bireylere kıyasla somatik belirtiler gösterme eğilimlerinin

daha yüksek olduğu; yani fiziksel sağlıkla ilgili kaygı ve korkuları daha yoğun yaşadıkları belirtilmektedir (Akt. Özer Antholz, 2019).

Fahiem ve arkadaşlarının (2022) gerçekleştirdiği bir araştırmada, kekemelik tanısı olan bireylerde eşlik eden psikiyatrik bozukluklar incelenmiştir. Katılımcılar, yaşlarına göre üç gruba ayrılmıştır: 6–9,7 yaş aralığındaki çocuklar, 10–11,8 yaş aralığındaki erken ergenler ve 13,1–17,2 yaş aralığındaki ergenler. Araştırma sonuçlarına göre, kekemelik şiddeti yaşla birlikte artış göstermiştir. Diğer yaş gruplarıyla karşılaştırıldığında, erken ergenlerin anlamlı düzeyde daha yüksek kaygı ve depresif semptomlara sahip olduğu; ayrıca bu grupta sosyal sorun belirtilerinin daha yaygın olarak gözlemlendiği bildirilmiştir. Genel olarak, ergen grubunda agresif davranışların görülme sıklığı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Buna karşın, kurallara karşı gelme davranışları ergenlik öncesi dönemde daha yaygınken, ergenlik döneminde bu belirtilerde belirgin bir azalma kaydedilmiştir (Fahiem vd., 2022).

Kekemelle birlikte en sık gözlemlenen psikolojik belirtilerden biri kaygı bozukluğudur. Bu kaygı, çoğu zaman iletişim sırasında kekeleme olasılığını önceden tahmin etme ve bunu engelleme çabasından kaynaklanmaktadır (Silverman, 2004). Kekemelik, sıklıkla başka psikolojik durumlarla da birlikte görülebilir. Bu bağlamda, kekemelik ile sosyal anksiyete bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Iverach vd., 2009). Kimi çalışmalar, kekemeliği olan bireylerin sosyal anksiyete bozukluğu derecesinde kaygı yaşayabildiklerini göstermektedir (Kraaimaat vd., 2002; Messenger vd., 2004).

Benzer şekilde, Japonya'da gerçekleştirilen bir çalışmada da kekemelik tanısı olan yetişkinlerde sosyal anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (Chu vd., 2020). Diğer araştırmalarda da kekeleyen bireylerin kekelemeyen bireylere kıyasla daha yüksek düzeyde sosyal fobi ve kaygı yaşadıkları saptanmıştır (Blumgart vd., 2010; Lowe vd., 2021; Smith vd., 2014). Özellikle Lowe ve arkadaşlarının (2021) yaptığı araştırmada, sosyal anksiyetenin kronik kekemeliğe sahip bireylerde en yaygın görülen psikiyatrik eş tanı olduğu rapor edilmiştir.

Ayrıca Craig ve Tran (2014) tarafından yürütülen bir meta-analiz çalışmasında, kronik kekemeliğe sahip bireylerin sürekli kaygı düzeylerinin ve sosyal kaygı belirtilerinin, akıcı konuşan kontrol gruplarına kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu ortaya konmuştur.

Kaygı, doğrudan kekemeliğin nedeni olmayabilir; ancak kekemelik, zaman içinde bireyde kaygı gelişimine zemin hazırlayabilir. Özellikle geçmişte yaşanan engellenme ve utanç duygusuna ilişkin olumsuz anıların, bireyin kaygı düzeyini artırabileceği ifade edilmektedir (Nathan, 2003). Bazı çalışmalar, kekemelik tanısı olan bireylerin yüksek düzeyde anksiyete yaşadıklarını göstermiş olsa da bu anksiyetenin doğrudan kekemelikten kaynaklandığına ilişkin net kanıtlara ulaşılamamıştır (Ambrose, 2004).

Sizer ve Sizer'ın (2023) gerçekleştirdiği bir araştırmada, kekemelik şiddeti ile ergenlik dönemine özgü depresyon ve sosyal anksiyete belirtileri arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma, cinsiyet farkı gözlemlenmeden 14–18 yaş aralığındaki 65 ergen üzerinde yürütülmüştür. Katılımcıların %55,4'ü kadın, %44,6'sı erkektir. Araştırma bulgularına göre, cinsiyet ile kekemelik şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bununla birlikte, kekemelik şiddeti ile depresyon ve sosyal anksiyete düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon bulunmuştur. Yani kekemelik şiddeti arttıkça, bireylerin depresyon ve anksiyete belirtilerinde de paralel bir artış gözlemlenmiştir.

Kekemeliğe eşlik eden temel duygulardan biri utançtır. Göz temasından kaçınma, yüz kızarması, titreme, nesnelere dokunarak rahatlama arayışı ya da konuşmayı reddetme gibi davranışlar, kekeleyen bireylerde sıklıkla gözlemlenmekte ve utanma duygusunun dışavurumları olarak değerlendirilmektedir (Daniels & Gabel, 2004; Lewis, 1992).

Kekemeliği olan bireyler, konuşmalarındaki akıcılık eksikliğinden kendilerini sorumlu tutabilir; bu durum zamanla suçluluk duygusu geliştirmelerine neden olabilir. Akıcı konuşma beklentisini karşılayamama, başkalarını utandırma ya da dinleyicileri rahatsız etme düşüncesi, bu suçluluk hissinin temel nedenleri arasında yer almaktadır (Daniels & Gabel, 2004).

Ayrıca, kekemelik yaşayan bireyler yaşamlarının bir döneminde bu durum nedeniyle haksızlığa uğradıklarını veya kekemeliklerinin adaletsiz bir deneyim olduğunu ifade edebilmektedir. Söz konusu adaletsizlik algısının, kişilerarası ilişkilerde zamanla öfke merkezli bir duygusal tepkiye dönüşebileceği belirtilmiştir (Daniels & Gabel, 2004).

2.3 ŞEMA TERAPİ MODELİ

Şema kavramı, psikoloji alan yazınında ilk kez Piaget (1962) tarafından kullanılmıştır. Piaget (1962), geliştirmiş olduğu bilişsel gelişim dönemleri teorisinde, şema ile özümleme ve uyum kavramları arasındaki ilişkiyi açıklamıştır. Bu teoriye göre özümleme, erken dönemlerde oluşan örüntü ve şemaların yeni tecrübelerle kaynaşması; uyum ise şemaların yeni tecrübelerle uyum sağlamasıdır (Akt. Rafaeli vd., 2013).

Bilişsel psikolojide, bilgileri yorumlamak ve sorunları çözmek için kullanılan bilişsel bir plan şeklinde tanımlanan şema kavramı, bilişsel terapide ise Beck (1967) tarafından ele alınmış ve kişinin yaşam deneyimlerini anlamlandırabilmesi için düzenlenmiş prensipler şeklinde tanımlanmıştır. Bilişsel terapide, şemaların tetiklenmesiyle önyargılı düşünce yapılarının oluşacağı ve bu durumun bilişsel, duygusal ve davranışsal belirtilerle kişiye yansıtacağı öne sürülmüştür (Akt. Young, Klosko & Weishaar, 2009). Temelde bilişsel terapilere dayanan şema terapi yetersiz kaldığı noktada; bağlanma kuramı, geştalt ve psikodinamik terapileri entegre olan bütünleştirici bir modeldir (Martin & Young, 2010; Rafaeli vd., 2013).

Şema terapiye göre, güvenli bağlanma, gerçekçi sınırlar, bağımsızlık, başarı ve kimlik hissi, kendiliğindenlik ve oyun, ebeveynler tarafından çocukluk döneminde karşılanması gereken temel psikolojik ihtiyaçlardır. Bu ihtiyaçların karşılanmaması veya bazı ihtiyaçların karşılanmasında aşırılıklar sonucunda biliş, duygu ve beden duyuları aracılığıyla bireye hükmeden, katı ve değıştirilmesi zor olan erken dönem uyumsuz şemalar gelişmektedir (Young vd., 2009). Fonagy ve Target (2006) bu ihtiyaçların karşılanmamasının üstbilişsel (metakognitif) alanlarda özellikle zihinselleştirme (mentalization) sorun yaşamasına sebep olabildiğini belirtmiştir. Çocukluğumuzda terkedilmiş, yok sayılmış ya da aşırı korunmuş, eleştirilmiş ya da istismar edilmişsek bir şekilde zarar görmüşsek şemalar hayatımızın bir parçası olur (Young & Klosko, 2021).

Şemalar, kendimize ve dünyaya dair geliştirdiğimiz sabit inançlardır ve kendilik gelişiminde merkezi bir rol oynarlar. Bu erken inançlar genellikle birey için tanıdık ve güven vericidir; kişiye dünyayı tahmin etme ve kontrol etme duygusu kazandırır. Bu nedenle birey, bu şemaların varlığında kendini “evinde gibi” hisseder. Tam da bu yüzden, bilişsel psikologlar bu şemaların değişiminin oldukça güç olduğunu savunmaktadır (Young & Klosko, 2021).

Ebeveynlerle kurulan etkileşim, şemaların gelişiminde en güçlü etken olarak görülmekle birlikte, akranlar, okul ve diğer sosyal-kültürel yapılar da bu süreçte etkili olabilir. Ancak, bu faktörlerin oluşturduğu şemalar, ebeveynlerle etkileşim sonucu gelişen şemalar kadar baskın veya yaygın değildir (Young vd., 2003).

Sonuç olarak, şema terapi, bilişsel, davranışsal, psikodinamik, hümanistik ve gelişimsel yaklaşımların (özellikle bağlanma teorisini içeren) bir sentezi olarak ortaya çıkmıştır (Arntz & van Genderen, 2021). Bu ekol, gencin gelişimsel süreçlerini anlamaya yönelik bütüncül bir çerçeve sunmakta, yetişkinlik sürecindeki yansımaların keşfine odaklanmakta, erken dönem uyumsuz şemaların değişimi ve tedavi edilmesini hedeflemektedir (Young & Klosko, 2021).

2.3.1 Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Şema Alanları

Erken dönem uyumsuz şemalar, anı, duygu, düşünce ve bedensel duyuları içeren; bireyin hem kendisiyle hem de diğer insanlarla olan ilişkilerini etkileyen, yaşamın erken dönemlerinde (0–6 yaş) bakım veren kişilerle kurulan ilişkiler temelinde gelişen ve çocukluk ile ergenlik dönemlerinde şekillenmeye devam eden bilişsel, duygusal ve davranışsal örüntülerdir (Carvalho & Nobre, 2023; Young vd., 2009; Young & Klosko, 2021; Taylor, Bee & Haddock, 2017). Bu örüntüler zamanla karmaşıklaşarak bireyin işlevselliğini önemli ölçüde etkileyebilir ve hatta benlik bütünlüğünü zedeleyebilir.

Bu şemalar aynı zamanda bireyin kendi kendini duygusal ve bilişsel düzeyde olumsuz etkileyen, istikrarlı ve süregelen yapılar olarak tanımlanır.

Uyumsuz şemalar, davranışsal, duygusal ve duygusal bileşenlerden oluşur ve çoğu zaman bireyin çocukluk döneminde karşılanmamış ya da aşırı karşılanmış temel duygusal ihtiyaçlarıyla ilişkilidir (Akyunus & Akbay, 2022). Çocukluk döneminde bakım veren kişiler tarafından sunulan ihtiyaçların yetersizliği veya aşırılığı, çocuğun doğasına ve yaşadığı kültürel bağlama bağlı olarak, uyumsuz şemaların gelişimine zemin hazırlayabilir (Webb & Musello, 2019).

Young ve arkadaşlarına (2003) göre insanın beş temel duygusal ihtiyacı vardır: (1) güvenli bağlanma, (2) özerklik, yeterlilik ve kimlik, (3) ihtiyaç ve duygularını ifade etme özgürlüğü, (4) spontanlık ve oyun, (5) gerçekçi sınırlar ve özdenetim. Bu temel ihtiyaçların yeterince karşılanmaması durumunda, bireyde beş şema alanı ve bu alanlara bağlı olarak gelişen 18 erken dönem uyum bozucu şema ortaya çıkabilmektedir (Taylor vd., 2017; Young vd., 2003).

2.3.1.1 Ayrılma/Reddedilme

Eğer güvenli bağlanma ve sevgi ihtiyaçları karşılanmazsa, gencin yetişkinlik döneminde ilişki kurma ve bağımsızlaşma konusunda zorluklar yaşamasına neden olan bir şema kategorisi oluşur. Bu şema alanındaki kişilerin, empati, anlayış, aidiyet duygusu, kabul görme, sevilme, ilgi görme, bakım ve özel hissettirilme gibi temel gereksinimleri karşılanmadığında, şema etkinleşmesinin gerçekleşeceği vurgulanmaktadır (Young & Klosko, 2021). Bu tip aile ortamlarında, sağlıklı ve güvenli bir bağlanma deneyimi yaşamamış bireyler, karşılanmamış sevgi, bağlanma, güvende hissetme, bakım ve aidiyet ihtiyaçları nedeniyle beş farklı şema geliştirirler (Young vd., 2009).

Duygusal yoksunluk: Duygusal yoksunluk şeması, gencin aradığında bulamayacağına inandığı sevgi ve yakınlığı ifade eder (Karaosmanoğlu, 2019). Bireyin temel duygusal gereksinimlerinin (ilgi, empati, sevgi, onay ve güvenlik) çevresindekiler tarafından yeterince karşılanmayacağına dair kronik bir beklentiyle tanımlanır (Young vd., 2009). Yoksunluğun 3 ana şekli bulunmaktadır (Rafaeli vd., 2013):

a) bakım yoksunluğu: sevgi, şefkat, dikkat, sıcaklık ve arkadaşlık yokluğu,

b)empati yoksunluğu: kendini açma, dinleme, anlayış, duygularını paylaşma,

c)koruma yoksunluğu: yön veya rehberlik yoksunluğu, güç.

Arntz ve Jacob'a (2016) göre, bu tür bireyler ilişkilerinde yoğun güvensizlik, sürekli bir duygusal eksiklik hissi ve onay ihtiyacı yaşayabilir; bu da hem kişinin kendi iç dünyasında hem de kişilerarası ilişkilerinde yorucu ve zorlayıcı etkiler yaratabilir.

Kusurluluk/Utanc: Bireyin eksik, hatalı, yetersiz, kusurlu ve sevilmeye layık olmadığına dair inançlarını içeren bu şema, bireyin kendi özellikleriyle ilişkili bu gerçeklerin fark edilmesi durumunda artık sevilmeyeceği beklentisini içerir (Rafaeli vd., 2013). Bu kişiler, fark edilebilecek kusurlarından dolayı utanç duyabilirler, eleştirilere ve dışlanmaya karşı aşırı hassasiyet gösterebilirler (Webb & Musello, 2019).

Sosyal izolasyon/ Yabancılaşma: Bireyler, bir yere ait olma ve bir yerden veya kişiden kabul görme konusunda olumsuz duygulara sahiptir ve kendilerini diğer insanlardan uzaklaşmış hissederler veya herhangi bir gruba ait hissetmezler, başkalarının kendilerini olumsuz değerlendireceğine yönelik yoğun bir korku yaşarlar (Young vd., 2009; Young & Klosko, 2021). Sosyal izolasyon şemasına sahip kişinin kendini farklı hissetmesinin temelinde sosyal gruplardan ve yaşlılardan dışlanma durumuyla birlikte aile içi duygusal ihmal, istismar, akran zorbalığı ya da aşağılama gibi erken dönem travmatik yaşantıların etkili olabileceği belirtilmiştir (Arntz & Jacob, 2016). Aile dışındaki sosyal dünyadan birey kendini yalıtılmış hisseder (Rafaeli vd., 2013).

Güvensizlik/Kötüye kullanılma: Bireyler, başkaları tarafından kötüye kullanılacağını, istismar edileceğini, aşağılanacağını beklerler. Diğerlerinin kendi amaçları için onları kullanacaklarına ve istismar edeceklerine dair negatif beklentilerden kaynaklanan yoğun şüphe ve endişe duyarlar (Young vd., 2009). Kişi yoğun olarak aldatılacağını veya kısa çöpü çekeceğini düşünür (Rafaeli vd., 2013).

Terk edilme/İstikrarsızlık: Bireyin yakın ilişki içinde olduğu kişiler (arkadaş ve aile gibi) tarafından bir gün terk edileceğine dair kuvvetli bir düşüncesi vardır. Terk edilme şeması nedeniyle, yakınındaki insanların onu bırakabileceği veya davranışlarının aniden değişebileceğine dair inanç geliştirmişlerdir (Hurley, 2010). Bu şemaya sahip bireyler, hayatlarında olumlu gelişmeler yaşasalar dahi bunun kalıcı olmayacağına ve sonunda ellerindekileri kaybedeceklerine inanma eğilimindedirler (Roediger, 2015).

Aynı zamanda sık öfke patlamalarının yaşandığı, bakım verenlerin değişken tavırlarının gözlendiği veya ebeveynlerin terk ederek, ya da ölümle uzaklaştığı aile yaşantıları bu şemanın habercisi olma özelliği taşır (Rafaeli vd., 2013).

2.3.1.2 Zedelenmiş Özerklik ve Performans (Zedelenmiş Otonomi)

Zedelenmiş özerklik ve performans şema alanı, bireyin özerklik ihtiyacı çocukluk döneminde engellendiğinde ortaya çıkan ve yetişkinlikte günlük işleri yerine getirmede zorluk, bağımsızlık ve aile üyelerinden ayrı yaşayamama gibi durumlara yol açan bir alandır. Bu kişiler, bağımsızlık ve kendi kaderini tayin etme talepleri henüz küçükken ihlal edilen bireylerdir (Young vd., 2009). Özerklik ve rekabet gibi ana evrensel gereksinimlerin ihlali ile bağlantılı şemaları içerir (Rafaeli vd., 2013). Genel olarak ebeveynlerinin onları aşırı koruduğu ve onlar için her şeyle ilgilendiği bir evde büyümüşlerdir ya da çocuğun aile dışında kendini ifade etmesine alan açmada yetersiz aile ortamlarıdır (Rafaeli vd., 2013; Young vd., 2009). Bu şema alanı yüksek olan bireyler, başkalarına bağımlı olma, kendi yeteneklerine güvenmeme ve dışsal yönlendirmelere aşırı duyarlı olma eğilimindedir. Özerk olarak alacakları kararların başarısızlıkla sonuçlanacağına inanırlar. Bu şema alanına sahip bireyler, kim olduklarına ve bağımsız bir birey olarak nasıl var olduklarına dair net bir farkındalık geliştirememiştir (Arntz & Jacob, 2016). 4 şemadan oluşur: **İç içe geçme/Gelişmemiş benlik:** Bu şemaya sahip olan bireyler, bakım verenleriyle iç içe geçen bir ortamda büyüdükleri için onlarsız düşünme ve

hareket etme yeteneğine sahip olmadıklarını düşünürler. Ebeveynlerinin çocuğun kendi başına hareket etmesinden endişe etmesi ve güvenmemesi, bireyin kendi başına hareket etme becerisine sahip olmadığına inanmasına yol açar. Bu durum genellikle obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkilendirilir (Arntz & Jacob, 2016). Aynı zamanda bu şemaya sahip kişi başkaları tarafından boğulduğunu, birey kimliğinin yetersiz olduğunu hissedebilir. Birey kendini istikameti yokmuş gibi boşlukta hissedebilir aşırı durumlarda hayattaki varlığını sorgulama gibi duygular yaşayabilir (Rafaeli vd., 2013).

Bağımlılık/ yetersizlik: Aile içinde yardım gören ve tüm ihtiyaçları karşılanan ya da yalnız kalmak zorunda bırakılan çocuklar, yetişkinlik dönemlerinde etraflarında yardım eden biri olmadan günlük sorumluluklarını yerine getiremeyeceklerini düşünürler (Rafaeli vd., 2013). Bağımlılık şeması, bireyin kendisini işlevsel olarak yetersiz, güçsüz ve çaresiz hissetmesine neden olan, başkalarına güvenme ve dayanmaya duyulan aşırı ihtiyaçla karakterize bir bilişsel örüntüdür (Arntz & Jacob, 2016)

Bu kişiler, doğru kararlar alamayacaklarına ve başarısız olacaklarına inandıkları için duygu olarak kendilerini küçük hissederler. Yetişkin yaşamındaki basit ve günlük sorumluluklar karşısında çaresizlik ve yetersizlik hissi ile birlikte küçük çocuk olma hissi egemendir. Kendilerine bakacak bir yetişkin olmadıkça kendilerini eksik ve kaybolmuş hissederler. Aynı zamanda bağımlı olduğu kişilerin onları terk etmesinden veya onları kaybetmekten yoğun korku yaşarlar (Young & Klosko, 2021). Özellikle bağımlı kişilik bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur (Arntz & Jacob, 2016).

Dayanısızlık: Bireyler, tehlikeye karşı zayıf ve güvende olamayacaklarına dair yoğun bir tehlike beklentisi ve abartılmış endişe duygusu taşırlar. Bedenlerine karşı da aşırı hassaslardır. Tehlikelerle başa çıkamayacaklarına inanırlar (Young & Klosko, 2021).

Temel duygu genellikle kaygıdır ve bu durum agorafobi ve panik bozukluk belirtileri olan bireylerde sıkça görülür. Sağlık ve hastalık, tehlike, kontrolü kaybetme, parasızlık gibi 4 tür dayanısızlık bulunmaktadır (Young &

Klosko, 2021). Çıldırnak, kalp krizi, AIDS, kanser, uçağın dűşmesi, cinayete kurban gitmek, deprem yaşadıkları korkulardan bazılarıdır. Bu şemanın en yaygın kökeni ebeveynler de olmasındır. Kimi zaman ebeveyn aşırı koruyucu olarak çocuğuna bu dayanıksızlığı hissettirir veya model olma yolu ile öğretir (Rafaeli vd., 2013; Young & Klosko, 2021).

Başarısızlık: Bu kişiler, çocukluk çağında kendilerine başarısız olacakları inancı aşılana ve diğerlerine kıyasla yeteneksiz oldukları söylenen veya hissettirilen çocuklardır. Bu şemaya sahip olan bazı kişiler, yetişkin olduklarında okul veya iş gibi uzmanlık alanlarında başarıya ulaşamayacaklarına dair şiddetli başarısızlık korkusu yaşarlar. Gerçek potansiyellerine ulaşamazlar hatta kimileri ise başarılı olsalar da kendilerini buna inandırmakta zorluk çekerler (Arntz & Jacob, 2016). Genel olarak, beceriksiz, yeteneksiz, daha aşağı statüde, başkalarından daha az başarılı olduğu inançları vardır (Rafaeli vd., 2013).

2.3.3.3 Zedelenmiş Sınırlar

Bireyde iş birliği yapma, sözünde durma ve başkalarının haklarına saygı gösterme veya gerçekçi bireysel hedefler oluşturma ve gerçekleştirmede zorluklar görülür. Bu şemaya sahibi bireyler, sınırların ve yönlendirmenin olmadığı bir ev ortamında yetişmişlerdir. Genellikle ebeveynleri disiplinden yoksun veya sınır koymakta zorlanan bireylerdir. Karşılıklı iş birliği kurma ve hedefe yönelik hareket etmede model olamamışlardır. Çocuğa gerekli rehberlik, denetim veya yönlendirme sağlanamamıştır (Rafaeli vd., 2013).

Çocukluk döneminde ise aile ortamında ya çok fazla bastırma ve sınırlara zarar verme veya çok fazla hoşgörü ve izin verme vardır (Young vd., 2009). Bu alan iki şemadan oluşmaktadır.

Haklılık/Büyükleme: Bu şemaya sahip bireyler, diğer insanlardan kendilerini daha üstün görürler, özel ayrıcalık ve haklara sahip olduklarına inanırlar (Rafaeli vd., 2013). Sınırlar belirlendiğinde veya engellendiklerinde aşırı tepki vererek kontrol kaybı yaşayabilirler. Diğerlerine uygulanan sınırlamaların kendileri için geçerli olmasına izin vermezler. Bu şemaya sahip

kişiler, genellikle narsistik kişilik bozukluğuna veya örüntülerine sahiptirler (Arntz & van Genderen, 2013). Başkalarının duygu ve ihtiyaçlarına empati gösteremezler, türlü yollarla birinin fikrini zorla değiştirmeye çalışırlar, manipüle ederler, üstünlük kurmaya çalışırlar (Rafaeli vd., 2013).

Yetersiz özdenetim/Öz disiplin: Bu şemaya sahip olan bireyler, uzun vadeli hedeflere ulaşmada, sabırlı olmada ve özdisiplin göstermede zorluk yaşarlar (Rafaeli vd., 2013). Uzun süreli denetim ve azim gerektiren eylemlerde zorlanabilirler (Karaosmanoğlu, 2019; Rafaeli vd., 2013). Bu şema, çocukluk döneminde göz ardı edilen ve yeterli öz disiplin kazanımı bilgisinin verilmediği bireylerde görülmesi yaygındır (Webb ve Musello, 2019).

2.3.3.4 Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık

Kendiliğindenlik ve oyun gibi temel ihtiyaçların yok sayılması ile ilgili şemaları ifade eder (Rafaeli vd., 2013). Çocukluklarında spontanlık, özgürlük ve oyun ihtiyacıyla ilgili travma yaşamış kişiler, yetişkin olduklarında duygularını kontrol etmekte, sakinleştirici faaliyetlerde bulunmakta ve plan yapmadan akışına bırakmakta zorlanırlar. Evdeki beklentili, kuralcı ve kuralcı ebeveynlerin bir sonucu olarak, kişinin çocukları ve kendisi için ezici bir sorumluluk duygusu gelişir. Rahatlamak ve keyif almak için asla zaman ayırmazlar (Young & Klosko, 2021). Çocuklardan genellikle mükemmeliyetçilik, duygularını gizlemeleri, hata yapmamaları beklenir (Rafaeli vd., 2013). Bu şema alanında oluşan 4 adet şema türü vardır.

Duyguları bastırma: Duyguların değersiz veya gereksiz olduğu bir aile ortamında büyüyen çocuklar, yetişkinlikte duygularını ifade etmeyi anlamsız ve gereksiz bulma eğilimindedir. Bu çocuklar, öfkeli ve alaycı ebeveynlerinden dolayı duygularını bastırmayı öğrenirler (Arntz & Jacob, 2016). Ayrıca, utanç, başkalarının kınaması, dürtülerinin kontrolünün kaybedilmesinden korktukları için spontan eylem, duygu ve iletişimi aşırı şekilde bastırırlar (Rafaeli vd., 2013).

Cezalandırıcılık: Bu şemaya sahip bireyler, çocukluklarında cezaya maruz kalan, dalga geçilen ve küçük düşürüldüğü deneyimler nedeniyle hata

yapmaktan ve cezalandırılmaktan çekinirler (Young vd., 2009). Arntz ve Jacob'a (2016) göre, cezalandırıcılık şeması genellikle çocuklukta cezalandırıcı, katı ve eleştirel ebeveyn tutumlarının içselleştirilmesiyle gelişmektedir.

Ayrıca insanların kendileri de dahil hata yaptıklarında cezalandırmaları gerektiğine inanırlar. Beklentilerini karşılayamayan insanlara karşı hoşgörüsüz, öfkeli, cezalandırıcı eğilimde olurlar (Rafaeli vd., 2013).

Karamsarlık: Kişinin hayattaki kötü şeylere ve olan şeylerin kötü etkilerine odaklanmasına neden olan endişe, aşırı temkinlilik, sızlanma ve kararsızlık duygularıyla karakterizedir. Bu kişiler her zaman başlarına korkunç bir şey geleceğine ve bir noktada bir şeylerin ters gideceğine inanarak her zaman felaketlere karşı tetikte olurlar. Anksiyete bozukluğu belirtileri, bu durumu tanımlar. Bu şema sürekli kaygı, uyanıklık, huzursuzluk ve şikâyet benzeri davranışları içerir (Young vd., 2009). Ayrıca hayatın iyimser ve olumlu yönlerini görmezden gelirler. Kişilerarası ilişkiler, kariyer, ekonomik durumlardan oluşan her türlü konuda işlerin kötüye gideceğine dair beklentileri vardır (Rafaeli vd., 2013).

Yüksek standartlar/ Aşırı eleştiricilik: Bu şemaya sahip olanlar eleştirmeden kaçınmak için, kendini ortaya koyma konusunda içselleştirdikleri yüksek standartlarının karşılamak için çok çaba sarf ederler (Rafaeli vd., 2013). En iyi ya da birincilik onların tek tercihidir. Her ikisi için de yüksek standartlara sahip oldukları için sürekli olarak başkalarını ve kendilerini eleştirmenin yollarını da ararlar (Karaosmanoğlu, 2019). Bu kişilerin standartları çok yüksektir, bu nedenle ne başarırlarsa başarsınlar ya da ne yaparlarsa yapsınlar asla tatmin olmazlar (Arntz & Jacob, 2016). Bu şema, gevşeme, zevk alma, sağlık, öz saygı, başarı algısında önemli bozulmaları da içerir. Hayatın birçok durumunda gerçekçi olmayan yüksek etik, ahlak, dini ve kültürel talimatları içine alan gerekliliklerle yaşarlar (Rafaeli vd., 2013).

2.3.3.5 Başkalarına Yönelimlilik

Bu şemada, sevgi ve kabul görme gereksinimleri yeterince karşılanmadığı için, aile bağlamında koşullu olarak kabul gören çocuklar kendilerini özel hissetmeyi ve isteklerini iletmeyi öğrenemezler. Başkalarının ihtiyaçlarıyla ilgilenme ve empati gösterme becerisi edinirler (Young vd., 2009). Üç şema ortaya çıkmaktadır:

Kendini feda: Bu şemaya sahip kişi başkalarının istek ve gereksinimlerini gönüllü olarak öncelikler. Onların taleplerini merkeze alır (Rafaeli vd., 2013). Diğer insanların fikirlerini kabul etmek ve onlara bağlı kalmakla ilgili değildir, bu yönüyle itaatkârlık şemasından ayrılır. Kendi isteklerine odaklandıklarında kendilerini bencil ve suçlu hissederler çünkü kendi istekleri önemini yitirmektedir (Arntz & Jacob, 2016).

Boyun eğicilik: Bu şema yoğun şekilde kontrolü başkalarına bırakmayı ifade eder. Evde stres yaşayan çocuklar, ihtiyaçlarını ve duygularını gizlemek ve teslim olmak zorunda hissederler. Tepkileri ve terk edilmeyi önlemek için isteklerinden ve duygularından vazgeçerler ve kontrolü ve karar verme yetkisini başkalarına devrederler. Kontrol edilemeyen şiddet patlamaları ve psikosomatik sorunlarla karakterize olan bu çocuklar, itaat etmekten başka seçenekleri yokmuş gibi hissederler (Rafaeli vd., 2013; Webb & Musello, 2019).

Onay / Kabul arayıcılık: Bu şemaya sahip kişiler güvenli ve doğru bir kendilik algısı oluşturmak için başkaları tarafından tanınmaya ve kabul görmeye değer verirler ve bu talebi karşılamak için her türlü çabayı gösterirler. Aşırı bir uyumlanma çabası vardır. Sonuç olarak sağlam ve özgün bir benlik duygusu oluşturamazlar. Başkaları üzerinde olumlu bir izlenim bırakmak için konumlarını, görünüşlerini ve sosyal konumlarını iyileştirmek için çok fazla zaman ve çaba harcamak zorunda hissederler (Arntz & van Genderen, 2021; Rafaeli vd., 2013).

Karaosmanoğlu ve diğerleri (2024) tarafından araştırma süreci devam ederken yeniden Türkiye'de üç klinik örneklem üzerinde birinci ve ikinci düzey faktör yapısı değerlendirilerek güncel bir araştırma makalesi yayınlanmıştır. Bu

araştırma sonucunda ölçek aynı 90 madde üzerinden, 17 şema ve 4 şema alanı altında toplanmıştır (Karaosmanoğlu, Köse, Aytaç, & Küçükseymen Armağan, 2024). Bu çalışmanın sonuçları ve son teorik gelişmeler (Lockwood & Perris, 2012) klinik örneklerde 4 şema alanlı bir çözümün daha yaygın kullanılabileceği fikrini güçlendirmiştir (Aloi, Rania, Sacco, Basile vd., 2020; Bach, Simonsen, Christoffersen, & Kriston, 2017; Hoffart, Sexton, Hedley, Wang, Holthe, Haugum vd., 2005; Maçık & Maçık, 2022; Yalçın vd., 2020). Daha güncel olması ve araştırmamızın kekemelik tanısı olan klinik örneklem üzerinde uygulanması sebebiyle analizler yeni oluşturulan şemalar ve şema alanları çerçevesinde analiz edilmiştir. Bu şema alanları Zedelenmiş Otonomi/ Özerklik (Impaired Autonomy), Bağısızlık/Kopukluk (Disconnection), Zedelenmiş Sınırlar (Impaired Limits) ve Aşırı Uyarılmışlık (Overvigilance) olarak adlandırılmıştır (Karaosmanoğlu vd., 2024). Zedelenmiş özerklik şema alanı altında; başarısızlık, bağımlılık, boyun eğicilik ve iç içelik şemaları yer almaktadır. Kopukluk/ Bağısızlık şema alanı kapsamında ise; terk edilme, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, duyguları bastırma ve kusurluluk şemaları bulunmaktadır. Zedelenmiş sınırlar şema alanı altında ise büyülenmecilik, statü arayıcılık, yetersiz özdenetim ve ekonomik dayanıksızlık şemaları bulunmaktadır. Son olarak aşırı uyarılmışlık şema alanı altında ise kuşkuculuk, kendini feda, cezalandırıcılık ve dayanıksızlık/karamsarlık şemaları yer almaktadır (Karaosmanoğlu vd., 2024). Görüldüğü üzere, bazı şemalar farklı şema alanları altında gruplanmış; böylece faktör yüklemeleri doğrultusunda dört faktörlü bir yapı oluşturulmuştur.

2.4 ŞEMA PERSPEKTİFİNDEN UYUMSUZ BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ

Başa çıkmayı Lazarus ve Folkman (1984) bireylerin içsel ve dışsal zorlanmalarını kontrol etmek için kullandıkları sürekli değişen bilişsel veya davranışsal çabalar olarak tanımlamaktadır (Akt. Bayoğlu ve Duy, 2020). Şema başa çıkma biçimleri, zor ya da tehdit edici durumlarla "başa çıkma tarzları" ya da hayatta kalma stratejileri olarak adlandırılmaktadır (Bernstein, 2005). Ancak,

bu şema başa çıkma biçimleri, yaşanan sorunla etkin bir şekilde baş etmeyi sağlayan işlevsel başa çıkma tepkilerini yansıtmamaktadır. Aksine bu başa çıkma tepkileri, sorunlara çözüm üretmekten öte, yardım alma önündeki bir engel olarak tanımlanmakta ve şema terapi modeli açısından uyum bozucu başa çıkma davranışları olarak değerlendirilmektedir (Rafaeli vd., 2013). Her ne kadar bu yöntemler erken yaşlarda uyum sağlamak için uygun görünse de kişi büyüdükçe ve bu yöntemleri diğer insanlara yöneltmeye başladıkça, şemaların tetiklenmesi sonucunda "Maladaptif Başa Çıkma Yöntemleri" olarak adlandırılan davranış biçimleri ortaya çıkmaktadır (Young, 1999; Young vd., 2003). Bu anlamıyla uyumsuz şema başa çıkma biçimlerinin, bireylerin sorun yaşamalarına neden olan erken dönem yaşantılarıyla nasıl baş ettiğini ve bu şemaların bireylerin yaşantılarında nasıl görünür olduğunu betimlemek için kullanılan bir kavram olduğu ifade edilebilir.

Uyumsuz başa çıkma stilleri kavramı, tehditler karşısında savaş, kaç ve don gibi temel tepkilerin yansıma şekilleri olarak tanımlanır. Young ve diğerleri (2003) görüşüne göre, bireyin tüm erken dönem uyumsuz şemalarını tek bir başa çıkma tarzıyla yönetmesi mümkün değildir. Bunun yerine, kişilik özellikleri, bireyin belirli bir şemaya karşı hangi başa çıkma stilini kullanacağını etkiler. Şema terapisi, şematik inançlara tepki olarak ortaya çıkan kaçınma, aşırı telafi etme ve teslim olma gibi farklı davranış kalıplarını başa çıkma stratejileri olarak kavramsallaştırır. Şema teslimi, şema kaçınması ve şema aşırı telafisi olarak üç farklı şekilde tanımlanır (Rafaeli vd., 2013):

2.4.1 Teslim Olma Tepkileri

Bu stratejinin isminden de anlaşılacağı üzere, bireyin bir durum karşısında tamamen tepkisiz kalması, kendi içsel şemalarına uyum sağlaması anlamına gelir (Young vd., 2003). Bu durumda, birey şemasını kabul eder, karşı çıkmaz ve kaçınmaz (Rafaeli vd., 2013). Tehlike karşısında verdiğimiz donma tepkisi 'Şema Teslimi' yaklaşımına örnek olarak verilmektedir (Young vd., 2003). Ball

(1998) şema tesliminin bir başa çıkma şekli olmadığını, şemaya tam bir uyum olduğunu ortaya koymuştur.

Şemaya teslim olanlar, şemanın neden olduğu acıyı doğrudan hissederek ve sağlıklı alternatifleri bulmakta zorlanırlar. Bilinçsizce sahip oldukları şema örüntülerini tekrarlarlar ve çocukluk deneyimlerini yeniden yaşamaya devam ederler. Şemalar tetiklendiğinde tepkileri orantısız olabilir. İncitici ebeveyn tutumlarına uygun ilişkiler seçerler ve kendi ihtiyaçlarını karşılamayan ilişkilerde ısrar ederler. Bu seçimler kısa vadeli güven hissi yaratabilir, ancak sonunda mutsuz bir duruma yol açar. Teslim olma başa çıkma biçiminde “diğeri yönelimlilik” alanındaki onay arayıcılık, fedakârlık, boyun eğicilik gibi şemalarla ilişki görülür (Rafaeli vd., 2013).

2.4.2 Kaçınma Tepkileri

Kişinin şemalarını aktive edecek kişi, ortam ve yaşantılardan kaçınmasını ifade eder. Bireyler, erken dönem uyumsuz şemalarını tetikleyen durumlarla karşılaştıklarında, bu durumlardan uzaklaşma ve dikkatlerini başka yöne çevirme eğiliminde olabilirler. Yaşanan travmatik olayların ve anıların reddedildiğini gösteren bir tepki olarak, kaçınma davranışını tercih edebilirler (Simeone-DiFrancesco vd., 2015).

Şemadan kaçınma, beynin tehdit karşısında kaçma tepkisini ifade eder (Young vd., 2003). Sanki şema hiç yokmuş gibi davranırlar. Bu kaçınma kimi zaman bilişsel de olabilir. Örneğin şemayı tetikleyecek durumu hatırlamak ve düşünmekten uzaklaşmak gibi. Bireylerde bu kaçınma tepkileri, geçici bir rahatlama hissi yaratarak olumsuz duygulardan uzaklaşmasına yardımcı olur. Bu davranış, bireyin anlık kaygısını azaltabilir. Ancak bu geçici rahatlama, kaçınma davranışını pekiştirir. Ancak uzun vadede kaçınma davranışı kaygıyı kalıcı olarak güçlendirir. Kaçınma tepkilerinin genel olarak Eksen 1 ve Eksen 2 de yer alan hemen hemen tüm bozukluklarla ilişkilendirilebileceği belirtilmektedir (Rafaeli vd., 2013).

Şema terapi yaklaşımına göre şemadan kaçınma sıkıntıyla görmezden gelerek, hissizlik veya duyguları bastırma şeklinde, psikosomatizm, sosyal çekilme, aktiviteyle zihinden uzaklaşma şeklinde yaşanabilmektedir (Soygüt vd., 2008). Örneğin, Terk edilme/İstikrarsızlık şemasına sahip bir birey, yakın ilişkide bulunduğu kişilerin onu eninde sonunda terk edeceğine dair güçlü bir inanç taşıdığı için, samimi ilişkilerden kaçınarak kendince bu durumla başa çıktığını düşünebilir (Young vd., 2003).

2.4.3 Aşırı Telafi Tepkileri

Tehlike anında savaş tepkisiyle ilişkili olan başa çıkma yönteminin aşırı telafi olduğu ifade edilmektedir (Young vd., 2003). Bireylerin çocukluk dönemlerinde yaşadıkları şemaları telafi etmek amacıyla aşırı şekilde farklı olmaya çalıştıkları bir savunma mekanizmasıdır. Şema telafisi, Şema Kuramı'na göre (Young vd., 2003), bireylerin sahip oldukları erken dönem uyumsuz şemaların tam tersine düşünme ve hareket etme eğilimi olarak tanımlanır. Bu kişiler, geçmişte hissettikleri değersizlik duygularını telafi etmek için sürekli olarak mükemmeliyet peşinde koşarlar. Çocukluk döneminde boyun eğmiş olmaları, yetişkinlikte şemalarına karşı isyankâr bir tutum sergilemelerine neden olur. Bu durum, sağlıklı bir başa çıkma yöntemi gibi görünse de aslında şemanın iyileşmesine değil, devam etmesine yol açar (Rafaeli vd., 2013).

Soygüt ve diğerlerinin (2008) açıklamasına göre, şemanın aşırı telafisi alt boyutları arasında kontrol arzusu, asilik, statü düşkünlüğü, manipülatif davranışlar, aşırı bağımsızlık, kendi yönelimlilik, mesafeli tutumlar ve eleştiriye karşı tahammülsüzlük yer almaktadır.

Aşırı telafi stratejisini kullanan bireylerin davranışları, genellikle düşüncesizce ve aşırıdır. Kendi hatalarını kabul etmekte zorlanır, sorumluluk almaktan kaçınırlar ve yanlışlarından ders çıkarmakta başarısız olurlar (Rafaeli vd., 2013).

2.4.3.1 Kekemelikte Başa Çıkma Yöntemleri

Kekemelik, birçok araştırmacı tarafından öngörülemeyen bir stresör olarak tanımlanmaktadır; kekeleyen bireyler çoğu zaman bu durumun ne zaman ve nasıl ortaya çıkacağını bilememektedir (Plexico vd., 2019). Bu belirsizlik, bireylerin konuşma öncesinde bile kendilerini sıkışmış, çaresiz ve kontrolsüz hissetmelerine neden olabilmektedir (Tichenor & Yaruss, 2019). Kekemelik tanısı olan yetişkinlerde ise aşağılanma korkusu ve olumsuz değerlendirilme endişesi, bireyleri iletişim kurmaları gereken durumlardan uzaklaşmaya itebilir (Iverach vd., 2011; Menzies vd., 2009). Özellikle ergenlik dönemindeki bireylerde, bu tür belirsizlikler ve sosyal kaygı unsurları stres kaynağından ani kaçınma eğilimini tetiklemekte ve zamanla kaçınma temelli, işlevsiz başa çıkma stratejilerinin benimsenmesine zemin hazırlayabilmektedir (Lowe vd., 2021; Plexico vd., 2019).

Başta çıkma stratejilerinin kekemelik şiddeti ve sosyal kaygı düzeyi üzerinde belirleyici bir rol oynadığı öne sürülmektedir (Naz & Kausar, 2022). Mücadele ve kaçınma gibi yaklaşımlar, kekemelik yaşayan bireylerin psikolojik iyilik halleri üzerinde önemli etkiler yaratabilmektedir. Bu durum, bireylerin stres ve zorluklarla başa çıkma biçimlerine odaklanan kuramsal yaklaşımlar çerçevesinde ele alınabilir. Bu bağlamda, Lazarus ve Folkman'ın (1984) geliştirdiği Stres ve Başa Çıkma İkili Süreç Modeli'ne göre başa çıkma, birey ile çevre arasında gerçekleşen iki yönlü bir süreçtir. Birey, çevresinden gelen talepleri değerlendirir ve bu taleplerle başa çıkma kapasitesine bağlı olarak çeşitli tepkiler geliştirir.

Bu süreçte iki aşamalı bilişsel değerlendirme öne çıkar. İlk aşama olan birincil değerlendirme, bireyin karşılaştığı olayın kendisi açısından tehdit edici, önemsiz ya da tarafsız olup olmadığını belirlemesidir. Ardından gelen ikincil değerlendirme aşamasında, birey bu stresli olayla nasıl baş edebileceğine dair seçenekleri değerlendirir. Bu iki değerlendirme sürecine bağlı olarak birey; ya problem odaklı (sorunu çözmeye yönelik) ya da duygu odaklı (duygusal sıkıntıyı düzenlemeye yönelik) başa çıkma stratejileri geliştirir.

Problem odaklı başa çıkma, stresin kaynağını doğrudan ele alarak çözmeye çalışır; bu sayede stresin etkileri azalır ya da tamamen ortadan kalkabilir. Buna karşın, duygu odaklı başa çıkma, stresle başa çıkmaktan çok, olayla ilişkili duygusal yükü azaltmaya yöneliktir. Bu strateji genellikle olaydan kaçınma, uzaklaşma ya da olumlu yeniden çerçeveleme gibi yöntemleri içerir (Lazarus & Folkman, 1984).

Kekemelik özelinde yapılan çalışmalarda, problem odaklı başa çıkma stratejilerinin daha işlevsel olduğu, buna karşın duygu odaklı ya da kaçınma temelli stratejilerin kekemeliği yönetmede yetersiz kaldığı ifade edilmektedir (Naz & Kausar, 2022). Blood ve diğerleri (2001) tarafından kronik kekemelik tanısı olan ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada da kekeleyen bireylerin stresle başa çıkmada daha az üretken ve işlevsel olmayan duygu temelli başa çıkma stratejilerini tercih ettikleri belirtilmiştir.

Kaçınma ya da mücadele davranışları kısa vadede bireye geçici bir rahatlama sağlayabilse de özellikle kaçınma davranışları uzun vadede daha ciddi olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Kekeleyen bireyler çoğu zaman, kekemeliğin tahmin ettiklerinden daha az olumsuz sonuçlar doğurabileceğini deneyimlemek yerine, korkularıyla yüzleşmekten kaçınmayı tercih etmektedirler. Sonuç olarak, bu durum bireylerin yaşam kalitesini ve kendini gerçekleştirme duygusunu azaltmakta; olumsuz duyguların kronikleşmesine neden olabilmektedir (APA, 2013; Freud & Amir, 2020; Jackson, 2009). Hatta bazı bireylerde bu durum, psikolojik kaynakların tükenmesine ve kendine zarar verme eğilimlerinin gelişmesine kadar ilerleyebilmektedir (Plexico vd., 2019).

