



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

BRUKSİZMLİ BİREYLERDE ALEKSİTİMİ VE BİLİNÇLİ FARKINDALIK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

NİMET EVDÖNDEREN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA
2020

BRUKSİZMLİ BİREYLERDE ALEKSİTİMİ VE BİLİNÇLİ FARKINDALIK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

NİMET EVDÖNDEREN

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
YRD. DOÇ. DR. MERYEM KARAAZİZ

LEFKOŞA
2020

KABUL VE ONAY

Nimet Evdönderen tarafından hazırlanan " Bruksizmlı Bireylerde Aleksitimi ve Bilinçli Farkındalık İlişkisinin İncelenmesi" başlıklı bu çalışma, 17/01/2020 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans/Doktora/Sanatta Yeterlik Tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

Yrd. Doç. Dr. MERYEM KARAAZİZ (Danışman)

Yakın Doğu Üniversitesi
Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Gizem ÖNERİ UZUN (Başkan)

Yakın Doğu Üniversitesi
Eğitim Fakültesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Deniz KARADEMİR

Yakın Doğu Üniversitesi
Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

.....
Prof. Dr. Mustafa SAĞSAN
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıyı kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

12.14.2019

Nimet EVDÖNDEREN

TEŐEKKÜR

Tez çalışmam boyunca ihtiyaç duyduğum her zaman desteğini esirgemeyen danışman hocam Sayın Yrd. Doç.Dr. Meryem KARAAZİZ'e; eğitimim sũresince bilgi ve tecrũbelerinden faydalandığım hocalarım Sayın Prof. Dr. Ebru ÇAKICI ve Prof. Dr. Mehmet ÇAKICI'ya teőekkũrlerimi sunarım.

Veri toplama sũrecinde değerli destekleri için sevgili dostlarım Dr. Nihan GEMİCİ'ye ve Dt. Kıvanç YILDIRIM'a, gũnũlden yardım eden sevgili dostlarıma; hayatım boyunca her zaman yanımda duran sevgili aileme ve özellikle varlığıyla hayatıma anlam katan sevgili kardeőim Niyet EVDÖNDEREN'e sonsuz teőekkũr ederim.

Nimet EVDÖNDEREN

Lefkoşa,2020

ÖZ

BRUKSİZİMLİ BİREYLERDE ALEKSİTİMİ VE BİLİNÇLİ FARKINDALIK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışma, bruksizmin, aleksitimi ve bilinçli farkındalık düzeyi ile ne derece ilişkili olduğunun incelenmesi ve demografik bilgilerle de ne derece farklılaştığının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma, İstanbul'da özel bir diş kliniğinde gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar bruksizm problemi yaşayan ve bruksizm problemi yaşamayan (kontrol grubu) kişilerden oluşmaktadır. Çalışmada, Demografik Bilgiler Anketi, Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ) ve Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) kullanılmıştır. Analiz sonucunda; bruksizimli bireylerin kontrol grubuna kıyasla, duyguları söze dökmede daha fazla güçlük yaşadığı görülmüştür. Aynı zamanda, bruksizimli bireylerin kontrol grubuna kıyasla bilinçli farkındalık seviyesinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Demografik özellikler incelendiğinde ise; erkeklerde, dışa yönelik bilişsel yapılanma varlığının ve içe yönelik düşünme şekli ve hayal kurma gücü zayıflığının kadınlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu görülmüştür. Kadınlarda ise, duygularını tanımlama ve duygularına eşlik eden bedensel duyumlarını ayırt etme güçlüğünün istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstererek erkeklerden daha fazla olduğu saptanmıştır. Orta gelir seviyesindeki kişilerin, yüksek gelir seviyesine sahip kişilere kıyasla duygularını tanıma ve duygularını bedensel belirtilerden ayırt etmede daha fazla güçlük çektiği görülmüştür. Üniversite mezunlarının, lise mezunlarına kıyasla duygularını tanımada daha az güçlük çektiği belirlenmiştir.

Araştırma bulguları tartışılmış ve Bruksizimli kişilerle bilinçli farkındalık çalışmalarının yapılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler : Bruksizm, Aleksitimi, Bilinçli Farkındalı

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN ALLEXITISM AND CONSCIOUSNESS AWARENESS IN INDIVIDUALS

The aim of this study was to investigate the relationship between bruxism and alexithymia and the relationship between bruxism and the level of conscious awareness and also to determine the differentiation points of demographic features on bruxism.. The study was conducted in a private dental clinic in İstanbul with had bruxism problem and consists of those who did not have bruxism problem (control group).

In the study, the Demographic Information Questionnaire, Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) and Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) were used. As a result of the analysis; individuals with bruxism had more difficulty in verbalizing emotions than the control group. On the other hand, individuals with bruxism had a level of mindfulness than the control group. As the demographic characteristics, it was seen that the presence of extrinsic cognitive structuring and internal thinking and imagination were significantly higher in females than in males. In females, it was found that the difficulty in identifying the emotions and distinguishing the physical sensations accompanying their emotions was higher than males. It was seen that middle-income people had more difficulty in recognizing their emotions and distinguishing their emotions from physical symptoms compared to high-income individuals. It was determined that university graduates had less difficulty in recognizing their emotions comparing to high school graduates.

The findings of the research were discussed and forward recommendations were made.