2.5 YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Long'un (1960) "On the Quantity and Quality of Life" adlı makalesinde ortaya atılmış; bireylerin yalnızca yaşam süresinin değil, bu süreyi nasıl deneyimlediklerinin de dikkate alınması gerektiği savunulmuştur. Kavram, özellikle 1990'lı yıllardan itibaren sağlık, psikoloji,

sosyoloji ve ekonomi gibi farklı disiplinlerde yaygın biçimde kullanılmaya başlanmıştır (Akt. Aydın Boylu & Paçacıoğlu, 2016).

Yaşam kalitesi; bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, sosyal ilişkileri, çevresel koşulları ve ekonomik kaynakları gibi çeşitli faktörlerden etkilenen çok boyutlu bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), yaşam kalitesini bireylerin yaşadıkları çevre, kültürel bağlam ve değer sistemleri ışığında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları doğrultusunda yaşamlarını nasıl değerlendirdiklerine ilişkin öznel bir algı biçimi olarak tanımlamaktadır (Bonomi vd., 2000; World Health Organization, 2014). Bu tanım, yaşam kalitesinin doğası gereği öznel olduğunu ve bireysel deneyimlerin dışarıdan gözlemlenmesinin her zaman mümkün olmadığını vurgulamaktadır.

Morbidite (hastalık oranı) ve mortalite (ölüm oranı), toplum sağlığını değerlendirmede temel ölçütler olsa da bireylerin yaşam deneyimlerine ilişkin öznel boyutu yansıtmakta yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle özellikle klinik ve müdahale temelli çalışmalarda, bireyin sağlık durumuna dair öznel algısını değerlendiren yaşam kalitesi kavramı, tamamlayıcı bir gösterge olarak önem kazanmaktadır (Bonomi vd., 2000). Yaşam kalitesi yaklaşımı; bireyin sağlığına ve yaşam koşullarına yönelik değerlendirmelerini, yaşam tercihlerine verdiği anlamı ve hastalıkların birey üzerindeki psikososyal ve ekonomik etkilerini kapsayan geniş bir çerçevede ele alır (Craig vd., 2009). Örneğin, kronik hastalıkların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri olabileceği gibi; sosyal destek sistemleri ve ekonomik güvence gibi koruyucu faktörler bu etkileri azaltabilir (Bowling, 2005). Bu bağlamda yaşam kalitesi, sağlık bilimlerinde bireyin hastalık ya da tedavi sürecini nasıl deneyimlediğini anlamada kritik bir değerlendirme aracı olarak kabul edilmektedir.

2.5.1 Kekemelikte Yaşam Kalitesi

Kekemelik, bireylerin duygusal, çevresel ve fiziksel deneyimlerini etkileyen, çok boyutlu ve karmaşık bir iletişim bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Smith & Weber, 2016; Yaruss & Quesal, 2006). Bu bozukluk,

bireyin iletişim etkinliklerine katılımını sınırlayarak günlük yaşam işlevselliğini ve dolayısıyla yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Yaruss & Quesal, 2006). Kekemeliğin etkileri yalnızca bireyin kendisiyle sınırlı kalmamakta; aynı zamanda yakın çevresi, sosyal ilişkileri ve özellikle partnerleri üzerinde de belirgin sonuçlar doğurabilmektedir (Beilby vd., 2013). Bu yönüyle kekemelik, bireyin hem içsel dünyasını hem de kişilerarası etkileşimlerini etkileyen kapsamlı bir sorun alanı olarak değerlendirilmektedir.

Kekeleyen bireyler, özellikle iletişim kurmanın zorlaştığı sosyal ortamlarda, olumsuz değerlendirilme ya da küçük düşürülme korkusuyla konuşmaktan kaçınma eğilimi gösterebilirler (Iverach vd., 2011). Dinleyicilerin ise zaman zaman bu bireylere karşı olumsuz duygusal, psikolojik veya davranışsal tepkiler sergiledikleri bildirilmiştir (Bowers vd., 2010; Boyle, 2015b; Guntupalli vd., 2007). Bu tür toplumsal tepkiler, kekeleyen bireylerde sosyal damgalama ve dışlanma deneyimlerine neden olabilmekte; zamanla bu durum, bireyin kekemeliğini içselleştirerek kendini damgalamasına yol açabilmektedir (Boyle, 2015b).

Nitel araştırmalar, kekemelik tanısı olan bireylerin sıklıkla ıstırap, çaresizlik, korku, sosyal kaygı, kaçınma, utanma ve hayal kırıklığı gibi yoğun olumsuz duygular yaşadıklarını ortaya koymuştur (Beilby vd., 2013; Corcoran & Stewart, 1998). Bu duygusal deneyimler, bireyde iletişimsel ve sosyal korkuların artmasına, kaygı düzeyinin yükselmesine ve öfke ya da hayal kırıklığı gibi tepkilerin yoğunlaşmasına neden olarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Plexico vd., 2019).

Yaruss (2010), kekemeliğin bireyin genel yaşam enerjisi ile duygusal, sosyal ve zihinsel sağlığı üzerinde önemli ölçüde olumsuz etkiler yarattığını ve bu durumun yaşam kalitesinde azalmaya yol açtığını vurgulamaktadır. Benzer şekilde, eğitim, iş ve sosyal yaşama katılımında yaşanan zorlukların da kekemelik tanısı olan bireylerin yaşam kalitesini düşürdüğü ifade edilmektedir (Boyle, 2015b; Yaruss & Quesal, 2006). Araştırmalar, kekemeliğin sosyal, duygusal, bilişsel ve fiziksel alanlardaki işlevselliği olumsuz etkileyerek bireyin yaşam

kalitesini anlamlı düzeyde azalttığını ortaya koymaktadır (Craig vd., 2009; Yaruss, 2010).

Bu olumsuz etkileri hafifletmede bireysel ve çevresel koruyucu faktörler önemli bir rol oynamaktadır. Örneğin, Plexico ve arkadaşlarının (2019) çalışması, düşük psikolojik dayanıklılık düzeyine sahip bireylerin yaşam kalitesinin de düşük olduğunu göstermiştir. Aynı çalışmada öz-yeterlik, özsaygı ve sosyal destek düzeyindeki artışın daha yüksek yaşam kalitesi ile anlamlı biçimde ilişkili olduğu belirtilmiştir. Sosyal destek, kekemelik yaşayan bireylerin yaşam kalitesini artırmada önemli bir koruyucu faktör olarak öne çıkmaktadır (Akçay & Küçük, 2020). Bu bireylerin daha güçlü sosyal işlevlere ve gelişmiş öz-yeterlik algısına sahip oldukları; dolayısıyla daha yüksek yaşam kalitesi bildirdikleri saptanmıştır (Boyle, 2013b; Craig vd., 2011). Özellikle öz-yeterlik, kekemeliğin psikolojik iyi oluş üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmada kritik bir koruyucu unsur olarak değerlendirilmektedir (Boyle, 2015b; Carter vd., 2017; Craig vd., 2011, 2015).

Türkiye’de Erdoğan ve Özgür (2020) tarafından yürütülen bir çalışmada, 8–18 yaş aralığındaki kekemelik tanısı olan ve olmayan çocuklar ile ergenlerin sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri karşılaştırılmıştır. Bulgular, sosyal kabul, zorbalık, fiziksel ve psikolojik iyi oluş, ruh hali, benlik algısı, özerklik, ebeveyn ilişkileri, ev yaşamı, finansal kaynaklar ve akran desteği gibi alanlarda gruplar arasında anlamlı fark olmadığını ortaya koymuştur. Bu sonuç, kekemelik tanısı olan bireylerin yaşam kalitesinin bazı açılardan akranlarıyla benzer düzeyde olabileceğini göstermektedir. Ancak, yaşam kalitesinin yalnızca nesnel ölçütlerle değil; bireyin algıladığı sosyal destek ve öz-yeterlik gibi öznel bileşenlerle de şekillendiği unutulmamalıdır. Dolayısıyla, kekemelik tanısı olan bireylerin yaşam kalitesini değerlendirirken hem somut göstergeler hem de bireysel algılar dikkate alınmalıdır.

Kekemeliğin birey üzerindeki çok yönlü etkilerini anlamada biyopsikososyal model önemli bir değerlendirme çerçevesi sunmaktadır. Bu model, klinik problemlerin yalnızca biyolojik değil; aynı zamanda psikolojik ve

sosyal faktörlerin etkileşimiyle oluştuğunu öne sürmekte ve kekemeliğin bütüncül biçimde ele alınmasını önermektedir (Rees vd., 2015; Yaruss & Quesal, 2004). Bu yaklaşım, kekemeliğin bireyin yaşam kalitesi ve genel iyilik hali üzerindeki etkilerini değerlendirmek için kapsamlı bir temel sağlar.

Yaruss (2001), yalnızca davranışsal belirtilere odaklanmanın yetersiz olduğunu vurgulayarak kekemeliğin bireysel deneyim boyutunu değerlendirmeye yönelik çeşitli ölçüm araçları geliştirmiştir. Ancak, kekemeliğin genel yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin hâlâ yeterince kapsamlı biçimde araştırılmadığı bildirilmektedir (Koedoot vd., 2011). Bu noktada sosyal destek, öz-yeterlik ve psikolojik dayanıklılık gibi koruyucu faktörlerin belirlenmesi ve etkili müdahale stratejilerinin geliştirilmesi, kekemelik yaşayan bireylerin yaşam kalitesini artırmak açısından kritik öneme sahiptir (Carter vd., 2017).

BÖLÜM 3

3.YÖNTEM

Bu bölümde örneklem, veri toplama araçları, işlem, veri analizi ve araştırma deseni ile ilgili bilgilere yer verilmektedir.

3.1 ÖRNEKLEM

Katılımcılar, 18-24 yaş aralığındaki bireylerden oluşmaktadır. Örneklemin 18-24 yaş aralığında sınırlandırılmasının temel nedeni, kekemelik ilişkili değişkenleri inceleyen önceki çalışmaların genellikle geniş yaş aralıklarını kapsaması ve yaşa bağlı gelişimsel farklılıkların göz ardı edilmesidir. Ayrıca, beyin gelişimi üzerine yapılan çalışmalar, ergenliğin 24 yaşına kadar devam ettiğini öne sürdüğü için, çalışma geç ergenlik dönemi olarak adlandırılan 18-24 yaş aralığındaki bireylerle sınırlandırılmıştır (Sawyer vd., 2018).

Araştırma sürecinde; okuduğunu anlama, kendini değerlendirme ve anket formu üzerinde işaretleme gibi temel gereklilikleri yerine getirmede güçlük oluşturabilecek nörolojik rahatsızlıklara sahip bireyler ile okuryazarlık yeterliliği bulunmayanlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Özel bir tanı grubuyla çalışıldığı ve literatürde kekemelik ilgili yapılan birçok çalışmanın katılımcı sayısının 70'in altında olduğu göz önüne alınarak (Freud & Ofer, 2020; Plexico vd., 2019), çalışmanın örneklem grubu kekemelik tanısı olan 103 kişi (DSM-5 kriterlerine göre tanı almış) ve kekemelik tanısı olmayan 110 kişi olmak üzere toplam 213 kişi olarak belirlenmiştir.

Karşılaştırma grubu olarak yer alan kekemelik tanısı olmayan bireylerin, kekemelik tanısı olan bireylerle yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve aile özellikleri gibi temel değişkenler açısından eşleştirilmesi hedeflenmiştir.

Kekemelik tanısı olan bireylere, Kekemeler Derneği'ne üye olan gönüllü katılımcılar ve dil ve konuşma terapistlerinin bulunduğu İstanbul, İzmir, Ankara ve Bursa'daki bazı kurumlar aracılığıyla ulaşılmıştır. Kekemelik tanısı olmayan bireylere ise çevrimiçi anket yoluyla erişilmiştir. Anketler, www.surveymonkey.com platformu kullanılarak oluşturulan ölçek formları çeşitli üniversiteler aracılığıyla e-posta ve çevrimiçi iletişim yöntemleri kullanılarak, kolay örnekleme yöntemiyle toplanmıştır.

Sonuç olarak, araştırma sürecinde belirlenen yöntemler ve kriterler doğrultusunda, toplam 213 kişilik örneklem grubuyla analizler gerçekleştirilmiştir.

3.2 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma da veri toplama araçları olarak Kişisel Bilgi Formu, Young Şema Ölçeği Kısa Form (YŞÖ – KF3), Şema Başa Çıkma Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği- SF-36 ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) kullanılmıştır.

3.2.1 Kişisel Bilgi Formu

Katılımcılardan cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, kronik hastalık durumu ve psikiyatrik tanı alma, psikolojik destek alma gibi sosyodemografik değişkenlere ilişkin bilgiler talep edilmiştir. Bunun yanı sıra, kekemelik tanısı olan gruptan yanıtlamaları istenen açık ve kapalı uçlu soruları içeren bir bilgi edinme formu kullanılmıştır.

3.2.2 Young Şema Ölçeği Kısa Form (YŞÖ – KF3)

Erken dönem uyumsuz şemaları değerlendirmek amacıyla geliştirilen Young Şema Ölçeği, 205 maddeden oluşan Likert tipi bir öz değerlendirme aracıdır ve 16 erken dönem uyumsuz şemayı kapsamaktadır. Ölçeğin özgün formundan kısaltılarak oluşturulan kısa formu ise, 18 şema boyutunu

değerlendiren ve 5 şema alanına dağılan 90 maddelik bir yapıdadır (Young vd., 2009).

Young Şema Ölçeği'nin Türk kültürüne ilk uyarlaması, Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır (2009) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, farklı üniversitelerden 17–35 yaş aralığında 1071 katılımcı yer almıştır. Uyarlama süreci sonunda, ölçeğin 5 şema alanında yer alan 14 şemayı içeren 90 maddelik bir yapıya kavuştuğu bildirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formuna ilişkin güvenilirlik analizlerinde, şema alanları düzeyinde test-tekrar test korelasyon katsayıları $r = .66$ ile $.83$ arasında; iç tutarlılık katsayıları ise $\alpha = .53$ ile $.81$ arasında değişmektedir. Şema boyutları açısından test-tekrar test güvenilirliği $r = .66$ ile $.82$, alt boyutlara ait iç tutarlılık katsayıları ise $\alpha = .63$ ile $.80$ aralığında bulunmuştur (Soygüt vd., 2009).

Mevcut araştırma süreci devam ederken, Karaosmanoğlu ve arkadaşları (2024) tarafından Türkiye'de üç farklı klinik örneklem üzerinde yürütülen bir çalışmada, ölçeğin birinci ve ikinci düzey faktör yapısı yeniden değerlendirilmiş ve güncel bulgular yayımlanmıştır ($N_{1} = 1312$; $N_{2} = 999$; $N_{3} = 999$). Bu çalışmanın sonucunda, ölçek yine 90 madde ile korunmuş; ancak maddeler, 17 şema ve 4 şema alanı altında yeniden yapılandırılmıştır.

Araştırma sonuçları ve son teorik gelişmeler (ör. Lockwood & Perris, 2012), klinik örneklemelerde 4 şema alanlı bir yapının daha işlevsel olabileceğine işaret etmektedir (Aloi vd., 2020; Bach vd., 2018; Hoffart vd., 2005; Maçık & Maçık, 2022; Yalçın vd., 2020). Bu nedenle, güncel veri temelli yapının tercih edilmesi ve araştırmamızın kekemelik tanısı olan klinik bir örneklem üzerinde yürütülmesi nedeniyle, analizler de yeni belirlenen şema ve şema alanları doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada belirlenen dört şema alanı sırasıyla Zedelenmiş Otonomi/Özerklik (Impaired Autonomy), Kopukluk/Bağısızlık (Disconnection), Zedelenmiş Sınırlar (Impaired Limits) ve Aşırı Uyarılmışlık (Overvigilance) olarak adlandırılmıştır.

- Zedelenmiş Otonomi/Özerklik şema alanı altında *başarısızlık*, *bağımlılık*, *boyun eğicilik* ve *iç içelik* şemaları yer almaktadır.

- Kopukluk/Bağısızlık alanı ise *terk edilme, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, duyguları bastırma* ve *kusurluluk* şemalarını kapsamaktadır.
- Zedelenmiş Sınırlar alanı; *büyüklenmecilik, statü arayıcılık, yetersiz özdenetim* ve *ekonomik dayanıksızlık* şemalarını içermektedir.
- Aşırı Uyarılmışlık alanı ise *kuşkuculuk, kendini feda, cezalandırıcılık* ve *dayanıksızlık/karamsarlık* şemalarından oluşmaktadır.

Alt ölçeklere ilişkin yapılan güvenilirlik analizlerinde, Cronbach alfa (α) değerlerinin .64 ile .89 arasında değiştiği rapor edilmiştir (Karaosmanoğlu vd., 2024).

Mevcut araştırmamızda, şemalara ilişkin Cronbach alfa (α) güvenilirlik katsayıları .67 ile .86 arasında değişmektedir. Ayrıca, bu şemaların birleşimiyle oluşturulan dört şema alanı (Zedelenmiş Otonomi/Özerklik, Kopukluk, Zedelenmiş Sınırlar ve Aşırı Uyarılmışlık) için de güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Şema alanlarına ait Cronbach alfa (α) değerleri ise .88 ile .93 arasında bulunmuştur.

3.2.3 Şema Başa Çıkma Ölçeği

Şema başa çıkma yöntemlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçme aracıdır. Toplam 16 maddeden oluşan bu ölçek, üç alt boyuttan (şema kaçınması, şema teslimi ve şemanın aşırı telafisi) oluşmaktadır. Bu alt boyutlar, bireylerin şemalarıyla başa çıkmak için benimsedikleri temel stratejileri yansıtmaktadır.

Yapılan analizler sonucunda, her üç alt ölçeğin de iç tutarlılığı yeterli bulunmuştur (Cronbach Alfa katsayısı aralığı=.72-.76). Ölçek 1-6 arasında Likert türü bir derecelendirmeye sahiptir. Ölçekten alınan puanların değerlendirilmesiyle ilgili olarak; alt ölçek toplam puanlarının yüksek olması, tanımlanan şema başa çıkma davranışının arttığına işaret etmektedir (van Vreeswijk & Broersen, 2006).

Şema Başa Çıkma Ölçeği'nin, şema başa çıkma biçimlerinin ölçülmesine yönelik geliştirilmiş olan ve Türkçeye uyarlaması gerçekleştirilen diğer ölçeklerden Young Rygh Kaçınma Ölçeği (Soygüt, 2007), Young Telafi ölçeği (Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır, 2008) şema başa çıkma biçimlerini ayrı olarak değil de üç tür başa çıkma biçimini tek bir ölçme aracı olarak içermesi açısından daha işlevsel olduğu değerlendirilmektedir. Türkçe Formunun ise Bayoğlu ve Duy (2020) üniversite öğrencilerinden oluşan bir çalışma grubu üzerinden geçerlik ve güvenirlik analizleri gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin geçerliliğini değerlendirmek amacıyla, doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ve benzer ölçek geçerliği yöntemi; güvenirliğini belirlemek için ise Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ile testi yarılama (eşdeğer yarılar) yöntemleri kullanılmıştır. Yapı geçerliliğini test etmek üzere gerçekleştirilen DFA sonuçları, ölçeğin üç boyutlu (kaçınma, teslim ve aşırı telafi) ve 12 maddeden oluşan yapısının iyi uyum gösterdiğini ortaya koymuştur ($\chi^2/df = 2.23$, RMSEA = .058, CFI = .94, NNFI = .94, AGFI = .93, SRMR = .054).

Güvenirlik analizleri kapsamında elde edilen Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları; kaçınma alt boyutu için .67, teslim alt boyutu için .73, aşırı telafi alt boyutu için .69 ve ölçeğin tamamı için .78 olarak bulunmuştur. Bu değerlerin, ölçeğin özgün formunda elde edilen bulgularla benzer olduğu ve kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılık gösterdiği belirlenmiştir (Bayoğlu & Duy, 2020).

Mevcut araştırmamızda, aşırı telafi alt boyutuna ilişkin Cronbach Alfa değeri .59, teslim alt boyutu için .73 ve kaçınma alt boyutu için .67 olarak hesaplanmıştır. Teslim ve kaçınma alt boyutlarına ilişkin değerlerin kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılık gösterdiği, ancak aşırı telafi alt boyutunun güvenirlik katsayısının düşük düzeyde kaldığı görülmektedir.

Bununla birlikte, literatürde özellikle alt boyutlarda yer alan madde sayısının az olduğu durumlarda, Cronbach Alfa değerinin .60'ın altında kalabileceği ve yine de kabul edilebilir olarak değerlendirilebileceği ifade edilmektedir. Taber'in (2018) farklı çalışmalara dayalı derleme analizinde, bazı araştırmalarda .59 gibi alfa katsayılarının "sufficient" (yeterli) veya "acceptable"

(kabul edilebilir) olarak nitelendirildiği görülmektedir. Bu nedenle, ilgili alt boyutun güvenilirlik düzeyi sınırdan olarak değerlendirilse de tamamen yetersiz kabul edilmemeli ve sonuçlar yorumlanırken bağlamsal koşullar göz önünde bulundurulmalıdır.

3.2.4 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)

Araştırmada, katılımcıların yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla, Ware ve Sherbourne tarafından 1992 yılında sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilen SF-36 ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması ülkemizde ilk kez Demirsoy (1999) tarafından gerçekleştirilmiştir. SF-36, bireylerin fiziksel ve zihinsel sağlık durumlarını değerlendirmek üzere iki ana boyutta tasarlanmış ve uluslararası geçerliliğe sahip bir ölçektir (Ware & Sherbourne, 1992). Sağlıkla ilişkili sekiz alt boyuttan oluşan bu ölçek, toplamda 35 madde içermektedir. Alt boyutlar ve ilgili madde sayıları şu şekildedir: fiziksel işlevsellik (10 madde), rol kısıtlamaları (4 madde), sosyal işlevsellik (2 madde), ruh sağlığı (5 madde), enerji/canlılık (4 madde), emosyonel rol gücü (3 madde), ağrı (2 madde) ve genel sağlık algısı (5 madde). Buna ek olarak, katılımcıların bir yıl öncesine kıyasla sağlık durumlarındaki algısal değişimi değerlendiren tek bir madde daha yer almakta olup, ölçek toplamda 36 maddeden oluşmaktadır.

Katılımcılardan, ölçek maddelerini yanıtlarken son dört haftalık dönemi esas almaları istenmiştir. Her bir alt boyuttan elde edilen toplam puanlar 0 ile 100 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar daha iyi bir sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini yansıtmaktadır.

Ölçeğin iç tutarlılığına ilişkin Cronbach Alfa katsayıları .73 ile .96 arasında değişirken, test-tekrar test güvenilirlik katsayıları ise .60 ile .81 arasında rapor edilmiştir (Ware & Sherbourne, 1992).

SF-36' nın Türkçeye uyarlanmasına ilişkin geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Demirsoy (1999) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, ölçeğin alt boyutlarına ait iç tutarlılık katsayıları şu şekilde rapor edilmiştir:

fiziksel işlevsellik için $\alpha = .87$, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı için $\alpha = .82$, bedensel ağrı için $\alpha = .87$, genel sağlık algısı için $\alpha = .82$, sosyal işlevsellik için $\alpha = .79$, zihinsel sağlık için $\alpha = .90$, duygusal sorunlara bağlı rol kısıtlılığı için $\alpha = .84$ ve enerji ile canlılık alt boyutu için $\alpha = .84$. Bu bulgular, ölçeğin alt boyutlarında yer alan maddelerin .79 ile .90 arasında değişen iç tutarlılık düzeyine sahip olduğunu göstermektedir.

Fiziksel Sağlık Bileşeni (FSB) ve Zihinsel Sağlık Bileşeni (ZSB) puanlarının hesaplanmasında, öncelikle ölçeğin tüm alt boyutlarından elde edilen puanlar analiz edilmiştir. FSB puanı, fiziksel işlevsellik, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı, bedensel ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarının puan ortalaması alınarak hesaplanmıştır. ZSB puanı ise sosyal işlevsellik, zihinsel sağlık, duygusal sorunlara bağlı rol kısıtlılığı ve enerji ile canlılık alt boyutlarının ortalamaları kullanılarak elde edilmiştir (Alonso vd., 2004; Demiral vd., 2006; Liu vd., 2017; Matcham vd., 2016).

Ölçeğin ilk dört alt boyutundan elde edilen puanların ortalaması fiziksel sağlık bileşenini, son dört alt boyuttan alınan puanların ortalaması ise zihinsel sağlık bileşenini temsil etmektedir. Klinik araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon anketlerinde kullanılmak üzere geliştirilen SF-36, kapsamlı ve özlü yapısıyla dünya genelinde en yaygın kullanılan sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçüm araçlarından biridir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları birçok farklı ülkede gerçekleştirilmiştir (Alonso vd., 2004; Hays & Reeve, 2008; Vilagut vd., 2008; Ware & Sherbourne, 1992; Ware vd., 1998).

Mevcut araştırmada yaşam kalitesi değişkeni, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin yalnızca Zihinsel Sağlık Bileşeni (ZSB) kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu tercihin nedeni, kekemelik tanı durumunun fiziksel sağlıktan ziyade bilişsel, duygusal ve sosyal zorluklarla ilişkili olması ve katılımcıların yanıt yükünü azaltma gerekliliğidir. ZSB puanı, sosyal işlevsellik, zihinsel sağlık, duygusal sorunlara bağlı rol kısıtlılığı ve enerji/canlılık alt boyutlarının birleşimiyle elde edilmiştir. Bu bileşiğe ilişkin iç tutarlılık katsayısı

yüksek düzeyde bulunmuş ($\alpha = .86$) ve araştırma süresince yaşam kalitesi değişkeni, bu güvenilir SF-36/ZSB puanı üzerinden temsil edilmiştir.

3.2.5 Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Kısa Semptom Envanteri (KSE), öğrencilerin çeşitli psikolojik belirtilerini değerlendirmek amacıyla Derogatis tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir. Ergenler ve yetişkinler üzerinde uygulanabilen bu envanter, SCL-90-R ölçeği temel alınarak oluşturulmuş ve bu ölçeğin kısa formu olarak tasarlanmıştır.

SCL-90-R'nin dokuz faktörüne dağılan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek faktör yüküne sahip 53 madde seçilerek, 5–10 dakika içinde uygulanabilen, benzer yapıya sahip kısa bir form geliştirilmiştir. Toplam dokuz alt ölçekten oluşan bu envanter, 0 ile 4 arasında puanlanan 5'li Likert tipi bir ölçme aracıdır (Akt. Şahin & Durak, 1994).

Envanterin Türkçeye uyarlama çalışması ise Şahin ve Durak (1994) tarafından gerçekleştirilmiştir.

Yetişkinler üzerinde yapılan çalışmalarda, ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık katsayılarının .75 ile .87 arasında değiştiği, tüm ölçeğin genel iç tutarlılık katsayısının ise .96 olduğu belirlenmiştir. Bu doğrultuda, ölçek toplam 5 alt boyuttan oluşmaktadır: kaygı (13 madde), depresyon (12 madde), olumsuz benlik algısı (12 madde), somatizasyon (9 madde) ve hostilite (7 madde). Katılımcıların ölçekten alabilecekleri toplam puanlar 0 ile 212 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen yüksek puanlar, psikolojik belirtilerin yoğunluğunda artış olduğunu göstermektedir (Şahin & Durak, 1994).

Mevcut çalışmada, ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısı .97 olarak hesaplanmış; alt ölçekler için α katsayıları .75 ile .92 arasında değişmiştir. Bu bulgular, KSE'nin genel olarak yüksek düzeyde güvenilir bir ölçme aracı olduğunu ve alt boyutlarının da kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılık gösterdiğini ortaya koymaktadır.

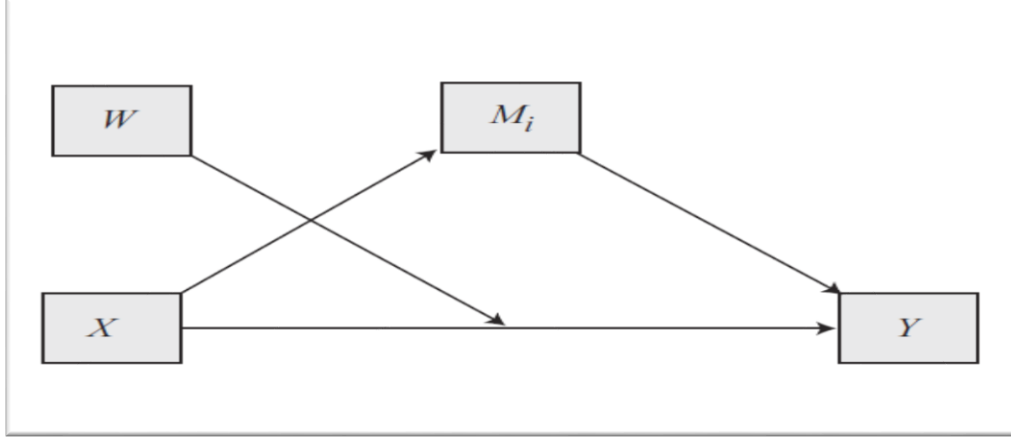
3.3 İŞLEM

FMV Işık Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü Klinik Psikoloji Doktora Programı Etik Kurulu'ndan alınan etik onayın (27.01.2023 tarihli ve E-32760440-050.01.04-240812023/04 sayılı) ardından veri toplama süreci gerçekleştirilmiştir. Tüm katılımcılara internet üzerinden çevrimiçi anket yoluyla ulaşılmış ve araştırmaya katılım öncesinde bilgilendirilmiş onam formu sunulmuştur. Bu form aracılığıyla, katılımcılara araştırmanın içeriği, kişisel bilgilerinin gizli tutulacağı, toplanan verilerin yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacağı ve araştırmanın herhangi bir aşamasında katılımdan vazgeçebilecekleri bilgisi verilmiştir. Ayrıca, anket bataryasının doldurulmasının ortalama 30 dakika süreceği belirtilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan sırasıyla Kişisel Bilgi Formu, Young Şema Ölçeği, Şema Başa Çıkma Ölçeği, SF/36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Zihinsel Sağlık Bileşeni ve Kısa Semptom Envanteri'ni doldurmaları istenmiştir. Anket formlarının ölçeklerin sıralaması, katılımcıların motivasyonunu ve dikkatini en üst düzeyde tutmak için stratejik bir şekilde belirlenmiştir.

3.4 VERİ ANALİZİ

Çalışmada örneklemin betimsel bulgularını değerlendirmek için sayı ve yüzde dağılımları, ortalama, standart sapma ve toplam puanları belirlenerek betimleyici istatistik değerleri sunulmuştur. İlgili ölçüm araçlarının ve alt boyutlarının güvenirlik analizleri (Cronbach Alpha değerleri) test edilmiştir. Araştırmanın hedefleri doğrultusunda; Ki Kare, Bağımsız Gruplar T-Testi, Pearson Korelasyon Analizi ve şema alanları ile SF-36/ ZSB arasındaki ilişkide şema başa çıkma stratejilerinin aracı rolünde kekemelik tanı durumunun düzenleyici role sahip olup olmadığına ilişkin sonuçları incelemek amacıyla aşağıda belirtilen varsayımlar incelendikten sonra bir makro modelleme prosedürü olan SPSS Process Makro eklentisi v4.2 Model 5 kullanılarak paralel

aracı değişken analizi yapılmıştır (Hayes, 2022). Bu model aynı anda 10 paralel aracı değişkenin birlikte analizine izin vermektedir. Model 5 Şekil 3.1’de gösterilmektedir:



Not: X= bağımsız değişken, Y= bağımlı değişken, Mi= aracı değişken, W= düzenleyici değişken.

Şekil 3.1 Process Model 5 (Hayes, 2022)

İlgili değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki yordayıcı etkisinin test edilmesi amacıyla, değişkenlerin regresyon analizine uygunluğu değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda, normal dağılım sınaması için Kolmogorov-Smirnov testi ile basıklık ve çarpıklık değerleri incelenmiştir. Her iki grupta vaka sayısının 100’ün üzerinde olması nedeniyle, Kolmogorov-Smirnov test istatistiğinin anlamsız çıktığı ($p > .05$) durumlarda, basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 3 aralığında seyretmesi normal dağılım koşulunun karşılandığını göstermiştir. Değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerleri Tablo 3.1’de sunulmuştur.

Yordayıcılar ve yordanan arasındaki ilişkilerin orta güçte ($r=.20$ ve üstü) ve anlamlı olup olmadığını gözlemek için ise Pearson Korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Yordanan ve yordayıcılar arasındaki doğrusallık sınaması ise

nokta saçılım grafiğinden elde edilen doğrusal ve kuadratik (eğrisel) varyanslar arasındaki farklar incelenerek Fisher'in Z testi ile karşılaştırılmış, $p > .05$ doğrusallık kriteri olarak alınmıştır. Çoklu doğrusallık ihlali için ise tolerans ve varyans enflasyon faktörü (VIF) değerleri ele alınmış; 0.20-1.00 arasındaki tolerans değerleri ve 1.00- 10.00 arasındaki VIF değerleri çoklu doğrusallığın olmadığına kanıt olarak kabul edilmiştir.

Ayrıca moderatör değişken (kekemelik tanı durumu) ile yordanan değişken arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı kontrol edilmiştir. İki kategorili nominal bir değişken olarak ölçülen kekemelik tanı durumu "var" ve "yok" dummy değişkene dönüştürülmüştür (Kekemelik var=0, Kekemelik yok=1). Baron ve Kenny'ye (1986, s. 1174) göre, moderatör değişken ile yordanan değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunması gerekli bir koşul değildir. Hatta bu ilişkinin anlamsız olması daha tercih edilir bir durum olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle, analizlerde moderatör ve yordanan değişken arasındaki ilişki kontrol edilmiş ilgili değişkenler arasında anlamlı ilişkili koşulu aranmamıştır.

Tüm bu koşulların sınanmasının ardından şema alanları ve SF-36/ ZSB arasındaki ilişkide şema başa çıkma stratejilerinin (aşırı telafi, teslim, kaçınma) aracı etkisinin olup olmadığını tespit etmek için Baron ve Kenny'nin (1986) öngördüğü dört aşamalı sınama adımları uygulanmıştır. Bu aşamalar şu şekildedir:

- 1)Yordayıcı değişken (X) ile yordanan değişken (Y) arasında anlamlı bir ilişki olmalı,
- 2)Yordayıcı değişkenin (X) aracı değişken (M) üzerinde anlamlı bir etkisi olmalı,
- 3)Aracı değişken (M) ile yordanan değişken (Y) arasında anlamlı bir ilişki olmalı,
- 4)Tam veya kısmi aracılığın belirlenmesi:

Tam aracılık: Aracı değişken (M) kontrol edildiğinde, yordayıcı değişkenin (X) yordanan değişken (Y) üzerindeki etkisi sıfıra iner veya istatistiksel olarak anlamlı olmaktan çıkar.

Kısmi aracılık: Aracı değişken (M) kontrol edildiğinde, yordayıcı değişkenin (X) yordanan değişken (Y) üzerindeki etkisi azalır ancak tamamen ortadan kalkmaz.

İlgili varsayımların sağlandığı görüldükten sonra, araştırma soruları kapsamında bir makro modelleme prosedürü olan Andrew F. Hayes'in (2022) PROCESS aracı kullanılarak Model 5 düzenleyici aracı değişken analizleri yürütülmüştür (Hayes, 2022). Araştırma doğrultusunda, Şema Alanları (X) ve SF-36/ZSB (Y) arasındaki ilişkide, şema başa çıkma stratejilerinin (M) aracı ve kekemelik tanı durumunun (W) düzenleyici rolü incelenmiştir. Tüm analizler SPSS v21.0 programıyla gerçekleştirilmiş olup $p < .05$ kabul edilmiştir.

Tablo 3.1 Değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerleri

	Alt Ölçekler	Çarpıklık	SH	Basıklık	SH
1	YŞÖ-Başarısızlık	.84	.17	.18	.33
2	YŞÖ-Bağımlılık	1.13	.17	1.25	.33
3	YŞÖ-Boyun Eğicilik	.92	.17	.33	.33
4	YŞÖ-İç İçelik	.58	.17	-.00	.33
5	YŞÖ-Terk Edilme	.92	.17	.57	.33
6	YŞÖ-Duygusal Yoksunluk	.90	.17	-.09	.33
7	YŞÖ-Sosyal İzolasyon	.68	.17	-.56	.33
8	YŞÖ-Duyguları Bastırma	.50	.17	-.42	.33
9	YŞÖ-Kusurluluk	1.14	.17	1.75	.33
10	YŞÖ-Büyüklenmecilik	-.16	.17	-.35	.33
11	YŞÖ-Statü Arayıcılık	-.03	.17	-.45	.33
12	YŞÖ-Yetersiz Özdenetim	.18	.17	.25	.33
13	YŞÖ-Eko. Dayanıksızlık	.60	.17	-.61	.33
14	YŞÖ-Kuşkululuk	.16	.17	-.54	.33
15	YŞÖ-Kendini Feda	.23	.17	-.01	.33
16	YŞÖ-Cezalandırıcılık	.18	.17	-.04	.33
17	YŞÖ-Dayan./Karamsarlık	.28	.17	-.48	.33

Tablo 3.1 (devamı) Değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerleri

18	YŞÖ-Zedelenmiş Otonomi	.85	.17	.74	.33
19	YŞÖ-Kopukluk (Bağımsızlık)	.74	.17	.15	.33
20	YŞÖ-Zedelenmiş Sınırlar	-.06	.17	.34	.33
21	YŞÖ-Aşırı Uyarılmışlık	.07	.17	-.20	.33
22	ŞBÇÖ-Aşırı Telafi	.18	.17	-.04	.33
23	ŞBÇÖ-Teslim	.08	.17	-.47	.33
24	ŞBÇÖ-Kaçınma	-.30	.17	-.39	.33
25	SF-36/ZSB	.14	.17	-.79	.33
26	SF-36-Emo. Rol Güçlüğü	.39	.17	-1.25	.33
27	SF-36-Enerji/ Canlılık	.11	.17	-.58	.33
28	SF-36- Ruhsal Sağlık	-.09	.17	-.34	.33
29	SF-36-Sosyal İşlevsellik	.04	.17	-.25	.33
30	KSE-Toplam	.67	.17	-.13	.33
31	KSE- Anksiyete	.95	.17	.61	.33
32	KSE-Depresyon	.46	.17	-.80	.33
33	KSE- Olumsuz Benlik	.78	.17	.05	.33
34	KSE- Somatizasyon	1.34	.17	1.60	.33
35	KSE- Hostalite	.38	.17	-.72	.33

Not. YŞÖ: Young Şema Ölçeği, ŞBÇÖ: Şema Başa Çıkma Ölçeği, SF-36/ZSB: Yaşam Kalitesi Ölçeği, KSE: Kısa Semptom Envanteri.

BÖLÜM 4

4. BULGULAR

4.1 KULLANILAN ÖLÇEKLERİN PSİKOMETRİK ANALİZİ

Katılımcıların ölçeklere ve ölçek alt ölçek maddelerine verdikleri cevapların tutarlı olup olmadığını kontrol etmek amacıyla ölçek güvenirlik analizleri yapılmıştır. Bu analizler yapılırken Cronbach's Alpha (α) güvenirlik parametresi olarak kullanılmıştır. Mevcut araştırmada kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarının iç tutarlılık (α) katsayıları ve madde sayıları Tablo 4.1'de verilmiştir:

Tablo 4.1 Tüm değişkenlerin psikometrik analizine ilişkin değerler

	Alt Ölçekler	α	Madde sayısı
1	YŞÖ-Başarısızlık	.83	5
2	YŞÖ-Bağımlılık	.74	4
3	YŞÖ-Boyun Eğicilik	.81	5
4	YŞÖ-İç İçelik	.67	5
5	YŞÖ-Terk Edilme	.79	5
6	YŞÖ-Duygusal Yoksunluk	.85	5
7	YŞÖ-Sosyal İzolasyon	.84	4
8	YŞÖ-Duyguları Bastırma	.79	5
9	YŞÖ-Kusurluluk	.78	7
10	YŞÖ-Büyüklenmecilik	.72	5
11	YŞÖ-Statü Arayıcılık	.83	8
12	YŞÖ-Yetersiz Özdenetim	.70	5

Tablo 4.1 (devamı) Tüm değişkenlerin psikometrik analizine ilişkin değerler

13	YŞÖ-Eko. Dayanıksızlık	.78	2
14	YŞÖ-Kuşkuculuk	.74	6
15	YŞÖ-Kendini Feda	.71	5
16	YŞÖ-Cezalandırıcılık	.67	7
17	YŞÖ-Day./Karamsarlık	.86	7
18	YŞÖ-Zedelenmiş Otonomi	.90	19
19	YŞÖ-Kopukluk (Bağısızlık)	.93	26
20	YŞÖ-Zedelenmiş Sınırlar	.88	20
21	YŞÖ-Aşırı Uyarılmışlık	.91	25
22	ŞBÇÖ-Aşırı Telafi	.59	4
23	ŞBÇÖ-Teslim	.73	4
24	ŞBÇÖ-Kaçınma	.67	4
25	SF-36/ZSB	.86	14
26	SF-36-Emo. Rol Güçlüğü	.65	3
27	SF-36-Enerji/ Canlılık	.77	4
28	SF-36- Ruhsal Sağlık	.78	5
29	SF-36-Sosyal İşlevsellik	.57	2
30	KSE- Toplam	.97	53
31	KSE- Anksiyete	.89	13
32	KSE- Depresyon	.92	12
33	KSE- Olumsuz Benlik	.89	12
34	KSE- Somatizasyon	.86	9
35	KSE- Hostalite	.75	7

Not. YŞÖ: Young Şema Ölçeği, ŞBÇÖ: Şema Başa Çıkma Ölçeği, SF-36/ZSB:Yaşam Kalitesi Ölçeği, KSE: Kısa Semptom Envanteri.

İlk olarak, Young Şema Envanteri'nin (YŞÖ) 17 Şemanın güvenilirlik analizi yapılmıştır. Toplam puan alınmadığından şemaların ayrı ayrı güvenilirlik analizleri hesaplanmıştır. Tablo 4.1'de de görülebileceği üzere, şema alanlarının

α değerleri .67 ve .86 arasında değişmektedir. Ayrıca Şemaların birleşimiyle oluşturulan Zedelenmiş Otonomi, Kopukluk (Bağsızlık), Zedelenmiş Sınırlar, AŞırı Uyarılmışlık 4 Şema alanına ait güvenirlik analizleri yapılmıştır. Tablo 4.1’de de görülebileceği üzere, Şema alanlarının α değerleri .88 ve .93 arasında değişmektedir. Şema Başa ıkma leği ’ne dair güvenirlik analizi toplam puan alınamadığından ölçeğin aşırı telafi, teslim ve kaçınma alt boyutları için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Ölçeğin aşırı telafi alt boyutu için α değeri .59, teslim için α değeri .73, kaçınma için ise .67 olarak bulunmuştur. Benzer Şekilde, SF-36/ZSB için α değeri .86 ve ölçeğin alt boyutları da .57 ve .78 arasında değişmektedir. Son olarak KSE için α değeri .97 ve alt boyutları güvenirlik değerlerinin .75 ve .92 arasında değişmektedir.

4.2 DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmanın örneklemini 18-24 yaŐları arasında yaş ortalaması $21,66 \pm 1,84$ olmak üzere 103 (%48.4) kekemelik tanısı olan, 110 (%51.6) kekemelik tanısı olmayan toplam 213 kiŐidir. Tablo 4.2’de kekemelik tanısı olan ve olmayan bireylerin demografik özelliklerine göre frekans analizi sonuçları sunulmuştur:

Tablo 4.2 Kekemelik tanı durumuna göre demografik özelliklere ilişkin frekans analizi sonuçları

Değişkenler		Kekemelik Tanı				Toplam	
		Var		Yok		f	%
		f	%	f	%		
Cinsiyet	Kadın	25	24.3	80	72.7	105	100
	Erkek	78	75.7	30	27.3	108	100
	Toplam	103	100	110	100	213	100
Eğitim Durumu	Lise m. veya altı	31	30.1	23	20.9	54	25.4
	Lisans d.	43	41.7	67	60.9	110	51.6
	Lisans m. ve .	29	28.2	20	18.2	49	23
	Toplam	103	100	110	100	213	100

Tablo 4.2 (devamı) Kekemelik tanı durumuna göre demografik özelliklere ilişkin frekans analizi sonuçları

Medeni Durum	Evli	1	1	6	5.5	7	3.3	
	Bekar	102	99	104	94.5	206	96.7	
	Toplam	103	100	110	100	213	100	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	58	56.3	72	65.5	130	61	
	Çalışıyor	45	43.7	38	34.5	83	38.9	
	Toplam	103	100	110	100	213	100	
Gelir düzeyi	Düşük	27	26.2	20	18.2	47	22.1	
	Orta	73	70.9	85	77.3	158	74.2	
	Yüksek	3	2.9	5	4.5	8	3.8	
	Toplam	103	100	110	100	213	100	
Kronik Hastalık	Var	11	10.7	11	10	22	10.3	
	Yok	92	89.3	99	90	191	89.7	
	Toplam	103	100	110	100	213	100	
Psikiyatrik Rahatsızlık	Var	23	22.3	10	9.1	33	15.5	
	Yok	80	77.7	100	90.9	180	84.5	
	Toplam	103	100	110	100	213	100	
Psikolojik Destegi	Terapi	Evlet	60	58.3	29	26.4	89	41.8
	Hayır	43	41.7	81	73.6	124	58.2	
	Toplam	103	100	110	100	213	100	

Tablo 4.2'de sunulan verilere göre, kekemelik tanısı olan bireylerin cinsiyet dağılımı incelendiğinde, kekemelik tanısı olan bireylerin 78'i erkek (%75.7), 25'i ise kadındır (%24.3). Kekemelik tanısı olmayan bireylerin 30'u erkek (%27.3), 80'i ise kadındır (%72.7).

Kekemelik tanısı olan bireylerden 31'i (%30.1) lise mezunu veya altı, 43'ü (%41.7) lisans düzeyinde ve 29'u (%28.2) lisans mezunu ve üstü eğitim seviyesindedir. Kekemelik tanısı olmayan bireylerin 23'ü lise mezunu veya altındadır (%20.9), 67'si lisans düzeyinde(%60.9) ve 20'si lisan mezunu ve üstü eğitim düzeyine sahiptir (%18.2).

Kekemelik tanısı olan bireylerin medeni durumları incelendiğinde, katılımcıların 102'sinin (%99) bekar, yalnızca 1'inin (%1) evli olduğu görülmüştür. Kekemelik tanısı olmayan grupta ise 104 kişi (%94.5) bekar, 6 kişi (%5.5) evlidir.