Keywords: Bruxism, Alexithymia, Mindfulness

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY

BİLDİRİM

TEŞEKKÜRiii

ÖZiv

İÇİNDEKİLERvi

TABLolar DİZİNİix

KISALTMALARxi

1.BÖLÜM

GİRİŞ 1

1.1 Problemin Durumu2

1.2 Araştırmanın Amacı2

1.3 Araştırmanın Önemi3

1.4 Sınırlılıklar4

1.5 Tanımlar4

2. BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR6

2.1 Bruksizm6

2.1.1 Bruksizm'in Tanısı7

2.1.2 Bruksizm'in Etiyolojisi8

2.1.3 Bruksizm'in Prevelansı10

2.1.4 Bruksizm'in Tedavisi11

2.2 Aleksitimi12

2.3 Bilinçli Farkındalık Kavramı17

2.3.1 Bilinçli Farkındalığın Tarihçesi17

2.3.2 Modern Psikolojiye Göre Bilinçli Farkındalık.....18

2.3.3 Bilinçli Farkındalık ve Psikoterapi22

2.3.3.1 Psikodinamik Yaklaşım.....22

2.3.3.2 Bilişsel Davranışçı Yaklaşım22

2.3.3.3 Hümanist Yaklaşım23

2.3.3.4 Geştalt Kuramı.....	23
2.3.3.5 Varoluşu Yaklaşım	23
2.3.4 Bilinçli Farkındalık Becerileri	23
2.4 Konu ile İlgili Yapılmış Araştırmalar	25
3. BÖLÜM	
YÖNTEM.....	29
3.1 Araştırma Modeli	29
3.2 Evren ve Örneklem.....	29
3.3 Veri Toplama Araçları	33
3.3.1 Kişisel Bilgi Formu.....	33
3.3.2.Toronto Aleksitimi Ölçeği(TAÖ-20).....	33
3.3.3. Bilinçli Farkındalık Ölçeği(BİFÖ).....	34
3.4 Verilerin Toplanması.....	35
3.5 Verilerin Analizi	35
4.BÖLÜM	
BULGULAR.....	38
4.1 Tanımlayıcı İstatistik Bulgular.....	38
4.2 Demografik Özelliklere İlişkin İstatistiksel Analiz Bulguları	39
4.3 Bruksizm' e İlişkin İstatistiksel Analiz Bulguları	54
5.BÖLÜM	
TARTIşMA	58
6.BÖLÜM	
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
6.1 Sonuç	63
6.2 Öneriler	64

KAYNAKÇA	65
EKLER	76
Ek 1: Katılımcı Bilgilendirme Formu	76
Ek 2: Aydınlatılmış Onam Formu	77
Ek: 3 Demografik Bilgi Formu	78
Ek 4: Taö-20 Toronto Aleksitimi Ölçeği	79
Ek 5: BİFÖ	80
Ek 6: Ölçek İzinleri	81
ÖZGEÇMİŞ	82
İNTİHAL RAPORU	83
ETİK KURUL RAPORU	84

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların homojen dağılımının incelenmesi.....	30
Tablo 2. Örneklemeye ait tanımlayıcı istatistik bulgular.....	31
Tablo 3. Katılımcıların psikolojik rahatsızlık ve ilişkili olabilecek fiziksel rahatsızlık öykülerine göre dağılımı.....	32
Tablo 4. TAÖ, TAÖ altölçekleri ve BİFÖ puanları	38
Tablo 5. Örneklemdeki kişilerin yaş ortalamaları	39
Tablo 6. Sürekli değişkenlerin normallik testleri.....	39
Tablo 7. Duygu tanımada güçlük ve duygu sözedökmede güçlüğü cinsiyete göre anlamlı farklılığının incelenmesi	40
Tablo 8. Cinsiyete göre duygu tanıma güçlüğü'nün incelenmesi.....	40
Tablo 9. Dışa vuruk düşünme, TAÖ ve BİFÖ' nün cinsiyete göre anlamlı farklılığının incelenmesi.....	41
Tablo 10. Duygu tanıma güçlüğüve duygu söze dökme güçlüğü'nü medeni duruma göre anlamlı farklılığının incelenmesi.....	42
Tablo 11. Dışa vuruk düşünme, TAÖ ve BİFÖ'nün medeni duruma göre anlamlı farklılığının incelenmesi	43
Tablo 12. Duygu tanıma güçlüğü ve duygu söze dökme güçlüğü'nün yaş aralıklarına göre anlamlı farklılığının incelenmesi	43
Tablo 13. Dışa vuruk düşünme, TAÖ ve BİFÖ' nün yaş aralıklarına göre anlamlı farklılığının incelenmesi	44
Tablo 14. Duygu tanıma güçlüğü ve duygu söze dökme güçlüğü ile çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı farklılığının incelenmesi.....	45
Tablo 15. Dışa vuruk düşünme,TAÖ ve BİFÖ' nün çocuk sahipliğine göre anlamlı farklılığının incelenmesi.....	45
45Tablo 16.Duygu tanıma güçlüğü ve duygu söze dökme güçlüğü'nün çalışma durumuna göre anlamlı farklılığının incelenmesi	46
Tablo 17. Dışa vuruk düşünme, TAÖ ve BİFÖ'nün çalışma durumuna göre anlamlı farklılığının incelenmesi	47
Tablo 18. Duygu tanıma güçlüğü ve duygu söze dökme güçlüğü'nün gelir durumuna göre anlamlı farklılığının incelenmesi	47
Tablo 19. Duygu tanıma güçlüğü'nün gelir düzeylerine göre anlamlı farklılığının incelenmesi.....	48

Tablo 20. Gelir durumu gruplarının duygutanımada güçlük ile ikili kıyaslanması.....	48
Tablo 21. Dışa vuruk düşünme, TAÖ ve BİFÖ' nün gelir durumuna göre anlamlı farklılığının incelenmesi	49
Tablo 22. Duygu tanıma güçlüğü ve duygu söze dökme güçlüğü'nün eğitim seviyesine göre anlamlı farklılığının incelenmesi.....	49
Tablo 23. Duygu tanıma güçlüğü'nün eğitim seviyesine göre anlamlı farklılığının incelenmesi.....	50
Tablo 24. Duygu tanıma güçlüğü'nün eğitim seviyesi ile ikili karşılaştırmaları.....	51
Tablo 25. Dışa vuruk düşünme, TAÖ ve BİFÖ' nün eğitim seviyesine göre anlamlı farklılığının incelenmesi	52
Tablo 26. Duygu tanıma güçlüğü ve duygu söze dökme güçlüğü'nün bruksizm, diş sıkma kronik rahatsızlık, ilaç kullanımı ile ilişkisinin incelenmesi.....	53
Tablo 27. Dışa vuruk düşünme, TAÖ ve BİFÖ' nün bruksizm, diş sıkma, kronik rahatsızlık, ilaç kullanımı ile ilişkisinin incelenmesi.....	54
Tablo 28. Bruksizmin diğer değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi	55
Tablo 29. Diş sıkma şikayetinin bruksizm teşhisi ile ilişkisinin incelenmesi.....	56
Tablo 30. Bruksizmin cinsiyet ile ilişkisinin incelenmesi.....	57

KISALTMALAR

AASM	:American Academy of Sleep Medicine
BİFÖ	: Bilinçli Farkındalık Ölçeği
DSVDGÖ	:Duyguları Söze Dökmede Güçlük Alt Ölçeği
DTGÖ	:Duyguları Tanımada Güçlük Alt Ölçeği
DVDAÖ	:Dışa Vuruk Düşünme Alt Ölçeği
ICSD	:İnternationals Classifications of Sleep Disorders (Uyku Bozukluklarının Uluslararası Sınıflandırılması)
PSG	:Polisomnografi(Uyku Testi)
TMB	: Temporamandibolar Ölçeği Eklem Bozukluğu
TAÖ	: Toronto Aleksitimi
MAS	: Miyofasiyal Ağrı Sendromu

1.BÖLÜM

GİRİŞ

Bruksizm, dişlerin normal fonksiyonları dışında istemsiz olarak sıkılması ve gıcırdatılması ile karakterize bir durumdur. Parafonksiyonel olarak tanımlanan bu alışkanlık daha çok geceleri ortaya çıkmakla birlikte, gündüz ve hem gece hem gündüz olarak da görülmektedir. Yapılan araştırmaların sonucunda multifaktöriyel bir etiyojjiye sahip olduğu görüşü öne çıkmaktadır. Kişide yarattığı gerek psikolojik gerekse fiziksel olumsuz sonuçlarından ötürü patolojik bir alışkanlık olarak görülen bu tablonun karışık bir yapısı olduğu kabul edilmektedir. Bu alışkanlığın etiyojjisinde morfolojik, patofizyolojik, nörofizyolojik, psikolojik etkenler göz önünde bulundurulmaktadır. Ağız ve diş sağlığı kapsamında etiyojji incelendiğinde, dişlerin morfolojisi, var olan restorasyonların uyumu, eklem yapısı ve eklem problemlerinin etkinliğinden bahsedilmiştir (Mısırlıoğlu, 2012).

Patofizyolojik açıdan değerlendirildiğinde, özellikle santral sinir sisteminde dopaminerjik ve serotojenik sistem nörotransmitterlerinin etkinliği üzerinde durulmaktadır. Alkol ve madde(kokain) bağımlılığının, az sayıda araştırma olsa da nikotin kullanımının da etiyojide yer alabileceğinden bahsedilmiştir. Trisiklik antidepresan, dopamin agonist ve antagonistleri, seçici seratonin geri alım inhibitörleri, amfetain gibi bazı ilaçların yan etkisinden dolayı bruksizm etiyojisinde yer alabileceğinden bahsedilmektedir (akt. Kuloğlu ve Ekinci, 2009).

Bruksizm' in gece uyku halinde ortaya çıkıyor oluşu ile uyku sorunları arasında düşünülmüştür (AASM, 2014).

1.1 Problemin Durumu

Bruksizmin etiyolojisinin karışıklığından dolayı hangi disipline dahil edileceği, tedavisi için hangi profesyonelle başvurulacağı ve tedavisinde uygulanacak prosedür tartışma konusudur. Şuan için multidisipliner bir yaklaşım gerektirmesi, tedaviyi de karmaşıktırmakta ve sonuca ulaşmakta zorluklar doğurmaktadır. Çözümsüz kalınan süreç boyunca kişilerde ciddi derecede diş aşınmaları, diş hassasiyetleri, eklem problemleri, ekleme bağlı kaslarda ağrı; artan ağrı ve hassasiyet neticesinde kişilerde olumsuz duygusal uyarılmalar ve kısır bir döngünün oluştuğu görülmektedir.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bruksizm' e dair yapılan araştırmalar santral sistemi, uyku sorunları, alkol ve madde kullanımı; fonksiyonel somatik sendrom, stres, anksiyete, depresyon, ağrı bozukluğu gibi psikolojik faktörler ve kişilik özellikleri çerçevesinde yapılmıştır.