Kekemelik tanısı olan bireylerin çalışma durumlarına ilişkin verilere göre, 58'i (%56.3) çalışmadığını, 45'i (%43.7) çalıştığını ifade etmiştir. Kekemelik tanısı olmayan bireyler arasında ise 130 kişi (%65.5) çalışmadığını, 83 kişi (%34.5) çalıştığını belirtmiştir.

Kekemelik tanısı olan bireylerin algıladıkları gelir düzeylerine ilişkin bulgulara göre, 27 kişi (%26.2) düşük gelir düzeyinde, 73 kişi (%70.9) orta gelir düzeyinde, 3 kişi (%2.9) ise yüksek gelir düzeyinde olduğunu ifade etmiştir. Kekemelik tanısı olmayan bireyler arasında ise 20 kişi (%18.2) düşük gelir, 85 kişi (%77.3) orta gelir, 5 kişi (%4.5) yüksek gelir düzeyinde olduğunu belirtmiştir.

Katılımcılara yöneltilen “Bir uzman tarafından tanısı konmuş kronik bir hastalığınız var mı?” (ör. kanser, kardiyovasküler hastalıklar, akciğer hastalıkları, diyabet) sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, kekemelik tanısı olan bireylerin 11'inin (% 10.7) kronik bir hastalığa sahip olduğunu, 92'sinin (% 89.3) ise kronik bir hastalığa sahip olmadığını ifade ettiği görülmüştür. Kekemelik tanısı olmayan bireylerin yanıtlarına göre, 11 kişi (%10) “kronik bir hastalığa sahip olduğunu” belirtirken, 99 kişi (% 90) “kronik bir hastalığa sahip olmadığını” ifade etmiştir.

Katılımcıların “psikiyatrik/psikolojik rahatsızlık tanı durumu” incelendiğinde, kekemelik tanısı olan bireylerin 23'ünün (%22.3) psikiyatrik/psikolojik bir rahatsızlığa sahip olduğu, 80'nin (% 77.7) herhangi bir psikiyatrik/psikolojik rahatsızlığa sahip olmadığı görülmüştür. Buna karşılık, kekemelik tanısı olmayan grupta ise 10 kişinin (%9.1) psikiyatrik veya psikolojik bir rahatsızlığa sahip olduğu ve 100 kişinin ise (% 90.9) böyle bir rahatsızlığının bulunmadığı tespit edilmiştir.

Katılımcılara yöneltilen “Daha önce psikolojik terapi desteği aldınız mı veya devam eden bir terapi süreciniz var mı?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, kekemelik tanısı olan bireylerden 60’ının (% 58.3) psikolojik terapi desteği aldığını, 43’ünün (%41.7) ise almadığını ifade ettiği görülmüştür. Kekemelik tanısı olmayan grupta ise 29 kişi (%26.4) destek aldığını, 81 kişi (% 73.6) ise destek almadığını belirtmiştir.

Tablo 4.3 Kekemelik tanı durumuna göre ebeveyn özelliklerine ilişkin frekans analizi sonuçları

Değişkenler	Kekemelik Tanı				Toplam		
	Var		Yok		f	%	
	f	%	f	%			
Anne Eğitim Durumu	İlköğretim	64	62.1	60	54.5	124	58.2
	Lise	26	25.2	28	25.5	54	25.4
	Lisans ve üstü	13	12.7	22	20	35	16.4
	Toplam	103	100	110	100	213	100
Baba Eğitim Durumu	İlköğretim	51	49.5	52	47.3	103	48.4
	Lise	27	26.2	24	21.8	51	23.9
	Lisans ve üstü	25	24.3	34	30.9	59	27.7
	Toplam	103	100	110	100	213	100
Anne mi?	Evet	102	99	108	98.2	210	98.6
	Hayır	1	1	2	1.8	3	1.4
	Toplam	103	100	110	100	213	100
Baba hayatta mı?	Evet	96	93.2	109	99.1	205	96.2
	Hayır	7	6.8	1	0.9	8	3.8
	Toplam	103	100	110	100	213	100

Araştırmaya katılan örneklemin ebeveynlerinin özelliklerine ilişkin yanıtlar incelendiğinde, Tablo 4.3’te sunulduğu üzere, kekemelik tanısı olan bireylerin annelerinin eğitim düzeyi incelendiğinde, 64’ünün (%62.1) ilköğretim mezunu, 26’sının (%25.2) lise mezunu, 13’ünün (%12.7) ise lisans ve üzeri mezuniyet seviyesinde olduğu görülmüştür. Kekemelik tanısı olmayan bireylerin annelerinin eğitim düzeyine bakıldığında ise 60’ının (%54.5) ilköğretim

mezunu, 28'inin (%25.5) lise mezunu ve 22'sinin (%20) lisans ve üzeri mezuniyet seviyesinde olduğu belirlenmiştir.

Kekemelik tanısı olan bireylerin babalarının eğitim düzeyine ilişkin bulgular incelendiğinde, 51 kişinin (%49.5) ilköğretim mezunu, 27 kişinin (%26.2) lise mezunu ve 25 kişinin (%24.3) lisans ve üzeri mezuniyet seviyesinde olduğu belirtilmiştir. Kekemelik tanısı olmayan bireylerde ise 52 kişinin (%47.3) ilköğretim mezunu, 24 kişinin (%21.8) lise mezunu ve 34 kişinin (%30.9) lisans ve üzeri mezuniyet seviyesinde olduğu belirlenmiştir.

Kekemeliği tanısı olan bireylerden 102 kişi (%99) annesinin hayatta olduğunu, 1 kişi (%1) annesinin vefat etmiş olduğunu iletmiştir. Kekemelik tanısı olmayan bireyler ise 108 kişi (%98.2) annesinin hayatta olduğunu, 2 kişi (%1.8) annesinin vefat ettiğini belirtmiştir.

Kekemelik tanısı olan bireylerden 96'sı (%93.2) babasının hayatta olduğunu, 7'si (%6.8) ise babasının vefat ettiğini bildirmiştir. Kekemelik tanısı olmayan bireylerde ise 109 kişi (%99.1) babasının hayatta olduğunu, 1 kişi (%0.9) babasının vefat ettiğini ifade etmiştir.

Tablo 4.4 Kekemelik tanısı olan bireylerin bireysel, ailesel ve sosyal özellikler açısından dağılım oranları (n = 103)

Değişkenler		f	%
Stres/Travma Yaşantısı	Evet	45	43.7
	Hayır	17	16.5
	Bilmiyorum	41	39.8
	Toplam	103	100
Ailede Kekemelik Öyküsü	Var	43	41.7
	Yok	60	58.3
	Toplam	103	100
Konuşma Desteği Terapisi	Evet	85	82.5
	Hayır	18	17.5
	Toplam	103	100
Konuşma Etkinliği Terapisinin	Hiç	21	20.4
	Biraz	20	19.4
	Orta	25	24.3
	Fazla	23	22.3
	Oldukça fazla	14	13.6
	Toplam	103	100

Sivil Kuruluşu / Üyelik	Toplum / Dernek	Evet	23	22.3
		Hayır	80	77.7
		Toplam	103	100
Ateşli Geçirme (Havale vb.)	Hastalık	Evet	18	17.5
		Hayır	85	82.5
		Toplam	103	100

Tablo 4.4'te, araştırmacı tarafından geliştirilen kekemeliğe özgü sorulara verilen yanıtlar doğrultusunda, katılımcıların kekemeliğe ilgili bireysel, ailesel ve sosyal özelliklerine yer verilmiştir. “Kekemeliği başlatan stres etkeni veya travmayla karşılaşma durumları” sorusuna örneklem grubundan 45 kişi (%43.7) “Evet,” 17 kişi (%16.5) “Hayır” ve 41 kişi (%39.8) “Bilmiyorum” cevabını vermiştir.

Tablo 4.4'te görüldüğü üzere, ailede kekemelik tanısı olan başka bir bireyin bulunup bulunmadığına ilişkin soruya, katılımcıların 43'ü (%41.7) “var” yanıtını, 60'ı (%58.3) ise “yok” yanıtını vermiştir.

Yine aynı tabloda yer alan verilere göre, kekemelik tanısı olan 103 katılımcıya dil ve konuşma terapisi desteği alıp almadıkları sorulduğunda, 85'i (%82.5) “evet”, 18'i (%17.5) ise “hayır” yanıtını iletmiştir.

Bu gruba, konuşma terapisinin ne ölçüde yardımcı olduğu sorulduğunda ise; 21 katılımcı (%20.4) terapinin “hiç” faydalı olmadığını, 20'si (%19.4) “biraz” fayda sağladığını, 25'i (%24.3) “orta” düzeyde fayda gördüğünü, 23'ü (%22.3) “fazla” düzeyde fayda sağladığını ve 14'ü (%13.6) “oldukça fazla” fayda gördüğünü belirtmiştir.

Kekemelik tanısı olan bireylere, “Kekemeliğinizle ilgili herhangi bir sivil toplum örgütü, dernek ya da topluluğa üye misiniz?” sorusu yöneltilmiş; katılımcıların 23'ü (%22.3) “evet”, 80'i (%77.7) ise “hayır” yanıtını vermiştir.

Son olarak, katılımcılara “Geçmişte ağır, ateşli bir hastalık (havale) geçirdiniz mi?” sorusu sorulmuş; 18 katılımcı (%17.5) “evet”, 85 katılımcı (%82.5) ise “hayır” yanıtını iletmiştir.

Tablo 4.5 Cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma durumuna göre kekemelik tanı durumunun ki-kare analizi ile karşılaştırma bulguları

Değişkenler		Kekemelik Tanı				Toplam		χ^2	Sd	p
		Var		Yok		f	%			
		f	%	f	%					
Cinsiyet	Kadın	25	24.3	80	72.7	105	25	49.97	1	.000**
	Erkek	78	75.7	30	27.3	108	78			
	Toplam	103	100	110	100	213	103			
Eğitim Durumu	Lise m. ve altı	31	30.1	23	20.9	54	31	7.85	2	.02*
	Lisans devam	43	41.7	67	60.9	110	43			
	Lisans m. ve üstü	29	28.2	20	18.2	49	29			
	Toplam	103	100	110	100	213	103			
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	58	56.3	72	65.5	130	61	3.36	2	.186
	Çalışıyor	45	43.7	38	34.5	83	38.9			
	Toplam	103	100	110	100	213	100			

Not. *p<.05, **p<0.001, Sd: Serbestlik Derecesi

Tablo 4.5'te sunulan verilere göre, katılımcıların kekemelik tanı durumu ve cinsiyet durumuna ilişkin dağılım oranlarının karşılaştırılmasında Ki-Kare testi sonucunda, kekemelik tanı durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2(1) = 49.97$; $p < 0.001$). Tablo incelendiğinde, kekemelik tanı durumunun erkeklerde kadınlara göre belirgin şekilde daha yüksek olduğu görülmektedir.

Yine, Tablo 4.5'te sunulan verilere göre katılımcıların kekemelik tanı ve eğitim durumuna ilişkin dağılım oranlarının karşılaştırılmasında Ki-Kare testi sonucunda, kekemelik tanı durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2(2) = 7.85$; $p < 0.001$). Tablo

incelendiğinde, kekemelik tanısı olan grubun eğitim düzeyinin daha düşük olduğu görülmektedir.

Son olarak, Tablo 4.5'te sunulan verilere göre, katılımcıların kekemelik tanı durumu ile çalışma durumuna ilişkin dağılım oranlarının karşılaştırılmasında Ki-Kare testi sonucunda, kekemelik tanı durumu ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($\chi^2(2) = 3.36$; $p > .05$).

4.3 ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

4.3.1 Farklılık Analizi Bulguları

Tüm örneklem grubunda, araştırma soruları doğrultusunda SF-36/ZSB puanları; kekemelik tanı durumu, cinsiyet ve çalışma durumuna göre karşılaştırılmış olup, bu değişkenlere ilişkin sonuçlar Tablo 4.6'da sunulmuştur.

Tablo 4.6 Kekemelik tanı durumu, cinsiyet ve çalışma durumu değişkenleri ile SF-36/ZSB arasındaki bağımsız örneklem t-testi sonuçları (n=213)

Değişkenler	N	Ort.	SH	Sd	t	p
Kekemelik Tanı Durumu						
Var	103	45.56	19.97	211	-.720	.472
Yok	110	47.52	19.95			
Cinsiyet						
Kadın	105	45.44	20.70	211	-.818	.414
Erkek	108	47.68	19.20			
Çalışma Durumu						
Çalışmıyor	130	46.42	19.97	211	-.146	.884
Çalışıyor	83	46.83	20.01			

Not. * $p < .05$; ** $p < .001$, Ort: Aritmetik Ortalama, SH: Standart Hata, Sd: Serbestlik Derecesi

Yukarıdaki Tablo 4.6'da sunulduğu üzere, araştırmaya katılan kekemelik tanısı olan bireyler ile kekemelik tanısı olmayan bireyler arasında SF-36/ZS puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($t(211) = -.720$; $p > .05$).

Tablo 4.6’da sunulduğu üzere, cinsiyet değişkenine göre SF-36/ZSB puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t(211)=-.818$; $p>.05$).

Yine Tablo 4.6’da sunulduğu üzere, çalışma durumu değişkenine göre SF-36/ZSB puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t(211)=-.146$; $p>.05$).

Tablo 4.7 Katılımcıların kronik hastalık, psikolojik rahatsızlık ve psikolojik terapi desteği durumlarına göre SF-36/ZSB puanlarının bağımsız örneklem t-testi ile karşılaştırılması

Değişkenler	N	Ort.	SH	Sd	t	p
Kronik Hastalık Durumu						
Var	22	44.83	17.51	42		
Yok	22	48.34	20.59		- .608	.546
(Randomize vaka seçimi ile analiz edilmiş) n=44						
Psikiyatrik/Psikolojik Rahatsızlık						
Var	33	37.40	20.61	64		
Yok	33	47.33	16.81		3.08	.036*
(Randomize vaka seçimi ile analiz edilmiş) n=66						
Psikolojik Terapi Desteği						
Evet	89	46.00	20.75	176		
Hayır	89	46.52	18.98		- .176	.860
(Randomize vaka seçimi ile analiz edilmiş) n=178						

Not. * $p<.05$; ** $p<.001$, Ort: Aritmetik Ortalama, SH: Standart Hata, Sd: Serbestlik Derecesi

Katılımcılara yöneltilen “Bir uzman tarafından tanısı konmuş kronik bir hastalığınız var mı?” (ör. kanser, kardiyovasküler hastalıklar, akciğer hastalıkları, diyabet) sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, katılımcıların SF-36/ ZSB puanlarının kronik hastalık durumu bakımından farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi amacıyla bağımsız örneklem için t testi uygulanmıştır. Gruplar arası katılımcı sayısına bağlı farklılıkların sonuçları

etkileme düzeyinin en aza indirilmesi amacıyla kronik hastalığa sahip olmadığını belirten 191 katılımcıdan SPSS “select cases: random sample” komutu aracılığı ile kronik hastalığı olduğunu belirten 22 kişi olmasına dayanılarak rastgele 22 vaka seçimi yapılmıştır. Bu işlem yapılırken seçim yanlılığı oluşturmamak adına SPSS’in otomatik seçim süreci kullanılmıştır. Böylece, herhangi bir kronik hastalığa sahip olan ve SPSS tarafından rastgele seçilmiş herhangi bir kronik hastalığa sahip olmayan katılımcılarda bağımsız örneklem t testi yürütülmüş ve bulgular Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7’de sunulduğu üzere, araştırmaya katılan bireylerin kronik hastalık durumuna göre SF-36/ZSB puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t(42) = -.608; p > .05$).

Katılımcıların SF-36/ZSB puanlarının bir psikiyatrik psikolojik rahatsızlık tanı durumu bakımından farklılaşp farklılaşmadığının incelenmesi amacıyla bağımsız örneklem için t testi uygulanmıştır. Gruplar arası katılımcı sayısına bağlı farklılıkların sonuçları etkileme düzeyinin en aza indirilmesi amacıyla psikiyatrik psikolojik rahatsızlık tanısına sahip olmadığını belirten 180 katılımcıdan SPSS “select cases: random sample” komutu aracılığı ile psikiyatrik bir hastalık tanısı olduğunu belirten 33 kişi olmasına dayanılarak rastgele 33 vaka seçimi yapılmıştır. Bu işlem yapılırken seçim yanlılığı oluşturmamak adına SPSS’in otomatik seçim süreci kullanılmıştır. Böylece, herhangi bir psikiyatrik psikolojik rahatsızlık tanısına sahip olan ve SPSS tarafından rastgele seçilmiş herhangi bir psikiyatrik psikolojik rahatsızlık tanısına sahip olmayan katılımcılarda bağımsız örneklem t testi yürütülmüş ve bulgular Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7’de sunulduğu üzere, araştırmaya katılan bireylerin psikiyatrik/psikolojik rahatsızlık tanı durumuna göre SF-36/ZSB puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t(64) = 3.08; p < .05$). Analiz sonuçlarına göre, psikiyatrik/psikolojik rahatsızlık tanısı olan bireylerin (Ort=37.40; SH=20.61) SF-36/ZSB’nin, psikiyatrik/psikolojik tanısı olmayan bireylere göre (Ort=47.33; SH=16.81) anlamlı düzeyde daha düşük olduğu

belirlenmiştir. Bu sonuca göre, psikiyatrik/psikolojik rahatsızlık tanısı olan bireylerin SF-36/ZSB puanları daha düşüktür.

Yine Tablo 4.7’de sunulduğu üzere, katılımcılara “Daha önce psikolojik terapi desteği alıp almadıkları veya halen bir terapi sürecine devam edip etmedikleri” sorusu yöneltilmiştir. Katılımcıların SF-36/ZSB puanlarının psikolojik terapi desteği alıp almama durumu bakımından farklılaşmış farklılaşmadığının incelenmesi amacıyla bağımsız örneklem için t testi uygulanmıştır. Gruplar arası katılımcı sayısına bağlı farklılıkların sonuçları etkileme düzeyinin en aza indirilmesi amacıyla psikolojik terapi desteği almadığını belirten 124 katılımcıdan SPSS “select cases: random sample” komutu aracılığı ile psikolojik terapi desteği aldığını belirten 89 kişi olmasına dayanılarak rastgele 89 vaka seçimi yapılmıştır. Bu işlem yapılırken seçim yanlılığı oluşturmamak adına SPSS’in otomatik seçim süreci kullanılmıştır. Böylece, psikolojik terapi desteği alan ve SPSS tarafından rastgele seçilmiş psikolojik terapi desteği almadığını belirten katılımcılarda bağımsız örneklem t testi yürütülmüş ve bulgular Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7’de sunulduğu üzere, araştırmaya katılan bireylerin psikolojik terapi desteği alıp almama durumuna göre SF-36/ZSB puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t(176)=-.176; p>.05$).

Tablo 4.8 Kekemelik tanı durumuna göre YŞÖ şemalar ve şema alanları toplam puanlarına ait bağımsız örneklem t-testi sonuçları (n = 213)

Değişkenler	Kekemelik Tanı Durumu	N	Ort.	SH	t	Sd	p
Başarısızlık	Var	103	2.29	1.10	0.24	200	0.81
	Yok	110	2.26	0.94			
Bağımlılık	Var	103	2.16	1.03	2.35	196	0.019*
	Yok	110	1.86	0.82			
Boyun eğicilik	Var	103	2.24	1.07	0.29	211	0.77
	Yok	110	2.20	0.98			
İççelik	Var	103	2.53	1.05	0.44	211	0.664
	Yok	110	2.47	0.91			

Tablo 4.8 (devamı) Kekemelik tanı durumuna göre YŞÖ şemalar ve şema alanları toplam puanlarına ait bağımsız örneklem t-testi sonuçları

	Var	103	2.56	1.11	-0.26	211	0.798
Terk edilme	Yok	110	2.59	1.01			
Duygusal yoksunluk	Var	103	2.67	1.29	3.70	201	0.00**
	Yok	110	2.06	1.11			
Sosyal izolasyon	Var	103	2.95	1.44	2.71	201	0.00**
	Yok	110	2.45	1.23			
Duyguları bastırma	Var	103	2.81	1.21	2.17	211	0.032*
	Yok	110	2.48	1.04			
Kusurluluk	Var	103	2.47	0.95	2.59	211	0.011*
	Yok	110	2.16	0.80			
Büyükleme	Var	103	3.68	1.19	2.63	211	0.01*
	Yok	110	3.28	1.01			
Statü arayıcılık	Var	103	3.32	1.08	1.22	211	0.224
	Yok	110	3.15	1.05			
Yetersiz özdenetim	Var	103	3.27	1.10	0.45	211	0.658
	Yok	110	3.21	0.95			
Ekonomik dayanıksızlık	Var	103	2.76	1.56	0.81	211	0.424
	Yok	110	2.60	1.37			
Kuşkuculuk	Var	103	2.79	1.04	0.14	211	0.886
	Yok	110	2.77	0.97			
Kendini feda	Var	103	2.84	1.00	-1.58	211	0.117
	Yok	110	3.06	1.00			
Cezalandırıcılık	Var	103	2.88	0.89	2.15	211	0.034*
	Yok	110	2.64	0.75			
Dayanıksızlık/ Karamsarlık	Var	103	2.97	1.18	-0.38	211	0.702
	Yok	110	3.03	1.18			
Zedelenmiş Otonomi Şema Alanı	Var	103	2.30	0.92	0.949	195	0.344
	Yok	110	2.20	0.74			
Kopukluk/Bağımsızlık Şema Alanı	Var	103	2.70	1.03	2.70	192	0.007*
	Yok	110	2.35	0.80			
Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı	Var	103	3.26	0.93	1.685	211	0.093
	Yok	110	3.06	0.80			
Aşırı Uyarılmışlık Şema Alanı	Var	103	2.87	0.88	-0.034	211	0.973
	Yok	110	2.87	0.82			

Not. *p<.05; **p<.001, Ort: Aritmetik Ortalama, SH: Standart Hata, Sd: Serbestlik Derecesi

Yukarıdaki Tablo 4.8’de görüldüğü üzere, kekemelik tanısı olan bireylerin YŞÖ’ye göre erken dönem uyumsuz şema alanları, kekemelik tanısı olmayan bireylerden bazı şemalar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir:

Kekemelik tanısı olan bireylerin, kekemelik tanısı olmayan bireylere göre bağımlılık şeması toplam puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($t(196)=2.35$; $p<.05$). Kekemelik tanısı olan bireylerin (Ort=2.16; SH=1.03) bağımlılık şeması toplam puanı, kekemelik tanısı olmayan bireylere göre (Ort=1.86; SH=0.82) istatistiksel açıdan daha yüksektir.

Kekemelik tanısı olan bireyler ile kekemelik tanısı olmayan bireylerin, Tablo 4.8’de görüldüğü üzere, duygusal yoksunluk şeması toplam puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($t(201)=3.70$; $p<.05$). Kekemelik tanısı olan bireylerin (Ort=2.67; SH=1.29) duygusal yoksunluk şeması toplam puanı, kekemelik tanısı olmayan bireylere göre (Ort=2.06; SH=1.11) istatistiksel açıdan daha yüksektir.

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi, kekemelik tanısı olan bireyler ile kekemelik tanısı olmayan bireylerin sosyal izolasyon şeması toplam puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($t(201)=2.71$; $p<.05$). Kekemelik tanısı olan bireylerin (Ort=2.95; SH=1.44) sosyal izolasyon şeması toplam puanı, kekemelik tanısı olmayan bireylere göre (Ort=2.45; SH=1.23) istatistiksel açıdan daha yüksektir.

Kekemelik tanısı olan bireyler ile kekemelik tanısı olmayan bireylerin, Tablo 4.8’de görüldüğü gibi duyguları bastırma şeması toplam puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($t(211)=2.16$; $p<.05$). Kekemelik tanısı olan bireylerin (Ort=2.81; SH=1.20) duyguları bastırma şeması toplam puanı, kekemelik tanısı olmayan bireylere göre (Ort=2.47; SH=1.03) istatistiksel açıdan daha yüksektir.

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi, kekemelik tanısı olan bireyler ile kekemelik tanısı olmayan bireylerin kusurluluk şeması toplam puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($t(211)=2.59$; $p<.05$). Kekemelik tanısı olan bireylerin (Ort=2.47; SH=0.95) kusurluluk şeması toplam puanı, kekemelik tanısı olmayan bireylere göre (Ort=2.16; SH=0.80) istatistiksel açıdan daha yüksektir.

Kekemelik tanısı olan bireyler ile kekemelik tanısı olmayan bireylerin, Tablo 4.8’de görüldüğü gibi büyüklenmecilik şeması toplam puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($t(211)=2.63$; $p<.05$). Kekemelik tanısı olan bireylerin (Ort=3.68; SH=1.19) büyüklenmecilik şeması toplam puanı, kekemelik tanısı olmayan bireylere göre (Ort=3.28; SH=1.01) istatistiksel açıdan daha yüksektir.

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi, kekemelik tanısı olan bireyler ile kekemelik tanısı olmayan bireylerin cezalandırıcılık şeması toplam puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($t(211)=2.15$; $p<.05$). Kekemelik tanısı olan bireylerin (Ort=2.88; SH=0.89) cezalandırıcılık şeması toplam puanı, kekemelik tanısı olmayan bireylere göre (Ort=2.64; SH=0.75) istatistiksel açıdan daha yüksektir.

Şema alanları açısından yapılan karşılaştırmada ise kekemelik tanısı olan bireyler ile kekemelik tanısı olmayan bireylerin, Tablo 4.8’de görüldüğü gibi kopukluk (bağısızlık) şema alanı toplam puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($t(192)=2.71$; $p<.05$). Kekemelik tanısı olan bireylerin (Ort=2.69; SH=1.02) kopukluk şema alanı toplam puanı, kekemelik tanısı olmayan bireylere göre (Ort=2.34; SH=0.80) istatistiksel açıdan daha yüksektir. Kopukluk şema alanının altında, terk edilme, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, duyguları bastırma ve kusurluluk şemaları yer almaktadır.

4.4 ARAŞTIRMA MODELİNE YÖNELİK BULGULAR

4.4.1 Şema Alanları ile SF-36/ZSB Arasındaki İlişkide Şema Başa Çıkma Stratejilerinin Aracı Etkisine İlişkilerin Analiz Sonuçları

Kekemelik tanısı olan ve olmayan bireylerin YŞÖ ile ölçülen erken dönem uyumsuz şema alanları ile SF-36/ZSB ile ölçülen yaşam kaliteleri arasındaki ilişkide ŞBÇÖ ile ölçülen şema başa çıkma stratejilerinin aracı etkisinin incelenmesinin amaçlanmıştır. Buna göre, kronik kekemelik olup olmama durumu, şema alanları ve şema başa çıkma biçimleri yordayıcı; SF-36/ZSB ile

ölçülen yaşam kalitesi yordanan olduğu anlamli derecede yordayıp yordamadığı sorgulanmıştır. İki kategorili nominal bir değişken olarak ölçülen kekemelik tanı durumu “var” ve “yok” dummy değişkene dönüştürülmüştür (Kekemelik var=0, Kekemelik yok=1). Regresyon analizine başlamadan önce, her bir yordayıcının yordanan değişken ile ilişkilerinin anlamlı olup olmadığını ve gücünün en az 0.20 seviyesinde bulunup bulunmadığını değerlendirmek amacıyla Pearson Korelasyon Testi hesaplanmıştır. Korelasyon analizinde ilişki düzeyleri, Ratner’e (2009) göre şu şekilde sınıflandırılmaktadır: r değerinin 0.10 ile 0.30 arasında olması zayıf, 0.30 ile 0.59 arasında olması orta düzeyde ve 0.60 ile 0.99 arasında olması ise güçlü bir ilişkiyi ifade etmektedir.

Tablo 4.9 Kullanılan değişkenler arasındaki pearson korelasyon değerleri (n = 213)

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1-SF-36/ ZSB ¹	-								
2-Zedot ²	-.48**	-							
3-Kopuk ³	-.61**	.66**	-						
4-Zedsin ⁴	-.46**	.63**	.66**	-					
5-Asuyari ⁵	-.57**	.69**	.76**	.76**	-				
6-Aşırı Telafi	-.48**	.47**	.54**	.55**	.70**	-			
7-Teslim	-.57**	.50**	.62**	.59**	.74**	.74**	-		
8-Kaçınma	-.52**	.45**	.46**	.56**	.59**	.60**	.67**	-	
9-Kekdummy ⁶	.05	-.07	-.19**	-.12	.00	.01	-.03	.05	-

Not. *p<.05; **p<.001, SF-36/ZSB¹: SF-36/Zihinsel Sağlık Bileşeni, Zedot²: YŞÖ Zedelenmiş Otonomi Şema Alanı, Kopuk³: YŞÖ Kopukluk Şema Alanı, Zedsin⁴: YŞÖ Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı, Asuyari⁵: YŞÖ Aşırı Uyarılmışlık Şema Alanı, Kekdummy⁶: 0-kekemelik var, 1-kekemelik yok.

Tablo 4.9’da sunulan verilere göre, zedelenmiş otonomi (r = -0.48, p < 0.01), kopukluk (r = -0.61, p < 0.01), zedelenmiş sınırlar (r = -0.46, p < 0.01) ve aşırı uyarılmışlık (r = -0.57, p < 0.01) şema alanlarıyla SF-36/ZSB arasında

negatif yönlü ve orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür. Bu bulgular, zedelenmiş otonomi, kopukluk, zedelenmiş sınırlar ve aşırı uyarılmışlık şema alanlarından alınan puanlar arttıkça SF-36/ZSB'nin azaldığını ortaya koymaktadır.

Buna ek olarak, şema başa çıkma stratejileri ile SF-36/ZSB arasında da anlamlı ilişkiler vardır. Aşırı telafi ($r=-0.48$, $p<0.01$), teslim ($r=-0.57$, $p<0.01$) ve kaçınma ($r=-0.52$, $p<0.01$) başa çıkma stratejilerinin her biri ile SF-36/ZSB ile negatif yönlü ve orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler vardır. Bu bulgular, aşırı telafi, teslim ve kaçınma başa çıkma stratejilerinin artmasının, bireylerin SF-36/ZSB puanlarının azaldığını göstermektedir.

Diğer yandan, kekdummy değişkeni (kekemelik var/yok) ile SF-36/ZSB arasında ($r=0.049$, $p>0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. Ancak, kekdummy değişkeni ile şema alanlarından kopukluk şema alanı arasında ($r=-0.19$, $p<0.01$) negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Baron ve Kenny'ye göre yordayıcılar arasında yer alan moderatör değişken ile yordanan değişken arasında anlamlı bir ilişkiye dair bir ön koşul olmadığından, hatta söz konusu ilişkinin anlamsız olmasının daha tercih edilir olduğu bildirildiğinden (Baron ve Kenny, 1986, s.1174) ilgili değişkenler arasında anlamlı ilişkili koşulu aranmamıştır.

4.4.2 Erken Dönem Uyumsuz Şema Alanları (Zedelenmiş Otonomi, Kopukluk, Zedelenmiş Sınırlar ve Aşırı Uyarılmışlık) ile SF-36/ZSB Arasındaki İlişkide Şema Başa Çıkma Stratejilerinin (Aşırı Telafi, Teslim, Kaçınma) Aracı ve Kekemelik Tanı Durumunun Düzenleyici Rolünün İncelenmesi

Şema alanlarının SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde şema başa çıkma stratejilerinin (aşırı telafi, teslim, kaçınma) aracı ve kekemelik tanı durumunun moderatör etkisinin sınanmasının planlandığı bu araştırmada öncelikle moderatör etki analizinde yer alacak tüm değişkenlerin regresyon analizi için uygunluğu test edilmiştir. Normal dağılım (SF-36/ZSB için Basıklık=-.792,

SH=.332; Çarpıklık=.138, SH=.167), yordayıcılar ile yordanan değişken arasında korelasyonlar (Tablo 4.9), çoklu doğrusallık ihlali için ise tolerans ve varyans enflasyon faktörü (VIF) değerleri ele alınmış; 0.20-1.00 arasındaki tolerans değerleri ve 1.00-10.00 arasındaki VIF değerleri, çoklu doğrusallığın olmadığına kanıt olarak kabul edilmiştir. Kekemelik tanı durumu, dört şema alanı ve şema başa çıkma stratejilerinin regresyon analizine uygun olduğu anlaşılmıştır.

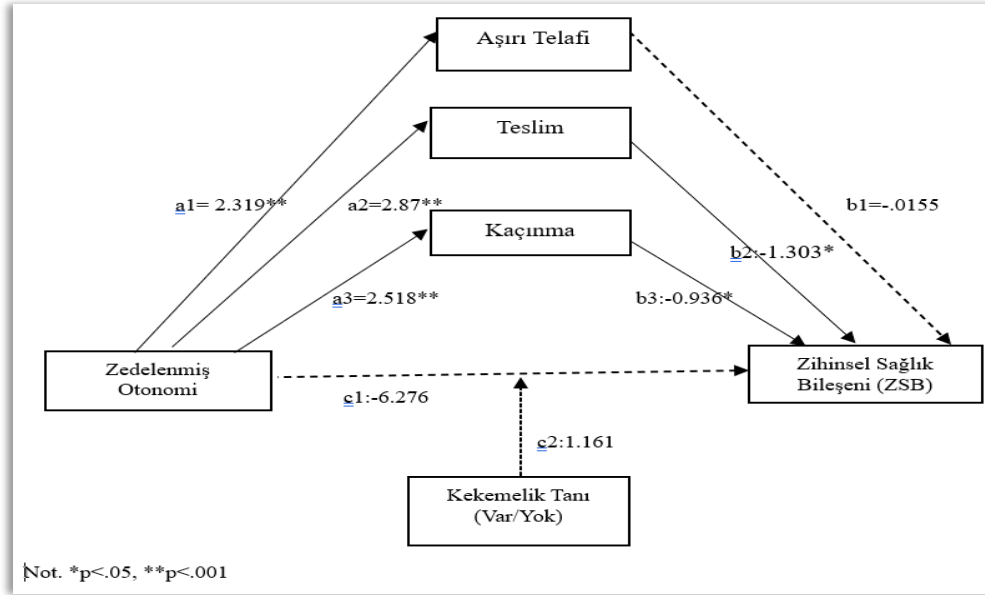
İlgili varsayımların sağlandığı görüldükten sonra, araştırma soruları kapsamında birden fazla aracı değişken ve moderatör değişken olması sebebiyle bir makro modelleme prosedürü olan Andrew F. Hayes'in (2022) PROCESS aracı kullanılarak Model 5 düzenleyici aracı değişken analizi yürütülmüştür (Hayes, 2022). Araştırma doğrultusunda, şema alanları (X) ve SF-36/ZSB (Y) arasındaki ilişkide, şema başa çıkma stratejilerinin (M) aracı ve kekemelik tanı durumunun (W) düzenleyici rolü incelenmiştir. Her bir yordayıcı değişken olan şema alanı ayrı ayrı incelenmiştir.

4.4.2.1 Zedelenmiş Otonomi Şema Alanının SF-36/ZSB Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular

- 1) Zedelenmiş otonomi şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde şema başa çıkma stratejilerinden aşırı telafinin aracı rolü ve kekemelik tanı durumunun düzenleyici etkisi bulunmakta mıdır?
- 2) Zedelenmiş otonomi şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde şema başa çıkma stratejilerinden teslimin aracı rolü ve kekemelik tanı durumunun düzenleyici etkisi bulunmakta mıdır?
- 3) Zedelenmiş otonomi şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde şema başa çıkma stratejilerinden kaçınmanın aracı rolü ve kekemelik tanı durumunun düzenleyici etkisi bulunmakta mıdır?

Araştırma soruları doğrultusunda, yordayıcı değişken zedelenmiş otonomi şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde, şema başa çıkma stratejilerinin (aşırı telafi, teslim, kaçınma) aracı rolleri ve kekemelik tanı

durumu (“var/yok”) düzenleyiciliğinde incelenmiştir. Model 5 kullanılarak yapılan analizde, doğrudan ve dolaylı etkiler, moderasyon etkisi ve toplam etkiler değerlendirilmiştir. Yapılan aracılık analizi sonucunda 5000 yeniden örneklem %95 güven aralığı kullanılmıştır. Araştırma sorularına ait Model 5 Şekil 4.1’de ve modele ait analiz sonuçları Tablo 4.10’da sunulmaktadır:



Şekil 4.1 Zedelenmiş otonomi şema alanı ile SF-36/ZSB arasındaki ilişkide şema başa çıkma stratejilerinin aracı ve kekemelik olup olmama durumunun düzenleyici rolü

Tablo 4.10 Zedelenmiş otonomi şema alanının şema başa çıkma stratejileri aracılığıyla SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde kekemelik tanı durumunun düzenleyici rolüne ilişkin sonuçlar

Yol Analizi	B Katsayısı	Standart Hata	t- değeri	p değeri	Etki Düzeyinin %95 Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Üst Sınır
Toplam etki modeli						
Zedot→ZSB (Toplam Etki)	-6.456	1.120	-	-	-8.755	-4.420
Doğrudan etkiler						
Zedot →ZSB (c1 yolu)	-6.276	4.010	-	0.119	-14.182	1.630
Zedot→aşırı telafi (a1 yolu)	2.319	0.300	7.720	000**	1.727	2.911
Aşırı Telafi→ZSB (b1 yolu)	-0.155	0.408	-	0.704	-0.960	0.649
Zedot→teslim (a2 yolu)	2.870	0.339	8.471	000**	2.202	3.538
Teslim → ZSB (b2 yolu)	-1.303	0.382	-	0.001*	-2.056	-0.551
Zedot → kaçınma (a3 yolu)	2.518	0.342	7.365	000**	1.844	3.192
Kaçınma →ZSB (b3 yolu)	-0.936	0.328	-	0.005*	-1.583	-0.289
Dolaylı etkiler (mediation)						
Zedot→ ZSB (Aşırı Telafi)	-0.360	1.011	-	-	-2.387	1.590
Zedot→ZSB (Teslim)	-3.740	1.275	-	-	-6.394	-1.338
Zedot→ZSB (Kaçınma)	-2.356	0.879	-	-	-4.221	-0.710

Tablo 4.10 (devamı) Zedelenmiş otonomi şema alanının şema başa çıkma stratejileri aracılığıyla SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde kekemelik tanı durumunun düzenleyici rolüne ilişkin sonuçlar

Moderatör etkileşim etkisi						
Zedot→ZSB (Kekemelik Var)	-5.116	1.855	- 2.757	0.006*	-8.774	-1.457
Zedot→ZSB (Kekemelik Yok)	-3.955	2.276	- 1.738	0.084	-8.442	0.532
Kekemelik Tanı	-1.088	6.362	- 0.171	0.864	-13.630	11.454
Etkileşim (Moderatörlü Aracılık İndeksi)	1.161	2.681	0.433	0.666	-4.125	6.446

Zedot: Zedelenmiş otonomi şema alanı, ZSB: SF-36/ ZSB, *p<.05; **p<.001

Yürütülen analiz sonucunda, zedelenmiş otonomi şema alanının, aşırı telafi başa çıkma stratejisi değişkeni üzerindeki varyansın %22.02'sini açıkladığı bulunmuştur ($R^2=0.2202$, $F(1,211)=59.594$, $p<0.001$). Zedelenmiş otonomi şema alanının, aşırı telafi başa çıkma stratejisi üzerindeki doğrudan etkisinin (a1 yolu) ($B=2.319$, $SH=0.300$, $t=7.71$, $p<0.001$) istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif bir yordayıcı olduğu saptanmıştır. Aracı değişken olan aşırı telafi başa çıkma stratejisinin (b1 yolu) ($B=-0.1553$, $SH=0.408$, $t=-0.381$, $p=0.704$) SF-36/ZSB'yi doğrudan etkilemediği görülmüştür. Zedelenmiş otonomi şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki doğrudan etkisinin (c1 yolu) ($B=-6.276$, $SH=4.010$, $t=-1.565$, $p=0.119$) istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur. Tablo 4.10'da görüldüğü üzere, zedelenmiş otonominin aşırı telafi aracılığı ile SF-36/ZSB üzerindeki dolaylı etkisi de anlamlı değildir ($B=-0.360$, $BootSE=1.019$, $BootLLCI=-2.400$, $BootULCI=1.598$). Bu bulgular, aşırı telafi başa çıkma stratejisinin zedelenmiş otonomi şema alanı ile SF-36/ ZSB üzerinde aracılık etmediğini göstermektedir.

Zedelenmiş otonomi şema alanının, teslim başa çıkma stratejisi değişkeni üzerindeki varyansın %25.38'ini açıkladığı bulunmuştur ($R^2=0.2538$,

$F(1,211)=71.758, p<0.001$). Zedelenmiş otonomi şema alanının, teslim başa çıkma stratejisi üzerindeki doğrudan etkisinin (a2 yolu) ($B=2.870, SH=0.339, t=8.471, p<0.001$) istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif bir yordayıcı olduğu saptanmıştır. Aracı değişken olan teslim başa çıkma stratejisinin (b2 yolu) ($B=-1.303, SH=0.382, t=-3.415, p<0.001$) SF-36/ZSB'yi doğrudan etkilediği görülmüştür. Zedelenmiş otonomi şema alanının SF-36/ ZSB üzerindeki doğrudan etkisinin (c1 yolu) ($B=-6.276, SH=4.010, t=-1.565, p=0.119$) istatistiksel açıdan anlamsız olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.10'da görüldüğü üzere, zedelenmiş otonominin→ teslim → SF-36/ZSB üzerindeki dolaylı etkisi istatistiksel açıdan anlamlı ve negatif bir ilişkiye sahiptir ($B=-3.740, BootSE=1.247, BootLLCI=-6.287, BootULCI=-1.391$). Bu bulgular, teslim başa çıkma stratejisinin, zedelenmiş otonomi şema alanı ile SF-36/ZSB puanları arasındaki ilişkide tam bir aracı rol üstlendiğini göstermektedir.

Zedelenmiş otonomi şema alanının, kaçınma başa çıkma stratejisi değişkeni üzerindeki varyansın %20.45'ini açıkladığı bulunmuştur ($R^2=0.205, F(1,211)=54.246, p<0.001$). Zedelenmiş otonomi şema alanının, kaçınma başa çıkma stratejisi üzerindeki doğrudan etkisinin (a3 yolu) ($B=2.518, SH=0.342, t=7.365, p<0.001$) istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif bir yordayıcı olduğu saptanmıştır. Aracı değişken olan kaçınma başa çıkma stratejisinin (b3 yolu) ($B=-0.936, SH=0.328, t=-2.851, p<0.001$) SF-36/ZSB'yi doğrudan etkilediği görülmüştür. Yürütülen analiz doğrultusunda, zedelenmiş otonomi şema alanının SF-36/ ZSB üzerindeki doğrudan etkisinin (c1 yolu) ($B=-6.276, SH=4.010, t=-1.565, p=0.119$) istatistiksel açıdan anlamsız olduğu bulunmuştur.

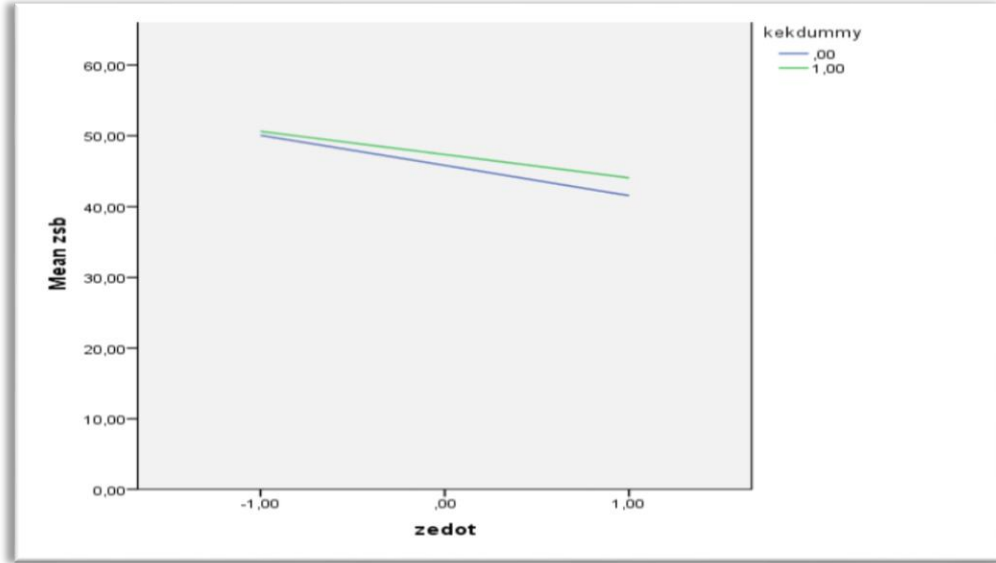
Tablo 4.9'da görüldüğü üzere, zedelenmiş otonominin→ kaçınma → SF-36/ZSB üzerindeki dolaylı etkisi istatistiksel açıdan anlamlı ve negatif bir ilişkiye sahiptir ($B=-2.356, BootSE=0.879, BootLLCI=-4.221, BootULCI=-0.710$). Bu bulgular, kaçınma başa çıkma stratejisinin, zedelenmiş otonomi şema alanı ile SF-36/ZSB puanları arasındaki ilişkide tam aracı bir rol oynadığını göstermektedir.

Özetle, zedelenmiş otonomi şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki etkilerinde teslim ve kaçınma başa çıkma stratejilerinin aracı rolü, istatistiksel olarak anlamlı ve negatif etkiler göstermiştir. Buna karşılık, aşırı telafi başa çıkma stratejisinin aracı etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Zedelenmiş otonomi şema alanı, toplam etki açısından SF-36/ZSB'nin azalmasında anlamlı bir rol oynamaktadır (B = -6.456, BootSE = 1.120, BootLLCI = -8.755, BootULCI = -4.420).

Kekemelik tanı durumunun SF-36/ZSB üzerindeki ana etkisi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (B = 1.088, SH = 6.362, t = -0.171, p = 0.864; %95 GA [-13.630, 11.454]). Zedelenmiş otonomi şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki doğrudan etkisi, kekemelik varlığında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir etki göstermektedir (B = -5.116, SH = 1.855, t = -2.757, p = 0.006). Kekemelik bulunmadığında ise bu etki istatistiksel olarak anlamlı değildir (B = -3.955, SH = 2.276, t = -1.738, p = 0.084). Zedelenmiş otonomi şema alanı ve kekemelik tanı durumu etkileşim etkisinin anlamlılığı için moderatörlü aracılık indeksi incelenmiştir. Güven aralığında sıfır değerinin bulunması nedeniyle etkileşim etkisinin anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (B=1.161, SH=2.681, t=0.433, p=0.666; %95 GA [-4.125, 6.446]).