Bruksizm ve stres ilişkisine dair yapılan çalışmalarda, bruksist kişilerin vücudunda, stres hormonu olan kortizol seviyesinin arttığı görülmüştür. Tepkisel stres olarak tanımlanan psikolojik stres, kişinin yaşam olayları karşısında başa çıkma mekanizmalarının zorlanması ya da aşılması durumunda; iyilik halinin, konfor alanının bozulması ya da tehdit edilmesi durumunda ortaya çıkabilmektedir. Stres kaynağı olayın algısı, yorumu ve tepkisi kişilerde farklılık göstermektedir. Bu noktadan yola çıkarak bruksizm problemi olan ve olmayan kişilerin yaşam olayları karşısında duygu ve düşüncelerini fark etme düzeylerinde, duygu ve bedensel duyularını ayırt etme düzeylerinde, duygularını ifade etme düzeylerinde ne derece farklılık olduğu ve olabilecek bu farklılığın bruksizme etkisi olup olmadığı merakını uyandırmıştır. Bu konuya dair alanda bruksizmle ilgili yeterli bir çalışma olmadığı görülmüştür. Dolayısı ile bruksizm ile aleksitimi ve bilinçli farkındalık seviyesi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırma yapılması amaçlanmıştır.

Araştırmada bilinçli farkındalık, aleksitimi ve aleksitimi kapsamındaki alt kavramların bruksizm ile arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Aynı zamanda demografik farklılıkların bruksizm, aleksitimi ve bilinçli farkındalık ile ilişkisinde incelenmesi hedeflenmiştir. Araştırmada şu hipotezler değerlendirilmiştir:

H₁: Farklı demografik özelliklerin bruksizm ile ilişkisinde anlamlı bir farklılık var mı?

H₂: Farklı demografik özelliklerin aleksitimi ile ilişkisinde anlamlı farklılık var mı?

H₃: Farklı demografik özelliklerin duyguları söze dökme güçlüğü ile ilişkisinde anlamlı farklılık var mıdır?

H₄: Farklı demografik özelliklerin duyguları tanıma güçlüğü ile ilişkisinde anlamlı farklılık var mıdır?

H₅: Farklı demografik özelliklerin dışa vuruk düşünme ile ilişkisinde anlamlı farklılık var mıdır?

H₆: Farklı demografik özellikler ile bilinçli farkındalık arasında anlamlı bir farklılık var mı?

H₇: Duyguları söze dökmede güçlüğü bruksizm ile ilişkisinde anlamlı farklılık var mıdır?

H₈: Duyguları tanımada güçlüğü bruksizm ile ilişkisinde anlamlı bir farklılık var mıdır?

H₉: Dışa vuruk düşünmenin bruksizm ile ilişkisinde anlamlı bir farklılık var mıdır?

1.3 Araştırmanın Önemi

Bruksizm sonucunda oluşan TME problemleri, kişinin uyku kalitesindeki bozukluk, akut veya daha uzun süren ağrı tablosu, dişlerdeki hassasiyet ve morfoloji bozukluğu, çene ve yüz yapısındaki olumsuz değişiklik, kas gerginliğine bağlı huzursuzluk ve olumsuz duygusal uyarımlar kişilerin yaşam konforunu olumsuz etkilemektedir. Bruksizm alışkanlığında kişilerin aleksitimi dereceleri ve bilinçli farkındalık seviyeleri ile ilişkisi incelendiğinde çıkabilecek anlamlı sonuca göre; tedavi yaklaşımları da daha dar bir çerçevede gerçekleştirilebileceği ve psikolojik tedavi yaklaşımlarının güçlendirilebileceği ön görülebilir.

1.4 Sınırlılıklar

Araştırma İstanbul' da özel bir diş kliniği ve 91 kişi ile sınırlandırılmıştır. Diş kliniğinde bulunan diş hekimleri tarafından, klinik değerlendirme ve hastaların sözlü beyanı birlikte değerlendirilerek bruksizmin muhtemel tanısı konulmuştur. Daha kesin bir tanı, diş kliniği bünyesinde yapılamayacağımdan, daha kesin tanı için PSG' ye başvurulması gerekmektedir.

Verilerin toplanmasında kullanılan ölçekleri katılımcıların samimi ve dikkatli doldurdukları kabul edilmiştir. Ölçeklerdeki maddelerden birden daha fazlasını doldurmeyen kişilerin anketleri çalışmaya dahil edilmemiştir.

1.5 Tanımlar

Bruksizm: Dişlerin gece uyku sırasında ya da gündüz uyanırken parafonksiyonel olarak sıkılması ve/ veya gıcırdatılması ile karakterize bir tablodur (Mısırlıoğlu vd., 2012).

Aleksitimi: Duygular için söz yokluğu (Dereboy,1990).

Bilinçli farkındalık: Kişinin anda kalabilmesidir(Germer,2005).

Temporamandibular Eklem: Çene eklemi.

Stomatognatik Sistem: Çiğneme, yutkunma, konuşma ve solunum gibi fonksiyonları gerçekleştiren yapı bütünlüğüdür.

Parafonksiyonel Alışkanlık: Fonksiyon dışı alışkanlık.