Modelin anlamlılığına bakıldığında, zedelenmiş otonomi şema alanı ile aşırı telafi, teslim ve kaçınma aracı değişkenleri ve kekemelik tanı durumunun SF-36/ ZSB üzerindeki etkilerinin, varyansın %39.64'ünü açıkladığı görülmektedir ($R^2=0.3964$, $F(6,206)=22.55$, $p<0.001$).

Aşağıdaki moderatör etkinin görsel olarak incelenmesi için hazırlanan Şekil 4.2'deki eğri grafiği, zedelenmiş otonomi şema alanı ile SF-36/ZSB arasındaki ilişkide kekemelik tanı durumunun düzenleyici rolüne ilişkin değişimi göstermektedir:



Not. Zedot: Zedelenmiş Otonomi Şema Alanı, ZSB: SF-36/ ZSB, Kekdummy=0, “Kekemelik var”; Kekdummy=1, “Kekemelik yok”

Şekil 4.2 Zedelenmiş otonomi şema alanı ile SF-36/ZSB arasındaki ilişkide kekemelik tanı durumunun düzenleyici rolü grafiği

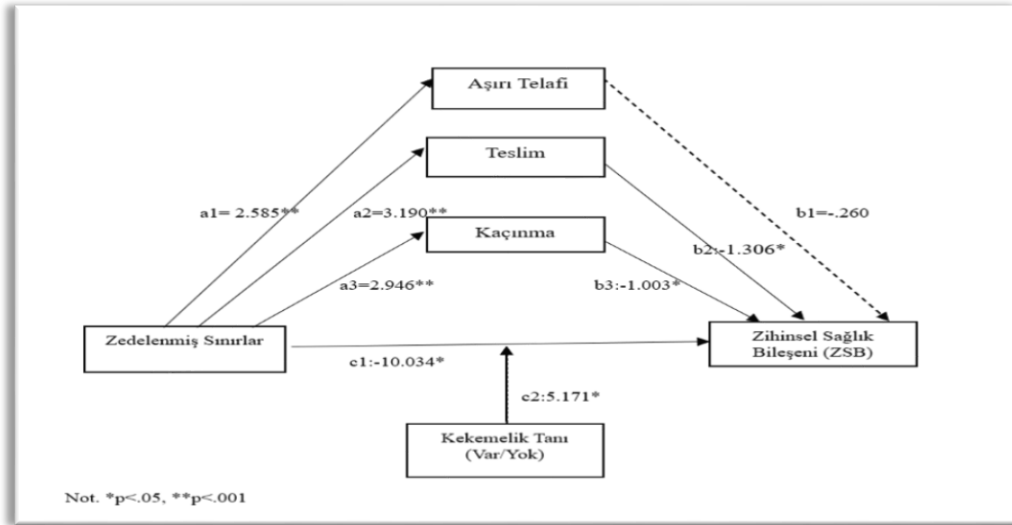
Şekil 4.2’de, zedelenmiş otonomi düzeyi arttıkça kekemelik tanısı olan bireylerin SF-36/ZSB puanlarında daha belirgin bir düşüş eğilimi gözlemlenmektedir. Kekemelik tanısı olmayan bireylerde ise bu düşüş daha sınırlı düzeydedir. Ancak, Tablo 4.10’da yer alan moderatörlü aracılık indeksi sonuçları, kekemelik tanı durumunun bu ilişki üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir düzenleyici etkisinin bulunmadığını ortaya koymaktadır.

4.4.2.2 Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanının SF-36/ZSB Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular

- 1) Zedelenmiş sınırlar şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde şema başa çıkma stratejilerinden aşırı telafinin aracı rolü ve kekemelik tanı durumunun düzenleyici etkisi bulunmakta mıdır?

- 2) Zedelenmiş sınırlar şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde şema başa çıkma stratejilerinden teslimin aracı rolü ve kekemelik tanı durumunun düzenleyici etkisi bulunmakta mıdır?
- 3) Zedelenmiş sınırlar şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde şema başa çıkma stratejilerinden kaçınmanın aracı rolü ve kekemelik tanı durumunun düzenleyici etkisi bulunmakta mıdır?

Araştırma soruları doğrultusunda, yordayıcı değişken zedelenmiş sınırlar şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde, şema başa çıkma stratejilerinin (aşırı telafi, teslim, kaçınma) aracı rolleri ve kekemelik tanı durumu (“var/yok”) düzenleyiciliğinde incelenmiştir. Model 5 kullanılarak yapılan analizde, doğrudan ve dolaylı etkiler, moderasyon etkisi ve toplam etkiler değerlendirilmiştir. Yapılan aracılık analizi sonucunda 5000 yeniden örneklem %95 güven aralığı kullanılmıştır. Araştırma sorularına ait model Şekil 4.3’de ve modele ait analiz sonuçları Tablo 4.10’ da sunulmaktadır:



Şekil 4.3 Zedelenmiş sınırlar şema alanı ile SF-36/ZSB arasındaki ilişkide şema başa çıkma stratejilerinin aracı ve kekemelik olup olmama durumunun düzenleyici rolü

Tablo 4.11 Zedelenmiş sınırlar şema alanının şema başa çıkma stratejileri aracılığıyla SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde kekemelik tanı durumunun düzenleyici rolüne ilişkin sonuçlar

Yol Analizi	B Katsayısı	Standart Hata	t- değeri	p değeri	Etki Düzeyinin %95 Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Üst Sınır
Toplam etki modeli						
Zedsin →ZSB	-7.795	1.343	-	-	-10.647	-5.396
Doğrudan etkiler						
Zedsin →ZSB (c1 yolu)	-10.034	3.982	-2.520	0.012*	-17.884	-2.184
Zedsin→aşırı telafi (a1 yolu)	2.585	.270	9.558	000**	2.052	3.119
Aşırı Telafi →ZSB (b1 yolu)	-.260	.413	-.630	0.53	-1.074	0.554
Zedsin →teslim (a2 yolu)	3.190	.302	10.569	000**	2.595	3.785
Teslim → ZSB (b2 yolu)	-1.306	.387	-3.371	0.001*	-2.070	-0.542
Zedsin → kaçınma (a3 yolu)	2.946	.303	9.715	000**	2.348	3.544
Kaçınma → ZSB (b3 yolu)	-1.003	.336	-2.982	0.003*	-1.667	-0.340
Dolaylı etkiler (mediation)						
Zedsin →ZSB (Aşırı Telafi)	-0.672	1.185	-	-	-3.171	1.510
Zedsin→ZSB (Teslim)	-4.166	1.444	-	-	-7.043	-1.359
Zedsin→ZSB (Kaçınma)	-2.956	1.015	-	-	-5.067	-1.096
Moderatör etkileşim etkisi						
Zedsin→ZSB (Kekemelik Var)	-4.863	1.963	-2.477	0.014*	-8.733	-0.993
Zedsin→ZSB (Kekemelik Yok)	0.308	2.215	0.139	0.890	-4.059	4.675
Kekemelik Tanı	-14.725	8.295	-1.775	0.077	-31.079	1.628

Tablo 4.11 (devamı) Zedelenmiş sınırlar şema alanının şema başa çıkma stratejileri aracılığıyla SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde kekemelik tanı durumunun düzenleyici rolüne ilişkin sonuçlar

Etkileşim (Moderatörlü Aracılık İndeksi)	5.171	2.555	2.024	.044*	0.134	10.208
--	-------	-------	-------	-------	-------	--------

Zedelin: Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı, ZSB: SF-36/ ZSB, *p<.05; **p<.001

Yürütölen analiz sonucunda, zedelenmiş sınırlar şema alanının, aşırı telafi başa çıkma stratejisi değışkeni üzerindeki varyansın %30.2'sini açıkladığı görölmektedir ($R^2=0.302$, $F(1,211)=91.353$, $p<0.001$). Zedelenmiş sınırlar şema alanının, aşırı telafi başa çıkma stratejisi üzerindeki doğrudan etkisinin (a1 yolu) ($B=2.585$, $SH=0.270$, $t=9.558$, $p<0.001$) istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif bir yordayıcı olduğu belirlenmiştir. Aracı değışken olan aşırı telafi başa çıkma stratejisinin ise (b1 yolu) ($B=-0.260$, $SH=0.413$, $t=-0.630$, $p=0.530$) SF-36/ZSB'yi doğrudan etkilemediği görölmüştür. Zedelenmiş sınırlar şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki doğrudan etkisinin (c1 yolu) ($B=-10.034$, $SH=3.982$, $t=-2.520$, $p=0.012$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.11'de göröldüğü üzere zedelenmiş sınırlar → aşırı telafi → SF-36/ZSB üzerindeki dolaylı etkisi anlamlı değildir ($B=-0.672$, $BootSE=1.185$, $BootLLCI=-3.171$, $BootULCI=1.510$). Bu bulgular, aşırı telafi başa çıkma stratejisinin, zedelenmiş sınırlar şema alanı ile SF-36/ZSB puanları arasındaki ilişkiye aracılık etmediğini göstermektedir.

Zedelenmiş sınırlar şema alanının, teslim başa çıkma stratejisi değışkeni üzerindeki varyansın %34.6'sını açıkladığı bulunmuştur ($R^2=0.346$, $F(1,211)=111.695$, $p<0.001$). Zedelenmiş sınırlar şema alanının, teslim başa çıkma stratejisi üzerindeki doğrudan etkisinin (a2 yolu) ($B=3.190$, $SH=0.302$, $t=10.569$, $p<0.001$) istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif bir yordayıcı olduğu belirlenmiştir. Aracı değışken olan teslim başa çıkma stratejisinin (b2 yolu) ($B=-1.306$, $SH=0.387$, $t=-3.371$, $p<0.01$) SF-36/ZSB'yi doğrudan etkilediği görölmüştür. Zedelenmiş sınırlar şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki doğrudan

etkisinin (c1 yolu) (B=-10.034, SH=3.982, t=-2.520, p=0.012) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif olduğu görülmüştür.

Tablo 4.11’de görüldüğü üzere, zedelenmiş sınırlar → teslim → SF-36/ZSB üzerindeki dolaylı etkisi istatistiksel açıdan anlamlı ve negatif olduğu görülmüştür (B=-4.166, BootSE=1.444, BootLLCI=-7.043, BootULCI=-1.359). Bu bulgular, teslim başa çıkma stratejisinin, zedelenmiş sınırlar şema alanı ile SF-36/ZSB puanları arasındaki ilişkiye kısmi aracılık ettiğine dair kanıt sunmaktadır.

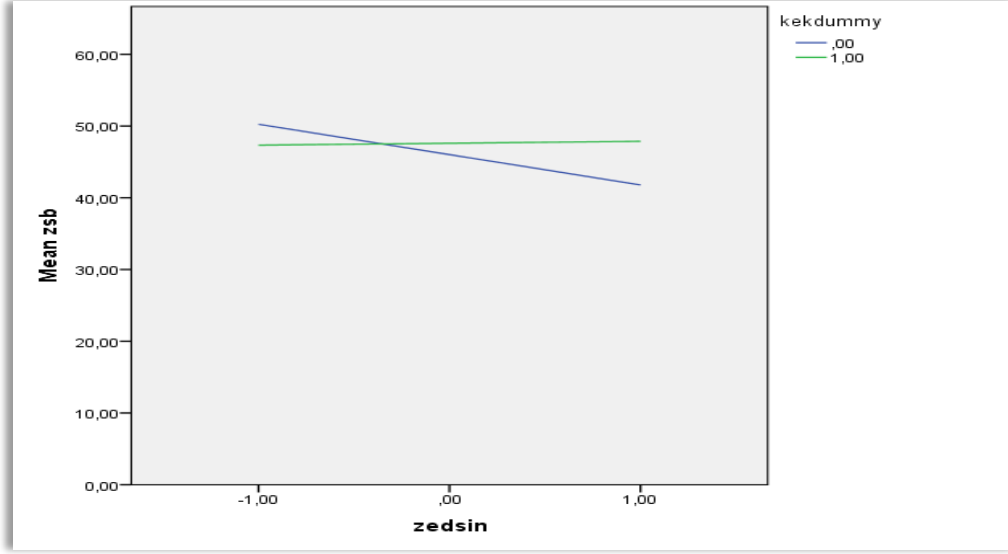
Zedelenmiş sınırlar şema alanının, kaçınma başa çıkma stratejisi değişkenindeki varyansın %30,9’unu açıkladığı bulunmuştur ($R^2=0.309$, $F(1,211)=94.385$, $p<0.001$). Zedelenmiş sınırlar şema alanının, kaçınma başa çıkma stratejisi üzerindeki doğrudan etkisinin (a3 yolu) (B=2.946, SH=0.303, t=9.715, p<0.001) anlamlı olduğu belirlenmiştir. Aracı değişken olan kaçınma başa çıkma stratejisinin (b3 yolu) (B=-1.003, SH=0.336, t=-2.982, p<0.05) SF-36/ZSB’yi doğrudan etkilediği görülmüştür. Zedelenmiş sınırlar şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki doğrudan etkisinin (c1 yolu) (B=-10.034, SH=3.982, t=-2.520, p=0.012) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif olduğu bulunmuştur. Zedelenmiş sınırların kaçınma aracılığı ile SF-36/ZSB üzerindeki dolaylı etkisinin istatistiksel açıdan anlamlı ve negatif olduğu bulunmuştur (B=-2.956, BootSE=1.015, BootLLCI=-5.067, BootULCI=-1.096). Bu bulgular, kaçınma başa çıkma stratejisinin, zedelenmiş sınırlar şema alanı ile SF-36/ZSB puanları arasındaki ilişkiye kısmi aracılık ettiğine dair kanıt sunmaktadır.

Özetle, zedelenmiş sınırlar şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki etkisinde teslim ve kaçınma başa çıkma stratejileri kısmi ve negatif aracılık gösterdiği belirlenmiştir. Aşırı telafi başa çıkma stratejisinin aracı etkisi ise istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Zedelenmiş sınırlar şema alanı, toplam etki açısından SF-36/ZSB ’nın azalmasında istatistiksel olarak anlamlı bir rol oynamaktadır (B=-7.795, BootSE=1.343, BootLLCI=-10.647, BootULCI=-5.396).

Kekemelik tanı durumunun SF-36/ZSB üzerindeki ana etkisi istatistiksel açıdan anlamsızdır (B=-14.725, SH=8.295, t=-1.775, p=0.077; %95 GA [-31.079, -1.628]). Zedelenmiş sınırlar şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki doğrudan etkisinin, kekemelik varlığında anlamlı ve negatif olduğu bulunmuştur (B=-4.863, SH=1.963, t=-2.477, p=0.014). Kekemelik olmadığında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir etki bulunmamıştır (B=0.308, SH=2.215, t=0.139, p=0.890). Zedelenmiş sınırlar şema alanı ve kekemelik tanı durumu etkileşim etkisinin anlamlılığı için moderatörlü aracılık indeksi incelenmiştir. Güven aralığında sıfır değerinin olmaması nedeniyle etkileşim etkisinin anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (B=5.171, SH=2.555, t=2.024, p=0.044; %95 GA [0.134, 10.208]).

Modelin anlamlılığına bakıldığında, zedelenmiş sınırlar şema alanı ile aşırı telafi, teslim ve kaçınma aracı değişkenleri ve kekemelik tanı durumunun SF-36/ZSB üzerindeki etkilerinin, varyansın %38.9'unu açıkladığı bulunmuştur ($R^2=0.389$, $F(6,206)=21.891$, $p<0.001$). Bu bulgular, zedelenmiş sınırlar şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki etkilerinde başa çıkma stratejilerinin aracı rolünü ve kekemelik tanı durumunun etkisini detaylı bir şekilde ortaya koymaktadır.

Aşağıdaki düzenleyicilik etkisinin görsel olarak incelenmesi için hazırlanan Şekil 4.4'deki eğri grafiği, zedelenmiş sınırlar şema alanı ile SF-36/ZSB arasındaki ilişkide kekemelik tanı durumunun düzenleyici rolüne ilişkin değişimi göstermektedir:



Not. Zedsin: Zedelenmiş sınırlar şema alanı, ZSB: SF-36/ ZSB, Kekdummy=0, “Kekemelik var”; Kekdummy=1, “Kekemelik yok”

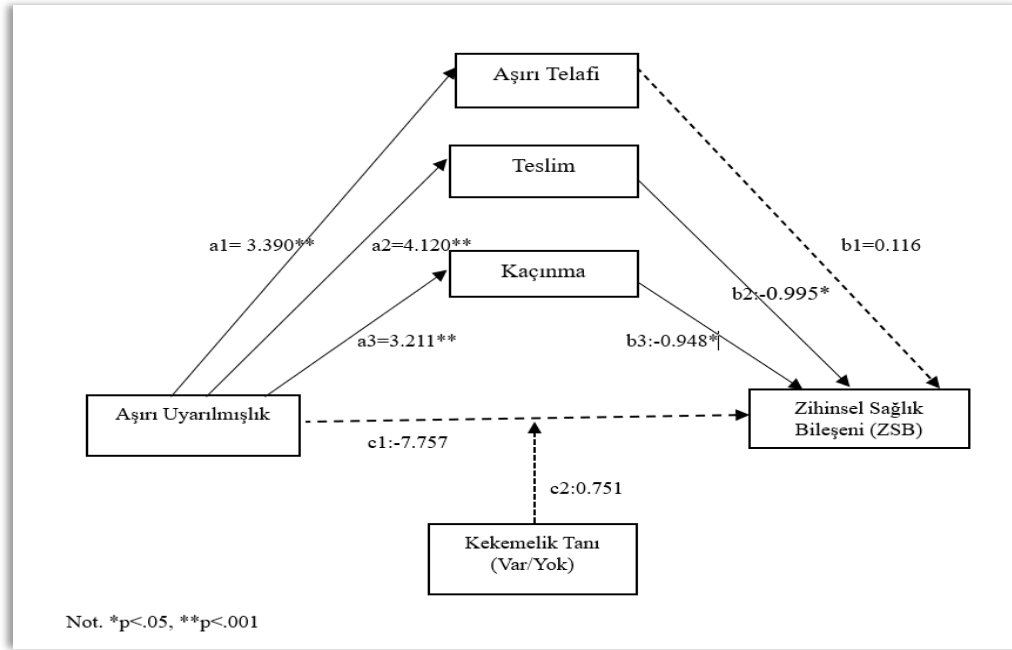
Şekil 4.4 Zedelenmiş sınırlar şema alanı ile SF-36/ZSB arasındaki ilişkide kekemelik tanı durumunun düzenleyici rolü grafiği

Şekil 4.4’te, zedelenmiş sınırlar şema alanı düzeyi arttıkça, kekemelik tanısı olan bireylerin SF-36/ZSB puanlarında daha belirgin bir düşüş eğilimi gözlemlenmektedir. Kekemelik tanısı olmayan bireylerde ise bu düşüş daha sınırlı kalmaktadır. Bu durum, kekemelik tanı durumunun zedelenmiş sınırlar şema alanı ile SF-36/ZSB arasındaki ilişkinin yönünü ve şiddetini değiştirdiğini göstermektedir. Nitekim, Tablo 4.11’de yer alan moderatörlü aracılık indeksi sonuçları da kekemelik tanı durumunun bu ilişki üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve düzenleyici etkiye sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

4.4.2.3 Aşırı Uyarılmışlık Şema Alanının SF-36/ZSB Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular

- 1) Aşırı uyarılmışlık şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde şema başa çıkma stratejilerinden aşırı telafinin aracı rolü ve kekemelik tanı durumunun düzenleyici etkisi bulunmakta mıdır?
- 2) Aşırı uyarılmışlık şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde şema başa çıkma stratejilerinden teslimin aracı rolü kekemelik tanı durumunun düzenleyici etkisi bulunmakta mıdır?
- 3) Aşırı uyarılmışlık şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde şema başa çıkma stratejilerinden kaçınma rolü kekemelik tanı durumunun düzenleyici etkisi bulunmakta mıdır?

Araştırma soruları doğrultusunda, yordayıcı değişken aşırı uyarılmışlık şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde, şema başa çıkma stratejilerinin (aşırı telafi, teslim, kaçınma) aracı rolleri ve kekemelik tanı durumu (“var/yok”) düzenleyiciliğinde incelenmiştir. Model 5 kullanılarak yapılan analizde, doğrudan ve dolaylı etkiler, moderasyon etkisi ve toplam etkiler değerlendirilmiştir. Yapılan aracılık analizi sonucunda 5000 yeniden örneklem %95 güven aralığı kullanılmıştır. Araştırma sorularına ait Model 5 Şekil 4.5’de ve modele ait analiz sonuçları Tablo 4.12’de sunulmaktadır:



Şekil 4.5 Aşırı uyarılmışlık şema alanının SF-36/ZSB arasındaki ilişkide şema başa çıkma stratejilerinin aracı ve kekemelik olup olmama durumunun düzenleyici rolü

Tablo 4.12 Aşırı uyarılmışlık şema alanının şema başa çıkma stratejileri aracılığıyla SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde kekemelik tanı durumunun düzenleyici rolüne ilişkin sonuçlar

Yol Analizi	B Katsayısı	Standart Hata	t- değeri	p değeri	Etki Düzeyinin %95 Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Üst Sınır
Toplam etki modeli						
Asuyari→ZSB (Toplam Etki)	-6.746	1.774	-	-	-10.508	-3.449
Doğrudan etkiler						
Asuyari →ZSB (c1 yolu)	-7.757	4.217	-1.840	0.067	-16.070	0.556

Tablo 4.12 (devamı) Aşırı uyarılmışlık şema alanının şema başa çıkma stratejileri aracılığıyla SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde kekemelik tanı durumunun düzenleyici rolüne ilişkin sonuçlar

Asuyari→aşırı telafi (a1 yolu)	3.390	0.237	14.299	000**	2.923	3.858
Aşırı Telafi→ ZSB (b1 yolu)	0.116	0.423	0.275	0.784	-0.718	0.950
Asuyari →teslim (a2 yolu)	4.120	0.258	15.955	000**	3.611	4.629
Teslim → ZSB (b2 yolu)	-0.995	0.405	-2.454	0.015*	-1.794	-0.196
Asuyari→kaçınma (a3 yolu)	3.211	0.303	10.607	000**	2.614	3.808
Kaçınma → ZSB (b3 yolu)	-0.948	0.326	-2.906	0.004*	-1.590	-0.305
Dolaylı etkiler (mediation)						
Asuyari→ZSB (Aşırı Telafi)	0.395	1.521	-	-	-2.761	3.174
Asuyari→ZSB (Teslim)	-4.098	1.778	-	-	-7.602	-0.624
Asuyari→ZSB (Kaçınma)	-3.042	1.097	-	-	-5.341	-1.065
Moderatör etkileşim etkisi						
Asuyari→ZSB (Kekemelik Var)	-7.006	2.320	-3.021	0.003*	-11.580	-2.433
Asuyari→ZSB (Kekemelik Yok)	-6.256	2.472	-2.531	0.012*	-11.128	-1.383
Kekemelik Tanı	-0.049	7.644	-0.006	0.995	-15.119	15.021
Etkileşim (Moderatörlü Aracılık İndeksi)	0.751	2.562	0.293	0.770	-4.300	5.802

Asuyari: Aşırı uyarılmışlık şema alanı, ZSB: SF-36/ ZSB, *p<.05; **p<.001

Yürütülen analiz sonucunda, aşırı uyarılmışlık şema alanının, aşırı telafi başa çıkma stratejisi değişkeni üzerindeki varyansın %49.2'sini açıkladığı bulunmuştur ($R^2=0.492$, $F(1,211)=204.463$, $p<0.001$). Aşırı uyarılmışlık şema alanının, aşırı telafi başa çıkma stratejisi üzerindeki doğrudan etkisinin (a1 yolu) ($B=3.390$, $SH=0.237$, $t= 14.299$, $p<0.001$) istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif bir yordayıcı olduğu görülmüştür. Aracı değişken olan aşırı telafi başa çıkma stratejisinin (b1 yolu) ($B= 0.116$, $SH=0.423$, $t= 0.275$, $p=0.784$) SF-36/ZSB'yi doğrudan etkilemediği görülmüştür. Aşırı uyarılmışlık şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki doğrudan etkisinin (c1 yolu) ($B= -7.757$, $SH = 4.217$, $t= -1.840$, $p= 0.067$) istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.12'de görüldüğü üzere, aşırı uyarılmışlık → aşırı telafi → SF-36/ZSB üzerindeki dolaylı etkisi de anlamlı değildir ($B = 0.395$, $BootSE = 1.521$, $BootLLCI = -2.761$, $BootULCI = 3.174$). Bu bulgular, aşırı telafi başa çıkma stratejisinin, aşırı uyarılmışlık şema alanı ile SF-36/ZSB puanları arasındaki ilişkide aracı bir rol oynamadığına dair kanıt sunmaktadır.

Aşırı uyarılmışlık şema alanının, teslim başa çıkma stratejisi değişkeni üzerindeki varyansın %54.7'sini açıkladığı bulunmuştur ($R^2=0.547$, $F(1,211)=254.557$, $p<0.001$). Aşırı uyarılmışlık şema alanının, teslim başa çıkma stratejisi üzerindeki doğrudan etkisinin (a2 yolu) ($B=4.120$, $SH=0.258$, $t=15.955$, $p<0.001$) istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif bir yordayıcı olduğu görülmüştür. Aracı değişken olan teslim başa çıkma stratejisinin (b2 yolu) ($B=-0.995$, $SH=0.405$, $t=-2.454$, $p=0.015$) SF-36/ZSB'yi doğrudan etkilediği görülmüştür. Aşırı uyarılmışlık şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki doğrudan etkisinin (c1 yolu) ($B=-7.757$, $SH=4.217$, $t=-1.840$, $p=0.067$) istatistiksel açıdan anlamsız olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.12'de görüldüğü üzere, aşırı uyarılmışlığın → teslim → SF-36/ZSB üzerindeki dolaylı etkisi istatistiksel açıdan anlamlı ve negatif bir ilişkiye sahiptir ($B=-4.098$, $BootSE=1.778$, $BootLLCI=-7.602$, $BootULCI=-0.624$). Bu bulgular, teslim başa çıkma stratejisinin, aşırı uyarılmışlık şema alanı

ile SF-36/ZSB puanları arasındaki ilişkide tam aracılık ettiğine dair kanıt sunmaktadır.

Aşırı uyarılmışlık şema alanının, kaçınma başa çıkma stratejisi değişkeni üzerindeki varyansın %34.8'ini açıkladığı bulunmuştur ($R^2=0.348$, $F(1,211)=112.503$, $p<0.001$). Aşırı uyarılmışlık şema alanının, kaçınma başa çıkma stratejisi üzerindeki doğrudan etkisinin (a3 yolu) ($B=3.211$, $SH=0.303$, $t=10.607$, $p<0.001$) anlamlı olduğu bulunmuştur. Aracı değişken olan kaçınma başa çıkma stratejisinin (b3 yolu) ($B=-0.948$, $SH=0.326$, $t=-2.906$, $p<0.001$) SF-36/ZSB'yi doğrudan etkilediği görülmüştür. Aşırı uyarılmışlık şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki doğrudan etkisinin (c1 yolu) ($B=-7.757$, $SH=4.217$, $t=-1.840$, $p=0.067$) istatistiksel açıdan anlamsız olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.12'de görüldüğü üzere, aşırı uyarılmışlığın \rightarrow kaçınma \rightarrow SF-36/ZSB üzerindeki dolaylı etkisi ise istatistiksel açıdan anlamlı ve negatiftir ($B=-3.042$, $BootSE=1.097$, $BootLLCI=-5.341$, $BootULCI=-1.065$). Bu bulgular, kaçınma başa çıkma stratejisinin, aşırı uyarılmışlık şema alanı ile SF-36/ZSB puanları arasındaki ilişkide tam aracılık ettiğine dair kanıt sunmaktadır.

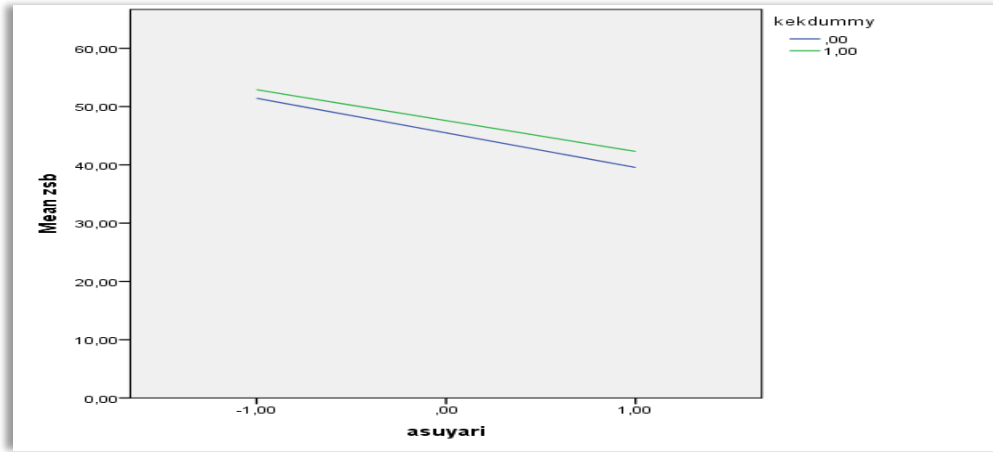
Özetle, aşırı uyarılmışlık şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki etkisinde teslim ve kaçınma başa çıkma stratejilerinin aracı rolü istatistiksel açıdan anlamlı ve negatif etkiler göstermiştir. Aşırı telafi başa çıkma stratejisinin aracı etkisi ise istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Aşırı Uyarılmışlık şema alanının, toplam etki düzeyinde SF-36/ZSB puanının azalmasında istatistiksel olarak anlamlı bir rol oynadığı bulunmuştur ($B = -6.746$, $BootSE = 1.774$, $BootLLCI = -10.508$, $BootULCI = -3.449$).

Kekemelik tanı durumunun SF-36/ZSB üzerindeki ana etkisi istatistiksel olarak anlamsızdır ($B=-0.049$, $SH=7.644$, $t=-0.006$, $p=0.995$, %95 GA [-15.119, 15.021]). Aşırı uyarılmışlık şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki doğrudan etkisinin, kekemelik olduğunda anlamlı ve negatif olduğu bulunmuştur ($B=-7.006$, $SH=2.320$, $t=-3.021$, $p=0.003$). Kekemelik olmadığında da istatistiksel açıdan anlamlı bir etki olduğu görülmüştür ($B=-6.256$, $SH=2.472$, $t=-2.531$, $p=0.012$). Aşırı uyarılmışlık şema alanı ve kekemelik tanı durumu etkileşim

etkisinin anlamlılığı için moderatörlü aracılık indeksi incelenmiştir. Güven aralığında sıfır değerinin bulunması nedeniyle etkileşim etkisinin anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (B=0.751, SH=2.562, t=0.293, p=0.770, %95 GA [-4.300, 5.802]).

Modelin anlamlılığına bakıldığında, aşırı uyarılmışlık şema alanı ile aşırı telafi, teslim ve kaçınma aracı değişkenleri ve kekemelik tanı durumunun SF-36/ZSB üzerindeki etkilerinin, varyansın %40.1'ini açıkladığı bulunmuştur ($R^2=0.401$, $F(6,206)=23.002$, $p<0.001$). Bu bulgular, aşırı uyarılmışlık şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki etkilerinde, başa çıkma stratejilerinin aracı rolünü ve kekemelik tanı durumunun etkisini detaylı bir şekilde ortaya koymaktadır.

Aşağıdaki düzenleyicilik etkisinin görsel olarak incelenmesi için hazırlanan Şekil 4.6'daki eğri grafiği, aşırı uyarılmışlık şema alanı ile SF-36/ZSB arasındaki ilişkide kekemelik tanı durumunun düzenleyici rolüne ilişkin değişimi göstermektedir:



Not. Asuyari= Aşırı uyarılmışlık şema alanı, Kekdummy=0, “Kekemelik var”; Kekdummy=1, “Kekemelik yok”

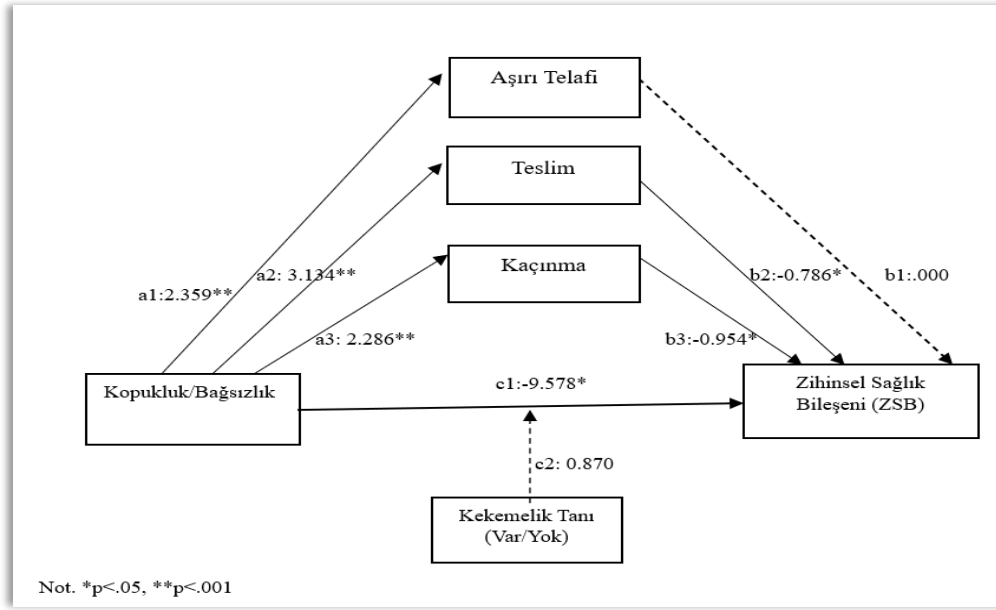
Şekil 4.6 Aşırı uyarılmışlık şema alanı ile SF-36/ZSB arasındaki ilişkide kekemelik tanı durumunun düzenleyici rolü grafiği

Şekil 4.6’da aşırı uyarılmışlık şema alanı düzeyi arttıkça kekemelik tanısı olan bireylerle olmayan bireylerin SF-36/ZSB puanlarında benzer bir düşüş eğilimi gözlemlenmektedir. Ancak Tablo 4.12’de sunulan moderatörlü aracılık indeksi sonuçları, kekemelik tanı durumunun bu ilişki üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir düzenleyici etkisinin bulunmadığını göstermektedir.

4.4.2.4 Kopukluk (Bağısızlık) Şema Alanının SF-36/ZSB Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular

- 1)Kopukluk şema alanı ile SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde şema başa çıkma stratejilerinden aşırı telafinin aracı rolü ve kekemelik tanı durumunun düzenleyici etkisi bulunmakta mıdır?
- 2)Kopukluk şema alanı ile SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde şema başa çıkma stratejilerinden teslimin aracı rolü ve kekemelik tanı durumunun düzenleyici etkisi bulunmakta mıdır?
- 3)Kopukluk şema alanı ile SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde şema başa çıkma stratejilerinden kaçınmanın aracı rolü ve kekemelik tanı durumunun düzenleyici etkisi bulunmakta mıdır?

Araştırma soruları doğrultusunda, yordayıcı değişken kopukluk şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde, şema başa çıkma stratejilerinin (aşırı telafi, teslim, kaçınma) aracı rolleri ve kekemelik tanı durumu (“var/yok”) düzenleyiciliğinde incelenmiştir. Model 5 kullanılarak yapılan analizde, doğrudan ve dolaylı etkiler, moderasyon etkisi ve toplam etkiler değerlendirilmiştir. Yapılan aracılık analizi sonucunda 5000 yeniden örneklem %95 güven aralığı kullanılmıştır. Araştırma sorularına ait model Şekil 4.7’de ve modele ait analiz sonuçları Tablo 4.13’ de sunulmaktadır:



Şekil 4.7 Kopukluk/Bağısızlık şema alanı ile SF-36/ZSB arasındaki ilişkide şema başa çıkma stratejilerinin aracı ve kekemelik olup olmama durumunun düzenleyici rolü

Tablo 4.13 Kopukluk şema alanının şema başa çıkma stratejileri aracılığıyla SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde kekemelik tanı durumunun düzenleyici rolüne ilişkin sonuçlar

Yol Analizi	B Katsayısı	Standart Hata	t-değeri	p değeri	Etki Düzeyinin %95 Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Üst Sınır
Toplam etki modeli						
Kopuk →ZSB	-4.646	1.071	-	-	-6.788	-2.573
Doğrudan Etkiler						
Kopuk →ZSB (c1 yolu)	-9.578	3.461	-2.768	.006*	-16.401	-2.755

Tablo 4.13 (devamı) Kopukluk şema alanının şema başa çıkma stratejileri aracılığıyla SF-36/ZSB üzerindeki yordayıcı etkisinde kekemelik tanı durumunun düzenleyici rolüne ilişkin sonuçlar

Kopuk→aşırı telafi (a1 yolu)	2.359	0.255	9.251	.000**	1.857	2.862
Aşırı Telafi → ZSB (b1 yolu)	.000	0.388	-.001	.999	-0.766	0.765
Kopuk →teslim (a2 yolu)	3.134	0.274	11.445	.000**	2.594	3.674
Teslim → ZSB (b2 yolu)	-0.786	0.377	-2.082	.039*	-1.530	-.042
Kopuk→kaçınma (a3 yolu)	2.286	0.302	7.566	.000**	1.690	2.882
Kaçınma → ZSB (b3 yolu)	-0.954	0.308	-3.097	0.002*	-1.562	-0.347
Dolaylı Etkiler (Mediation)						
Kopuk→ZSB (Aşırı telafi)	-.001	0.953	-	-	-2.060	1.725
Kopuk→ZSB (Teslim)	-2.463	1.268	-	-	-4.943	.065
Kopuk→ZSB (Kaçınma)	-2.181	0.797	-	-	-3.821	-.758
Moderatör Etkileşim Etkisi						
Kopuk→ZSB (Kekemelik Var)	-8.708	1.671	-5.210	.000**	-12.003	-5.413
Kopuk→ZSB (Kekemelik Yok)	-7.838	2.082	-3.765	.000**	-11.943	-3.734
Kekemelik Tanı	-2.879	6.074	-0.474	0.636	-14.854	9.095
Etkileşim (Moderatörlü Aracılık İndeksi)	0.870	2.315	0.376	0.708	-3.695	5.435

Not. Kopuk: Kopukluk Şema Alanı, ZSB: SF-36/ ZSB, *p<.05 **p<.001

Kopukluk şema alanının, aşırı telafi başa çıkma stratejisi değişkeni üzerindeki varyansın %28.9'unu açıkladığı bulunmuştur ($R^2=0.289$,

$F(1,211)=85.575$, $p<0.001$). Kopukluk şema alanının, aşırı telafi başa çıkma stratejisi üzerindeki doğrudan etkisinin (a1 yolu) ($B=2.359$, $SH=0.255$, $t=9.251$, $p<0.001$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Aracı değişken olan aşırı telafi başa çıkma stratejisinin (b1 yolu) ($B=0.000$, $SH=0.388$, $t=-.001$, $p=0.999$) SF-36/ZSB'yi doğrudan etkilemediği görülmüştür. Kopukluk şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki doğrudan etkisinin (c1 yolu) ($B=-9.578$, $SH=3.461$, $t=-2.768$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Tablo 4.13'de görüldüğü üzere, kopukluk → aşırı telafi → SF-36/ZSB üzerindeki dolaylı etkisi anlamlı değildir ($B = -.001$, $BootSE = 0.953$, $BootLLCI = -2.060$, $BootULCI = 1.725$). Bu bulgular, aşırı telafi başa çıkma stratejisinin, kopukluk şema alanı ile SF-36/ZSB puanları arasındaki ilişkiye aracılık etmediğini göstermektedir.

Kopukluk şema alanının, teslim değişkeni üzerindeki varyansın %38.3'ünü açıkladığı bulunmuştur ($R^2=0.383$, $F(1,211)=130.987$, $p<0.001$). Kopukluk şema alanının, teslim başa çıkma stratejisi üzerindeki doğrudan etkisinin (a2 yolu) ($B=3.134$, $SH=0.274$, $t=11.445$, $p<0.001$) istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif bir yordayıcı olduğu görülmüştür. Aracı değişken olan teslim başa çıkma stratejisinin (b2 yolu) ($B=-0.786$, $SH=0.377$, $t=-2.082$, $p<0.05$) SF-36/ZSB'yi doğrudan etkilediği görülmüştür. Kopukluk şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki doğrudan etkisinin (c1 yolu) ($B=-9.578$, $SH=3.461$, $t=-2.768$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.13'de görüldüğü üzere, kopukluk → teslim → SF-36/ZSB üzerindeki dolaylı etkisi istatistiksel açıdan anlamsızdır ($B=-2.463$, $BootSE=1.268$, $BootLLCI=-4.943$, $BootULCI= 0.065$). Bu bulgular, teslim başa çıkma stratejisinin, kopukluk şema alanı ile SF-36/ZSB puanı arasındaki ilişkide kısmi aracı bir rol oynadığını göstermektedir.

Kopukluk şema alanının, kaçınma değişkeni üzerindeki varyansın % 46.2'sini açıkladığı bulunmuştur ($R^2=0.462$, $F(1,211)=57.247$, $p<0.001$). Kopukluk şema alanının, kaçınma başa çıkma stratejisi üzerindeki doğrudan etkisinin (a3 yolu) ($B=2.286$, $SH=0.302$, $t=7.566$, $p<0.001$) anlamlı olduğu

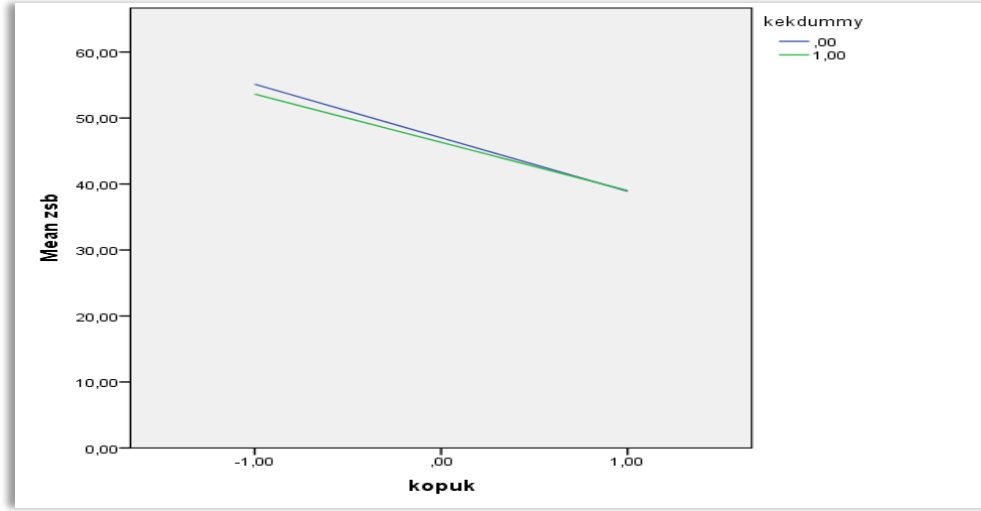
görülmüştür. Aracı değişken olan kaçınma başa çıkma stratejisinin (b3 yolu) ($B=-0.954$, $SH=0.308$, $t=-3.097$, $p<0.05$) SF-36/ZSB'yi doğrudan etkilediği görülmüştür. Kopukluk şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki doğrudan etkisinin (c1 yolu) ($B=-9.578$, $SH=3.461$, $t=-2.768$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Tablo 4.13'de görüldüğü üzere, kopukluk şema alanının → kaçınma → SF-36/ZSB üzerindeki dolaylı etkisi ise istatistiksel açıdan anlamlı ve negatiftir ($B=-2.181$, $BootSE=0.797$, $BootLLCI=-3.821$, $BootULCI=-.758$). Bu bulgular, kaçınma başa çıkma stratejisinin, kopukluk şema alanı ile SF-36/ZSB puanı arasındaki ilişkide kısmi aracı bir rol oynadığını göstermektedir.

Özetle, kopukluk şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki etkisinde teslim ve kaçınma başa çıkma stratejilerinin aracı rolü istatistiksel açıdan anlamlı negatiftir. Aşırı telafi başa çıkma stratejisinin aracı etkisi ise istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Kopukluk şema alanı, toplam etki açısından SF-36/ZSB'nin azalmasını da istatistiksel açıdan anlamlı etki oluşturmaktadır ($B=-4.646$, $BootSE=1.071$, $BootLLCI=-6.788$, $BootULCI=-2.573$).

Kekemelik tanı durumunun SF-36/ZSB üzerindeki ana etkisi istatistiksel olarak anlamsızdır ($B=-2.879$, $SH=6.074$, $t=-0.474$, $p=0.636$, %95 GA [-14.854, 9.095]). Kopukluk şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki doğrudan etkisinin, kekemelik olduğunda negatif ve anlamlı olduğu bulunmuştur ($B=-8.708$, $SH=1.671$, $t=-5.210$, $p<0.001$). Kekemelik olmadığında da istatistiksel açıdan anlamlı negatif bir etki olduğu bulunmuştur ($B=-7.838$, $SH=2.082$, $t=-3.765$, $p<0.001$). Kopukluk şema alanı ve kekemelik tanı durumu etkileşim etkisinin anlamlılığı için moderatörlü aracılık indeksi incelenmiştir. Güven aralığında sıfır değerinin bulunması nedeniyle etkileşim etkisinin anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($B=0.870$, $SH=2.315$, $t=0.376$, $p=0.708$, %95 GA [-3.695, 5.435]).

Modelin anlamlılığına bakıldığında, kopukluk şema alanı ile aşırı telafi, teslim ve kaçınma aracı değişkenleri ve kekemelik tanı durumunun SF-36/ZSB üzerindeki etkilerinin, varyansın %45.8'ini açıkladığı bulunmuştur ($R^2=0.458$, $F(6,206)=28.956$, $p<0.001$).

Aşağıdaki düzenleyicilik etkisinin görsel olarak incelenmesi için hazırlanan Şekil 4.8'deki eğri grafiği, kopukluk şema alanı ile SF-36/ZSB arasındaki ilişkide kekemelik tanı durumunun düzenleyici rolüne ilişkin değişimi göstermektedir:



Not. Kopuk: Kopukluk/Bağısızlık şema alanı, Kekdummy=0, “Kekemelik var”; Kekdummy=1, “Kekemelik yok”

Şekil 4.8 Kopukluk/Bağısızlık şema alanı ile SF-36/ZSB arasındaki ilişkide kekemelik tanı durumunun düzenleyici rolü grafiği

Şekil 4.8’de Kopukluk/Bağısızlık şema alanı düzeyi arttıkça kekemelik tanısı olan bireylerle olmayan bireylerin SF-36/ZSB puanlarında benzer bir düşüş eğilimi gözlemlenmektedir. Ancak Tablo 4.13’de sunulan moderatörlü aracılık indeksi sonuçları, kekemelik tanı durumunun bu ilişki üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir düzenleyici etkisinin bulunmadığını göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada, kekemelik tanısı olan ve olmayan 18-24 yaş arası geç ergenlik dönemindeki bireylerin, erken dönem uyumsuz şemaları ile yaşam kaliteleri arasındaki yordayıcı ilişkide şema başa çıkma stratejilerinin aracı rolünü incelemek hedeflenmiştir. Bu kapsamda, katılımcıların kekemelik tanı durumuna göre erken dönem uyumsuz şemaları ve şema alanları kıyaslanarak, kekemelik tanısı olan bireylerin en sık kullandıkları erken dönem uyumsuz şemaları ve şema alanları belirlenmiştir. Zedelenmiş otonomi", "kopukluk", "zedelenmiş sınırlar" ve "aşırı uyarılmışlık" şema alanları ile SF-36/ZSB ile ölçülen yaşam kalitesi arasındaki ilişkide şema başa çıkma stratejilerinin (aşırı telafi, teslim ve kaçınma) aracı etkileri incelenmiştir. Bulgular, “zedelenmiş otonomi”, “zedelenmiş sınırlar”, “aşırı uyarılmışlık” ve “kopukluk” şema alanlarının SF-36/ZSB üzerindeki etkisinin anlamlı ve negatif olduğunu ve bu ilişkilerde teslim ve kaçınma başa çıkma stratejilerinin tam veya kısmi aracılık rolleri üstlendiğini ancak aşırı telafi stratejisinin bu ilişkiye aracılık etmediğini göstermiştir. Ayrıca diğer şema alanlarından farklı olarak kekemelik tanısının düzenleyici etkisinin yalnızca zedelenmiş sınırlar şema alanı ile SF-36/ZSB arasında olduğu görülmüştür.

Ayrıca, kekemelik tanısı olan ve olmayan bireylerin demografik özellikleri (cinsiyet, eğitim düzeyi ve çalışma durumu) karşılaştırılmıştır. Kekemelik tanısı olan bireylere, kekemelik ilişkili olduğu düşünülen bazı sorular yöneltilerek (kekemeliği başlatan stres faktörleri veya travmatik yaşantılar durumu, ailede kekemelik öyküsü ve geçmişte ateşli hastalık geçirme durumu) bireyler belli özellikler açısından incelenmiştir.

Kekemelik tanısı bulunan bireylerin demografik özellikleri incelendiğinde, cinsiyet ile kekemelik tanısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Katılımcılar arasında kekemelik tanısı olan bireylerin %75.7'si erkek, %24.3'ü kadındır. Buna karşılık, kekemelik tanısı olmayan bireylerin %27.3'ü erkek, %72.7'si kadındır. Elde edilen bulgular,

erkeklerde kekemelik görülme oranının kadınlara kıyasla belirgin şekilde daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

Kekemelik tanısı ve eğitim durumu arasındaki dağılım oranları karşılaştırıldığında, bu iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kekemelik tanısı olan bireylerin %30.1'i lise mezunu veya altı, %41.7'si lisans düzeyinde, %28.2'si ise lisansüstü düzeyindedir. Buna karşılık, kekemelik tanısı olmayan bireylerde ise bu oranlar sırasıyla %20.9, %60.9 ve %18.2'dir. Bu bulgular, kekemelik tanısı olan bireylerin eğitim düzeylerinin genel olarak daha düşük olduğunu göstermektedir.

Kekemelik tanısı ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Kekemelik tanısı olan bireylerin %56.3'ü çalışmadığını, %43.7'si çalıştığını belirtmiştir. Kekemelik tanısı olmayan bireylerin ise %65.5'i çalışmadığını, %34.5'i çalıştığını ifade etmiştir.

Medeni durum incelendiğinde, kekemelik tanısı olan bireylerin %99'u bekâr, %1'i evlidir. Kekemelik tanısı olmayan bireylerin ise %94.5'i bekâr, %5.5'i evlidir.

Kekemelik tanısı olan bireylerin algıladıkları gelir düzeylerine ilişkin bulgulara göre, 27 kişi (%26.2) düşük gelir düzeyinde, 73 kişi (%70.9) orta gelir düzeyinde, 3 kişi (%2.9) ise yüksek gelir düzeyinde olduğunu ifade etmiştir. Kekemelik tanısı olmayan bireyler arasında ise 20 kişi (%18.2) düşük gelir, 85 kişi (%77.3) orta gelir, 5 kişi (%4.5) yüksek gelir düzeyinde olduğunu belirtmiştir.

Katılımcılara yöneltilen "Kekemeliği başlatan stres etkeni veya travmayla karşılaşma durumları" sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, %43,7'si kekemelik başlangıcını bir stres etkeni ya da travmatik bir olayla ilişkilendirdiğini belirtirken, katılımcıların %16,5'i kekemeliklerinin herhangi bir stres ya da travmayla ilişkili olmadığını ifade etmiş, %39,8'i ise bu konuda emin olmadığını belirtmiştir.

Kekemelik tanısı olan bireylerin önemli bir kısmının aile öyküsünde de kekemelik bulunduğu görülmüştür. Katılımcıların %41.7'si ailelerinde

kekemelik öyküsü bulunduğunu belirtirken, %58.3'ü ailelerinde böyle bir öykü olmadığını ifade etmiştir.

Ayrıca katılımcılara “Geçmişte ağır, ateşli bir hastalık (havale) geçirdiniz mi?” sorusu yöneltilmiş; kekemelik tanısı olan bireylerin yalnızca %17.5'inin bu tür bir hastalık öyküsüne sahip olduğu belirlenmiştir.

Mevcut çalışmada, tüm katılımcıların (kekemeliği olan ve olmayan bireyler) SF-36/ZSB puanlarının; kekemelik tanısı, cinsiyet, kronik hastalık öyküsü, psikiyatrik ya da psikolojik rahatsızlık geçmişi, psikolojik destek alma durumu gibi değişkenlere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda, kekemelik tanısı olan ve olmayan bireylerin SF-36/ZSB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Benzer şekilde, cinsiyet ve kronik hastalık, değişkenlerine göre de SF-36/ZSB puanlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Buna karşın, psikiyatrik/psikolojik rahatsızlık tanısı olan bireylerin SF-36/ZSB puanlarının, bu tanıya sahip olmayan bireylere kıyasla anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir. Öte yandan, psikolojik terapi desteği alıp almama durumuna göre SF-36/ZSB puanlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Kekemeliği Tanısı Olan ve Olmayan Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Mevcut araştırma bulguları, cinsiyet ile kekemelik tanısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu ve erkek bireylerde kekemelik görülme oranının, kadınlara kıyasla belirgin şekilde daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Elde edilen bu sonuç, kekemeliğin erkeklerde, kadınlara oranla daha yaygın olduğuna dair mevcut literatürle tutarlıdır (Bloodstein vd., 2021; Craig vd., 2002; Yairi & Ambrose, 2013). Literatürde, erken çocukluk döneminde erkek çocuklarda kekemelik oranının, kadınlara kıyasla yaklaşık iki kat daha fazla olduğu; ancak yaş ilerledikçe bu farkın giderek arttığı ve yetişkinlik döneminde erkeklerde kekemeliğin, kadınlara oranla dört ila beş kat

daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Bu durumun, kadın bireylerin kekemelikte iyileşme olasılığının erkeklere kıyasla daha yüksek olmasıyla ilişkili olduğu öne sürülmektedir (Drayna & Kang, 2011; Yairi & Ambrose, 2013). Başka bir ifadeyle, erkeklerde kekemeliğin devam etme riski kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Craig vd., 2002; Yairi & Ambrose, 2013).

Eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde, kekemelik tanısı olan bireylerin olmayanlara kıyasla eğitim düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Bu bulgu, literatürde kekemeliğin şiddeti arttıkça eğitim seviyesinin düştüğünü öne süren çalışmalarla uyumludur (Johnson vd., 2010; O'Brian vd., 2011; Snowling vd., 2001). Klompas ve Ross (2004) tarafından yürütülen çalışmada, katılımcılar, kekemeliklerinin özellikle akademik yaşamlarını olumsuz yönde etkilediğini; okul performanslarının yanı sıra öğretmenleri ve sınıf arkadaşlarıyla olan ilişkilerinde de çeşitli güçlükler yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bununla birlikte, bazı araştırmalar kekemelik ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmadığını savunmaktadır (McAllister vd., 2012; Rees & Sabia, 2014). Bu durum, akademik başarının yalnızca kekemlikle değil, aynı zamanda bireysel özellikler ve çevresel faktörlerle de yakından ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bu durum kekemelik ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkinin daha kapsamlı ve çok boyutlu araştırmalarla ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Araştırmada, katılımcıların kekemelik tanı durumu ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu bulgu, kekemelik yaşayan bireylerin istihdam durumlarının, kekemelik tanısı olmayan bireylerle benzer düzeyde olduğunu göstermektedir. Araştırmamızın bulgularını destekler nitelikte olarak, Klompas ve Ross (2004) tarafından yürütülen bir çalışmada da kekemeliğin meslek seçimi, iş bulma becerisi ve iş ortamındaki sosyal ilişkiler (yöneticiler ve iş arkadaşlarıyla iletişim) üzerinde belirgin bir olumsuz etkisinin olmadığı ortaya konmuştur. Benzer şekilde, Yaruss'un (2010) gerçekleştirdiği bir çalışmada, kekemeliği olan bireylerin %35'i kekemeliğin iş yaşamlarını olumsuz etkilemediğini belirtmiş, %21'i ise kekemeliğin işlerini "çok fazla" ya da "tamamen" etkilediğini ifade etmiştir.

Bununla birlikte, literatürde kekemeliğin iş yaşamı üzerinde olumsuz etkileri olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur. Örneğin, Klein ve Hood (2004) tarafından yapılan araştırmada, katılımcıların %70'ten fazlası kekemeliğin işe alınma ve terfi şanslarını azalttığını belirtmiştir. Katılımcıların %33'ü kekemeliğin iş performanslarını olumsuz etkilediğine inanırken, %20'si kekemelik nedeniyle bir iş teklifini ya da terfiyi reddettiğini ifade etmiştir. Ayrıca, araştırmada işverenlerin kekemeliği olumsuz bir faktör olarak değerlendirdiği ve kekemelik yaşayan bireylerin iş başvurularında dezavantajlı konumda oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Akçay ve Küçük'ün (2020) gerçekleştirdiği nitel bir araştırmada ise, kekemelik yaşayan bireylerin konuşma sırasında yaşadıkları güçlükler nedeniyle kekemeliği bir engel olarak algıladıkları belirlenmiştir. Bu bireylerin iletişim kurma sürecinde yaşadıkları kaygı sebebiyle sosyal ortamlardan uzak durdukları ve insanlarla sürekli etkileşimden kaçındıkları; dolayısıyla bu durumun yalnızca sosyal yaşamlarını değil, aynı zamanda iş yaşamlarını da olumsuz etkilediği vurgulanmıştır. Ayrıca, bazı bireyler kekemelikleriyle ilgili içselleştirilmiş damgalamalar nedeniyle mesleki hedeflerini sınırlayabilmekte; bu durum, iş tekliflerini veya terfileri geri çevirme gibi davranışlara yol açabilmektedir (Bricker-Katz vd., 2013). Boyle (2013a, 2015a) araştırmalarında, kekemelik yaşayan bireylerin damgalanma kaygısıyla kendi potansiyellerini sınırlayabildikleri ve meslek seçimlerinde bu durumun etkili olabildiği ortaya konmuştur.

Mevcut literatür dikkate alındığında, kekemeliği olan bireylerin iş yaşamına ilişkin deneyimlerini olumsuz algılama eğiliminde olabilecekleri göz önünde bulundurulmalıdır. Araştırmamızda ise bu farklılığın ortaya çıkmaması, çeşitli metodolojik ve örneklem sınırlılıklarıyla ilişkili olabilir. Özellikle araştırmanın yalnızca 18–24 yaş aralığındaki bireylerle sınırlı olması ve çalışma durumunun yalnızca "çalışıyor" ya da "çalışmıyor" biçiminde temel düzeyde ele alınması, elde edilen bulguların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Bu yaş grubundaki bireylerin çoğunluğunun hâlâ eğitim hayatına devam ediyor olması ya da yarı zamanlı işlerde çalışıyor olmaları, çalışma durumu açısından

kekemelik tanı grupları arasında anlamlı bir fark oluşmamasına neden olmuş olabilir.

Ayrıca, kekemelik yaşayan bireylerin yüz yüze iletişim gerektirmeyen, sosyal etkileşimin sınırlı olduğu veya iletişim baskısının daha az hissedildiği iş alanlarını tercih ediyor olabileceği de bu sonucun açıklayıcı bir unsuru olabilir. Literatürde, bu tür bireylerin söz konusu türde işlere yönelme eğiliminde olduklarına dair bulgular mevcuttur (Bloodstein vd., 2021). Bununla birlikte, araştırmada çalışma durumuna ilişkin sosyoekonomik bağlam (işin niteliği, gelir düzeyi, iletişim gerekliliği gibi faktörler) dikkate alınmamış; bu da kekemeliğin iş yaşamı üzerindeki etkilerinin daha geniş bir çerçevede değerlendirilmesini sınırlandırmıştır.

Sonuç olarak, gelecekte yapılacak araştırmalarda daha geniş yaş gruplarını kapsayan örneklemelerle çalışılması; bireylerin çalışma durumlarının yalnızca istihdam edilip edilmedikleriyle sınırlı kalmaksızın, işin sosyal, ekonomik ve psikolojik boyutlarıyla birlikte ele alınması ve nitel çalışmalarla desteklenmesi önerilmektedir. Böylece kekemelik yaşayan bireylerin iş yaşamına ilişkin deneyimlerinin daha kapsamlı, derinlemesine ve genellenebilir biçimde anlaşılması mümkün olacaktır.

Kekemeliğe Özgü Soruların Değerlendirilmesi

Katılımcılara yöneltilen “Kekemeliği başlatan stres etkeni veya travmayla karşılaşma durumları” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, katılımcıların %43.7’si kekemelik başlangıcını bir stres etkeni ya da travmatik olayla ilişkilendirmiştir. Katılımcılar; korku, kaygı, boşanma, aile içi çatışma ve ateşli hastalık gibi duygusal stresörlerden etkilendiklerini belirtmişlerdir. Bu bulgu, kekemeliğin ortaya çıkışında psikolojik stresin etkisini vurgulayan çeşitli literatürle örtüşmektedir. Yairi ve Ambrose (1992), kekemelik geliştiren çocukların %43’ünün kekemelikten hemen önce boşanma, taşınma, kardeş kıskançlığı veya zorlayıcı bakım koşulları gibi önemli yaşam stresörleri yaşadığını belirtmiştir. Avcı ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında ise katılımcıların %33.5’i kekemeliğin başlangıcında stres etkeninin etkili olduğunu

belirtmiştir. Özkan ve Akçınar'ın (2023) araştırmasında, kekemeliği olan 83 kişi ile kekemeliği olmayan 139 kişi karşılaştırılmış; “Kekemeliği başlatan stres etkeni veya travmayla karşılaşma durumları” sorusuna %36.1 “Evet”, %15.7 “Hayır” ve %48.2 “Bilmiyorum” cevabı verilmiştir. Bu bulgular, katılımcıların önemli bir kısmının kekemeliği psikolojik stresle ilişkilendirdiğini göstermektedir. Craig, Blumgart ve Tran'ın (2011) araştırmasında stresin yalnızca başlangıçta değil, kekemelik şiddetinde de rol oynayabileceği ortaya konmuştur. Huang ve Pfuetze (2021) tarafından kekemelik yaşayan bireylerde sosyal anksiyete ve geçmiş travmatik deneyimlerin etkisini incelendiği araştırmada zorbalık, aile içi çatışmalar veya erken yaşta yaşanan stresli olayların kekemelik semptomlarını artırabileceğini ortaya konmuştur. Benzer şekilde, Oliveira ve diğerlerinin (2014) Brezilya'da gerçekleştirdiği çalışmada, kekemelik tanısı almış 6–11 yaş arası erkek çocukların %50'sinin geçmişinde ebeveyn ölümü, boşanma veya ciddi hastalık gibi travmatik sayılabilecek duygusal stres etkenleri yaşadığı rapor edilmiştir. Eshghizadeh ve diğerleri (2014) ise kekemeliği olan çocukların annelerinde daha otoriter ebeveynlik stillerine rastlandığını belirterek aile içi etkileşimlerin önemine işaret etmiştir. Nitel araştırmalar da bu bulguları desteklemektedir. Örneğin Maurya ve Singh (2015) tarafından yapılan bir vaka çalışmasında, kekemeliğin yalnızca nörobiyolojik bir bozukluk değil, aynı zamanda savunma mekanizmalarının bir sonucu olarak ortaya çıkabileceği vurgulanmıştır. Benzer şekilde, Moghadam ve diğerlerinin (2017) yaptıkları araştırmada travmatik olayların kekemeliği tetikleyebileceği ve psikolojik müdahalelerin tedavi sürecine katkı sağlayabileceği belirtilmiştir.

Bununla birlikte, kekemeliğin belirgin bir travmatik olay yaşanmaksızın ortaya çıkabileceği, genetik ve nörolojik çalışmalarla ortaya konmuştur. Genetik bulgular, kekemeliğin belirli gen mutasyonları (ör. *GNPTAB/GNPTG/NAGPA* yolları, *AP4E1* ve diğer nörogelişimsel genler) ile ilişkili olabileceğini ve kalıtsal yatkınlığın önemini vurgulamaktadır (Chow vd., 2021; Gunasekaran vd., 2021; Kang vd., 2010; Raza vd., 2015). Nörolojik çalışmalar ise kekemeliğin yalnızca çevresel etkenlerle değil, beyindeki yapısal ve işlevsel

farklılıklarla da ilişkili olabileceğine işaret etmektedir. Fonksiyonel MRI ve diffüzyon tensor görüntüleme (DTI) gibi yöntemlerle yapılan araştırmalar, kekemelik tanısı olan bireylerin beyin yapılarında belirgin farklılıklar bulunduğunu ortaya koymuştur (Chow vd., 2021). Özellikle sol beyin yarıküresi ağlarında zayıf bağlantılar olduğu saptanmıştır (Chow & Chang, 2017; Kell vd., 2018).

Travma ve kekemelik arasındaki bağlantıya yönelik yapılan araştırmalar, kekemeliğin çok etkenli (multifaktöriyel) bir iletişim bozukluğu olduğunu ve bu durumun tek boyutlu bir bakış açısıyla açıklanamayacağını ortaya koymaktadır. Günümüzde yaygın olarak kabul gören çok faktörlü modele göre, kekemelik biyolojik bir yatkınlık zemininde gelişmekte; stres, travma, hızlı dil gelişimi talepleri ve ebeveyn tutumları gibi çevresel faktörler ise bu yatkınlığa sahip bireylerde kekemeliği tetikleyen ya da seyrini etkileyen ikincil etkenler olarak değerlendirilmektedir.

Çalışmamızda elde edilen bulgular, kekemelik tanısı olan bireylerin önemli bir kısmının aile öyküsünde de kekemelik bulunduğunu göstermektedir. Katılımcıların %41.7'sinin ailelerinde kekemelik öyküsü olduğunu belirtmesi, daha önce yapılmış çalışmalarla uyumlu bir bulgudur. Türkiye'de gerçekleştirilen araştırmalarda da kekemeliği olan bireylerin yaklaşık % 40–60'ında ailede kekemelik öyküsü bulunduğu ifade edilmektedir (İbiloğlu, 2011). Erdoğan'ın (2024) 200 kekemelik tanısı olan bireyle gerçekleştirdiği çalışmada, katılımcıların %77'sinin ailesinde kekemelik öyküsü bulunduğu, %23'ünün ise böyle bir öyküye sahip olmadığı bildirilmiştir. Benzer şekilde, Avcı ve diğerlerinin (2002) yürüttüğü çalışmada kekemeliğin birinci derece akrabalarda görülme oranı %18.6, ikinci derece akrabalarda ise %12.2 olarak belirlenmiştir. Kraft ve Yairi (2011) ise kekemeliğin özellikle birinci derece akrabalarda özellikle özdeş ikizlerde görülme olasılığının belirgin biçimde arttığını ortaya koymuştur. Yairi ve Ambrose'un (2013) yürüttüğü bir başka çalışmada ise kalıcı kekemeliği olan çocukların %88'inin ailelerinde kekemelik öyküsü bulunduğu, buna karşılık doğal olarak iyileşen çocukların %65'inin böyle bir aile öyküsüne sahip olmadığı belirlenmiştir. Singer ve arkadaşları (2020), ailesinde kekemelik

öyküsü bulunan çocukların kekemeliği sürdürme olasılığının 1,89 kat daha fazla olduğunu bildirmiştir. Özkan ve Akçınar (2023) tarafından kekemeliği olan 83 birey üzerinde yürütülen bir araştırmada ise katılımcıların %48.2'sinin ailesinde kekemeliği olan başka bireyler bulunduğu, %51.8'inin ise böyle bir öykü bildirmediği belirlenmiştir. Dworzynski ve arkadaşlarının (2007) çalışması, kekemeliğin çoklu genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıkabileceğini göstermektedir. İkiz çalışmaları, aile temelli araştırmalar ve moleküler genetik analizler, kekemeliğin yalnızca kalıtsal bir yatkınlıktan ibaret olmadığını, aynı zamanda çevresel faktörlerin de bu süreci önemli ölçüde etkilediğini ortaya koymaktadır. Bu bulgular, kekemeliğin genetik geçiş ve aile öyküsü ile yakından ilişkili olabileceğini düşündürmekle birlikte, yalnızca biyolojik temelli bir bozukluk olarak ele alınamayacağını; bireysel yaşantılar ve sosyal etkileşimlerin de bu sürece yön verebildiğini ortaya koymaktadır.

Son olarak, katılımcılara “Geçmişte ağır, ateşli bir hastalık (havale) geçirdiniz mi?” sorusu sorulmuş, kekemelik tanısı olan katılımcıların yalnızca %17.5'inin geçmişte ağır, ateşli bir hastalık (havale) geçirdiği ortaya çıkmıştır. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%82.5) böyle bir öyküsünün bulunmadığını ifade ettiğinden, bu değişkenin kekemelik gelişimi açısından belirleyici bir faktör olup olmadığı belirsizliğini sürdürmektedir. Literatürde, ateşli hastalıklar ve nörolojik gelişim arasındaki potansiyel ilişkilere dair çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Kundu ve arkadaşları (2024), tüberküloz menenjitini geçiren bireylerin yaklaşık üçte birinde (%36.36) konuşma bozuklukları, epilepsi ve hemiparezi gibi nörolojik komplikasyonların gözlemlendiğini bildirmiştir. Chitlange ve diğerleri (2024) tarafından, nöbet öyküsü bulunan çocuklarda oturma, yürüme ve konuşma becerilerinde gerileme görüldüğü ortaya konmuştur. Bu araştırma, nöbetlerin motor ve dil gelişimi üzerinde uzun vadeli olumsuz etkileri olabileceğini göstermektedir. Kaba ve Canlı (2024) ise çocukluk döneminde febril konvülsiyon geçiren bireylerde dil gelişiminde gerilik yaşama riskinin arttığını bildirmiştir. Ancak, çalışmamızda kekemelik tanısı olan bireylerin büyük bir çoğunluğunun ateşli hastalık öyküsüne sahip olmadığı göz önünde bulundurulduğunda, ateşli hastalıkların kekemelik gelişimi

üzerinde doğrudan belirleyici bir faktör olduğuna dair güçlü bir kanıt elde edilememiştir. Bununla birlikte, ateşli hastalıkların bazı bireylerde nörolojik gelişimi etkileyebileceği ve bu etkinin bireysel farklılıklara bağlı olarak değişebileceği yönünde literatürde bulgular mevcuttur. Bu doğrultuda, mevcut çalışmanın sonuçları, ateşli hastalıkların nörolojik gelişim üzerindeki uzun vadeli etkilerinin kekemelik açısından nasıl bir rol oynadığına dair daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Özellikle, kekemelik tanısı olan bireylerde nörolojik ve çevresel faktörlerin etkileşimini ele alan daha geniş ölçekli, boylamsa çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Sonuç olarak, elde edilen bulgular, kekemelik tanısı olan bireylerde kekemeliğe özgü belirli özelliklerin tespit edilmesine olanak sağlamaktadır. Bu bulgular, kekemeliğin bireyler üzerindeki çok yönlü etkilerini anlamak adına önemli veriler sunmuş ve bireylerin gereksinimlerine yönelik multidisipliner yaklaşımların geliştirilmesi gerekliliğini vurgulamaktadır.

SF-36/ZSB'nin Kekemelik Tanı, Cinsiyet, Kronik Hastalık, Psikiyatrik/Psikolojik Rahatsızlık ve Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Değerlendirilmesi

Mevcut araştırmada, araştırma örnekleminde kekemelik tanısı olan bireylerle olmayanlar arasında SF-36/ZSB puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Araştırmamızı destekler nitelikte, Erdoğan ve Özgür'ün (2020) Türkiye'de gerçekleştirdikleri çalışmada, 8–18 yaş arasındaki kekemeliği olan ve olmayan çocukların sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri karşılaştırılmış; sonuçlar, iki grup arasında yaşam kalitesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını ortaya koymuştur. Benzer şekilde, Bajaj ve arkadaşlarının (2014), Hindistanda 18-30 yaş aralığındaki kekemeliği olan 30 yetişkin birey üzerinde yürüttükleri araştırmada; kekemeliği olan bireylerin sosyal katılım bağlamında ayrımcılık ve güvensizlik beklentisi taşıdıkları, kekemeliğin yaşamlarının çeşitli alanlarını etkilediği (kişiler arası ve sosyal ilişkiler, eğitim, istihdam ve iş fırsatı) belirtilmiş; ancak sosyal bir durumdaki yaşam kalitelerinin ciddi düzeyde olumsuz etkilenmediği belirtilmiştir. Bu

bulgu, kekemelik tanısı olan bireylerin yaşam kalitelerinin her durumda belirgin biçimde düşmediğini göstermesi açısından dikkat çekicidir.

Araştırma bulgularımızdan farklı olarak, Craig ve arkadaşlarının (2009) gerçekleştirdiği çalışmada ise kekemelik tanısı olan yetişkinlerin, sosyal ve duygusal işlevsellik ile zihinsel sağlık açısından kekemeliği olmayan bireylere kıyasla daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları belirlenmiştir. Yaruss (2010), kekemeliği olan bireylerin çeşitli durumlara karşı olumsuz tepkiler verdiklerini, sosyal ortamlarda iletişimde zorluk yaşadıklarını, yaşam doyumlarının düşük olduğunu ve kekemelik yaşadıklarında yaşam hedeflerine ulaşma becerilerinin azaldığını bildirmiştir. Benzer şekilde, Mansuri ve arkadaşları (2013) ile Rahimi ve arkadaşları (2016) tarafından yürütülen çalışmalarda, kekemeliği olan yetişkin bireylerin yaşam kalitesinin anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ortaya konmuştur.

Nang ve arkadaşlarının (2018) nitel araştırmasında ise kekemeliğin kadın katılımcıların benlik algısı, sosyal ilişkiler, kariyer fırsatları ve toplumsal konumlanmaları üzerinde olumsuz etkiler yarattığı; yaşam kalitelerini belirgin biçimde düşürdüğü görülmüştür. Beilby ve arkadaşlarının (2013) nitel araştırmasında, kekemeliği olan yetişkinlerin yaşam deneyimlerinde “yük” temasının öne çıktığı, katılımcıların kaçınma, utanç ve korku gibi duygularla birlikte otantik bir yaşam sürememe hissi yaşadıkları ve bu durumun kişisel, sosyal ve mesleki alanlarda fırsat kayıplarına yol açtığı belirtilmiştir.

Mevcut bulgu ilk bakışta, kekemelik tanısının zihinsel sağlık temelli yaşam kalitesi üzerinde belirleyici bir etkisi olmadığı şeklinde yorumlanabilir. Ancak verilerin daha bütüncül bir çerçevede değerlendirilmesi, bu sonucun gelişimsel ve toplumsal bağlamda ele alınmasını gerekli kılmaktadır. Nitekim kekemelik tanısı olmayan bireylerin SF-36/ZSB puan ortalaması 47.52 (SS = 19.95), kekemelik tanısı olan bireylerin ise 45.56 (SS = 19.97) olarak bulunmuştur. SF-36 ölçeğinin 0–100 arasında puanlandığı göz önünde bulundurulduğunda, her iki grubun da zihinsel sağlık temelli yaşam kalitesi düzeylerinin sınırlı olduğu görülmektedir. Bu durum, yalnızca kekemelik tanısı olan bireylerin değil, aynı yaş grubundaki (18–24 yaş arası) genel genç yetişkin

popülasyonunun da yaşam kalitesi açısından çeşitli zorluklarla karşı karşıya olduğunu düşündürmektedir. Özellikle Türkiye gibi ekonomik belirsizliklerin, toplumsal baskıların ve gelecek kaygılarının gençler üzerinde yoğun biçimde hissedildiği ülkelerde, bu yaş grubunun yaşam kalitesi düzeylerinin düşük olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Nitekim, Türk ve arkadaşlarının (2022) gerçekleştirdiği araştırmada, 20–40 yaş arası genç yetişkinlerde depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek; stres ve gelecek kaygısının ise orta düzeyde olduğu saptanmış, bu psikolojik yüklerin bireylerde geleceğe yönelik olumsuz duygular, düşük motivasyon ve umutsuzluk gibi deneyimlerle yakından ilişkili olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca, Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK, 2024) Yaşam Memnuniyeti Araştırması verilerine göre, bireylerin ortalama yaşam memnuniyet düzeyi 2023 ve 2024 yıllarında “0” (hiç memnun değil) ile “10” (çok memnun) arasında yapılan değerlendirmede 5,7 olarak hesaplanmıştır.

Ayrıca gelişimsel bağlam açısından Arnett (2000), 18–25 yaş dönemini “beliren yetişkinlik” olarak tanımlamış ve bu dönemi kimlik gelişimi, bağımsızlık kazanımı ve yaşam sorumluluklarının üstlenildiği önemli bir geçiş süreci olarak nitelendirmiştir. Bu dönemde bireyler, akademik ve mesleki yönelimlere karar verme, sosyal ilişkilerini yeniden yapılandırma ve bireysel kimliklerini inşa etme gibi çok boyutlu gelişimsel görevlerle karşı karşıyadır. Bu geçiş süreci, beraberinde yoğun stres faktörlerini de getirebilmekte ve bireylerin zihinsel sağlıklarını olumsuz etkileyebilmektedir (Sawyer vd., 2018).

Bununla birlikte, bu yaş grubundaki bireylerin gelişimsel olarak işlevsel başa çıkma stratejilerini daha etkili kullanabildikleri de bilinmektedir. Compas ve arkadaşları (2001) ile Seiffge-Krenke (2004), bu yaş döneminde bireylerin problem çözme ve bilişsel yeniden yapılandırma gibi işlevsel başa çıkma yollarını tercih etme eğiliminde olduklarını ve psikolojik dayanıklılıklarının giderek güçlendiğini belirtmişlerdir.

Bu nedenle, mevcut çalışmada kekemelik tanısı olan bireylerin zihinsel sağlık düzeylerinin, kekemelik tanısı olmayan bireylerle benzerlik göstermesi

yalnızca tanı durumuna değil; bireylerin psikolojik kaynaklarına, gelişimsel ve toplumsal bağlama ve etkili başa çıkma becerilerine de bağlı olabilir.

İlerleyen bölümlerde ayrıntılı şekilde ele alınan erken dönem uyumsuz şema alanları ve kullanılan işlevsel olmayan başa çıkma stratejileri, bu duruma açıklayıcı bir çerçeve sunarak kekemlikle ilişkili yaşam kalitesi üzerindeki etkilerin daha bütüncül bir şekilde anlaşılmasına katkı sağlamaktadır.

Araştırmamızdan elde edilen bir diğer bulgu, cinsiyet değişkenine göre SF-36/ZSB puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamış olmasıdır. Bu sonuç, cinsiyete bağlı olarak yaşam kalitesinde anlamlı bir fark bulunmadığını bildiren çalışmalarla örtüşmektedir (Blumgart vd., 2012; Demiral vd., 2006; Freud vd., 2017; Gümüş, 2021; Moen & Yu, 2000; Olsen vd., 2023; Wang vd., 2000).

Öte yandan, literatürde cinsiyete bağlı olarak yaşam kalitesi düzeylerinde anlamlı farklılıklar bildirilen çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin, Işıklar (2012) erkek ergenlerin sosyal ve çevresel yaşam kalitesinin kızlardan daha yüksek olduğunu belirtirken, Abdel-Khalek (2010) 18–28 yaş aralığındaki bireylerde erkeklerin genel yaşam kalitesinin kadınlara göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Buna karşılık, Ünal'ın (2012) 18–33 yaş aralığındaki üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada, kadın katılımcıların yaşam memnuniyeti düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu görülmüştür.

Mevcut bulgu, örneklemimizin büyük ölçüde büyükşehirlerde yaşayan, 18–24 yaş aralığında ve çoğunluğu üniversite öğrencisi olan genç yetişkin bireylerden oluşmasıyla ilişkilendirilebilir. Bu gelişimsel dönemde bireylerin istihdam, ekonomik sorumluluklar ve toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin deneyimlerinin sınırlı olması, yaşam kalitesine yansıyan cinsiyet temelli farklılıkların henüz belirginleşmemiş olabileceğini düşündürmektedir. Dolayısıyla, cinsiyete bağlı anlamlı bir farkın SF-36/ZSB'ne yansımamış olması bu bağlamda değerlendirilebilir.

Mevcut araştırma bulguları, kronik hastalığı olan ve olmayan bireyler arasında SF-36/ZSB puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını ortaya koymuştur. Literatürde, kronik hastalıkların bireylerin

yaşam kalitesi ve zihinsel sağlıkları üzerinde önemli etkiler yaratabileceğini belirten çalışmalar (Hoffman vd., 2007; Hu vd., 2024; Moussavi vd., 2007; Sturgeon & Zautra, 2010) bulunmakla birlikte, bu etkilerin bireysel ve çevresel faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterebileceğini ortaya koyan araştırmalar da mevcuttur. Örneğin, Kangas ve diğerlerinin (2025) yürüttüğü sistematik derleme çalışmasında; genç bireylerin, erkeklerin, güçlü sosyal desteğe sahip olanların, evli kişilerin, yüksek eğitim düzeyine ve gelire sahip olanların ve şehirde yaşayanların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini artırmada sosyal belirleyicilerin de mutlaka dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Kronik hastalık varlığının SF-36/ZSB puanları açısından anlamlı bir farklılık göstermemesi ise mevcut araştırmanın örneklem özellikleriyle ilişkili olabilir. Bu çalışmada, katılımcıların yalnızca %10.3'ünün kronik bir hastalığa sahip olduğu öğrenilmiştir. Mevcut çalışmada, SPSS programı aracılığıyla rastgele seçilen, herhangi bir kronik hastalığa sahip 22 katılımcı ile herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan 22 katılımcı yer almıştır. Ayrıca kronik hastalık durumu yalnızca “var mı, yok mu?” ve “türü nedir?” şeklinde sınırlı olarak sorgulanmıştır. Bu nedenle, hem analize dahil edilen katılımcı sayısının sınırlı oluşu hem de hastalık durumunun ikili (var/yok) düzeyde ölçülmesi, elde edilen bulgulara temkinli yaklaşmayı gerekli kılmaktadır.

Literatürde de görüldüğü gibi, geç ergenlik veya beliren yetişkinlik dönemlerinde kronik hastalık varlığı genellikle yüksek oranlarda rapor edilmemektedir (Watson vd., 2022). Bununla birlikte, bu dönemde kronik bir hastalıkla karşı karşıya kalan bireyler için, hastalıkla nasıl başa çıkıldığı önemli bir değişken olarak öne çıkmaktadır. Nitekim Taylor ve Stanton (2007), kronik hastalıkların birey üzerindeki olumsuz etkilerinin sosyal destek, öz yeterlilik ve olumlu başa çıkma stratejileri yoluyla hafifletilebileceğini ileri sürmektedir. Benzer şekilde, Hernández ve arkadaşlarının (2019) yürüttükleri çalışmada, kanser tanısı almış genç yetişkinler ile yaşlı bireyler arasında başa çıkma stratejileri açısından anlamlı farklar tespit edilmiştir. Genç yetişkinlerin daha aktif başa çıkma yöntemlerine yönelme eğiliminde oldukları, yaşlı bireylerin ise

daha kabullenici ve duygusal yönelimli stratejiler tercih ettikleri belirlenmiştir. Nieto ve arkadaşlarının (2020) gerçekleştirdiği araştırmada da benzer bulgulara ulaşılmış; genç yetişkinlerin yaşlı bireylere kıyasla daha fazla problem odaklı ve umut temelli başa çıkma stratejileri kullandıkları, yaşlı bireylerin ise daha çok kabullenme ve duygusal düzenleme stratejilerine başvurdukları bildirilmiştir.

Bu bağlamda, araştırmamızda kronik hastalık varlığının SF-36/ZSB puanları açısından anlamlı bir fark oluşturmamış olması, örneklem grubunun genç bireylerden oluşmasıyla ilişkili olabilir. Bu durum, katılımcıların etkili başa çıkma mekanizmalarına ya da yeterli sosyal destek kaynaklarına sahip olabilecekleri ihtimalini akla getirmektedir. Kronik hastalıkların zihinsel sağlık üzerindeki etkilerinin daha kapsamlı örneklerle ve hastalık türleri ayrıştırılarak ele alınması, alana önemli katkılar sağlayacaktır.

Bununla birlikte, psikiyatrik/psikolojik rahatsızlık tanısı olan bireylerin SF-36/ZSB puanının, bu tanıya sahip olmayan bireylere göre anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, psikiyatrik/psikolojik rahatsızlıkların bireylerin yaşam kaliteleri üzerinde ciddi etkiler yaratabileceğini ve bu rahatsızlıklara sahip bireylerin genel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebileceğini ortaya koymaktadır. Literatürde, psikiyatrik rahatsızlıkların işlevsellik kaybına yol açarak zihinsel sağlık ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiler yarattığını gösteren benzer çalışmalar mevcuttur (Kessler vd., 2003). Özellikle anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu gibi yaygın psikiyatrik bozuklukların, bireylerin zihinsel sağlık düzeylerini ve genel yaşam memnuniyetini ciddi şekilde düşürdüğü bilinmektedir (Kessler vd., 2003; Sareen vd., 2006). Ayrıca, bu rahatsızlıkların yalnızca zihinsel sağlık değil, genel yaşam kalitesinde de önemli düşüslere yol açtığı gösterilmiştir (Moussavi vd., 2007). Bu bulgu, psikiyatrik rahatsızlıkların bireylerin yaşam kalitesini artırmak için psikososyal müdahalelerin önemini vurgulamaktadır.

Araştırmamızda, katılımcıların psikolojik terapi desteği alıp almama durumuna göre SF-36/ZSB puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Psikolojik terapi desteği alıp almama durumunun SF-36/ZSB açısından anlamlı bir farklılık göstermemesi ise mevcut araştırmanın örneklem

özellikleriyle ilişkili olabilir. Bu çalışmada, katılımcıların yalnızca % 41.8'inin psikolojik terapi desteği aldığı öğrenilmiştir ve SPSS programı aracılığıyla rastgele seçilen, psikolojik terapi desteği alan 89 katılımcı ile almayan 89 katılımcı yer almıştır. Mevcut çalışmada, katılımcıların aldıkları terapinin türü, süresi gibi diğer değişkenler kontrol edilmemiştir. Oysa literatürde, psikolojik terapi desteğinin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkiler yaratabildiği çeşitli çalışmalarda vurgulanmaktadır (Cuijpers vd., 2014; Cuijpers vd., 2016). Mevcut bulgu, psikolojik destek almanın yaşam kalitesi üzerinde her bireyde aynı düzeyde etki yaratmayabileceğini ve terapi sürecinin etkisinin birçok değişkene bağlı olabileceğini akla getirmektedir. Nitekim, terapiye başvurma kararı, bireyin ruhsal zorlanma düzeyiyle ilişkili olabileceği gibi, terapi süresinin uzunluğu, yöntemi, danışanın hazırbulunuşluğu ve terapötik ilişki kalitesi gibi etmenler de terapinin etkinliğini etkileyebilmektedir (Norcross & Lambert, 2018; Norcross & Wampold, 2011).

Ayrıca, çalışmamızda terapi süresi, yöntemi, başvuru nedeni gibi detaylar sorgulanmamış olup, bu durum verilerin yorumlanmasında sınırlılık oluşturabilir. Gelecek araştırmalarda, terapi türü (bireysel, grup), süresi ve müdahale hedefleri gibi değişkenler ayrıntılı biçimde incelenerek, psikolojik destek sürecinin yaşam kalitesi üzerindeki etkileri daha bütüncül bir şekilde değerlendirilebilir.

Kekemelik Tanısına Göre Erken Dönem Şema ve Şema Alanlarının Değerlendirilmesi

Araştırma soruları doğrultusunda yapılan analizler sonucunda, kekemelik tanısı olan bireylerin bazı erken dönem şemalarda, kekemelik tanısı olmayan bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar aldığı tespit edilmiştir. Buna göre, bağımlılık, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, duyguları bastırma, kusurluluk, büyüklenmecilik ve cezalandırıcılık şemalarında, kekemelik tanısı olan bireylerin olmayanlara göre puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bu bulgular, literatürde bu alanda yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalardan biri olan Alipour ve arkadaşlarının (2016) araştırmasıyla paralellik göstermektedir. Söz konusu çalışmada, kekemelik tanısı olan ergenlerin; normal gelişim gösteren akranlarına kıyasla daha yüksek düzeyde işlevsel olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejileri kullandıkları, üstbilişsel inançlarında farklılıklar bulunduğu ve daha fazla erken dönem uyumsuz şema deneyimledikleri bildirilmiştir. Aynı çalışmada, duygusal yoksunluk, terk edilme, güvensizlik/sosyal izolasyon, kusurluluk, başarısızlık, bağımlılık ve duyguları bastırma şemaları; kekemelik tanısı olan bireylerde baskın psikolojik yapılar olarak öne çıkmıştır. Bu doğrultuda, kekemelik tanısı olan bireylerin sosyal bağlantılar kurma konusunda, kekemelik tanısı olmayan bireylere kıyasla daha fazla zorluk yaşadıkları görülmektedir. Mevcut araştırma bulguların da da bu bireylerde sosyal ilişkileri etkileyebilecek özellikle duyguları bastırma, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, kusurluluk, bağımlılık gibi bazı erken dönem uyumsuz şemaların benzer çıktığı görülmektedir. Örneklemimizde farklı olarak cezalandırıcılık ve büyüklenmecilik şemaları yer almaktadır. Özellikle bağımlılık, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, duyguları bastırma, kusurluluk, büyüklenmecilik ve cezalandırıcılık şemalarında gözlemlenen yükseklik, bu bireylerin içsel dünyalarında taşıdıkları bazı ortak inanç ve duygulara işaret etmektedir. Bu şemaların temelinde bireyin kendisini yetersiz görmesi, sevmeye ve kabul görmeye layık olmadığını düşünmesi, sosyal ilişkilerde dışlanacağına ya da yargılanacağına dair beklentiler taşıması gibi bilişsel ve duygusal kalıplar yer almaktadır (Young vd., 2003; Arntz & Jacob, 2016).

Tüm bunlarla birlikte, mevcut çalışmada şemaların SF-36/ZSB üzerinde etkilerinin incelendiği akılda tutulmalıdır. SF-36/ZSB sosyal işlevsellik, zihinsel sağlık, duygusal sorunlara bağlı rol kısıtlılığı ve enerji ile canlılık ruhsal açıdanda iyi olma hali gibi alt boyutlardan oluşmaktadır (Alonso vd., 2004; Demiral vd., 2006; Liu vd., 2017). Söz konusu bağlam SF-36/ZSB'nin psikopatolojilerle yakın ilişkisini de ortaya koymaktadır. Dolayısıyla şemaların SF-36/ZSB üzerindeki etkilerini tartışırken yaşam kalitesiyle ilişkili olan

psikopatolojilerden de bahsetmek yerinde olacaktır. Nitekim, Okyay ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında, anksiyete ve depresyon belirtileri gösteren bireylerin yaşam kalitesi puanlarının anlamlı biçimde daha düşük olduğu, ayrıca psikolojik sağlık alanı ile genel sağlık durumu arasında güçlü bir negatif ilişki bulunduğu rapor edilmiştir. Benzer şekilde, bipolar bozukluk, şizofreni ve depresyon gibi psikolojik hastalıklarla yaşam kalitesi arasında negatif ilişkiler olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (Arat Çelik vd., 2022; Brissos vd., 2008; Woon vd., 2010). Bu bulgular, SF-36/ ZSB'nin, bireyin psikolojik iyilik hali ve genel yaşam kalitesi açısından duyarlı bir gösterge olduğunu ve psikolojik belirtilerle yakından ilişkili olduğunu desteklemektedir.

Literatürde kaygı bozukluğu tanısı almış bireylerde de duyguları bastırma, bağımlılık, terk edilme, dayanıksızlık ve kendini feda şemalarının baskın olduğu bildirilmektedir (Welburn vd., 2002). Yancar Demir ve Soygüt'ün (2014) çalışmasında ise, panik atak ile dayanıksızlık ve yapışıklık/gelişmemiş benlik şemaları arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Ayrıca, Bilge ve Balaban'ın (2021) erken dönem uyumsuz şemalar ile kişilik bozuklukları arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmada, paranoid, şizotipal, şizoid, antisosyal, borderline, obsesif-kompulsif ve kaçınmacı kişilik bozukluklarını en güçlü şekilde yordayan şemanın sosyal izolasyon/güvensizlik olduğu ortaya konmuştur.