Mandibula: Alt çene kemiği

Nokturnal Bruksizm: Gece uykuda parafonksiyonel olarak sıkılması veya gıcırdatılması ile karakterize tablodur.

Diurnal Bruksizm: Gündüz dişlerin parafonksiyonel olarak sıkılması veya gıcırdatılması ile karakterize tablodur.

Dental: Dişlerle ilgili olan demektir.

Miyofasiyal ağrı (MAS): Bölgesel bir veya Birkaç kas grubunda ya da bölgesel olarak belirlenen tetik noktalar ve bu noktalara dokunulmasıyla oluşan ağrı tablosuyla karakterize yumuşak doku rahatsızlığıdır.

Polisomnografi (PSG): Laboratuar ortamında uygulanan ve uyku bozukluklarının kayıt yapılarak tespitine yarayan bir tekniğidir.

Fonksiyonel Somatik Sendrom: DSM-IV içeriğinde somatoform bozukluklar tanımlaması, DSM-V içeriğinde bedensel belirti bozukluğu olarak değiştirilmiştir.

2. BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1 Bruksizm

Bruksizm, baş boyun bölgesinde temporomandibular eklem bozukluğu (TMB) ile ilişkili, diş gıcırdatma ve sıkma ile stomatognatik sistem yapılarına normal değerlerin üstünde yük gelmesiyle oluşan parafonksiyonel bir alışkanlıktır (akt. Eren vd., 2015). Çoğunlukla uyku sırasında olmakta ve ritmik, istemsiz diş sıkma ile birlikte diş gıcırdatma görülmektedir. Çiğneme kaslarında ağrı ve kas spazmı da tabloya eşlik eder (Kataoka vd, 2015).

Kısa zaman önce ICSD (İnternationals Classifications of Sleep Disorders), bruksizmle ilgili yaptığı tanımlamada, mandibula hareketiyle oluşan diş sıkma ve diş gıcırdatma ile süre gelen ve tekrarlayan kas aktivesi olduğundan bahsetmiştir. Bruksizm, ICSD-3 de uyku ile ilişkili hareket bozuklukları kapsamında değerlendirilmiştir (AASM, 2014).

Bruksizmin sınıflandırılması kapsamında düşünüldüğünde, bruksizm ve TMB ilişkisi uzun zamandır değerlendirme konusu olmuştur. Fakat bruksizmin TMB alt grularında mı yer alacağı, yoksa bruksizmin zaten bir TMB mu olduğu hala netleşmemiştir (Pergamalian vd., 2003).

Bruksizm gece ve gündüz bruksizmi olarak ayrılabilir. Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi (AASM) (2014), gece olan bruksizmi, uyurken uykudan uyanma, çoğunlukla diş sıkma ve/ veya gıcırdatma ile karakterize bir uyku

bozukluğu olarak tanımlamıştır. Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi (AASM), Uyku Bozukluklarının Uluslararası Sınıflandırması, İkinci Baskı (ICSD-II) 'na göre ise, uyku bruksizmini uykuyla ilişkili bir hareket problemi şeklinde alt bir katagoriye dahil etmiştir (AASM, 2014). Bunun yanı sıra bruksizimli kişilerde uyku ile ilgili bir problemden söz edilmemiştir. Bruksizm, uyku sırasında (nokturnal) veya uyanırken (diurnal) olabilmektedir. Uyanırken, sadece diş sıkma hareketi daha yaygınken, uyku halinde diş sıkma ve gıcırdatmanın birlikte olması daha yaygındır (Klasser ve Greene, 2007).

2.1.1 Bruksizm'in Tanısı

Bruksizm problemine sahip birçok kişi sabahları çene ağrısıyla uyandıklarını belirtmektedir. Günün ilerleyen saatlerin ağrı hafiflemekte fakat yüzdeki spesifik kas noktalarına dokunulduğunda ağrı devam etmektedir. Birçok kişi de bir yakınları kendilerini diş gıcırdatıklarına dair uyarana kadar durumun farkında değildir. Yine önemli sayıda kişinin de, birdiş hekimi klinik olarak çene ve çene eklemesindeki hasarı tespit edip tanıyı koyana kadar problemi fark etmediği belirtilmiştir (Karan ve Aksoy, 2004).

Hastalar genellikle yüz ağrısı, kulak ağrısı, kulak çınlaması, sabahları uyandığında yüz kaslarının ağrısı, dişlerini kilitlemiş şekilde uyanma, dişlerinde aşırı hassasiyet şikayetleri ile diş hekimine, psikiyatriste, nöroloğa, fiziksel tıp ve rehabilitasyon hekimlerine başvurmaktadır. Belirtilerin hepsi aynı anda görülmemekle birlikte problemin şiddeti ve kişinin algısına göre değişiklik göstermektedir (Fink ve Rosendal, 2015; Mayou ve Farmer, 2002).

Bruksizm tanısı koyarken olası tanı, muhtemel tanı ve kesin tanıdan söz eden bir derecelendirme sistemi oluşturulmuştur. Sadece hasta hikayesinin varlığıyla, olası tanıya; hasta hikayesi ve klinik muayenenin birlikte değerlendirilmesiyle muhtemel tanıya; hasta hikayesi, klinik muayene ve PSG (uyku laboratuvar kayıtları)' nin birlikte değerlendirilmesiyle de kesin tanıya varılabileceği ortaya konmuştur (Güleç ve Taşşöker., 2019).