Mevcut araştırmada, şemaların yanı sıra dört şema alanı (zedelenmiş otonomi, zedelenmiş sınırlar, kopukluk/bağımsızlık ve aşırı uyarılmışlık) açısından da kekemelik tanısı olan ve olmayan bireyler karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırma sonucunda, yalnızca kopukluk/bağımsızlık şema alanında anlamlı düzeyde bir farklılık tespit edilmiştir. Bu şema alanı; terk edilme, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, duyguları bastırma ve kusurluluk gibi erken dönem uyumsuz şemaları içermektedir (Karaosmanoğlu vd., 2024). Benzer şekilde, Alipour ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında da anlamlı çıkan duygusal yoksunluk, terk edilme, güvensizlik/sosyal izolasyon, kusurluluk, başarısızlık, bağımlılık ve duyguları bastırma şemalarının kopukluk/bağımsızlık alanı kapsamında yer aldığı ve kekemelik tanısı olan bireylerde bu şemaların daha belirgin olduğu akılda tutulmalıdır. Bu bağlamda, kopukluk/bağımsızlık şema alanı, kekemelik tanısı olan

bireyler açısından ayırt edici ve klinik olarak dikkate değer bir etken olarak değerlendirilebilir.

Karaosmanoğlu ve arkadaşlarının (2024) araştırmasında obsesif-kompulsif bozukluğun en çok kopukluk ve aşırı duyarlılık şema alanlarıyla ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır. Depresyonun ise hem kopukluk hem aşırı duyarlılık hem de zedelenmiş özerklik/performans alanlarıyla güçlü ilişkiler taşıdığı bulunmuştur. Anksiyete belirtilerinin en çok aşırı duyarlılık alanıyla, paranoid düşünce semptomlarının ise hem kopukluk hem de aşırı duyarlılık alanlarıyla anlamlı düzeyde ilişkili olduğu ortaya konmuştur.

Kekemelik tanısı açısından şemalar değerlendirildiğinde, kekemelik bireyin kendini ifade etmesini zorlaştıran ve özellikle sosyal etkileşimlerde belirginleşen bir farklılık olarak, olumsuz inanç ve duyguları tetikleyebilir. Nitekim Butler (2013) ile Constantino ve arkadaşları (2017) çalışmalarında, kekemelik yaşayan bireylerin sosyal dışlanma ve değersizleştirilme korkusuyla kekemeliklerini gizlemeye yönelik stratejiler geliştirdikleri ortaya konmuştur. Boyle ve arkadaşları (2018b) ile Corrigan ve arkadaşlarının (2010) bulguları ise, açıklığın yani bireyin kekemeliğini açıkça ifade etmesi ya da görünür kılması durumunun öz damgalamanın yaşam kalitesi üzerindeki etkisini azaltabileceğini göstermektedir. Açıklığın benlik saygısını artırabileceği, gizlilik kaygılarını azaltarak destekleyici sosyal çevre edinimini kolaylaştırabileceği ve bireylere daha fazla kontrol hissi kazandırabileceği vurgulanmıştır (Boyle vd., 2018b).

Özellikle sosyal görünürlüğün arttığı durumlarda, konuşma sırasında yaşanan kontrol kaybı, bireyin kendini yetersiz, kusurlu ya da kabul edilemez biri olarak algılamasına neden olabilir. Bu bağlamda, kekemelik tanısı olan bireylerde kusurluluk şemasının belirginleşmesi, konuşma akıcılığına ilişkin öz-eleştirel düşüncelerden kaynaklanıyor olabilir. Bu durum; utanç, sosyal kaygı ve dışlanma korkusu gibi duygularla birleştiğinde, bireyin benlik algısını zedeleyerek sosyal bağ kurma kapasitesini olumsuz yönde etkileyebilir (Boyle vd., 2018a; Huang & Pfuete, 2021).

Araştırmalar, bireyin kendine yönelik acımasız ve yargılayıcı tutumlarının başka bir deyişle, yüksek öz-eleştiri ve düşük öz-şefkat düzeylerinin ruhsal

sağlık üzerinde olumsuz etkiler yarattığını göstermektedir. Bu özellikler, kendilikle ilgili olumsuz duygularla (örneğin utanç, yetersizlik hissi) bağlantılı olduğu gibi, birçok farklı psikopatolojik belirtille de ilişkili bulunmuştur (Gilbert, 2010; Neff, 2003; Muris & Petrocchi, 2016; Werner vd., 2019).

Kekemeliğe eşlik eden temel duygulardan biri olan utanç, bireyin sosyal görünürlüğü arttıkça daha belirgin hale gelmektedir. Göz temasından kaçınma, kızarma, titreme, konuşmayı reddetme ya da ellerle oyalayıcı davranışlarda bulunma gibi tepkiler, utanmanın dışa yansıyan belirtileri arasında yer almakta ve kekemelik yaşayan bireylerde sıklıkla gözlemlenmektedir (Daniels & Gabel, 2004; Lewis, 1992). Bu tür davranışlar yalnızca sosyal ortamlarda ortaya çıkan geçici duygusal tepkiler değil, aynı zamanda bireyin içsel benlik algısındaki olumsuzlukların davranışsal yansımaları olarak da değerlendirilebilir.

Nitekim, kekemelik yaşayan bireylerin önemli bir kısmının; acı verici yaşantılardan ve yoğun utanç duygusundan korunmak amacıyla konuşmaktan kaçınma, sözcükleri değiştirme ya da sosyal etkileşimlerden uzak durma gibi savunma ve güvenlik stratejileri geliştirdikleri görülmektedir (Klein & Hood, 2004; Plexico vd., 2019). Bu durum zamanla bireyin sosyal katılımını sınırlayarak hem sosyal işlevselliği hem de öz-değer algısını zayıflatabilir. Huang ve Pfuete (2021), kekemeliğin yalnızca bir iletişim güçlüğü değil, aynı zamanda bireyin yaşamını derinden etkileyen ve zamanla kimliğinin temel bir bileşeni haline gelen bir deneyim olduğunu vurgulamaktadır.

Araştırmamızda öne çıkan şemaların büyük bir bölümü, kekemeliğe eşlik eden olumsuz duygular ve inançlarla doğrudan ilişkilidir. Özellikle sosyal izolasyon, kusurluluk, duyguları bastırma, duygusal yoksunluk ve cezalandırıcılık şemaları; bireyin kendini dışlanmış, eksik, değersiz ve sürekli yargılanan biri olarak algıladığı bilişsel örüntüleri yansıtmaktadır (Young vd., 2009). Nitekim kekemelik tanısı olan bireylerde sosyal izolasyon eğiliminin yaygın olduğu, önceki çalışmalarda da ortaya konmuştur (Hayhow vd., 2002; Van Riper, 1982).

Bağımlılık ve büyükenmecilik şemaları ise bireyin yeterlilik algısıyla ilişkili iki zıt uçta yer alan savunma biçimlerini temsil etmektedir. Bazı bireyler

özerklik geliştirmekte zorlanarak başkalarına aşırı bağımlı hale gelirken, bazıları ise eksik özgüveni telafi etmek amacıyla kendilerini ayrıcalıklı ya da üstün görme eğiliminde olabilir (Rafaeli vd., 2011). Bu tür şemalar, bireyin kendilik algısı ve kişilerarası ilişkileri üzerinde doğrudan belirleyici olabilmektedir.

Kekemelik, bireyin kendini ifade etmesini güçleştirerek sosyal etkileşimlerde aksamalara yol açabilir; bu da zamanla başarısızlık algısı, sosyal kaygı ve yoğun utanç gibi duyguların gelişmesini tetikleyebilir (Daniels & Gabel, 2004; Plexico vd., 2009). Dolayısıyla, erken dönem uyumsuz şemaların, kekemlikle birlikte ortaya çıkan psikolojik deneyimleri anlamlandırmada önemli bir çerçeve sunduğu söylenebilir.

Arntz ve Jacob'a (2016) göre, büyüklenmecilik şemasına sahip bireyler kendilerini kuralların üstünde görebilir, özel muamele bekleyebilir ve empati kurmakta zorlanabilir. Kekemelik tanısı taşıyan bireylerde, konuşma sırasında yaşanan engellenmişlik hissi (Silverman, 2003) ve buna eşlik eden öfke duygusu (Daniels & Gabel, 2004), bu şemanın gelişimini tetikleyebilir. Sosyal etkileşimlerde yaşanan zorluklar, bireyin sınırlandırıldığını hissetmesine ve bu bağlamda daha savunmacı, tepeden bakan, manipülatif ya da aşırı özerklik arayışında bir tutum geliştirmesine yol açabilir (Arntz & Jacob, 2016; Rafaeli vd., 2013; Young vd., 2003). Bu tür tepkiler, bireyin benlik bütünlüğünü korumaya yönelik içsel bir çaba olarak değerlendirilebilir.

Ayrıca araştırma bulguları, kekemelik tanısı olan bireylerde cezalandırıcılık şemasının yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, söz konusu bireylerin kendilerine karşı daha katı, yargılayıcı ve cezalandırıcı bir iç ses geliştirdiklerine işaret etmektedir. Cezalandırıcılık şeması, bireyin hata yapmayı affedilmez görmesine ve hem kendine hem başkalarına karşı sert, yargılayıcı bir tutum geliştirmesine neden olur. Bu şemaya sahip bireyler, hata karşısında yoğun suçluluk ve utanç hisseder, kendilerini değersizleştirir ve içsel eleştirileri yüksektir (Arntz & Jacob, 2016). Kekemelik tanısı olan bireylerde de benzer şekilde, konuşma sırasında hata yapmaya karşı düşük tolerans, yüksek beklentiler, mükemmelliyetçilik ve aşırı öz-eleştiri eğilimleri gözlemlenmektedir (Amster & Klein, 2008; Cangı, 2011). Bu bireylerin,

kekemeliklerini kontrol altına alamadıkları anlarda, kendilerini sert biçimde yargılamaları ve başarısızlık hissi yaşamaları, cezalandırıcılık şemasının etkileriyle örtüşmektedir. İçselleştirilmiş bu eleştirel tutumun, bireyin öz-şefkat geliştirmesini engelleyebileceği ve konuşma esnasındaki baskıyı artırabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak, kekemelik yaşayan bireylerde gözlemlenen katı içsel disiplin, kendine karşı sabırsızlık ve yüksek kontrol ihtiyacı, cezalandırıcılık şemasıyla ilişkili olabilir. Bu şema, bireyin hata yapmaya tahammülsüz yaklaşmasını ve kendine yönelik yoğun öz-eleştiriler geliştirmesini beraberinde getirebilir. Bu nedenle, kekemelikle ilişkili psikoterapötik müdahalelerde, bireyin kendilik algısını yumuşatmaya, öz-şefkati geliştirmeye ve cezalandırıcı iç sesle çalışmaya yönelik yaklaşımlar geliştirilmesi, tedavi süreci açısından önemli bir hedef olarak değerlendirilebilir.

Elde edilen bulgular birlikte değerlendirildiğinde, kekemelik tanısı olan bireylerin yalnızca konuşma akıcılığıyla ilgili bir güçlük yaşamadıklarını aynı zamanda erken dönem yaşantılardan kaynaklanan bilişsel ve duygusal şematik örüntülerle de başa çıkmak durumunda kaldıklarını göstermektedir. Kekemelik tanısının diğer birçok psikopatolojide olduğu gibi bağlanma biçimleri, kendilik algısı ve duygusal ifade süreçleriyle ilişkili temel şemalarda belirginleştiği görülmektedir. Özellikle sosyal ilişkilerde yaşanan zorluklar, dışlanma beklentisi ve duyguların bastırılması gibi bilişsel-duygusal örüntüler, kekemeliğe eşlik eden şemaların yalnızca konuşma davranışını değil, aynı zamanda bireyin tüm sosyal işlevselliğini etkileyebilecek bir yapıda olduğunu ve yaşam kalitesini de önemli ölçüde etkileyebildiğini göstermektedir. Iverach ve diğerleri (2021) terapötik süreçlerde yalnızca yüzeydeki semptomlara değil; bireyin içsel dünyasını yapılandıran derin psikolojik örüntülere odaklanmanın psikolojik iyi oluşun desteklenmesi açısından kritik bir rol oynadığını belirtmiştir.

Sonuç olarak bu bulgular, kekemelik tanısı olan bireylerde erken dönem uyumsuz şemalara yönelik farkındalığın artırılmasının ve bu şemaların terapötik müdahalelerle ele alınmasının önemine işaret etmektedir. Böyle bir yaklaşım,

yalnızca semptom düzeyinde değil; aynı zamanda bireyin yaşam kalitesi ve genel zihinsel sağlığı üzerinde de iyileştirici etkiler yaratabilir. Gelecek araştırmalarda, bu şemaların bireylerin günlük yaşantılarına, kişilerarası ilişkilerine ve kendilik deneyimlerine olan etkilerinin daha kapsamlı biçimde incelenmesi önerilmektedir.

Araştırma Modeline Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi

Zedelenmiş otonomi, kopukluk, zedelenmiş sınırlar ve aşırı uyarılmışlık şema alanlarının SF-36/ZSB ile negatif yönlü, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler göstermesi, erken dönem uyumsuz şemaların bireylerin zihinsel sağlıkları üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, bireylerin erken dönem uyumsuz şemalardan aldıkları puanlar arttıkça, SF-36/ZSB puanlarında azalma yaşadığını ortaya koymaktadır. Ayrıca mevcut çalışmada, şema başa çıkma stratejilerinden aşırı telafi, teslim ve kaçınma stratejilerinin SF-36/ZSB ile negatif yönlü, orta düzeyde anlamlı ilişkiler gösterdiği belirlenmiştir.

Şema terapi modeli kapsamında, erken dönem uyum bozucu şemalar ile işlevsel olmayan şema başa çıkma stratejilerinin birleşimi, ruhsal hastalıkların kavramsal çekirdeğini oluşturduğu belirtilmektedir (van Vreeswijk vd., 2012). Ayrıca kaçınma, teslim ve aşırı telafi gibi uyumsuz başa çıkma stratejileri, bireyin mevcut psikolojik stres faktörleriyle sağlıklı bir şekilde yüzleşmesini engelleyerek, zihinsel sağlık üzerinde yıpratıcı etkiler yaratabilmektedir (Rafaeli vd., 2013; Young vd., 2003).

Pek çok araştırmada da şemaların dikkat eksikliği, sosyal kaygı, kişilik bozuklukları, depresyon, uykusuzluk ve yeme bozukluğu gibi, çok sayıda psikolojik bozukluk için anlamlı birer yordayıcı olduğu görülmektedir (Balaban, 2020; Hart & Waller, 2002; Petrocelli vd., 2001; Waller vd., 2000). Benzer şekilde, Dostal ve Pilkington'un (2023) sistematik incelemesinde, obsesif-kompulsif bozuklukla tüm erken dönem uyumsuz şemaların ilişkili olduğu; ancak bağımlılık, zarar görmeye karşı hassasiyet ve kötümserlik şemalarının en yüksek etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir. Eldoğan'ın (2012) 240

üniversite öğrencisiyle yürüttüğü çalışmada, erken dönem uyumsuz şemalar ile sosyal fobi belirtileri arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı rol oynadığı bulunmuştur. Özellikle ayrılma ve reddedilme, zedelenmiş özerklik ve performans ile zedelenmiş sınırlar şema alanlarında yüksek puan alan bireylerin sosyal fobi belirtileri gösterme olasılığının daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde, İlk ve Bilge'nin (2023) 14-18 yaş arası 520 öğrenciyle gerçekleştirdiği çalışmada, erken dönem uyumsuz şemaların kişilik bozukluklarını %19 ila %53 arasında değişen oranlarda yordadığı belirtilmiştir. Bu bulgular, erken dönem şemalarının hem eksen 1 bozuklukları (örneğin sosyal fobi) hem de eksen 2 yapılanmaları (örneğin kişilik bozuklukları) ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Sarabi Hosseinzadeh ve arkadaşlarının (2024) gerçekleştirdiği bir çalışmada, tip 2 diyabetli kadınlarda erken dönem uyumsuz şemaların yaşam kalitesi üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bulgular, özellikle "bozulmuş özerklik ve performans" şema alanının yaşam kalitesiyle negatif yönde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Bidadian ve diğerleri (2011) çalışmasında, obez bireylerde erken dönem uyumsuz şemaların yaşam kalitesiyle negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Regresyon analizleri, özellikle duygusal yoksunluk, güven/istismar, iç içelik/gelişmemiş benlik, başarısızlık ve yetersiz öz denetim/öz disiplin şemalarının yaşam kalitesi üzerinde anlamlı yordayıcılar olduğunu ortaya koymuştur.

Dolayısıyla, erken dönem uyumsuz şemaların bireylerin psikolojik işlevselliği üzerindeki etkisinin zihinsel sağlık üzerinden ele alınması; kaygı temelli bozukluklar, kişilik yapılanmaları ve benzeri klinik tabloların daha bütüncül bir biçimde anlaşılmasına olanak tanımaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) (2014) göre zihinsel sağlık, bireyin kendi yeteneklerini gerçekleştirebildiği, yaşamın normal stresleriyle başa çıkabildiği, verimli ve üretken çalışabildiği ve topluma katkıda bulunabildiği bir iyilik hâlidir. Zihinsel sağlık, yalnızca ruhsal bozuklukların yokluğu değil; aynı zamanda bireyin duygusal, bilişsel ve sosyal alanlarda işlevselliğini sürdürebilme kapasitesiyle tanımlanır. Bu bağlamda, erken dönem şemaların bireyin benlik algısı,

kişilerarası ilişkileri ve genel yaşam doyumu üzerindeki etkileri dikkate alındığında, bu şemaların zihinsel sağlıkla yakından ilişkili temel yapılar olduğu görülmektedir.

Zedelenmiş Otonomi Şema Alanının SF-36/ZSB Açısından Değerlendirilmesi

Yapılan analizler sonucunda, zedelenmiş otonomi şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki doğrudan etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, ancak teslim ve kaçınma başa çıkma stratejilerinin bu ilişkiye tam aracılık ettiği belirlenmiştir. Buna karşın, aşırı telafi başa çıkma stratejisinin SF-36/ZSB üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Ayrıca, modelden elde edilen bir diğer önemli bulgu, kekemelik tanısının zedelenmiş otonomi ile SF-36/ZSB arasındaki ilişkiye doğrudan düzenleyici bir etkisinin olmadığıdır. Kekemelik tanısının zedelenmiş otonomi ile SF-36/ZSB üzerinde doğrudan bir düzenleyici etkisinin bulunmaması, kekemeliğin bu ilişkiyi tek başına yönlendiren belirleyici bir değişken olmadığını göstermektedir. Özellikle teslim stratejisinin tam aracılığı, bireylerin zedelenmiş otonomi şemalarına karşı mücadele etmek yerine, bu şemalara boyun eğerek kendilerini edilgen bir konuma yerleştirdiklerini göstermektedir. Bu, bireyin yaşam olayları üzerinde kontrolü olmadığını düşünmesine ve çaresizlik hissini pekişmesine daha da fazla yol açabilir. Benzer şekilde, kaçınma stratejisinin de tam aracılık göstermesi, bireyin sorunlarla yüzleşmek yerine bunlardan kaçınmayı tercih ettiğini ve bu durumun yaşam kalitesi açısından olumsuz sonuçlar doğurduğunu göstermektedir.

Bu bulgular, kekemelik yaşayan bireylerde yaşam kalitesi düzeylerinin sadece konuşma zorluğuna değil, kullanılan başa çıkma mekanizmalarına bağlı olduğunu düşündürmektedir. Nitekim, Karaosmanoğlu ve diğerlerine (2024) göre, zedelenmiş otonomi şema alanına ait şemalar, (örneğin başarısızlık, bağımlılık, boyun eğicilik ve içeçelik) bireyin kendi potansiyelini gerçekleştirme ve sağlıklı bir şekilde özerklik geliştirme becerisini zayıflatmaktadır. Bu durum, bireylerde ya edilgen kabullenme (teslim) ya da duygusal kaçınma (örneğin bastırma, uzaklaşma) gibi tepkilere yol açarak psikolojik iyi oluşu olumsuz

etkileyebileceği belirtilmiştir (Rafaeli vd., 2011). Corrigan ve arkadaşları tarafından (2010) kekemeliğin kabul edilmesinin, bireylerin bu durumu daha açık bir şekilde ifade etmelerine katkı sağladığı ve yaşam kalitelerinde olumlu etkiler yarattığı belirtilmektedir. Kekemeliklerini açıkça ifade eden bireylerin, zaman baskısını azaltarak iletişim sürecini kolaylaştırdığı ve dinleyiciden daha fazla destek gördüğü belirtilmiştir (Plexico vd., 2009). Ünal'ın (2012) üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmaya göre, zedelenmiş otonomi/başkalarına yöneliklik alanlarının depresif belirtiler ve diğer psikolojik semptomlarla pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde Sağ (2016)'ın yaptığı araştırmaya göre de psikolojik iyi oluş ile zedelenmiş otonomi alanının negatif yönde anlamlı ilişkiler gösterdiği görülmüştür.

Mevcut araştırmada aşırı telafi stratejisinin SF-36/ZSB üzerindeki etkisinin anlamlı çıkmaması ise dikkat çekicidir. Aşırı telafi, bireyin olumsuz şema inançlarını aşırı bir şekilde tersine çevirmeye çalıştığı bir stratejidir. Yetersizlik hisseden bir bireyin kendini sürekli mükemmeliyetçilikle kanıtlama çabası buna örnek verilebilir (Rafaeli vd., 2013). Ancak bu strateji, kısa vadede işlevsel gibi görünse de uzun vadede bireyin içsel ihtiyaçlarıyla temas kurmasını engelleyerek uzun vadede tükenmişliğe ve stresin artmasına neden olabileceği belirtilmektedir (Arntz & Jacob, 2012). Young ve diğerleri (2003), bireylerin başa çıkma tarzlarında mizacın belirleyici bir faktör olduğunu vurgulamışlardır. Buna göre, agresif mizaca sahip bireyler genellikle aşırı telafi stratejilerini tercih ederken, daha pasif bir mizaca sahip bireyler ise teslim olma veya kaçınma stratejilerini daha sık kullanma eğiliminde olduğu belirtilmektedir.

Ayrıca, kekemelik tanısı olan bireylerde literatürde sıkça vurgulanan öz-değer zedelenmesi, kusurluluk inançları ve reddedilme korkusu, dışa dönük ve iddialı bir kontrol stratejisi olan aşırı telafiyi sürdürmeyi zorlaştırabilir (Boyle vd., 2018a). Bu bireyler, genellikle sosyal ortamlarda kabul görmeme ve olumsuz değerlendirilme kaygısı yaşadıklarından, daha savunmacı, çekingen ve içe dönük başa çıkma biçimlerine (örneğin teslim olma ve kaçınma) yönelme eğilimindedirler.

Örneğimiz açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğunun geç ergenlik döneminde yer aldığı ve bu grubun gelişimsel olarak kimlik inşası, özerklik kazanımı ve sosyal onay arayışı gibi süreçlerle yoğun biçimde meşgul olduğu dikkate alınmalıdır (Arnett, 2000). Bu bağlamda, genç yetişkinlerin henüz benlik yapılarının tam olarak olgunlaşmamış olması, duygu düzenleme becerilerinin gelişim sürecinde bulunması ve toplumsal değerlendirmelere karşı daha duyarlı olmaları, aşırı telafi stratejisinin bu yaş grubunda etkisiz kalmasının muhtemel nedenleri arasında olabilir (Compas vd., 2001; Zimmermann & Iwanski, 2014).

Ayrıca, araştırmamızda yer alan aşırı telafi başa çıkma stratejisinin etkinliğine ilişkin bulgular da dikkat çekicidir. Nitekim bu alt ölçeğe ilişkin hesaplanan Cronbach alfa değeri .59 olarak bulunmuştur. Bu değer, psikometrik açıdan kabul edilen .70 eşik değerinin altında kaldığından, ilgili alt ölçeğin iç tutarlılığına dair sınırlılıklar bulunduğunu göstermektedir. Bu durum, elde edilen bulguların yorumlanmasında dikkatli olunmasını gerektirmekte ve aşırı telafi stratejisine ilişkin sonuçların örneklem özellikleriyle birlikte değerlendirilmesini önemli kılmaktadır. Benzer şekilde, diğer şema alanları ile aşırı telafi başa çıkma stratejisinin SF-36/ZSB üzerindeki etkisinin anlamlı çıkmaması bu psikometrik sınırlılıkla ilişkili olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanının SF-36/ZSB Açısından Değerlendirilmesi

Zedelenmiş sınırlar şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki doğrudan etkisinin anlamlı ve negatif olduğu, bu ilişkinin teslim ve kaçınma başa çıkma stratejileri aracılığıyla kısmi aracılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Öte yandan, aşırı telafi başa çıkma stratejisinin bu ilişkide aracı bir rol oynamadığı bulunmuştur. Ayrıca, kekemelik tanısı, zedelenmiş sınırlar ile SF-36/ZSB arasındaki ilişkiye düzenleyici bir etki yaparak, kekemeliği olan bireyler için zedelenmiş sınırların SF-36/ZSB üzerindeki olumsuz etkisini daha da belirgin hale getirmiştir.

Zedelenmiş sınırlar şema alanı, bireyin öz-denetim, sorumluluk ve dürtü kontrolü gibi alanlarda zorluklar yaşamasına neden olan erken dönem inançları

kapsar. Bu şema alanı altında büyüklenmecilik, statü arayıcılık, yetersiz özenetim ve ekonomik dayanıksızlık gibi şemalar bulunmaktadır (Karaosmanoğlu vd., 2024). Zedelenmiş sınırları yüksek olan bireyler, sınırsız özgürlük beklentisi, dürtüsel davranışlar, statü ve başarıya aşırı bağımlılık gibi özellikler gösterebilirler (Arntz & Jacob, 2016; Young & Klosko, 2021). Ünal'ın (2012) üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmaya göre, bozulmuş sınırlar/aşırı standartlar alanındaki şemalar da psikolojik semptomlarla pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Ayrıca araştırma sonuçları, zedelenmiş sınırlar şema alanına sahip olan bireyler de teslim ve kaçınma stratejileri aracılığıyla SF-36/ZSB üzerinde kısmi aracılık göstermesi bulgusu, bireylerin uyumsuz başa çıkma stratejileri kullanmalarının yaşam kalitelerini daha da olumsuz etkileyebileceği sonucunu ortaya koymaktadır. Özellikle teslim başa çıkma stratejisinin kısmi aracılığı, bireylerin zedelenmiş sınırları nedeniyle karşılaştıkları zorluklar karşısında edilgen bir tutum sergileyerek kendilerini kontrolsüz ve çaresiz hissettiklerini ortaya koymaktadır. Bu durum, bireyin sorunlarla yüzleşmek yerine kendini dış etkenlere bırakmasına ve stres faktörlerine karşı pasif bir yaklaşım geliştirerek boyun eğmesine neden olabilir (Rafeli vd., 2013). Benzer şekilde, kaçınma başa çıkma stratejisinin de kısmi aracılık göstermesi, bireylerin zedelenmiş sınırlar nedeniyle zorlandıkları durumları bilinçli olarak görmezden geldiklerini veya kaçındıklarını göstermektedir. Plexico ve diğerleri (2009) kaçınma stratejilerinin, bireyin gerçek problemleri çözmek yerine anlık rahatlama sağlayan mekanizmalara yönelmesine sebep olarak, özellikle depresyon ve anksiyete risklerini artırabildiğini belirtmişlerdir. Sarani Yaztappeh ve diğerleri (2024) yaptıkları araştırmada kekemelik sorunu olan bireylerin duygu düzenleme alanında belirgin güçlükler yaşadığı ve sağlıklı kontrollere göre daha yüksek deneyimsel kaçınma (kaçınmacı başa çıkma) eğilimleri olduğu ortaya konmuştur. Guitar (2014) ise kaçınma davranışlarının genellikle uzun vadede kekemelik şiddetini ve belirtilerini daha da kötüleştirip iletişim becerilerini zayıflattığını iletmiştir. Kaçınma stratejileri yerine daha proaktif başa çıkma yöntemlerinin benimsenmesi, bireylerin kekemeliklerini kabul etme sürecinde

önemli bir rol oynadığı vurgulanmaktadır (Iverach vd., 2009). Bu tür uyumsuz başa çıkma stratejileri, zamanla bireylerin yaşamını daha da zorlaştırabilir; bu durum yaşam kalitesinde düşüşe ve işlevsellikte azalmaya yol açabileceği belirtilmektedir (Young & Klosko, 1993). Ayrıca, bu sağlıksız başa çıkma yöntemlerinin, bireylerin uyum bozucu şemalarının sürmesine katkıda bulunduğu da literatürde vurgulanmaktadır (Rafaeli vd., 2013; van Vreeswijk vd., 2012).

Mevcut araştırmada aşırı telafi başa çıkma stratejisinin SF-36/ZSB üzerindeki etkisinin anlamlı çıkmaması ise dikkat çekicidir. Soygüt ve arkadaşlarına (2008) göre, şemanın aşırı telafisi alt boyutları arasında kontrol arzusu, asilik, statü düşkünlüğü, manipülatif davranışlar, aşırı bağımsızlık, kendi yönelimlilik, mesafeli tutumlar ve eleştiriye karşı tahammülsüzlük yer almaktadır. Kekemelik tanısı olan bireylerde daha öncede belirtildiği gibi kusurluluk inançları, öz-değer zedelenmesi ve reddedilme korkusu, dışa dönük ve iddialı bir kontrol stratejisi olan aşırı telafiyi kullanmayı zorlaştırabilir (Boyle vd., 2018a). Bu stratejinin kekemeliği olan bireylerin yaşam kaliteleri üzerinde bir etkisinin olmaması bu bağlamda anlamlı görünmektedir.

Çalışmanın en dikkat çekici bulgularından biri, kekemelik tanısının zedelenmiş sınırlar ile SF-36/ZSB üzerinde düzenleyici bir etkiye sahip olduğunun belirlenmesidir. Araştırma verileri, kekemeliği olan bireylerde zedelenmiş sınırlar şema alanı altında yer alan yetersiz öz denetim, büyüklenmecilik, statü arayıcılık ve ekonomik dayanıksızlık gibi bazı erken dönem uyumsuz şemalara daha fazla sahip olduklarını ve bu alanlarda daha fazla zorlandıklarını ortaya koymaktadır. Özellikle yetersiz özdenetim şeması, uzun vadeli hedeflere ulaşmada, sabırlı olmada ve özdisiplin göstermede zorluk, duygu ve dürtü kontrolü ile bağımsız hareket etme becerilerinde yaşanan güçlüklerle ilişkilendirilmektedir (Karaosmanoğlu, 2019; Rafaeli vd., 2013). Bu güçlüklerin bireyin genel zihinsel sağlığını olumsuz yönde etkileyebileceği ve dolayısıyla yaşam kalitesinde kayda değer bir düşüşe yol açabileceği düşünülmektedir. Bu bulgular, Özkan ve Akçınar'ın (2023) gerçekleştirdiği araştırmayla da örtüşmektedir. İlgili çalışmada, kekemeliği olan bireylerin,

kekemeliği olmayan bireylere kıyasla duygu düzenleme konusunda daha fazla zorluk yaşadıkları ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, Iverach ve diğerlerinin (2016) yaptığı araştırmada da kekemeliği olan erkek ergenlerde, davranım ve karşı gelme bozukluğu belirtileri olarak saldırganlık ve kurallara uymama davranışlarının, akıcı olan yaşlılarına göre klinik düzeyde yüksek olduğu görülmüştür.

Bu çerçevede değerlendirildiğinde, kekemelik yalnızca bir iletişim bozukluğu olarak değil, bireyin genel psikososyal işlevselliğini derinden etkileyen çok boyutlu bir olgu olarak ele alınmalıdır. Araştırma bulguları, terapötik müdahalelerin yalnızca kekemelik semptomlarına odaklanmakla sınırlı kalmaması, bireyin erken dönem uyumsuz şemaları ve bu şemalara bağlı başa çıkma stratejilerinin de dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Özellikle teslim olma ve kaçınma gibi işlevsel olmayan başa çıkma stratejileri yerine, bireyin daha sağlıklı ve uyumlu başa çıkma mekanizmaları geliştirmesi, yaşam kalitelerinin desteklenmesinde önemli bir rol oynayabilir. Bu bağlamda, kekemelik; “zedelenmiş sınırlar” şema alanında yer alan yetersiz özdenetim, büyülenmecilik, statü arayıcılık ve ekonomik dayanıksızlık gibi şemaların, duygu düzenleme güçlüğü olan bireylerde etkileşime geçerek başa çıkma stratejilerini biçimlendirdiği karmaşık bir psikososyal yapı olarak değerlendirilmelidir. Özellikle kekemelik tanısının, bu yapılar arasındaki ilişkiyi düzenleyici bir değişken olarak işlev görmesi, terapötik süreçlerde yalnızca semptomu değil, bireyin bilişsel-duygusal örüntülerini de merkezine alan çok boyutlu bir yaklaşımın gerekliliğini vurgulamaktadır.

Aşırı Uyarılmışlık Şema Alanının SF-36/ZSB Açısından Değerlendirilmesi

Aşırı uyarılmışlık şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki etkisi, teslim ve kaçınma başa çıkma stratejileri aracılığıyla anlamlı ve negatif bir ilişki gösterdiğini ortaya koymaktadır. Buna karşın, aşırı telafi başa çıkma stratejisinin bu ilişkide aracı bir rol oynamadığı belirlenmiştir. Ayrıca, kekemelik tanısı aşırı uyarılmışlık şema alanı ile SF-36/ZSB arasındaki ilişkiye doğrudan düzenleyici bir etkisi olmadığı görülmüştür.

Aşırı uyarılmışlık şema alanı, bireyin sürekli tetikte olma, çevresini tehdit edici biçimde algılama ve stres faktörlerine karşı aşırı duyarlılık geliştirme eğilimini içeren şemaları kapsar. Bu alan altında yer alan kuşkuculuk, kendini feda, cezalandırıcılık ve dayanıksızlık/karamsarlık gibi şemalar, bireyin zihinsel sağlığını doğrudan etkileyerek kaygı, depresyon ve tükenmişlik gibi olumsuz psikolojik sonuçlara zemin hazırlayabilir (Arntz & Jacob, 2016; Karaosmanoğlu vd., 2024).

Araştırma bulgularına göre, aşırı uyarılmışlık şema alanının, teslim ve kaçınma başa çıkma stratejileri aracılığıyla SF-36/ZSB üzerinde tam aracılık etkisi gösterdiği belirlenmiştir. Özellikle teslim başa çıkma stratejisinin bu aracılıkta baskın olması, bireyin şemanın yarattığı yoğun olumsuz duygularla baş etmekte zorlandığını kendini koruyamayacağına inanmasına ve edilgen bir tutum geliştirdiğini ortaya koymaktadır (Rafaeli vd., 2013). Bu başa çıkma stratejisi zihinsel sağlığını ve buna bağlı olarak yaşam kalitesini olumsuz etkilenmesine yol açabilir. Şemaya teslim olan bireyler, şemanın neden olduğu acıyı doğrudan hissederler; bilinçli olmadan bu örüntüleri tekrar eder, çocukluk dönemindeki incitici deneyimlerini yeniden yaşarlar. Bu durum, tetiklenen şemalara karşı bireyin tepkilerinin zaman zaman orantısız olmasına ve psikolojik kaynaklarını tüketmesine neden olabilir. Ayrıca bu bireyler, geçmişteki ebeveyn tutumlarına benzer nitelikte, kendi ihtiyaçlarını karşılamayan ilişkileri tercih etme eğilimindedirler. Bu ilişkiler kısa vadede güven hissi verse de uzun vadede bireyin mutsuzluk döngüsünü sürdüren bir işlevsizlik alanına dönüşebilir (Rafaeli vd., 2013). Bu çerçevede, aşırı uyarılmışlık şema alanının teslim stratejisiyle birlikte zedelenmiş sınırlar üzerindeki tam aracılık etkisi, sadece bireyin mevcut başa çıkma kapasitesini değil, aynı zamanda erken dönem deneyimlerinin bugünkü yaşam işlevselliğine olan yansımalarını da ortaya koymaktadır.

Benzer şekilde, kaçınma başa çıkma stratejisinin tam aracılığı, bireylerin aşırı uyarılmışlık nedeniyle zorlandıkları durumları bilinçli olarak bastırdıklarını ya da görmezden geldiklerini ortaya koymaktadır. Bu strateji, kısa vadede kaygı düzeyini geçici olarak azaltabilir; ancak uzun vadede zihinsel sağlık sorunlarının

kronikleşmesine ve bireyin stresle başa çıkma kapasitesinin zayıflamasına yol açabilir. Nitekim literatürde, kaçınma temelli başa çıkma stratejilerinin kronik stres, depresyon, tükenmişlik ve genel psikolojik iyi oluş üzerinde olumsuz etkiler yarattığı gösterilmiştir (Dempster vd., 2015). Trindade ve arkadaşlarının (2018) yürüttüğü araştırmada, kronik hastalığa sahip bireylerde gözlemlenen deneyimsel kaçınmanın, hastalıkla ilişkili utancın psikolojik sağlık üzerindeki etkisinde aracı rol oynadığı görülmüştür. Bu bulgu, kaçınmanın yalnızca dışsal stresörlerden değil, aynı zamanda bu stresörlerin tetiklediği içsel duygusal yaşantılardan da uzak durmayı amaçlayan işlevsiz bir başa çıkma biçimi olduğunu göstermektedir. Kaçınma stratejileri, kısa vadeli ve kontrol edilemeyen stres etkenleriyle başa çıkmada geçici bir rahatlama sağlasada, uzun vadede artan psikolojik sıkıntı, kronik hastalıkların ilerlemesi, yaşam kalitesinde ciddi düşüşler ve ölüm oranı ile ilişkili bulunmuştur (Taylor & Stanton, 2006). Tüm bu bulgular, kaçınma stratejilerinin yalnızca işlevsel olmayan bir savunma mekanizması değil, aynı zamanda bireyin uzun vadeli zihinsel sağlığını ve yaşam kalitesini tehdit eden bir psikolojik risk faktörü olduğunu göstermektedir.

Ayrıca, mevcut araştırmanın bulguları, aşırı telafi stratejisinin, aşırı uyarılmışlık şema alanı ile SF-36/ZSB arasındaki ilişkide istatistiksel olarak anlamlı bir aracılık göstermediğini ortaya koymuştur. Aşırı telafi, bireyin kendini yetersiz, değersiz ya da tehlike altında hissettiğinde, bu durumla başa çıkmak için aşırı kontrolcü, mükemmeliyetçi veya başarı odaklı bir tutum geliştirmesiyle karakterize edilen işlevsel olmayan bir stratejidir (Young & Klosko, 2021). Bu strateji, bireyin bilinçdışı düzeyde sahip olduğu şemanın tam tersine davranarak, güçlü ve kendinden emin bir tutum sergilemesiyle ortaya çıkar (Arntz & Jacob, 2016).

Araştırma örnekleminin 18-24 yaş aralığındaki, geç ergenlik döneminde yer alan bireylerden oluştuğu göz önüne alındığında, bu yaş grubunun yaşam deneyimlerinin görece sınırlı olması, yaşamın daha zorlu koşullarıyla henüz yeterince karşılaşmamış olabileceklerini düşündürmektedir. Aynı zamanda, bu bireylerin hâlen aktif olarak aile, arkadaş gibi güçlü çevresel destek

sistemlerinden yararlanmaları, aşırı telafi başa çıkma stratejilerini kullanmalarını gereksiz kılıyor olabilir.

Dolayısıyla, yaş, yaşam deneyimi ve destek kaynakları gibi bağlamsal faktörlerin, başa çıkma stratejilerini belirlemede ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini şekillendirmede önemli rol oynadığı söylenebilir. Bu bulgu, gelecekte yapılacak çalışmalarda, farklı yaş grupları ve yaşam evrelerindeki bireyler arasında karşılaştırmalı analizler yapılmasının önemine işaret etmektedir.

Kekemelik tanısının SF-36/ZSB üzerindeki doğrudan etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış olsa da aşırı uyarılmışlık şema alanı ile SF-36/ZSB arasındaki ilişkide, kekemelik tanısı olan bireylerin daha yüksek duyarlılık gösterdiği gözlemlenmiştir. Bu durum, kekemeliği olan bireylerin kendilerine yönelik daha eleştirel bir tutum geliştirme eğilimleriyle ilişkilendirilebilir (Craig & Tran, 2014; Iverach vd., 2011). Literatürde, kekemeliği olan bireylerin genellikle yüksek düzeyde utanç, kaygı, suçluluk ve öz-kritik içsel söylemler geliştirdiği ve bu söylemlerle başa çıkmada güçlük yaşadıkları belirtilmiştir (Boyle, 2015b). Bu bağlamda, aşırı uyarılmışlık şema alanı altında yer alan cezalandırıcılık ve karamsarlık gibi şemaların, kekemeliği olan bireylerde daha yıpratıcı etkiler yaratabileceği öngörülmektedir. Rafaeli ve diğerleri (2011) tarafından da vurgulandığı üzere, bu tür şemalar bireyin içsel eleştirisini ve duygusal tetiklenmelerini artırarak psikolojik dayanıklılığı zayıflatabilir. Dolayısıyla, kekemelik tanısı olan bireylerde bu şema alanının etkisi daha derin hissedilmekte, bu da zihinsel sağlıklarını ve dolayısıyla yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Kopukluk/Bağısızlık Şema Alanının SF-36/ZSB Açısından Değerlendirilmesi

Kopukluk (bağısızlık) şema alanının SF-36/ZSB üzerinde anlamlı ve negatif bir doğrudan etkiye sahip olduğu; bu etkinin teslim ve kaçınma başa çıkma stratejileri aracılığıyla kısmi olarak aracılık gösterdiği belirlenmiştir. Ancak, aşırı telafi başa çıkma stratejisinin, bu ilişkide diğer şema alanlarında olduğu gibi aracı bir rol üstlenmediği ortaya konmuştur. Ayrıca, kekemelik tanısı olan ve olmayan bireylerde kopukluk şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki etkisi

anlamli bulunmakla birlikte, kekemelik tanisinin bu iliski üzerinde dzenleyici bir etkisi olmadigi belirlenmistir.

Kopukluk (bagsizlik) Şema alanı, bireyin erken çocukluk döneminde güvenli bağlanma geliştirmek, duygusal yoksunluk yaşama ve sosyal iliskilerde dıŐlanmiŐ ya da yalnız hissetme deneyimleriyle iliskilidir. Bu alan; terk edilme, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, duyguları bastırma ve kusurluluk gibi Şemaları içerir (Karaosmanoğlu vd., 2024). Young ve arkadaşları (2003), kopukluk Şema alanında yüksek puan alan bireylerin genellikle soğuk, tutarsız, reddedici ya da ihmal edici ebeveyn figürlerine sahip olduklarını vurgulamışlardır.

Bu tür Şemaların, bireyin yetişkinlik döneminde sağlıklı iliskiler kurma, duygusal ifadelerini ortaya koyma ve zdeğer algısını sürdürme kapasitesini olumsuz etkiledigi belirtilmektedir (Bach vd., 2018; Rafaeli vd., 2011). Araştırmalar, kopukluk Şema alanının, özellikle depresyon, sosyal anksiyete ve düşük benlik saygısı ile güçlü bir Şekilde iliskili olduğunu ortaya koymaktadır (Renner vd., 2012). Dolayısıyla, kopukluk alanına ait Şemaların bireyin zihinsel sağlığı üzerinde uzun vadeli ve derinlemesine etkiler yaratabildiği söylenebilir.

nal'ın (2012) üniversite öğrencileriyle gerekleŐtirdigi araştırmada, kopukluk (ayırılma ve reddedilme) Şema alanı ile yaşam doyumunu arasında negatif yönde anlamli bir iliski bulunmuştur. Benzer Şekilde, Sağ'ın (2016) alıŐmasında da psikolojik iyi oluş ile kopukluk (ayırılma) alanı arasında negatif anlamli iliskiler tespit edilmiştir.

Ayrıca, yukarıda belirtildiği üzere, kopukluk Şema alanı, teslim ve kaçınma stratejileri aracılığıyla SF-36/ZSB üzerinde kısmi aracılık göstermiştir. Özellikle teslim başa çıkma stratejisinin bu aracılıkta baskın olması, bireylerin kopukluk Şemalarına karşı geliştirdikleri yoğun olumsuz duygularla baş etmekte zorlandıklarını, kendilerini koruyamayacaklarına inandıklarını ve iliskilerde edilgen bir tutum sergilediklerini göstermektedir (Rafaeli vd., 2013). Benzer Şekilde, kaçınma başa çıkma stratejisinin kısmi aracılık göstermesi, bireylerin bu Şemalardan kaynaklanan duygusal acıyı bastırarak ya da görmezden gelmek

adına sosyal ilişkilerden uzaklaştıklarını ve yüzleşmekten kaçındıklarını ortaya koymaktadır.

Bu bulgular, Fonagy ve Target'ın (2006) mentalizasyon kuramıyla ilişkilendirilebilir. Mentalizasyon kapasitesindeki yetersizlik, bireyin hem kendi içsel deneyimlerini hem de başkalarının zihinsel durumlarını yeterince anlamlandırılmamasına yol açmakta, bu da erken yaşantılar sonucu gelişen maladaptif şemaların daha katı, genellenmiş ve işlev bozucu biçimde sürdürülmesine neden olmaktadır. Mentalizasyonun zayıf olduğu bireylerde, özellikle duygusal deneyimlerle ve kişilerarası ilişkilerle başa çıkmada belirgin güçlükler gözlemlenmekte; bu bireyler genellikle kaçınmacı başa çıkma stratejilerine yönelmektedir. Bu stratejiler; problemlerden kaçınma, gerçeklikten kopuk hayalci düşünceler, yoğun öz-eleştiri ve sosyal geri çekilme gibi davranışsal ve bilişsel örüntülerle kendini göstermektedir. Sonuç olarak, bu başa çıkma biçimleri yalnızca mentalizasyon kapasitesini daha da zayıflatmakla kalmayıp, aynı zamanda bireyin benlik bütünlüğünü korumasını ve sağlıklı sosyal ilişkiler kurmasını da önemli ölçüde engellemektedir.

Kekemeliğe sahip bireylerin, kekemeliklerini gizlemek amacıyla çeşitli stratejiler kullandıkları bilinmektedir. Bu stratejiler arasında, kekemeye neden olabilecek kelime veya seslerden kaçınma, düşüncelere dalmış izlenimi yaratma, kelime arayışı içinde olduğunu gösterme, dikkat dağıtıcı teknikler uygulama, bilinçli olarak yanlış bilgi verme, sözsüz iletişim yöntemlerine başvurma, dolaylı anlatım kullanma ve tamamen sessiz kalma gibi yöntemler yer almaktadır (Boyle & Blood, 2015; Boyle vd., 2018a). Bu kaçınma stratejisi, bireyin yalnızlık hissini pekiştirebilir ve sosyal destekten uzaklaşmasına neden olarak zihinsel sağlık üzerinde daha fazla olumsuz etkiye yol açabilir. İbarra-Rovillard ve Kuiper (2011), sosyal desteğin stresli yaşam olaylarının depresif semptomlar üzerindeki etkisini azaltmada koruyucu bir işlev gördüğünü öne sürmüşlerdir. Kekemeliği olan yetişkinlerde, iletişimsel katılımı anlamlı şekilde etkileyen faktörlerin özsaygı, öz-yeterlik ve algılanan sosyal destek olduğu belirlenmiştir (Boyle vd., 2018a).

Boyle ve arkadaşlarının (2018b) yürüttüğü bir çalışma da bu bulgularla örtüşmektedir. Araştırma sonuçlarına göre, kekemelik yaşayan bireylerin büyük bir kısmı, konuşma güçlüklerini gizleyebilmek amacıyla sosyal ortamlardan kaçınmaya yönelik davranışlar geliştirmektedir. Bu bireylerde benlik saygısı düzeyleri anlamlı biçimde daha düşük bulunurken, kekemeliklerini gönüllü olarak açıklayan bireylerin öz-yeterlik düzeyleri daha yüksek olarak rapor edilmiştir. Kekemelik, iletişim kurmada yaşanan güçlükler nedeniyle bireylerin sosyal etkileşimlerden kaçınmasına ve kendilerini geri çekmelerine neden olabilir (Messenger vd., 2004). Tüm bu bulgular, kekemlikle başa çıkma sürecinde kullanılan stratejilerin bireyin yalnızca sosyal işlevselliğini değil, aynı zamanda benlik algısı, duygusal bütünlüğü ve yaşam kalitesi üzerinde de belirleyici bir etkiye sahip olabileceğini düşündürmektedir.

Mevcut araştırmada aşırı telafi stratejisinin yine SF-36/ZSB üzerindeki etkisinin anlamlı çıkmaması ise dikkat çekicidir. Aşırı telafi stratejisi, bireyin ilişkilerde güvensizlik yaşadığında aşırı sosyal olmaya veya kendini sürekli kanıtlamaya çalışmasına yol açabileceği belirtilmektedir (Young & Klosko, 2021). Araştırma örneklemimizde aşırı telafi stratejisinin etkisizliğinin, katılımcıların büyük ölçüde genç yetişkin bireylerden oluşması ve bu bireylerin sosyal kabul görme, aidiyet hissetme ve akademik ya da mesleki başarıya odaklı bir yaşam döneminde bulunmalarıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Derman, 2008). Yelpaze ve Ceyhan (2020), üniversite öğrencilerinin kişilik özellikleri, kültürel değerleri, stresle başa çıkma stratejileri, mesleki/resmi psikolojik yardım arama tutumları üzerindeki etkisini araştırdıkları çalışmada Türk öğrencilerin daha çok sosyal destek arama ve kaçınma stratejilerini kullandıklarını bulmuşlardır. Bu nedenle, aşırı telafi stratejisi örneklemimizde baskın bir başa çıkma biçimi olarak ortaya çıkmamış olması bu sebeplerle ilgili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmanın dikkat çeken bir diğer bulgusu, kopukluk ve reddedilme şema alanının SF-36/ZSB üzerindeki etkisinin kekemelik tanısı olan bireylerde de anlamlı bulunmasıdır. Bu durum, kekemelik tanısı taşıyan bireylerin terk edilme, duygularını bastırma, sosyal izolasyon, kusurluluk ve duygusal yoksunluk gibi

şemaların etkilerini daha yoğun biçimde deneyimleyebileceklerini göstermektedir.

Blood ve arkadaşlarının (2001) gerçekleştirdiği bir çalışmada, kekemeliği olan 48 ergenden %60'ının kekemeliklerini hiç ya da nadiren tartıştığı, %40'ının ise bazen ya da sık sık kekemeliklerini başkalarından gizlediği bulunmuştur. Benzer şekilde, Erickson ve Block'un (2013) araştırmasında, 38 kekemeliği olan ergenden %62'si kekemeliklerini bazen ya da sık sık sakladıklarını, %73'ü ise nadiren ya da hiç bu konu hakkında konuşmadıklarını belirtmiştir.

Bu araştırmalar, kekemelik yaşayan bireylerin toplumsal damgalanmanın farkında olduklarını ve çoğunun bu damgayı içselleştirerek fiziksel ve psikolojik iyi oluşlarını olumsuz yönde etkileyebileceğini ortaya koymaktadır (Boyle & Blood, 2015; Boyle & Fearon, 2018). Leblebici (2022) tarafından yürütülen çalışmada, içselleştirilmiş damgalanma ile yaşam kalitesi arasında anlamlı düzeyde negatif bir ilişki bulunmuştur.

Kekemeliklerini gizlemek amacıyla sosyal durumlardan kaçınan bireylerin benlik saygılarının anlamlı derecede daha düşük olduğu, buna karşın kekemeliklerini açıkça paylaşan bireylerin sosyal durumlardan kaçınanlara kıyasla daha yüksek öz yeterlilik düzeylerine sahip oldukları bulunmuştur (Boyle vd., 2018a). Aynı çalışmada, kekemeliğe dair açıklık düzeyindeki artışın, bireylerin öznel yaşam kalitesi değerlendirmeleriyle pozitif yönde ilişkili olduğu da belirlenmiştir. Bu bulgular, kekemelik konusunda daha açık davranan bireylerin yaşam kalitelerini daha yüksek düzeyde değerlendirdiklerini göstermektedir.

Araştırmanın keşifsel niteliği göz önünde bulundurulduğunda, elde edilen bulgular, kekemelik tanısı olan ve olmayan bireylerde erken dönem uyumsuz şemalar ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkileri inceleyerek, bu etkileşimin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini ortaya koyan özgün ve bütüncül bir model sunmaktadır. Özellikle kekemelik tanısı olan bireylerde, zedelenmiş sınırlar şema alanının, teslim ve kaçınma başa çıkma stratejileri aracılığıyla yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür.

Bununla birlikte, bu araştırmada şemaların ve başa çıkma stratejilerinin kekemellekle ilişkili psikolojik işleyiş ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olabileceği yönünde bir model önerilmiş olsa da kekemelik yaşantısının kendisinin de bazı şemaların gelişiminde etkili olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle erken dönemde kekemeliğe bağlı olarak yaşanan sosyal dışlanma, etiketlenme ya da yetersizlik duyguları gibi olumsuz yaşantılar, bireylerin benlik algılarını zedeleyerek belirli şemaların oluşumuna katkı sağlayabilir. Bu durum, şemalar ile kekemelik arasında karşılıklı ve dinamik bir etkileşimin söz konusu olabileceğine işaret etmektedir. Bu nedenle, gelecekte yapılacak çalışmalarda bu olası çift yönlü ilişkinin boylamsal araştırmalarla daha derinlemesine incelenmesi önemli görülmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, kekemelik tanısı olan bireylerde erken dönem uyumsuz şemalar, başa çıkma stratejileri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri inceleyerek alana zgn katkılar sunmuştur. Ancak çalışmanın bazı sınırlılıkları göz önünde bulundurulmalıdır.

İlk olarak, veri toplama sürecinde öz bildirim temelli ölçeklerin kullanılması, katılımcı yanıtlarında sosyal beğenirlik ya da yanıtlayıcı yanlılığı gibi etkilerin ortaya çıkma riskini artırabilir. Bu durum, bireylerin gerçek duygu, düşünce ve davranışlarını yansıtma konusunda sınırlayıcı olabilir.

İkinci olarak, çalışmanın kesitsel tasarımıyla yürütülmüş olması, değişkenler arasındaki nedensel ilişkilerin kurulmasına olanak vermemektedir. Yalnızca mevcut ilişkileri ortaya koyan bu tür tasarımlar, zaman içerisindeki değişimleri değerlendirme açısından yetersiz kalmaktadır. Bu kapsamda, çalışmada şemaların ve başa çıkma stratejilerinin kekemellekle ilişkili psikolojik deneyimleri etkileyebileceği varsayılmıştır. Ancak bazı erken dönem uyumsuz şemaların gelişiminde, kekemelik yaşantısının kendisinin de etkili olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle ocukluk ve ergenlik dönemlerinde kekemeliğe bağlı olarak yaşanan sosyal dışlanma, etiketlenme ya da yetersizlik hisleri gibi olumsuz yaşantılar, bireyin benlik algısını etkileyerek belirli

şemaların oluşumuna zemin hazırlayabilir. Bu nedenle, şemalar ve kekemelik arasında çift yönlü bir etkileşim olasılığı mevcuttur. Gelecek araştırmalarda bu ilişkinin daha iyi anlaşılabilmesi için boylamsal araştırma desenlerine başvurulması önem arz etmektedir.

Üçüncü olarak, araştırma örnekleme büyük ölçüde 18–24 yaş aralığındaki son ergenlik veya genç yetişkin olarak adlandırılan bireylerden oluştuğu için elde edilen bulguların farklı yaş gruplarına genellenebilirliği sınırlıdır. Ayrıca, örneklem grubunda yer alan bireylerin büyük çoğunluğunun üniversite öğrencisi olması da bulguların sosyoekonomik ve kültürel çeşitlilik açısından daha geniş bir çerçevede değerlendirilmesini engellemiş olabilir.

Son olarak, bireylerin psikolojik süreçlerini etkileyebilecek biyolojik ve sosyal faktörler bu çalışmada kontrol edilmemiştir. Örneğin, genetik yatkınlıklar, nörobiyolojik temeller ve mizaç özellikleri gibi bireyin doğuştan getirdiği biyolojik eğilimler; kekemelik, başa çıkma stratejileri ve yaşam kalitesi üzerinde önemli etkiler yaratabilir. Benzer şekilde, aile içi ilişkiler, sosyal destek düzeyi ve çevresel stres kaynakları gibi sosyal etkenler de bireylerin psikolojik uyum süreçlerini şekillendirebilir. Bu değişkenlerin dikkate alınmamış olması, elde edilen bulguların bağlamsal derinliğini ve kapsamlılığını sınırlandırmaktadır.

Bu sınırlılıklar doğrultusunda, gelecek çalışmalarda daha çeşitli örneklemelerle, boylamsal araştırma desenleriyle ve çoklu veri toplama yöntemleriyle bu konuların daha derinlemesine incelenmesi önerilmektedir.

ÖNERİLER

Bu bölümde, araştırmanın bulgularından yola çıkarak geliştirilen öneriler; klinik müdahaleler ve psikoterapötik yaklaşımlar, uygulayıcılara ve politika geliştiricilere yönelik öneriler ile gelecek araştırmalara ilişkin öneriler başlıkları altında sunulmaktadır.

Klinik Müdahaleler ve Psikoterapötik Yaklaşımlar İçin Öneriler

Şema Terapi Müdahaleleri: Kekemelik tanısı olan bireylerde, yoğun ve işlevsiz başa çıkma stratejilerinin etkileri göz önüne alındığında şemaların

terapötik olarak ele alınması önemlidir. Şema terapisi bu bireylerin yaşadıkları sosyal kaygı, öz güven eksikliği ve kekemeliğe bağlı stresle başa çıkma stratejileri üzerine odaklanabilir. Özellikle zedelenmiş sınırlar şema alanı altında yer alan büyükenmecilik, statü arayıcılık, yetersiz özdenetim ve ekonomik dayanıksızlık gibi şema alanlarıyla kekemeliği olan bireylerde özel olarak çalışılması ve bununla beraber kopukluk şema alanı altında da yer alan duyguları bastırma, terk edilme, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon ve kusurluluk gibi şemalar üzerinde çalışılarak bireyin psikolojik dayanıklılığının artırılması ve sağlıklı başa çıkma stratejilerinin oluşturulması desteklenmelidir.

Başta Çıkma Stratejilerinin Güçlendirilmesi: Teslim ve kaçınma şema başa çıkma biçimleri yerine daha adaptif ve problem odaklı stratejilerin gelişimi desteklenebilir.

Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT): Kekemelik tanısı olan bireylerde, olumsuz otomatik düşünceleri ve sosyal değerlendirilme kaygısını azaltmaya yönelik bilişsel yeniden yapılandırma çalışmaları uygulanabilir. Doğru nefes alma teknikleriyle duygu düzenleme süreçleri desteklenebilir.

Öz-Yeterlilik ve Kendine Şefkat Çalışmaları: Yaşam kalitesini artırmak için öz-Şefkat ve öz-yeterlilik programları uygulanabilir.

Grup Terapileri: Kekemelik tanısı olan bireylerin yaşam kalitesini artırmak için destekleyici grup terapileri ve güvenli sosyal iletişim ortamları oluşturulmalı, böylece bireylerin sosyal ortamlardan kaçınmalarının önüne geçilebilir.

Uygulayıcılar ve Politika Geliştiriciler İçin Öneriler

Eğitim ve Farkındalık Çalışmaları: Okullarda öğretmen, ebeveyn ve öğrencilere yönelik; erken dönem uyumsuz şemaların gelişimi ve sağlıklı başa çıkma stratejilerinin kazandırılmasına ilişkin eğitim ve farkındalık çalışmaları yürütülmelidir. Bu sayede, çocuklukta başlayan olumsuz bilişsel yapılar erken dönemde tespit edilerek önlenir.

Akran Destek Programları: Kekemelik tanısı olan bireylerin okul ortamlarında akran zorbalığına veya sosyal dışlanmaya maruz kalma riskini

azaltmak amacıyla, akran destek sistemleri ve sosyal uyum programları yaygınlaştırılmalıdır.

Toplumsal Farkındalık ve Destek Mekanizmalarının Güçlendirilmesi: İş yerlerinde ve sosyal ortamlarda kekemelik hakkında farkındalık artırıcı eğitimler düzenlenerek; konuşma temelli ayrımcılık, dışlanma ve önyargıların azaltılması hedeflenmelidir.

İş Hayatına ve Topluluk Önünde Konuşmaya Yönelik Psikolojik Destek: İş görüşmeleri, sunumlar veya topluluk önünde konuşma gibi iletişim odaklı durumlar kekemelik tanısı olan bireyler için kaygı yaratabilir. Bu nedenle, özgüveni artırmaya, konuşma kaygısını yönetmeye ve etkili iletişim becerileri kazandırmaya yönelik psikolojik destek programları geliştirilmelidir.

Kariyer Gelişim Merkezleri: Üniversiteler ve kurumlar bünyesindeki kariyer gelişim merkezleri, kekemeliği olan bireyler için destekleyici bir yapı sunabilir. Özellikle mülakat simülasyonları, bireysel danışmanlık, mesleki beceri geliştirme atölyeleri ve işverenlere yönelik farkındalık eğitimleri sayesinde, bireylerin mesleki potansiyellerini ifade edebilecekleri kapsayıcı ortamlar oluşturulmalıdır.

Gelecek Araştırmalar İçin Öneriler

Farklı Örneklemeler Üzerinde Test Edilmesi: Bu çalışmanın bulgularının genellenebilirliğini artırmak amacıyla, farklı yaş grupları ve sosyoekonomik düzeylerde benzer araştırmalar yürütülmeli; özellikle yetişkinlik döneminin ilerleyen evreleri ve kırsal/kentsel ayrımı gibi faktörler dikkate alınmalıdır.

Şema Terapi Müdahalelerinin Etkililiği: Şema terapinin kekemelik üzerindeki potansiyel etkileri vaka çalışmalarıyla incelenmeli; ayrıca, kekemelik tanısı olan bireylerle yürütülecek grup temelli şema terapi müdahale programlarının etkililiği deneysel araştırmalarla test edilmelidir.

Başa Çıkma Stratejilerinin Derinlemesine İncelenmesi: Başa çıkma stratejilerinin kekemelikle olan ilişkisi daha ayrıntılı biçimde ele alınmalı; özellikle işlevsel ve işlevsel olmayan baş etme biçimlerinin zihinsel sağlık ve

yaşam kalitesi üzerindeki farklı etkileri karşılaştırmalı analizlerle araştırılmalıdır.

Boylamsal Takip Araştırmaları: Erken dönem uyumsuz şemaların ve başa çıkma stratejilerinin zaman içinde nasıl değişim gösterdiği, kekemeliğin seyrine nasıl eşlik ettiği ve bireyin zihinsel sağlığı üzerindeki uzun vadeli etkileri boylamsal araştırmalar aracılığıyla izlenmelidir.

Biyolojik ve Sosyal Faktörlerin Dahil Edilmesi: Gelecek araştırmalarda genetik yatkınlıklar, nörobiyolojik temeller, mizaç yapısı, aile dinamikleri ve sosyal destek düzeyi gibi faktörler kontrol değişkeni olarak ele alınabilir.

KAYNAKLAR

- Abdel-Khalek A. M. (2010). Quality of life, subjective well-being, and religiosity in Muslim college students. *Quality of life research: An international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 19(8), 1133-1143. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9676-7>
- Adriaensens, S., Beyers, W., & Struyf, E. (2015). Impact of stuttering severity on adolescents' domain-specific and general self-esteem through cognitive and emotional mediating processes. *Journal of Communication Disorders*, 58, 43-57. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2015.10.003>
- Akarçay Karataş, B. (2022). *Yaşama atfedilen anlamın, amacın ve şema alanlarının psikolojik belirtiler üzerine etkisinde öz aşkınlığın ve psikolojik zihinliliğin aracı rolü*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Akçay, S., & Küçük, M. N. (2020). "Hayatta kendimi çok yalnız hissettim": Kekemeliği olan bireylere yönelik nitel bir araştırma. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(3), 85-104. <https://doi.org/10.18026/cbayarsos.601042>
- Akhun, M. (2012). *Üniversite öğrencilerinde, algılanan ebeveynlik biçimleri, erken dönem uyumsuz şemaları, benlik kurguları, ayrılma-bireyleşme ve duygu düzenleme güçlüğünün psikolojik belirtilerle ilişkisi*. Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Akyunus, M., ve Akbay, S. (2022). Algılanan ebeveynlik biçimlerinin kişiler arası döngüsel model. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 9(1), 160-181. <https://doi.org/10.31682/ayna.995535>

- Alipour, F., Hasani, J., Bodaghi, E., Mohtashmirad, F., & Saeidpour, S. (2016). Cognitive emotion regulation strategies, metacognition, and early maladaptive schemas in students with stuttering and normal students. *Journal of Child Mental Health, 3*(2), 41–54.
- Alm, P. A. (1997). *The etiology of stuttering: The role of anxiety and mechanisms for defensive reactions*. Master's thesis, University of Alberta. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.34404.12161>
- Alm, P. A. (2004). Stuttering and the basal ganglia circuits: A critical review of possible relations. *Journal of Communication Disorders, 37*(4), 325–369. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2004.03.001>
- Alm, P. A. (2014). Stuttering in relation to anxiety, temperament, and personality: Review and analysis with focus on causality. *Journal of Fluency Disorders, 40*, 5–21. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2014.01.004>
- Aloi, M., Rania, M., Sacco, R., Basile, B., & Segura-Garcia, C. (2020). The Young Schema Questionnaire Short Form 3 (YSQ-S3): Does the new four-domains model show the best fit? *Anales de Psicología / Annals of Psychology, 36*(2), 254–261. <https://doi.org/10.6018/analesps.343461>
- Alonso, J., et al. (2004). Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: Results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Quality of Life Research, 13*(2), 283–298. <https://doi.org/10.1023/b:qure.0000018472.46236.05>
- Altınsoy, A. (2008). *Kekemeliği olan ergen ve yetişkin bireylere uygulanan akıcılık biçimlendirme terapisinin etkililiğinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi . Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Ambrose, N. G., & Yairi, E. (1999). Normative disfluency data for early childhood stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 42*, 895–909. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4204.895>
- Ambrose, N. G. (2004). Theoretical perspectives on the cause of stuttering. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders, 31*, 80–91. https://doi.org/10.1044/cicsd_31_S_80
- Ambrose, N. G., Yairi, E., Loucks, T. M., Seery, C. H., & Throneburg, R. (2015). Relation of motor, linguistic and temperament factors in epidemiologic subtypes of persistent and recovered stuttering: Initial findings. *Journal of fluency disorders, 45*, 12-26. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2015.05.004>
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı: DSM-5* (E. Koroğlu, Çev.). (5.Baskı). Hekimler Yayın Birliği. (s. 23–24)
- Amster, B. J., & Klein, E. R. (2008). Perfectionism in people who stutter: Preliminary findings using a modified cognitive-behavioral treatment approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*(1), 35–40. <https://doi.org/10.1017/S1352465807003967>
- Anderson, J. D., Pellowski, M. W., Conture, E. G., & Kelly, E. M. (2003). Temperamental characteristics of young children who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 46*(5), 1221–1233. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2003/095\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2003/095))
- Arat Çelik, H. E., Ceylan, D., Bağcı, B., Akdede, B. B., Alptekin, K., & Özerdem, A. (2022). Bipolar bozukluk ve şizofreni tanılı bireylerde yaşam kalitesi. *Nöropsikiyatri Arşivi, 59*(4), 309–314. <https://doi.org/10.29399/npa.28089>

- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Arnold, H. S., Conture, E. G., Key, A. P. F., & Walden, T. (2011). Emotional reactivity, regulation, and childhood stuttering: A behavioral and electrophysiological study. *Journal of Communication Disorders*, 44, 276–293. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2010.12.003>
- Arntz, A., & Jacob, G. (2016). *Uygulamada şema terapi: Şema mod yaklaşımına giriş rehberi*. (G. Soygüt, Çev. Ed., 1. baskı). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Arntz, A., & van Genderen, H. (2021). *Schema therapy for borderline personality disorder*. Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119101161>
- Avcı, A., Uğuz, Ş., & Toros, F. (2002). Çocuklarda kekemelik: Karşılaştırmalı bir izleme çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 5, 16–21.
- Aydın, B. (2020). *Çocuk ve ergen psikolojisi* (7. baskı). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Aydiner Boylu, A. ve Paçacıoğlu, S. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 8(15), 137–150. <https://doi.org/10.20990/kilisiibfakademik.266011>
- Bach, B., Simonsen, E., Christoffersen, P., & Kriston, L. (2017). The young schema questionnaire 3 short form (YSQ-S3): Psychometric properties and association with personality disorders in a Danish mixed sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 33(2), 134–143. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000272>
- Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: Organization and role of early maladaptive schemas.

Cognitive Behaviour Therapy, 47(4), 328–349.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1410566>

Balaban, G. (2020). *Ergenlerde görülen psikolojik bozuklukların erken dönem uyumsuz şemalar ve duygu düzenleme ile ilişkisinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Ball, S. A. (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: Dual focus schema therapy. *Addictive Behaviors*, 23(6), 883-891. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(98\)00067-7](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(98)00067-7)

Balmores-Paulino, R. S. (2020). Avoidance coping strategies. *Encyclopedia of personality and individual differences*, 343-344.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_645

Bajaj, G., Varghese, A. L., Bhat, J. S., & Deepthi, J. (2014). Assessment of quality of life of people who stutter: A cross-sectional study. *Rehabilitation Process and Outcome*, 3, 1–7. <https://doi.org/10.4137/RPO.S19058>

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>

Bayoğlu, F., & Duy, B. (2020). Şema Başa Çıkma Biçimleri Ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 16(31). <https://doi.org/10.26466/opus.805108>

- Beilby, J., Byrnes, M., Meagher, E., & Yaruss, J. (2013). The impact of stuttering on adults who stutter and their partners. *Journal of Fluency Disorders*, 38(1), 14–29. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.12.001>
- Bernstein, D. P. (2005). Cognitive therapy for clients with personality disorders and comorbid Axis I psychopathology. In J. Reich (Ed.), *Personality disorders: Current research and treatments* (s. 154–159). Routledge.
- Bidadian, M., Bahramizadeh, H., & Poursharifi, H. (2011). Obesity and quality of life: The role of early maladaptive schemas. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 993–998. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.193>
- Bilge, Y., & Balaban, G. (2021). The relationships between personality disorders and early maladaptive schemas and the moderating role of gender. *Alpha Psychiatry*, 22(1), 12–18. <https://doi.org/10.5455/apd.114935>
- Blood, G. W., Blood, I. M., Tellis, G. M., & Gabel, M. G. (2001). Communication apprehension and self-perceived communication competence in adolescents who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 26(3), 161–178. [https://doi.org/10.1016/S0094-730X\(01\)00097-3](https://doi.org/10.1016/S0094-730X(01)00097-3)
- Blood, G. W., Blood, I. M., Maloney, K., Meyer, C., & Qualls, C. D. (2007). Anxiety levels in adolescents who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 40(6), 452–469. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2006.10.005>
- Bloodstein, O. (1995). *A handbook on stuttering* (5th ed.). Singular Publishing Group Inc.
- Bloodstein, O. (2002). Early stuttering as a type of language difficulty. *Journal of Fluency Disorders*, 27(2), 163–167.
- Bloodstein, O., Ratner, N. B., & Brundage, S. B. (2021). *A handbook on stuttering* (7th ed.). Plural Publishing.

- Blos, P. (1966). *On adolescence: A psychoanalytic interpretation*. Glencoe Free Press.
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 22(1), 162–186. <https://doi.org/10.1080/00797308.1967.11822595>
- Blos, P. (1968). Character formation in adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 23(1), 245–263. <https://doi.org/10.1080/00797308.1968.11822958>
- Blumgart, E., Tran, Y., & Craig, A. (2010). Social anxiety disorder in adults who stutter. *Depression and Anxiety*, 27(7), 687–692. <https://doi.org/10.1002/da.20657>
- Blumgart, E., Tran, Y., Yaruss, J. S., & Craig, A. (2012). Australian normative data for the Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 37(2), 83-90. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.12.002>
- Bonomi, A. E., Patrick, D. L., Bushnell, D. M., & Martin, M. (2000). *Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument*. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(1), 1–12. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(99\)00123-7](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(99)00123-7)
- Bornstein, M. H., Davidson, L., Keyes, C. L. M., & Moore, K. A. (2003). Adolescence and emerging adulthood: The critical passage ways to adulthood: Jacquelynne Eccles, Janice Templeton, Bonnie Barber, and Margaret Stone. In *Community programs to promote youth development*. <https://doi.org/10.4324/9781410607171-38>
- Bowling, A., Bond, M., Jenkinson, C., & Lamping, D. (1999). Short Form 36 (SF-36) Health Survey questionnaire: Which normative data should be used? Comparisons between the norms provided by the Omnibus Survey

in Britain, the Health Survey for England and the Oxford Healthy Life Survey. *Journal of Public Health*, 21(3), 255–270. <https://doi.org/10.1093/pubmed/21.3.255>

Bowling, A. (2017). *Measuring health: A review of quality of life measurement scales* (4th ed.). Open University Press.

Boyce, J. O., Jackson, V. E., Van Reyk, O., Parker, R., Vogel, A. P., Eising, E., et al. (2022). Self-reported impact of developmental stuttering across the lifespan. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 64(11), 1297–1306. <https://doi.org/10.1111/dmcn.15211>

Boyle, M. P. (2013a). Assessment of stigma associated with stuttering: Development and evaluation of the Self-Stigma of Stuttering Scale (4S). *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 56(5), 1517–1529. <https://doi.org/10.1044/1092-4388>

Boyle, M. P. (2013b). Psychological characteristics and perceptions of stuttering of adults who stutter with and without support group experience. *Journal of Fluency Disorders*, 38(4), 368–381. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.09.001>

Boyle, M. P. (2015a). Identifying correlates of self-stigma in adults who stutter: Further establishing the construct validity of the Self-Stigma of Stuttering Scale (4S). *Journal of Fluency Disorders*, 43, 17–27. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2014.12.002>

Boyle, M. P. (2015b). Relationships between psychosocial factors and quality of life for adults who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24, 1–12. https://doi.org/10.1044/2014_AJSLP-14-0089

Boyle, M. P., & Blood, G. W. (2015). Stigma and stuttering: Conceptualizations, applications, and coping. In K. St. Louis (Ed.), *Stuttering meets stereotype*,

stigma, and discrimination: An overview of attitude research (pp. 43–70).
West Virginia University Press.

Boyle, M. P., & Fearon, A. N. (2018). Self-stigma and its associations with stress, physical health, and health care satisfaction in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, *56*, 112–121. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.10.002>

Boyle, M. P., Beita-Ell, C., Milewski, K. M., & Fearon, A. N. (2018a). Self-esteem, self-efficacy, and social support as predictors of communicative participation in adults who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *61*(8), 1893–1906. https://doi.org/10.1044/2018_JSLHR-S-17-0443

Boyle, M. P., Milewski, K. M., & Beita-Ell, C. (2018b). Disclosure of stuttering and quality of life in people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2018.10.003>

Bricker-Katz, G., Lincoln, M., & Cumming, S. (2013). Stuttering and work life: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of fluency disorders*, *38*(4), 342-355. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.08.001>

Brissos, S., Dias, V. V., Carita, A. I., & Martinez-Aran, A. (2008). Quality of life in bipolar type I disorder and schizophrenia in remission: Clinical and neurocognitive correlates. *Psychiatry Research*, *160*(1), 55–62. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.04.010>

Brown, S., Ingham, R.J, Ingham, J.C., Laird, A.R, Fox, P.T. (2005). Stuttered and fluent speech production: An ALE Meta-Analysis of functional neuroimaging studies. *Human Brain Mapping*. *25*(1):105–117. <https://doi.org/10.1002/hbm.20140>.

- Butler, C. (2013). Identity and stammering: Negotiating hesitation, side-stepping repetition, and sometimes avoiding deviation. *Sociology of health & illness*, 35(7), 1113–1127. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12025>
- Cangi, M. E. (2011). *Kekemelik tanısı olan ve olmayan ergenlerin çok boyutlu mükemmeliyetçilik düzeylerinin karşılaştırılması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Anadolu Üniversitesi.
- Carter, A., Breen, L., Yaruss, J.S., & Beilby, J. (2017). Self-efficacy and quality of life in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 54, 14-23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.09.004>
- Carvalho, J., & Nobre, P. (2013). Early maladaptive schemas in convicted sexual offenders: Preliminary findings. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(2), 210–216. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.11.007>
- Chitlange, N. M., Sharath, H. V., Saklecha, A., & Desai, S. (2024). Effects of pediatric rehabilitation on children with spastic quadriplegia primary to seizure disorder and global developmental delay: A case report. *Cureus*, 16(3), e56189. <https://doi.org/10.7759/cureus.56189>
- Chow, H. M., & Chang, S. E. (2017). White matter developmental trajectories associated with persistence and recovery of childhood stuttering. *Human brain mapping*, 38(7), 3345–3359. <https://doi.org/10.1002/hbm.23590>
- Chow, H. M., Li, H., Liu, S., Frigerio-Domingues, C., & Drayna, D. (2021). Neuroanatomical anomalies associated with rare AP4E1 mutations in people who stutter. *Brain Communications*, 3(4), fcab266. <https://doi.org/10.1093/braincomms/fcab266>
- Chu, S. Y., et al. (2020). Comparison of social anxiety between Japanese adults who stutter and non-stuttering controls. *Journal of Fluency Disorders*, 65, 105767. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2020.105767>

- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, *127*(1), 87–127. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.87>
- Constantino, C. D., Manning, W. H., & Nordstrom, S. N. (2017). Rethinking covert stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, *53*, 26–40. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.06.001>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Kuwabara, S. A. (2010). Social psychology of stigma for mental illness: Public stigma and self-stigma. In J. E. Maddux & J. P. Tangney (Eds.), *Social psychological foundations of clinical psychology* (pp. 51–68). The Guilford Press.
- Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., Craig, M., & Peters, K. (2002). Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *45*(6), 1097–1105. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2002/088\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2002/088))
- Craig, A., Blumgart, E., & Tran, E. (2009). The impact of stuttering on the quality of life in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, *34*(2), 61–71. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.05.002>
- Craig, A., Blumgart, E., & Tran, Y. (2011). Resilience and stuttering: Factors that protect people from the adversity of chronic stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *54*(6), 1485–1496. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2011/10-0304\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2011/10-0304))
- Craig, A., & Tran, Y. (2014). Trait and social anxiety in adults with chronic stuttering: Conclusions following meta-analysis. *Journal of Fluency Disorders*, *40*, 35–43. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2014.01.001>

- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T., & van Straten, A. (2014). Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses. *Nordic Journal of Psychiatry*, *68*(7), 468–470. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.596570>
- Cuijpers, P., Donker, T., Weissman, M. M., Ravitz, P., & Cristea, I. A. (2016). Interpersonal Psychotherapy for Mental Health Problems: A Comprehensive Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, *173*(7), 680–687. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15091141>
- Crone, E. A., & Dahl, R. E. (2012). Understanding adolescence as a period of social–affective engagement and goal flexibility. *Nature Reviews Neuroscience*, *13*(9), 636–650. <https://doi.org/10.1038/nrn3313>
- Crosnoe, R., & Johnson, M. (2011). Research on adolescence in the twenty-first century. *Annual Review of Sociology*, *37*(1), 439–460. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-081309-150008>
- Dale, R., Power, K., Kane, S., Stewart, A. M., & Murray, L. (2010). The role of parental bonding and early maladaptive schemas in the risk of suicidal behavior repetition. *Archives of Suicide Research*, *14*(4), 311–328. <https://doi.org/10.1080/13811118.2010.524066>
- Daniels, D. E., & Gabel, R. M. (2004). The impact of stuttering on identity construction. *Topics in Language Disorders*, *24*(3), 200–215. <https://doi.org/10.1097/00011363-200407000-00007>
- Demiral, Y., et al. (2006). Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. *BMC Public Health*, *6*(247). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-247>
- Demirsoy, A. C. (1999). *The MOS SF-36 health survey: A validation study with a Turkish sample*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Dempster, M., Howell, D., & McCorry, N. K. (2015). Illness perceptions and coping in physical health conditions: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(6), 506–513. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.10.006>
- DuBois, D. L., & Flay, B. R. (2004). The healthy pursuit of self-esteem: Comment on and alternative to the Crocker and Park (2004) formulation. *Psychological Bulletin*, 130(3), 415–420. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.3.415>
- Dworzynski, K., Remington, A., Rijksdijk, F., Howell, P., & Plomin, R. (2007). Genetic and environmental etiology in cases of recovered and persistent stuttering in an unselected longitudinal sample of young twins. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 16(2), 169–178. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2007/021\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2007/021))
- Derman, O. (2008). Ergenlerde psikososyal gelişim. *Adölesan Sağlığı II: Sempozyum Dizisi* (Sempozyum Dizisi No. 63, ss. 19–21).
- Dostal, A. L., & Pilkington, P. D. (2023). Early maladaptive schemas and obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 336, 42–51. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.053>
- Dönmez, Y., & Özel Özcan, Ö. (2020). Okul çağı çocuklarında gelişimsel kekemelik ve eşlik eden psikiyatrik bozukluklar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(5), 523-530. <https://doi.org/10.5455/apd.74080>
- Drayna, D., & Kang, C. (2011). Genetic approaches to understanding the causes of stuttering. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 3(4), 374–380. <https://doi.org/10.1007/s11689-011-9090-7>
- Eldoğan, D. (2012). *Üniversite öğrencilerindeki erken dönem uyumsuz şemalar ve sosyal fobi belirtileri ilişkisinde duygu düzenleme güçlüğünün aracı*

rolünün incelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Eshghizadeh, M., Moghadam, M. B., Beydokhti, T. B., Banafshe, E., & Najafi, S. (2014). Comparison of parenting style in mothers of children with and without stuttering: A case-control study. *Journal of Research & Health*, 4(1), 623-629.

Erdoğan, O., & Özgür, B. G. (2020). Health-related quality of life based on KIDSCREEN-52 in stuttering children and adolescents. *ENT Updates*. <https://doi.org/10.32448/entupdates.827544>

Erickson, S., & Block, S. (2013). The social and communication impact of stuttering on adolescents and their families. *Journal of Fluency Disorders*, 38(4), 311–324. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.09.003>

Fahiem, R. A., Hamad, A. M., & Elalfy, D. Y. (2022). Comorbid psychiatric symptoms in childhood stutterers: An Egyptian sample. *Egyptian Journal of Ear, Nose, Throat and Allied Sciences*, 23(23), 1–10. <https://doi.org/10.21608/ejentas.2021.75098.1361>

Farzinfar, K., Nejat, H., Doustkam, M., & Tuzandeh Jani, H. (2021). Comparison of the effectiveness of schema therapy and integrated cognitive-speech approach in emotional regulation and distress tolerance of individuals suffering from stuttering. *Avicenna Journal of Clinical Medicine*, 27(4), 239–252. <https://doi.org/10.29252/ajcm.27.4.239>

Fonagy, P., & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 544–576. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.6.544>

Foundas, A. L., Bollich, A. M., Corey, D. M., Hurley, M., & Heilman, K. M. (2001). Anomalous anatomy of speech-language areas in adults with

- persistent developmental stuttering. *Neurology*, 57, 207–215.
<https://doi.org/10.1212/wnl.57.2.207>
- Freud, D., Kichin-Brin, M., Ezrati-Vinacour, R., Roziner, I., & Amir, O. (2017). The relationship between the experience of stuttering and demographic characteristics of adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 52, 53–63. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.03.008>
- Freud, D., & Ofer, A. (2020). Resilience in people who stutter: Association with covert and overt characteristics of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 64, 105761. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2020.105761>
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97–112. <https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.97>
- Goodstein, L. D. (1958). Functional speech disorders and personality: Methodological and theoretical considerations. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 1(4), 377–382. <https://doi.org/10.1044/jshr.0104.377>
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10(6), 214–219.
- Guitar, B. (2013). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.
- Gunasekaran, N. D., Jayasankaran, C., Justin Margret, J., Krishnamoorthy, M., & Srisailapathy, C. R. S. (2021). Evaluation of recurrent *GNPTAB*, *GNPTG*, and *NAGPA* variants associated with stuttering. *Advanced genetics (Hoboken, N.J.)*, 2(2), <https://doi.org/10.1002/ggn2.10043>
- Gümüş, E. (2021). *Yaşlılarda psikolojik dayanıklılık, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Gürkan, Y. (2020). *The exploration of the role of mentalization on the relationship between narcissistic traits and psychosomatic complaints in late adolescence* (Master's thesis, Istanbul Bilgi University, Clinical Psychology Program). <https://hdl.handle.net/11411/3584>

- Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education* (Vol. II). New York: D. Appleton & Co. <https://doi.org/10.1037/10618-000>
- Hartt, J., & Waller, G. (2002). Child abuse, dissociation, and core beliefs in bulimic disorders. *Child Abuse & Neglect*, *26*, 923–938.
- Hayes, A. F. (2022). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (3rd ed.). Guilford Press.
- Hayhow, R., Cray, A. M., & Enderby, P. (2002). Stammering and therapy: Views of people who stammer. *Journal of Fluency Disorders*, *27*(1), 1–17. [https://doi.org/10.1016/S0094-730X\(01\)00102-4](https://doi.org/10.1016/S0094-730X(01)00102-4)
- Hays, R. D., & Reeve, B. B. (2008). Measurement and modeling of health-related quality of life. In J. Killewo, H. K. Heggenhougen, & S. R. Quah (Eds.), *Epidemiology and demography in public health* (pp. 195–205). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012373960-5.00336-1>
- Hearne, A., Packman, A., Onslow, M., & Quine, S. (2008). Stuttering and its treatment in adolescence: The perceptions of people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, *33*(2), 81–98. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2008.01.001>
- Hernández, R., et al. (2019). Differences in coping strategies among young adults and the elderly with cancer. *Psychogeriatrics: The official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, *19*(5), 426–434. <https://doi.org/10.1111/psyg.12420>
- Hesse, T. (2023). Developmental stuttering may be caused by insufficient processing of auditory feedback. *Medical Hypotheses*, *180*, 111166. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2023.111166>

- Hoffart, A., et al. (2005). The structure of maladaptive schemas: A confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor-derived scales. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 627–644. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-9630-0>
- Hoffman, B. M., Papas, R. K., Chatkoff, D. K., & Kerns, R. D. (2007). Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 26(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.1.1>
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946–955. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.5.946>
- Howell, P., & Sackin, S. (2002). Timing interference to speech in altered listening conditions. *Journal of the Acoustical Society of America*, 111, 2842–2852. <https://doi.org/10.1121/1.1474444>
- Howell, P., Davis, S., Patel, H., Cuniffe, P., Downing-Wilson, D., Au-Yeung, J., & Williams, R. O. B. E. R. T. A. (2004). Fluency development and temperament in fluent children and children who stutter. *Theory, research and therapy in fluency disorders*, 250-256.
- Howell, P. (2007). Signs of developmental stuttering up to age eight and at 12 plus. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 287–306. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.005>
- Hu, Y., et al. (2024). The impact of chronic diseases on health-related quality of life among middle-aged and older adults: The role of physical activity and digitalization level. *BMC Public Health*, 24, 2335. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-198338>

- Huang, H. H., & Pfuetze, M. (2021). Using EMDR to address social anxiety with clients who stutter: Treatment considerations. *Journal of EMDR Practice and Research, 15*(1), 60-72. <https://doi.org/10.1891/EMDR-D-20-00035>
- Humeniuk, E., & Tarkowski, Z. (2016). Parents' reactions to children's stuttering and style of coping with stress. *Journal of Fluency Disorders, 49*, 51–60. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2016.08.002>
- Hurley, S. (2010). *The impact of maladaptive schema on disordered eating: A collective case study*. Yayınlanmamış doktora tezi, University of South Florida.
- Ingham, R. J. (2003). Brain imaging and stuttering: Some reflections on current and future developments. *Journal of Fluency Disorders, 28*(4), 411–420. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2003.07.002>
- Iverach, L., et al. (2009). The relationships between social anxiety disorder, trait anxiety, self-esteem, and stuttering. *Journal of Fluency Disorders, 34*(2), 104–115. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.06.002>
- Iverach, L., Menzies, R. G., O'Brian, S., Packman, A., & Onslow, M. (2011). Anxiety and stuttering: continuing to explore a complex relationship. *American journal of speech-language pathology, 20*(3), 221–232. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2011/10-0091\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2011/10-0091))
- Iverach, L., & Rapee, R. M. (2014). Social anxiety disorders and stuttering: Current status and future directions. *Journal of Fluency Disorders, 40*, 69–82. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.08.003>
- Ibarra-Rovillard, M. S., & Kuiper, N. A. (2011). Social support and social negativity findings in depression: Perceived responsiveness to basic psychological needs. *Clinical Psychology Review, 31*, 342–352. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.005>

- Işıklar, A. (2012). Ergenlerde yaşam kalitesi ve benlik saygısı düzeyinin cinsiyet ve obezite değişkenleri açısından incelenmesi. *Firat University Journal of Social Sciences*, 22(2).
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/firatsbed/issue/45179/565657>
- İbiloğlu, A. O. (2011). Kekemelik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(4), 704-727. <https://doi.org/10.5455/cap.20110332>
- İlk, G., & Bilge, Y. (2023). Erken dönem uyumsuz şemaların kişilik bozuklukları belirtilerini yordayıcı etkilerinin ergenlerde incelenmesi. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 7(14), 93-111. <https://doi.org/10.31461/ybpd.1400840>
- Janssen, P., Kraaimaat, F., & Brutten, G. (1990). Relationship between stutterers' genetic history and speech-associated variables. *Journal of Fluency Disorders*, 15, 39–48. [https://doi.org/10.1016/0094-730X\(90\)90004-D](https://doi.org/10.1016/0094-730X(90)90004-D)
- Jensen, F. E., & Nutt, E. A. (2017). *Ergen beyni: Bir nörobilimciden ergen ve birey erişkinlerin yetiştirilmesine ilişkin hayatta kalma rehberi* (C. E. Topaktaş, Çev.). (8. baskı). Hep Kitap.
- Kaba, D., & Canlı, M. A. (2024). Exploration of risk factors for language regression according to parent reports in Turkish children with autism spectrum disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 34(2), 172-178. <https://doi.org/10.5152/pcp.2024.24864>
- Kang, C., et al. (2010). Mutations in the lysosomal enzyme–targeting pathway and persistent stuttering. *New England Journal of Medicine*, 362(8), 677–685. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0902630>
- Kangas, T., Milis, S. L., Vanthomme, K., Bracke, P., & Gadeyne, S. (2025). The social determinants of health-related quality of life among people with chronic disease: A systematic literature review. *Quality of Life Research*. <https://doi.org/10.1007/s11136-025-03976-1>

- Kapçı, E., & Hamamcı, Z. (2010). Aile işlevi ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişki: Erken dönem uyum bozucu şemaların aracı rolü. *Klinik Psikiyatri*, 127–136.
- Karaosmanoğlu, H. A., Soygüt, G., & Kabul, A. (2013). Psychometric properties of the Turkish young compensation inventory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(2), 171–179.
- Karaosmanoğlu, H. A. (2019). *Hepsini istiyorum hemen istiyorum: Dürtüsel ve büyükleme davranışlarla başa çıkmak* (B. K. Karaca, Ed.). 1. baskı. Psikonet.
- Karaosmanoğlu, H. A., Köse, B., Aytaç, M., & Küçükseymen Armağan, Z. C. (2024). A new model for basic needs: Comparison of the second order factorial structures of Young schema questionnaire and its relationship with symptoms of psychopathology. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06157-4>
- Karasar, N. (2009). *Bilimsel araştırma yöntemleri* (19. baskı). Nobel Yayın Dağıtım.
- Karatzias, T., Jowett, S., Begley, A., & Deas, S. (2016). Early maladaptive schemas in adult survivors of interpersonal trauma: Foundations for a cognitive theory of psychopathology. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 30713. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.30713>
- Kapçı, E., & Hamamcı, Z. (2010). Aile işlevi ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişki: Erken dönem uyum bozucu şemaların aracı rolü. *Klinik Psikiyatri*, 127–136.
- Kehoe, T. D. (1999). *Stuttering: science, therapy and practice*. Casa Futura Technologies, Boulder.