Bruksizmle eş zamanlı olarak miyofasial ağrı sendromunda görülebilmektedir. Miyofasiyal ağrı sendromu (MAS), kaslarda bulunan tetik noktaların ağrı ve kas kasılmasına, hassasiyete, eklem mobilizasyon sorununa, eklem tutukluğuna, yoğunluğuna ve disfonksiyonuna neden olmasıyla tanımlanan bir tablodur (Aydın vd., 2000).

Bruksizm dişlere binen aşırı yük sonucu dişlerde kırılmalara kadar giden ciddi problemlerin yanı sıra kas işlev problemleri ve çene ekleminde tamiri çok zor eklem problemlerine de neden olabilmektedir. Çiğneme kaslarında hipertrofi, gerilim baş ağrısı gibi olumsuz sonuçları bulunmaktadır (Özcan, 2005).

2.1.2 Bruksizm'in Etiyolojisi

Bruksizm etiyolojik faktörleri hala net şekilde ortaya konulamamakla birlikte, multifaktöriyel etiyolojiye sahip olduğu konusunda görüş birliği bulunmaktadır. Temel olarak etiyolojik faktörler periferik ve santral olarak ikiye ayrılmakta ve morfolojik, patofizyolojik, nörofizyolojik, psikolojik etkenler göz önünde bulundurulmaktadır (Mısırlıoğlu vd., 2012). Etiyolojik açıdan bruksizmde genetik faktörlerin etkili olduğuna dair görüşler varsa da, aksi yönde görüşler ve araştırma sonuçları bulunmaktadır (akt. Şahpolat vd., 2018). En güncel bilgi olarak Lobbezoo ve ark. bruksizm ve genetik geçişi arasındaki bağlantının incelendiği 10 bilimsel yayın üzerinde bir çalışma yaparak bruksizmin genetik geçişinin kısmi olduğu sonucunu ortaya koymuşlardır (Lobbezoo vd., 2013).

Konu psikolojik açıdan değerlendirildiğinde, duygusal stresin bruksizmde etkili rol oynadığı düşünülmektedir. Stresli bir hayatın bruksizmi uyardığı görülürken rahatlamanın olduğu yaşam dönemlerinde ise bruksizmin şiddetinde düşüş olduğu görülmüştür. Aynı zamanda bruksizmin anksiyete ve psikosomatik problemler ile pozitif yönde anlamlı ilişkisi tanımlanmıştır (Kristal, 1979; Kompe vd., 1997). Kişinin yaşam olayları karşısında algıladığı stres ve anksiyete, baş boyun bölgesindeki kaslarda gerginliğin artmasına ve dolayısı ile diş sıkma ve/veya gıcırdatmanın artmasına neden olmaktadır. Sonucunda temporomandibular eklem problemlerinin görüldüğü düşünülmektedir (Grzesiak, 2002). Yapılan çalışmalarda TMB olan kişilerin vücutlarında, stresin

biyokimyasal işareti olan kortizol seviyesi oransal olarak yüksek bulunmuştur (Jones vd., 1997).

Yüzünde ağrı şikayetiyle kliniğe başvuran kişilerin yarısına fonksiyonel somatik sendrom tanısı koyulmuştur (Carlson vd., 2003). Bruksizmin TMB ilişkisinden henüz izole edilememiş yapısından dolayı, TMB eş tanısı almış psikiyatrik problemler de göz önüne alınmalıdır. TMB' a eşlik eden psikolojik problem tanı oranı %66-76 aralığında belirtilmiştir. Koyulmuş olan tanılar büyük oranda, depresyon, anksiyete, somatik sendrom bozukluğu vakalarından oluşmaktadır (Miyachi vd., 2007).

Son Dönemlerde hem tıp hem de psikiyatri alanında epeyce araştırmada yer almış olan "Somatizasyon" ismiyle yer alan ve tam tıbbi olarak aydınlatılamamış bedensel belirtileri artık "Fonksiyonel Somatik Sendrom" çatısı altında değerlendirilmeye başlanmıştır. Karşılaşılan semptomlar olarak; baş boyun ve eklem ağrıları, genel güçsüzlük ve yorgunluk hali, uyku düzensizlikleri, sindirim sistemi problemleri , sersemlik hisleri, konsantrasyon bozuklukları, sırt ağrıları gibi çok sayıda belirti vurgulanmıştır. Vücudun farklı bölgelerindeki ve farklı baskın yakınmalardan dolayı kişilerin başvurduğu profesyoneller ve alacakları tanı da uzmanlık alanları dahilinde değişmektedir. Dolayısı ile FSS' a sahip bir hasta ile karşılaşmış olan fiziksel tıp uzmanının, gastroenteroloğun, diş hekiminin; fibromiyalji, irritabl barsak sendromu,bruksizm gibi kendi alanına özel tanıkoyabileceğinden bahsedilmiştir (Fink ve Rosendal, 2015; Mayou ve Farmer, 2002).

Başka bir yaklaşımda da Amerikan Romatoloji Birliği' nin tanı kriterleri göz önünde bulundurulduğunda fibromiyaljinin ana semptomu olan, "vücudun farklı alanlarında ağrıya hassas kısımların fazlalığı" nın olması, fibromiyalji, TMB, kronik yorgunluk sendromu tanıları açısından farklılık göstermeyeceği şeklinde açıklanmıştır (Aaron vd., 2000).