- Kell, C. A., Neumann, K., Behrens, M., von Gudenberg, A. W., & Giraud, A. L. (2018). Speaking-related changes in cortical functional connectivity associated with assisted and spontaneous recovery from developmental stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 55, 135-144. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.02.001>
- Kessler, R. C., et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA*, 289(23), 3095–3105. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>
- Klein, J. F., & Hood, S. B., (2004). The impact of stuttering on employment opportunities and job performance. *Journal of Fluency Disorders*. 29(4), 255–273. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2004.08.001>
- Klompas, M., & Ross, E. (2004). Life experiences of people who stutter, and the perceived impact of stuttering on quality of life: personal accounts of South African individuals. *Journal of Fluency Disorders*, 29(4), 275–305. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2004.10.001>
- Koedoot, C., Bouwmans, C., Franken, M. C., & Stolk, E. (2011). Quality of life in adults who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 44(4), 429–443. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2011.02.002>
- Kömürcü, B. ve Gör, N. (2016). Erken dönem uyumsuz şemalar ve kaygı üzerine bir derleme. *Nesne Psikoloji Dergisi*, 4(8), 183-203. <https://doi.org/10.7816/nesne-04-08-02>
- Kraaimaat, F. W., Vanryckeghem, M., & Van Dam-Baggen, R. (2002). Stuttering and social anxiety. *Journal of Fluency Disorders*, 27(4), 319–330. [https://doi.org/10.1016/s0094-730x\(02\)00160-2](https://doi.org/10.1016/s0094-730x(02)00160-2)
- Kraft, S. J., & Yairi, E. (2011). Genetic bases of stuttering: The state of the art, 2011. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 64(1), 34–47. <https://doi.org/10.1159/000331073>

- Kroger J. (2007). *Identity Development: Adolescence through Adulthood*. Thousand Oaks, CA: Sage. 2nd ed.
- Kundu, G. K., Zahan, G. A., Sarker, M. A., & Others. (2024). Neuroimaging changes and treatment outcome of tubercular meningitis: Experiences from 22 cases in a tertiary care center. *Journal of Bangladesh College of Physicians and Surgeons*, 42(2), 214-218. <https://doi.org/10.3329/jbcps.v42i2.72391>
- Laiho, A., et al. (2022). Stuttering interventions for children, adolescents, and adults: A systematic review as a part of clinical guidelines. *Journal of Communication Disorders*, 99, 106242. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2022.106242>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Leblebici, M. (2022). *Ruhsal hastalığına sahip bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Lewis, M. (1992). *Shame: The exposed self*. New York: Free Press.
- Liu, L., Xu, X., & Xu, N. (2017). Disease activity, resilience and health-related quality of life in Chinese patients with rheumatoid arthritis: a multi-center, cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*, 15(149). <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0725-6>
- Lockwood, G., & Perris, P. (2012). A new look at core emotional needs. In J. Broersen & M. van Vreeswijk (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice* (s. 41–66). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119962830.ch3>

- Louis, J. P., Wood, A. M., & Lockwood, G. (2018). Psychometric validation of the Young Parenting Inventory-Revised (YPI-R2): Replication and extension of a commonly used parenting scale in Schema Therapy (ST) research and practice. *PloS one*, *13*(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205605>
- Lowe, R., Menzies, R., Onslow, M., Packman, A., & O'Brian, S. (2021). Speech and Anxiety Management With Persistent Stuttering: Current Status and Essential Research. *Journal Of Speech, Language, and Hearing Research : JSLHR*, *64*(1), 59–74. https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-20-00144
- Ludlow, C. L., & Loucks, T. (2003). Stuttering: A dynamic motor control disorder. *Journal of Fluency Disorders*, *28*, 273–295. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2003.07.001>
- Lumley, M. N., Dozois, D. J. A., Hennig, K. H. ve Marsh, A. (2011). Cognitive organization, perceptions of parenting and depression symptoms in early adolescence. *Cognitive Therapy and Research*, *36*(4), 300–310. <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9365-z>
- Maçık, D., & Maçık, R. (2022). Are four maladaptive schema domains a better option than five? Recommendations based on comparison of the latent structure of schemas on a large group of healthy adults. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *50*(3), 334–344. <https://doi.org/10.1017/S1352465821000539>
- Manning, W. H. (2001). *Clinical decision making in fluency disorders* (2nd ed.). Singular/Thomson Learning.
- Mannson, H. (2000). Childhood stuttering: Incidence and development. *Journal of Fluency Disorders*, *25*, 47–57. [https://doi.org/10.1016/S0094-730X\(99\)00023-6](https://doi.org/10.1016/S0094-730X(99)00023-6)

- Mansuri, B., Shahbodaghi, M. R., Tohidast, S. A., & Kamali, M. (2013). Comparing the quality of life in adults who stutter with their normal counterparts. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*, *9*(2), 318–327.
- Martin, R. ve Young, J. (2010). Şema terapisi. K. S. Dobson (Ed.), *Bilişsel-davranışsal terapiler el kitabı* içinde (3. baskı, ss. 317–346). Guilford Press.
- Matcham, F., Norton, S., Steer, S., & Hotopf, M. (2016). Usefulness of the SF-36 Health Survey in screening for depressive and anxiety disorders in rheumatoid arthritis. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *17*, 224. <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1083-y>
- Maurya, R. K. ve Singh, S. (2015). Traumatic childhood experiences and stuttering: A case study. *Asian Academic Research Journal of Social Sciences & Humanities*, *2*(69), 331-351.
- Mawson, A. R., Radford, N. T., & Jacob, B. (2016). Toward a theory of stuttering. *European Neurology*, *76*(5–6), 244–251. <https://doi.org/10.1159/000452215>
- McAllister, J., Collier, J., & Shepstone, L. (2012). The impact of adolescent stuttering on educational and employment outcomes: Evidence from a birth cohort study. *Journal of Fluency Disorders*, *37*(2), 106–121. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.01.002>
- McAllister, J., Collier, J., & Shepstone, L. (2013). The impact of adolescent stuttering and other speech problems on psychological wellbeing in adulthood: Evidence from a birth cohort study. *International Journal of Language & Communication Disorders*, *48*(4), 458–468. <http://doi.org/10.1111/1460-6984.12021>

- Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A., & O'Brian, S. (2009). Cognitive behavior therapy for adults who stutter: A tutorial for speech-language pathologists. *Journal of Fluency Disorders*, 34(3), 187–200. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.09.002>
- Messenger, M., Onslow, M., Packman, A., & Menzies, R. (2004). Social anxiety in stuttering: Measuring negative social expectancies. *Journal of Fluency Disorders*, 29(3), 201–212. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2004.06.002>
- Moen, P., & Yu, Y. (2000). Effective work/life strategies: Working couples, work conditions, gender, and life quality. *Social Problems*, 47(3), 291–326. <https://doi.org/10.2307/3097233>
- Moghadam, S., Sharbaf, H. A., & Mashhadi, A. (2017). Reduction of trauma-induced stuttering and PTSD symptoms using EMDR therapy. *Arak Medical University Journal (AMUJ)*, 19(116), 87-98.
- Moos, R., Billings, A., Goldberger, L., & Breznitz, S. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*.
- Mulcahy, K., Hennessey, N., Beilby, J. M., & Byrnes, M. (2008). Social anxiety and the severity and typography of stuttering in adolescents. *Journal of Fluency Disorders*, 33(4), 306–319. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2008.12.002>
- Muris, P., & Petrocchi, N. (2016). Protection or vulnerability? A meta-analysis of the relations between the positive and negative components of self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(2), 373–383. <https://doi.org/10.1002/cpp.2005>
- Moussavi, S., et al. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370(9590), 851–858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9)

- Nang, C., Hersh, D., Milton, K., & Lau, S. R. (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. https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-ODC11-17-0
- Nathan, L. (2003) *Understanding Stuttering*, Jackson: University Press of Mississippi, Mississippi, 4, 9.
- Naz, H., & Kausar, R. (2022). Stuttering related and psychosocial predictors of impact of stuttering. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 72(9). <https://doi.org/10.47391/JPMA.925>
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neef, N.E., & Chang S.E. (2024) Knowns and unknowns about the neurobiology of stuttering. *PLoS Biology*, 22(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.3002492>
- Nejat, H., Farzinfar, K., Doustkam, M., & Tuzandehjani, H. (2022). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Integrated Cognitive-Speech Approach on Negative Emotions and Distress Tolerance in People Suffering from Stuttering. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 9(1), s. 45-60. <http://dx.doi.org/10.22122/ijbmc.v9i1.334>
- Nieto, M., et al. (2020). Differences in coping strategies between young and older adults: The role of executive functions. *The International Journal of Aging and Human Development*, 90(1), 28–49. <https://doi.org/10.1177/0091415018822040>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>

- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(1), 98–102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>
- O'Brian, S., Jones, M., Packman, A., Menzies, R., & Onslow, M. (2011). Stuttering severity and educational attainment. *Journal of Fluency Disorders*, 36, 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.02.006>
- Okuyay, P., AtaSoylu, G., Önde, M., Dereboy, Ç., & Beşer, E. (2012). Kadınlarda yaşam kalitesi anksiyete ve depresyon belirtilerinin varlığında nasıl etkileniyor? Kesitsel bir alan çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(3), 178-188.
- Olsen, C. D. H., Möller, S., & Ahrenfeldt, L. J. (2023). Sex differences in quality of life and depressive symptoms among middle-aged and elderly Europeans: results from the SHARE survey. *Aging & Mental Health*, 27(1), 35-42. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.2013434>
- Ooki, S. (2005). Genetic and environmental influences on the handedness and footedness in Japanese twin children. *Twin Research and Human Genetics*, 8(6), 649–656. <https://doi.org/10.1375/183242705774860222>
- Owens, R. E., Metz, D. E., & Haas, A. J. (2003). *Introduction to communication disorders: A lifespan perspective* (2nd ed.). Allyn & Bacon.
- Özbaş, A. A., Sayın, A. ve Coşar, B. (2012). Üniversite sınavına hazırlanan öğrencilerde sınav öncesi anksiyete düzeyi ile erken dönem uyumsuz şema ilişkilerinin incelenmesi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(2), 81-89.
- Özer Antholz, G. (2019). *Akıcı konuşma bozukluğu olan bireylerde kekemelik şiddeti ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Özkan, N., & Akçınar, B. (2023). Kekemeliği olan ve olmayan yetişkin bireylerin psikolojik dayanıklılıkları üzerinde duygu düzenleme güçlüğü'nün etkisi. *Edu 7: Yeditepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13(15), 34-57. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/3507206>
- Perkins, W. H. (1990). What is stuttering? *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55, 370-382. <https://doi.org/10.1044/jshd.5503.370>
- Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2021). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1111/bjc.12324>
- Petrocelli, J. V., Glaser, B. A., Calhoun, G. B., & Campbell, L. F. (2001). Early maladaptive schemas of personality subtypes. *Journal of Personality Disorders*, 15(6), 546–559. <https://doi.org/10.1521/pedi.15.6.546.19189>
- Pınarcık, Ö., & Sarı, H. (2013). Evaluation of newest facts on stammering according to the definitions. *Karaelmas Journal of Educational Sciences*, 1, 33–42.
- Plexico, L. W., Manning, W. H., & Levitt, H. (2009). Coping responses by adults who stutter: Part II. Approaching the problem and achieving agency. *Journal of Fluency Disorders*, 34(2), 108-126. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.06.003>
- Plexico, L. W., Erath, S., Shores, H., & Burrus, E. (2019). Self-acceptance, resilience, coping, and satisfaction of life in people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 59, 52–63. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2018.10.004>
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P. ve Young, E. J. (2013). *Şema terapi, ayırıcı özellikler*. (Ed. H. Alp Karaosmanoğlu ve Nihan Azizlerli, Çev.). (2. Baskı). Psikonet Yayınevi.

- Rahimi, S. S., et al. (2016). Comparison the quality of life among adults with and without stuttering: An emphasis on the severity of stuttering (Persian). *Journal of Rehabilitation*, 17(4), 300–307. <https://doi.org/10.21859/jrehab-1704300>
- Raymo, J. M., Park, H., Xie, Y., & Yeung, W. J. (2015). Marriage and family in East Asia: Continuity and change. *Annual Review of Sociology*, 41, 471–492. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-073014-112428>
- Raza, M. H., et al. (2015). Association between rare variants in AP4E1, a component of intracellular trafficking, and persistent stuttering. *The American Journal of Human Genetics*, 97(5), 715–725. <https://doi.org/10.1016/j.ajhg.2015.10.007>
- Rees, D. I., & Sabia, J. J. (2014). The kid's speech: The effect of stuttering on human capital acquisition. *Economics of Education Review*, 38, 76-88. <https://doi.org/10.1016/j.econedurev.2013.07.007>
- Rees, C., Breen, L., Cusack, L., & Hegney, D. (2015). Understanding individual resilience in the workplace: The international collaboration of workforce resilience model. *Frontiers in Psychology*, 6, 1–7. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00073>.
- Reeves, P. M., Merriam, S. B., & Courtenay, B. C. (1999). Adaptation to HIV infection: The development of coping strategies over time. *Qualitative Health Research*, 9(3), 344–361. <https://doi.org/10.1177/104973299129121901>
- Rickwood, D. J. (1995). The effectiveness of seeking help for coping with personal problems in late adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 24(6), 685–703. <https://doi.org/10.1007/BF01536951>

- Roberts, B. W., & Mroczek, D. (2008). Personality trait change in adulthood. *Current Directions in Psychological Science*, 17(1), 31–35. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2008.00543.x>
- Roediger, E. (2015). *Şema terapi nedir?* (S. Ataman, Çev.). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Rutter, M., Graham, P., Chadwick, OF., Yule, W. (1976) Adolescent turmoil: Fact or fiction. *J Child Psychol Psychiatry*,17:35-56. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1976.tb00372.x>
- Sağ, B. (2016). *Erken dönem uyumsuz şemalar ve pozitif algının, psikolojik dayanıklılık, depresyon ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Santrock, J. W. (2013). *Adolescence* (16th ed.). McGraw-Hill Education.
- Sarabi Hosseinzadeh, F., Sharifirad, G., & Monirpour, N. (2024). Structural model of quality of life based on early maladaptive schemas and the mediating role of self-care in women with type 2 diabetes. *Applied Family Therapy Journal*, 5(4), 124–132. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.5.4.14>
- Sarani Yaztappeh, J., et al. (2024). A study of emotion regulation difficulties, repetitive negative thinking, and experiential avoidance in adults with stuttering: A comparative study. *Iranian Journal of Psychiatry*, 19(1), 79–88. <https://doi.org/10.18502/ijps.v19i1.14341>
- Sareen, J., et al. (2006). Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Archives of Internal Medicine*, 166 (19), 2109–2116. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.19.2109>

- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223–228. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(18)30022-1)
- Sayıl, M., Uçanok, Z., & Güre, A. (2002). Erken ergenlik döneminde duygusal gereksinimler, aileyle çatışma alanları ve benlik kavramı: Betimsel bir inceleme. *Çocuk ve Bireylik Ruh Sağlığı Dergisi*, 9(3), 155–166.
- Seiffge-Krenke, I. (2004). Adaptive and maladaptive coping styles: Does intervention change anything? *European Journal of Developmental Psychology*, 1(4), 367–382. <https://doi.org/10.1080/17405620444000398>
- Shames, G. H., Wiig, E. H. & Secord, W. A. (1998). Human communication disorders: an introduction. (5 th Ed.), Allyn and Bacon Company, MA.
- Shapiro, D. A. (1999). *Stuttering intervention: A collaborative journey to fluency freedom*. Pro-Ed, 48 , 61-81.
- Siegel, D. J. (2019). *Ergen beyin rehberi* (Y. F. Zülfikar, Çev.). Tuti Kitap.
- Silverman, F.H. (2003). *The Essentials on Speech, Language and Hearing Disorders*, Atomic Dog Publishers.
- Silverman, F. H. (2004). *Stuttering and other fluency disorders*. Waveland Press.
- Simeone-DiFrancesco, C., Roediger, E., & Stevens, B. A. (2015). *Schema therapy with couples: A practitioner's guide to healing relationships*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118972700>
- Singer, CM, Hessling, A., Kelly, EM, Singer, L. ve Jones, RM (2020). Kekemeliğin kalıcılığıyla ilişkili klinik özellikler: Bir meta-analiz. *Konuşma, Dil ve İşitme Araştırmaları Dergisi* , 63 (9), 2995–3018. https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-20-00096

- Smith, A., & Weber, C. (2016). Childhood stuttering: Where are we and where are we going? *Seminars in Speech and Language*, 37(4), 291–297. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1587703>
- Smith, K. A., Iverach, L., O'Brian, S., Kefalianos, E., & Reilly, S. (2014). Anxiety of children and adolescents who stutter: A review. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 22–34. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2014.01.003>
- Simmonds, D. J., Hallquist, M. N., Asato, M. R., & Luna, B. (2014). Developmental stages and sex differences of white matter and behavioral development through adolescence: A longitudinal diffusion tensor imaging (DTI) study. *NeuroImage*, 92, 356–368. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.12.044>
- Sizer, E., & Sizer, B. (2023). The effect of stuttering on symptoms of depression and social anxiety in adolescents. *European Review for Medical & Pharmacological Sciences*, 27(8). https://doi.org/10.26355/eurrev_202304_32099
- Smetana, J. G. (1988). Adolescents' and parents' conceptions of parental authority. *Child Development*, 59, 321–335.
- Snowling, M. J., Adams, J. W., Bishop, D. V. M., & Stothard, S. E. (2001). Educational attainments of school leavers with a preschool history of speech-language impairments. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 36(2), 173–183. <https://doi.org/10.1080/13682820010019892>
- Soygüt, G. (2007). *Young-Rygh Kaçınma Ölçeği (YR-KÖ)'nin psikometrik özellikleri*. Unpublished manuscript, Hacettepe University, Ankara.

- Soygüt, G., Çakır, Z., & Karaosmanoğlu, A. (2008). Ebeveynlik biçimlerinin değerlendirilmesi: Young Ebeveynlik Ölçeği'nin psikometrik özelliklerine ilişkin bir inceleme. *Türk Psikoloji Yazıları*, 11(22), 17–30.
- Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A., & Çakır, Z. (2009). Erken dönem uyumsuz şemaların değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün psikometrik özelliklerine ilişkin bir inceleme. *Türk Psikoloji Yazıları*, 20(1), 75–84.
- Steinberg, L. (2014). *Age of opportunity: Lessons from the new science of adolescence*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Sturgeon, J. A., & Zautra, A. J. (2010). Resilience: a new paradigm for adaptation to chronic pain. *Current pain and headache reports*, 14(2), 105–112. <https://doi.org/10.1007/s11916-010-0095-9>
- Şahin, N., & Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri Türk Bireyleri İçin Uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), s. 44-56.
- Şendil, G. (2003). Çocuk ve ergenlerde sosyal gelişim. İçinde G. Şendil (Ed.), *Çocuk, ergen ve anne-baba* (ss. 61–126). Çantay Kitapevi.
- Taber, K. S. (2018). The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in Science Education*, 48(6), 1273–1296. <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>
- Tanner, D. C. (2003). Exploring communication disorders: a 21st century introduction through literature and media. Allyn and Bacon, Boston, (2), 38.
- Tarkowski, Z., & Skorek, E. (2009). Research on stuttering in preschool and school children. Zielona Góra: Uniwersytet Zielonogórski.

- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377–401. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520>
- Taylor, C. D. J., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90, 456–479. <https://doi.org/10.1111/papt.12113>
- Thimm, J. C. (2010). Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(1), 52-59. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.10.001>
- Tichenor, S. E., & Yaruss, J. S. (2019). Stuttering as defined by adults who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62(12), 4356–4369. https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-19-00137
- Treon, M., Dempster, L., & Blaesing, K. (2006). MMPI-2/A assessed personality differences in people who do, and do not, stutter. *Social Behavior and Personality: An international journal*, 34(3), 271-294. <https://doi.org/10.2224/sbp.2006.34.3.271>
- Trindade, I. A., Duarte, J., & Ferreira, C. (2018). The impact of illness-related shame on psychological health and social relationships: Testing a mediational model in students with chronic illness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(5), 668–676. <https://doi.org/10.1002/cpp.2191>
- Turan, S. (2021). Geç ergenlik dönemi: Ahlaki uzaklaşma. *Sportive*, 4(2), 1–11. <https://doi.org/10.53025/sportive.877254>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2024). *Yaşam memnuniyeti araştırması, 2024* (Bülten No: 53785). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Yasam-Memnuniyeti-Arastirmasi-2024-53785>

- Türk, A., Öztürk, M., & Bilican-Gökkaya, V. (2022). Depresyon, anksiyete, stres ve gelecek kaygısı arasındaki ilişkinin kanonik korelasyon analizi ile incelenmesi. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology*, 4(3), 262–270. <http://dx.doi.org/10.35365/ctjpp.22.3.06>
- Türkili, S., Türkili, S., & Aydın, Z. F. (2022). Mental Well-being and Related Factors in Individuals with Stuttering. *Heliyon*, 8. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e10446>
- Uludağlı, P., & Sayil, F. M. (2009). Orta ve ileri ergenlik döneminde risk alma davranışı: Ebeveyn ve akranların rolü. *Türk Psikoloji Yazıları*, 12(23), 14–27. <https://app.trdizin.gov.tr/makale/T1RReE1qQXc/orta-ve-ileri-ergenlik-doneminde-risk-alma-davranisi-ebeveyn-ve-akranlarin-rolu>
- Uysal, H. T., & Köse, A. (2021). The investigation of the validity and reliability of the Turkish version of the Wright and Ayre Stuttering Self-Rating Profile (WASSP). *International Journal of Language & Communication Disorders*, 56(3), 653–661. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12621>
- Ünal, B. (2012). *Early maladaptive schemas and well-being: Importance of parenting styles and other psychological resources* (Master's thesis, Middle East Technical University, The Graduate School of Social Sciences). <https://etd.lib.metu.edu.tr/upload/12614661/index.pdf>
- van Damme, S., Crombez, G., & Eccleston, C. (2008). Coping with pain: A motivational perspective. *Pain*, 139(1), 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.03.009>
- van Riper, C. (1982). *The nature of stuttering* (2nd ed.). Prentice Hall.
- van Vreeswijk, M., & Broersen, J. (2006). *Schemagerichte therapie in groepen: Cognitieve groepspsychotherapie bij persoonlijkheidsproblematiek*. Bohn Stafleu van Loghum / Springer Media.

- van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (Eds.). (2012). *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1111/cp.12018>
- Vilagut, G., et al. (2008). *Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental*. *Medicina Clínica*, *130*(19), 726–735. <https://doi.org/10.1157/13121076>
- Waller, G., Shah, R., Ohanian, V., & Elliott, P. (2001). Core beliefs in bulimia nervosa and depression: The discriminant validity of Young Schema Questionnaire. *Behavior Therapy*, *32*, 139-153. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80049-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80049-6)
- Wang, X., Matsuda, N., Ma, H., & Shinfuku, N. (2000). *Comparative study of quality of life between the Chinese and Japanese adolescent populations*. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *54*(2), 147–152. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2000.00650.x>
- Ward, D., Connally, E. L., Pliatsikas, C., Bretherton-Furness, J., & Watkins, K. E. (2015). The neurological underpinnings of cluttering: Some initial findings. *Journal of Fluency Disorders*, *43*, 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2014.12.003>
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, *30*(6), 473–483. <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
- Ware, J. E., Jr., et al. (1998). The equivalence of SF-36 summary health scores estimated using standard and country-specific algorithms in 10 countries: Results from the IQOLA Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, *51*(11), 1167–1170. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(98\)00108-5](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(98)00108-5)

- Watson, K. B., et al. (2022). Chronic Conditions Among Adults Aged 18–34 Years United States, 2019. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 71(30), 964–970. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7130a3>
- Webb, J., & Musello, C. (2019). *Çocuklukta ihmalin izi: Boşluk hissi* (G. Arıkan, Çev.). Sola Yayınları.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire-Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26(4), 519-530. <https://doi.org/10.1023/A:1016231902020>
- Werner, A. M., Tibubos, A. N., Rohrman, S., & Reiss, N. (2019). The clinical trait self-criticism and its relation to psychopathology: A systematic review update. *Journal of Affective Disorders*, 246, 530-547. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.069>
- Wong-McDonald, A., & Gorsuch, R. L. (2000). Surrender to God: An additional coping style? *Journal of Psychology and Theology*, 28(2), 149-161.
- Woon, P. S., Chia, M. Y., Chan, W. Y., & Sim, K. (2010). Neurocognitive, clinical and functional correlates of subjective quality of life in Asian outpatients with schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34(3), 463–468. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2010.01.014>
- World Health Organization. (2014). Basic Documents. 48th Edition. Geneva, World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/151605>
- Yairi, E., Ambrose, N. G. (2005). Early childhood stuttering for clinicians by clinicians. (Pro.ed) An International Publisher, Texas.

- Yairi, E., ve Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of fluency disorders*, 38(2), 66-87.
- Yairi, E., & Seery, C. H. (2021). *Stuttering: Foundations and clinical applications*. Plural publishing.
- Yalçın, O., Lee, C., & Correia, H. (2020). Factor structure of the young schema questionnaire (Long Form-3). *Australian Psychologist*. <https://doi.org/10.1111/ap.12458>
- Yancar Demir, E., & Soygüt, G. (2014). Şema terapisi ile izlenen bir olgu bağlamında panik bozukluğu ile şemalar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 3, 109-115. <https://doi.org/10.5455/JCBPR.47948>
- Yaruss, J. S. (1999). Utterance length, syntactic complexity, and childhood stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42, 329–344. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4202.329>
- Yaruss, J. S. (2001). Evaluating treatment outcomes for adults who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 34, 163–182. [https://doi.org/10.1016/S0021-9924\(00\)00047-2](https://doi.org/10.1016/S0021-9924(00)00047-2)
- Yaruss, J. S. (2010). Assessing quality of life in stuttering treatment outcomes research. *Journal of Fluency Disorders*, 35(3), 190–202. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2010.05.010>
- Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2006). Overall assessment of the speaker's experience of stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*, 31(2), 90–115. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2006.02.002>
- Yazgan İnanç, B., Bilgin, M., & Kılıç Atıcı, M. (2012). Ergenlik döneminin anlamı, kimlik gelişimi ve gelişim görevleri. İçinde B. Yazgan İnanç, M.

Bilgin & M. Kılıç Atıcı (Ed.), *Gelişim psikolojisi* (14. Bölüm, ss. 231–238). Pegem Akademi.

Yelpaze, İ., & Ceyhan, A. A. (2020). The prediction of personality, culture and coping strategies on university students' psychological help seeking attitudes. *Turkish Journal of Education*, 9(2), 134–153. <https://doi.org/10.19128/turje.611402>

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: Conceptual model. In *Schema therapy: A practitioner's guide* (pp. 1–63). Guilford Press.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2009). *Şema terapi: Terapistin rehberi* (T. Özakkaş & T. V. Soylu, Çev.). Litera Yayıncılık.

Young, J. E. & Klosko, J. S. (2021). *Hayatı yeniden keşfedin* (A. Karaosmanoğlu & E. Tuncer, Eds.), (24. baskı). Psikonet Yayınları.

Yurtsever, S. S. ve Sütçü, S. T. (2017). Algılanan ebeveynlik biçimleri ile bozulmuş yeme tutumu arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şemaların ve duygu düzenleme gücünün aracı rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 32(80), 20-43.

Zablotsky, B., et al. (2019). Prevalence and trends of developmental disabilities among children in the United States. *Pediatrics*, 144(4), e20190811. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-0811>

Zarrett, N., & Eccles, J. S. (2006). The passage to adulthood: Challenges of late adolescence. *New Directions for Youth Development*, 2006(111), 13–28. <https://doi.org/10.1002/yd.179>

Zimmermann, P., & Iwanski, A. (2014). Emotion regulation from early adolescence to emerging adulthood and middle adulthood: Age differences, gender differences, and emotion-specific developmental

variations. *International Journal of Behavioral Development*, 38(2), 182–194. <https://doi.org/10.1177/0165025413515405>

EKLER

EK A: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, Dr. Öğr. Üyesi Buket Ünver danışmanlığında FMV Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktora Programı öğrencisi Nilüfer ÖZKAN tarafından yürütülmektedir. Bu çalışmada “Kekemelik Tanısı Olan ve Olmayan 18-24 Yaş Arası Bireylerin Erken Dönem Uyumsuz Şemaları İle Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkide Şema Başa Çıkma Stratejilerinin Aracı Rolü” incelenecektir. Çalışmanın yürütülebilmesi için FMV Işık Üniversitesi Etik Komisyonu’ndan gerekli izinler alınmıştır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Ölçeklerde, genel olarak, kişisel rahatsızlık verecek sorular bulunmamaktadır. Ancak katılım esnasında herhangi bir rahatsızlık hissederseniz, cevaplamayı yarıda bırakabilirsiniz. Böyle bir durum olduğunda lütfen araştırmacıya bilgi veriniz.

Çalışmada sizden kimliğinizin açığa çıkabileceği herhangi bir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak ve sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecektir; Elde edilecek bilgiler bilimsel yayınlarda veya eğitimsel çalışmalarda kullanılacaktır.

Bu çalışma, birden fazla psikolojik ölçek içermektedir. Lütfen her ölçeğin başındaki yönergeyi dikkatle okuyunuz ve sorulara sizi en iyi şekilde ifade eden cevabı vermeye çalışınız. Araştırmadan geçerli ve güvenilir sonuçlar elde edilebilmesi için tüm soruları samimi ve dürüst bir şekilde cevaplamanız ve hiçbir maddeyi boş bırakmamanız oldukça önemlidir.

Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak isterseniz, Klinik Psikoloji Doktora Öğrencisi Nilüfer ÖZKAN (e-posta: nl.fozkan@gmail.com) ile iletişime geçebilirsiniz. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum. Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesebileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı kullanılmasını onaylıyorum.

() Onaylıyorum.

EK B: Kişisel Bilgi Formu

Değerli Katılımcılar;

Bu formdaki ölçekler bilimsel bir araştırmada kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Vereceğiniz samimi cevaplar araştırmanın sonucu açısından büyük önem taşımaktadır. Cevaplarınızı kesinlikle gizli kalacak ve elde edilen bilgiler toplu olarak değerlendirilerek sadece araştırma kapsamında kullanılacaktır. Vakit ayırdığınız ve bilimsel bir çalışmaya katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

Uzman Psikolog Nilüfer ÖZKAN

Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktora Öğrencisi

1-Cinsiyetiniz: ()Kadın ()Erkek ()Diğer

2-Yaşınız:

3- En son mezun olduğunuz eğitim düzeyi: ()İlkokul -Ortaokul

()Lise

()Ön lisans -Lisans

()Yüksek Lisans

4- Medeni durumunuz: ()Evli ()Bekar

5- Mesleğiniz:

6- Çalışma durumunuz: () Çalışmıyorum () Yarı zamanlı çalışıyorum () Tam zamanlı çalışıyorum

7- Algıladığımız Gelir Düzeyiniz: () Düşük () Orta () Yüksek

8- Annenizin Eğitim Düzeyi :

() İlkokul -Ortaokul

() Lise

() Ön lisans -Lisans

() Yüksek Lisans- Doktora

9- Babanızın Eğitim Düzeyi:

() İlkokul -Ortaokul

() Lise

() Ön lisans -Lisans

() Yüksek Lisans- Doktora

10- Anneniz hayatta mı?

() Evet () Hayır

11- Babanız hayatta mı?

() Evet () Hayır

12- Anne ve babanız birlikte mi yaşıyor? () Evet () Hayır

EK B: Kişisel Bilgi Formu (Devamı)

13- Siz kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

- Aile yanında
 Tek başına evde
 Arkadaşım ya da arkadaşlarla evde
 Yurtta
 Akraba ya da yakınımın yanında

14- Bir uzman tarafından tanısı konmuş kronik bir hastalığınız var mı? (Kanser, kardiyovasküler hastalıklar, akciğer hastalıkları, diyabet hastalıkları...)

- Var Yok
Varsa nedir? Belirtiniz.

15- Bir uzman tarafından tanısı konmuş Psikiyatrik ya da psikolojik bir rahatsızlığınız var mı?

- Var Yok
Varsa nedir? Belirtiniz.

16- Daha önce psikolojik terapi desteği aldınız mı veya devam eden bir terapi süreciniz var mı?

- Evet Hayır

17- Bir uzman tarafından tanı almış kronik bir kekemelik durumunuz var mı?

- Var Yok
Yanıtınız "Var" ise aşağıdaki soruları cevaplayınız yoksa diğer bölüme geçiniz.

18- Kekemeliğiniz kaç yaşında başladı? (Hatırladığımız ya da size söylenen yaşı yaklaşık olarak belirtiniz)

19- Kekemeliğinizi başlatan stres etkeni /travma yaşadınız mı ya da yaşamış mısınız? (Korku, Boşanma, Kafa çarpması, ayrılık, rüyadan etkilenme vs.)

- Evet Hayır Bilmiyorum

Evetse, nedir? Belirtiniz.

20- Ailenizde kekeme olan başka bir birey var mı? (Anne, baba, kardeş, amca, dayı, kuzen vs.)

- Var Yok

Varsa kim? Belirtiniz.

21-Hayatınızın herhangi bir döneminde kekemelik için konuşma terapisi (Dil ve konuşma Terapistinden) aldınız mı? Evet Hayır

EK B: Kişisel Bilgi Formu (Devamı)

22-Genel olarak, aldığımız konuşma terapisi ne kadar yardımcı oldu? Derecelendiriniz.

- Hiç
- Biraz
- Orta
- Fazla
- Oldukça fazla

23- Geçmişte ağır, ateşli bir hastalık (havale) geçirmiş misiniz?

- Evet Hayır

EK C: Young Şema Ölçeği

YSO

Yönerge: Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olmadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin **duygusal olarak** ne hissettiğinize dayanarak cevap verin.

Bir kaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın.

1 den 6'ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkkı seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

Derecelendirme:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1- Benim için tamamıyla yanlış | 4- Benim için orta derecede doğru |
| 2- Benim için büyük ölçüde yanlış | 5- Benim için çoğunlukla doğru |
| 3- Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla | 6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor |

1. ____ Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.
2. ____ Beni terkedeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.
3. ____ İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum
4. ____ Uyumsuzum.
5. ____ Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.
6. ____ İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum
7. ____ Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilmek becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.
8. ____ Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.
9. ____ Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşitlarım kadar, başaramadım.
10. ____ Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.
11. ____ Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.
12. ____ Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemseddiğimi göstermek gibi).
13. ____ Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.
14. ____ Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana "hayır" denilmesini çok zor kabullenirim.
15. ____ Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.
16. ____ Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.
17. ____ Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissedirim.
18. ____ Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hak ederim.
19. ____ Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.

EK C: Young Şema Ölçeği (Devamı)

20. ____ Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.
21. ____ İnsanlara karşı tedbiri elden bırakmam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.
22. ____ Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.
23. ____ Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.
24. ____ İşleri halletmede son derece yetersizim.
25. ____ Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.
26. ____ Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hissedyorum.
27. ____ Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.
28. ____ Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissedyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.
29. ____ Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.
30. ____ Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.
31. ____ En iyisini yapmalıyım, "yeterince iyi" ile yetinemem.
32. ____ Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.
33. ____ Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.
34. ____ Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.
35. ____ İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.
36. ____ Eğer yanlış yaparsam, bunun özürü yoktur.
37. ____ Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.
38. ____ Yakınlarımin beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım
39. ____ Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.
40. ____ Bir yere ait değilim, yalnızım.
41. ____ Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.
42. ____ İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.
43. ____ Doğru ile yanlış birbirinden ayırmakta zorlanırım.
44. ____ Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.
45. ____ Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hisseder veya suçluluk duyarız
46. ____ İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.

EK C: Young Şema Ölçeği (Devamı)

46. ____ İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.
47. ____ Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.
48. ____ İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.
49. ____ Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.
50. ____ İsteddiğimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.
51. ____ Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım
52. ____ Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissederim.
53. ____ Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.
54. ____ Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.
55. ____ Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarım ve duygularımı önemseyen kimsen olmadı.
56. ____ Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissederim.
57. ____ Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheliyimdir.
58. ____ Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.
59. ____ Kendimi sevilebilecek biri gibi hissetmiyorum.
60. ____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.
61. ____ Gündelik işler için benim kararlarıma güvenilemez.
62. ____ Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.
63. ____ Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum-Benim kendime ait bir hayatım yok.
64. ____ Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.
65. ____ Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.
66. ____ Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.
67. ____ Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.
68. ____ Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.
69. ____ Benim yararına olduğunu bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.
70. ____ Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanılmayı ve takdir görmeyi isterim.

EK C: Young Şema Ölçeği (Devamı)

71. ____ Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.
72. ____ Neden yanlış yaptığının önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.
73. ____ Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.
74. ____ İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.
75. ____ Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.
76. ____ Kendimi hep grupların dışında hissederim.
77. ____ Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.
78. ____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.
79. ____ Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.
80. ____ Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.
81. ____ Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.
82. ____ Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.
83. ____ Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.
84. ____ Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.
85. ____ Kendimi sorumluluktan kolayca sıyıramıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.
86. ____ Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.
87. ____ Kararlarıma nadiren sadık kalabilirim.
88. ____ Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.
89. ____ Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.
90. ____ Ben cezalandırılmayı hak eden kötü bir insanım.

EK D: Şema Başa Çıkma Ölçeği

		1. Benim için hiç uygun değil	2. Benim için nadiren uygun	3. Benim için biraz uygun	4. Benim için genellikle uygun	5. Benim için oldukça uygun	6. Benim için tamamen uygun
Açıklama: Aşağıda bireylere özgü bazı davranışları tanımlayan ifadeler yer almaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatli bir şekilde okuyup, her bir ifadenin sizi ne derece yansıttığını, yan tarafta bulunan ilgili seçeneği (X) işaretleyerek belirtiniz.							
1.	Başkaları tarafından eleştirildiğimde çoğu zaman savunmaya geçerim.						
2.	Çoğu zaman aklımdan 'ben biliyordum' veya 'tam da beklediğim gibi' düşünceleri geçer.						
3.	Ne zaman mutsuz veya kızgın hissetsem başkalarından uzaklaşıyorum.						
4.	Stres altındayken çoğu zaman fiziksel belirtiler yaşıyorum.						
5.	Başkalarının ihtiyaç ve isteklerini çoğunlukla kendiminkilerin önüne koyarım.						
6.	İnsanların bana verdikleri tepkileri analiz etmek için çok zaman harcarım.						
7.	Dikkatimi dağıtmanın bir yolu olarak TV veya bilgisayar/cep telefonu karşısında çok fazla zaman harcarım.						
8.	Kendimi eleştirme konusunda çok acımasızım ve bir şeylerin iyi gitmesi için sürekli çabalarım.						
9.	Endişe ettiğim her şeyin er ya da geç gerçekleşeceğine inanırım.						
10.	Çoğunlukla gerçekte olduğumdan daha iyi hissediyormuşum gibi davranırım.						
11.	Başkaları tarafından sıklıkla hayal kırıklığına uğrarım.						
12.	Ne zaman kendimi kötü hissetsem, genellikle uyurum ya da dikkatimi dağıtmaya çalışırım.						

EK E: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36 (Kısa Form 36)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Size en uygun yanıtı verin.

B1 1) Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?
Mükemmel ₁ Çok iyi ₂ İyi ₃ Orta ₄ Kötü ₅

B2 2) Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda şu anki genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
Bir yıl öncesinden Çok daha iyi ₁ Biraz iyi ₂ Hemen hemen aynı ₃ Biraz daha kötü ₄ Çok daha kötü ₅

Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

	Evet, Çok Kısıtlı	Evet, Biraz Kısıtlı	Hayır, Hiç Kısıtlı Değil
B3 3) Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4) Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5) Market poşetlerini kaldırmak veya taşımak	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6) Birkaç kat merdiven çıkmak	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
7) Bir kat merdiven çıkmak	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8) Eğilmek, diz çökmek, çömelmek, diz çökmek	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
9) Bir kilometreden fazla yürümek	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
10) Birkaç yüz metre yürümek	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
11) Yüz metre yürümek	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
12) Kendi başına banyo yapmak ve giyinmek	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
B4 13) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
14) Arzu ettiğinizden daha az şeyi mi tamamlayabildiniz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
15) Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
16) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (Aşırı efor - çaba sarf ettiniz mi?)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
B5 17) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
18) Arzu ettiğinizden daha az işi mi tamamlayabildiniz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
19) İşinizle veya diğer aktivitelerinizle ilgili işleri her zamanki kadar dikkat vererek yapamadınız mı?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

EK E: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Devamı)

SF-36 (Kısa Form 36) Sayfa-2

B6 20) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi	Çok Az	Orta Derecede	Epeyce	Çok Fazla
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

B7 21) Son 4 hafta içinde vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

Hiç Olmadı	Çok Az	Hafif	Orta	Çok	Pek Çok
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

B8 22) Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi	Biraz etkiledi	Orta Derecede	Epey Etkiledi	Çok Etkiledi
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için, sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
B9 23) Kendinizi yaşam dolu olarak hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
24) Çok sinirli biri oldunuz mu?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
25) Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
26) Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
27) Çok enerjik oldunuz mu?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
28) Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
29) Kendinizi yıpranmış, bitkin hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
30) Mutlu, sevinçli bir insan oldunuz mu?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
31) Yorgunluk hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

B10 32) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

Sürekli	Çoğu zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
B11 33) Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
34) Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
35) Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
36) Sağlığım mükemmeldir.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

EK F: Kısa Semptom Ölçeği

EK B. KISA SEMPTOM ENVANTERİ (KSE)

Bu ölçekte, insanların bazen yaşadıkları belirtiler ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Bu ölçekte sizden beklenen, aşağıdaki her bir maddeyi okuduktan sonra o belirtinin bugün de dahil olmak üzere, son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini 1'den 5'e kadar olan seçenekler arasından size en uygun olanını işaretlemenizdir.

Derecelendirme: 1: Hiç 2: Biraz 3: Orta Derecede 4: Epey ve 5: Çok fazla

	Hiç	Biraz	Orta Derecede	Epey	Çok fazla
1) İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2) Baygınlık, baş dönmesi					
3) Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri					
4) Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
5) Olayları hatırlamada güçlük					
6) Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7) Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar					
8) Meydanlık (açık) alanlardan korkma duygusu					
9) Yaşamınıza son verme düşünceleri					
10) İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi					
11) İştahsızlıklar					
12) Hiçbir nedeni olmayan ani korkular					
13) Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14) Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme					
15) İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme					
16) Yalnızlık hissetme					
17) Hüznü, kederli hissetme					
18) Hiçbir şeye ilgi duymama					
19) Ağlamaklı hissetme					
20) Kolayca incinebilme, kırılma					
21) İnsanların sizi sevmediğine kötü davranışlarına inanmak					
22) Kendini diğerlerinden daha aşağı görme					
23) Mide bozukluğu, bulantı					

EK F: Kısa Semptom Ölçeği (Devamı)

24) Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu					
25) Üyküye dalmada güçlük					
26) Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etme					
27) Karar vermede güçlükler					
28) Otobüs, tren, metro gibi umumî vasıtalarla seyahat etmekten korkma					
29) Nefes darlığı, nefessiz kalma					
30) Sıcak, soğuk basmaları					
31) Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer, etkinliklerden uzak kalmaya çalışma					
32) Kafanızın bomboş kalması					
33) Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34) Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi					
35) Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları içinde olmak					
36) Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanma					
37) Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
38) Kendini gergin ve tedirgin hissetme					
39) Olme ve önem üzerinde düşünceler					
40) Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41) Bir şeyleri kurma/dökme isteği					
42) Diğerlerinin yanındayken kendinin çok fazla farkında olmak, yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak					
43) Kalabalıklarda rahatsızlık duymak					
44) Bir başka insana hiç yakınlık duymamak					
45) Dehşet ve panik nöbetleri					
46) Sık sık tartışmaya girme					
47) Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetme					
48) Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmediğiniz düşüncesi					

EK F: Kısa Semptom Ölçeği (Devamı)

49) Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetme					
50) Kendini değersiz görme, değersizlik duygulan					
51) İzin verdiğiniz takdirde insanların sizi sömüreceği duygusu					
52) Suçluluk duygulan					
53) Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri					

EK G: Ölçeklerin Kullanım İzinleri

ölçek kullanma izni > Gelen Kutusu x



Uzman Psikolog Nilüfer ÖZKAN <niluferozkan@gmail.com>

9 Ara 2022 16:59 (13 gün önce) ☆ ↶ ⋮

Alic: [goncasoygut](#)

Merhaba Gonca Hanım,

Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktora programında öğrenciyim. Doktora tezimde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapmış olduğumuz "Young Şema Ölçeğini" ve "Young Ebeveynlik Ölçeği" ni izniniz olursa araştırmamda kullanmak isterim. Kolaylıklar diliyorum iyi çalışmalar...

Uzm. Psk. Nilüfer ÖZKAN



Gonca Soygüt

10 Ara 2022 08:01 (12 gün önce) ☆ ↶ ⋮

Alic: ben

Merhaba,

uygundur. Web sitemde izin bilgileri mevcut durumda

İyi çalışmalar dilerim,

Prof. Dr. Gonca Soygüt, PhD

ISST Sertifikalı İleri Düzey
Şema Terapisti Eğitmeni ve Süpervizörü
EFPİ Onaylı Psikoterapi Uzmanı

Ölçek Kullanma İzni > Gelen Kutusu x



Uzman Psikolog Nilüfer ÖZKAN

2

Merhaba Ferhat Bey Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktora programında öğrenciyim. Doktora tezimde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Şem



Ferhat BAYOĞLU <ferhatbayoglu@isik.edu.tr>

2 Oca 2023 Pzt 10:35

Alic: ben

Merhabalar,

EK'te ilgili ölçek ve ölçeğin yayınlanmış olduğu araştırma makalesi yer almaktadır.

Kolaylıklar ve iyi çalışmalar dileğiyle.

Ek bilgi: Orijinal ölçek 16 madde ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır;
Türkçe Uyarlaması gerçekleştirilen ŞBCÖ ise 12 madde ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır.

Ölçekte yer alan maddelerden;

1, 5, 8 ve 10. maddeler Aşırı Telafi,

2, 6, 9 ve 11. maddeler Teslim,

EK G: Ölçeklerin Kullanım İzinleri-Devamı

Ölçek Kullanma İzni Gelen Kutusu x

Uzman Psikolog Nilüfer ÖZKAN 13 Aralık Sal 20:02 (9 gün önce)

Merhaba Nesrin Hanım,
Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktora programında öğrenciyim. Doktora tezimde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğumuz "Kısa Semptom Envanteri"ni iziniz olursu araştırman da kullanmak isterim. Eğer Mümkünse Ölçeği ve puanlanmasını da sizden göndermenizi de rica edeceğim. Kolaylıklar diliyorum iyi çalışmalar...
Uzm. Psk. Nilüfer ÖZKAN

Uzman Psikolog
Nilüfer ÖZKAN

Mail Delivery Subsystem <mailer-daemon@googlemail.com> 13 Aralık Sal 20:03 (9 gün önce)

İngilizce > Türkçe > İletiyi çevir İngilizce için kapat >

Adres bulunamadı
[redacted]@baskent.edu.tr e-posta adresi bulunamadığından veya e-posta alamadığından iletiniz teslim edilemedi.

ÖZGEÇMİŞ