Bruksizmin genellikle uyku ile ilişkilendirilmesinden yola çıkarak yapılan araştırmalarda uyku fizyolojisi göz önünde bulundurulmuş ve santral sinir sistemi üzerine yoğunlaşmıştır. Süregelen çalışmalarda, beyin

mediyatörlerinde (özellikle dopaminde) oluşan değişiklik sonucu bruksizmin görülebileceğinden bahsedilmiştir. Dopamin eksikliği neticesinde görülen parkinson hastalarının tedavisinde kullanılan ilaçların ve psikotik patolojilerin tedavisinde kullanılan antiepileptik ilaçların uzun dönemli kullanımında bruksizmin tetiklendiği görülmüştür (Clark ve Ram, 2007). Yine dopamin reseptörleri üzerindeki etkisi göz önünde bulundurulduğunda, bağımlılık yapan maddelerden amfetamin, nikotin ve alkol üzerine çalışmalar yapılmış bruksizmi tetikleyici yönde ilişkisi olduğu görülmüştür. Elde edilen bulgular da santral sinir sisteminin bruksizm üzerindeki etkisine bağlanmıştır (Lavigne vd., 2003).

Dopamin agonistleri, antagonistleri, trisiklik antidepresanlar, seçici serotonin geri alım inhibitörleri, anfetamin, kokain, alkol ile bruksizm ilişkilendirilmiştir. Fakat alkol ile ilgili yapılan çalışmalarda çok net bir sonuç ortaya konamamıştır (akt. Kuloğlu ve Ekinci, 2009).

Dental problemler kapsamında değerlendirildiğinde, dişlere yapılan restoratif ve protetik uygulamaların yeterleri çözümü sağlayamaması ile morfolojik etiyojinin daha az etkin olduğu belirtilmiştir. Dişlerin birbiri ile kapanış ilişkisindeki düzensizliklerin bruksizm tetikleyiciliğine dair etkisinin olmadığı belirtilmiştir. Bruksizm problemi olan kişilerin hepsinde dişsel bir kapanış uyumsuzluğu olmayışı ve dişsel kapanış uyumsuzluğu olan her kişide de bruksizm olmayışı bu durumu açıklamaktadır. Dolayısı ile sorunun dişsel ilişki ile ilgili etiyojisi kanıtlanmış değildir (akt. Güzel, 2019).

Genel olarak bütüncül bir bakış açısı ile etiyojisinde morfolojik, sistemik ve psikososyal faktörler göz önünde bulundurulmaktadır. Stres, anksiyete, çevresel faktörler, ilaçlar, madde bağımlılığı, kişilik, genetik, nörokimyasallar, psikiyatrik bozukluklar, dental bozukluklar,alerji, düşük uyku kalitesi etiyojide etkili olabilmektedir (Mısırlıoğlu vd., 2012).

2.1.3 Bruksizm'in Prevelansı

Yetişkin bireylerde % 9, çocuklarda % 14-20, 29 yaş altı genç yetişkinlerde % 13, 60 yaş üzeri kişilerde % 3 kadar bruksizm görüldüğü belirtilmiştir. Diurnal

(uyanıkken) bruksizm kadınlarda daha fazla görülürken nokturnal (uyurken) tipte cinsiyet farkı görülmemektedir. Uyanıkken olan bruksizm % 20 sıklıkla toplumda görülürken uyurken olan bruksizm çok daha yaygın şekilde görülmektedir. Fakat kişilerin farkındalığı ile birlikte değiştiği belirtilmiştir (Güleç vd., 2019). Yine yapılan farklı çalışmalara göre bruksizm prevalansı %4 ile %96' a varan değerlerde tespit edilmiştir (Lobbezoo vd., 2009). Genellikle kadınlarda ve genç bireylerde daha fazla görülmektedir (Şahpolat vd., 2018).

2.1.4 Bruksizm'in Tedavisi

Etiyolojisinin spesifik olamayışından ötürü tedavide izlenecek yol netleşmemektedir. Etkin tedavi prosedürü için sebebin belirlenmesi mühimdir. Profesyonel uzmanlık alanlarına göre farklılaşan, bruksizm sonucunda oluşabilecek hasarı önleyici, kontrol altına alıcı yaklaşımlar bulunmaktadır. Hastalar bireysel olarak değerlendirilip tedavi edilmelidir (Bader ve Lavigne 2000).

Bruksizm sonucu oluşan kas ve eklem problemlerinde tedavi semptomatik olmuştur. Eklemdeki problemlere yönelik tedavi seçeneklerinin yanı sıra miyofasiyal ağrı sendromlu kişilerde tedaviye yaklaşım genellikle somatik olduğu için ne derece psikolojik sorunlara sahip oldukları tam olarak tespit edilememiştir (Robinson ve Arendt- Neilsen, 2010). Miyofasiyal ağrı tanısı almış kişiler üzerinde yapılan incelemelerde, anlamlı olacak derecede depresyon, somatik sendrom bozukluğu ve anksiyete bozukluğu da tespit edilmiştir (Robinson ve Arendt- Neilsen, 2010). Dolayısıyla Dumitru ve arkadaşlarının da (2007) dikkat çekmek istediği nokta süreğen stres ve anksiyetenin miyofasiyal ağrıya sebep olabileceği ve bu durumla karşılaşıldığında ise psikolojik bir yaklaşımla müdehalenin de ön plana çıkması gerekliliği önemlidir (Dumitru vd., 2007).

Bruksizm' in bazı davranışsal değişimler ile kontrol altına alınabileceği gibi görüşler mevcuttur. Tütün ürünlerinden, alkolden, fazla kafein kullanımından, ilaç bağımlılığından kaçınmak; uyku kalitesini arttıracak yaklaşımlarda bulunmak, rahatlama teknikleri, hipnoterapi, biofeedback uygulamak gibi

davranış değişimleri bruksizm kontrolünde etkili bulunmuştur. Bilişsel davranışçı terapilerin de 12 haftalık süreç sonunda etkin olduğu gösterilmiştir (Eren vd., 2015).

2.2 Aleksitimi

Aleksitimi terimi, sözcük dizimi olarak Yunanca' dan köken almaktadır ve Türkçe' ye "duygular için söz yokluğu" şeklinde çevrilmiştir (Dereboy, 1990). Aleksitimi kavram olarak, Psikiyatrist Peter Sfineos tarafından 1960lı yılların sonu ve 1970 li yılların başlarında tanımlanmıştır. İlk zamanlarda, psikosomatik belirtileri olan kişilerdeki tabloyu açıklamaya yönelik bir amaç ortaya koyulsada (Koçak, 2002; Şaşıoğlu vd., 2014), daha sonraları farklı ruhsal problemlerle de ilişkili olduğu ve hatta sağlıklı kişilerde de görüldüğü fark edilmiştir (Batıgün, Büyükşahin, 2008). Aleksitimi' nin bir kişilik özelliği olabileceğine dair araştırmalar da daha sonraları devam etmiştir (Koçak, 2002). Dolayısı ile aleksitimi bir kişilik özelliği olarak incelendiğinde, kişiliğin ruhsal ve fiziksel sağlık üzerindeki etkisinin incelenmesi konusunda yeni bir bakış açısı getirebilecek bir potansiyel oluşturmaktadır (Şenkal ve Işıklı, 2015).

Aleksitimi kavramının tanımlanmasından önceleri, bu kavramın içeriği pek çok kere psikanalitik yaklaşımı konu edinen yayınlarda yer almıştır. Dereboy' un tanımına ilaveten Şahin (1998), duygulara karşı bir sağırılık kavramından bahsetmiştir. Sonrasında Dökmen tarafından " düşünce köleliği" tanımının 'aleksitimi' kelime karşılığı olabileceği önerisi ileri sürülmüştür (akt. Koçak, 2002)

Aleksitimi üzerine yapılan ilk çalışmalarda psikosomatik problemlerle benzerliği dikkat çekici olmuştur. Sebep sonuç ilişkisinden ziyade büyük oranda benzerlik olduğu belirtilmiştir (Erden, 2005) ve neticesinde, aleksitiminin kişilik özellikleri ile ilgili bir durum olabileceği üzerinde durulmuştur (Sifneos, 1996).

Aleksitimi' nin sosyal destek noksanlığıyla oluşan bir durum, bir kişilik özelliği, patolojik bir durum, psikosomatik bir problemin belirtisi, bilişsel işleyişteki sınırlılık, nörolojik bir problem olduğuna dair çokça farklı fikir bulunmaktadır.

Aleksitiminin tanısında, belirtilerin düzeyi önemlidir. Net olarak aleksitiminin varlığı ya da yokluğundan bahsetmek pek doğru olmayabileceği söylenmiştir (Şaşıoğlu vd., 2014).

Aleksitimi' nin geçici mi yoksa sürekli mi olduğuna dair fikir karmaşasına da Freyberger (1977)' in birincil ve ikincil aleksitimi ayrımı açıklık getirmiştir. Birincil aleksitimi' yi psikosomatik sorunlara neden olan kalıcı bir olgu, ikincil aleksitimi'yi ise zorlu bedensel problemler yaşayan ya da travmatik olaylar yaşayan kişilerde oluşan geçici bir olgu olarak tanımlamıştır. Bu iki kavramın etiyolojik faktörleri incelendiğinde ise farklı kuramsal görüşlerle ele alınabileceği fark edilmiştir (Freyberger, 1977; Batıgün ve Oktay 2014).

Fizyolojik bakış açısı ile değerlendirilmiş ve beynin ön kabuğundaki bir problemden kaynaklı olduğu ileri sürülmüştür. Taylor (1985), Burgess ve Simpson (1988), bu kişilerin beyinlerinin sol yarısını daha aktif kullandıklarını ve bu durumun da kişilerde hayal kurmadaki sınırlılığı, katı düşünce tarzını, fiziksel yakınmaların varlığını açıkladığını belirtmişlerdir (Şaşıoğlu vd., 2014). Bu kişilerin beyinlerinde, duygularını düşüncelerle ilişkilendiren süreçte bir problem olduğu ve duyguların düşüncelerle buluşup dile dökülememesi neticesinde yeni ve duygudan izole, gereksiz detay barındıran bir dil kullanımı olduğu öne sürülmektedir (Sifneos, 1996). Dolayısı ile işlevsiz duygu düzenlenmesi, duygusal zeka yetersizliği, beynin her iki lobu arasındaki aktarım kusuru olduğuna dair araştırmalar bulunmaktadır (Taylor ve Bagby, 2004).

Psikanalitik bakış açısı, sağlıklı olmayan egonun ve geçmiş travmatik yaşam olaylarının, kişinin sağlıksız savunma düzeneklerini kullanmasına ve duygu ifadesinde sözlü iletişimi kullanmamasına, yaşadığı durumu görmezden gelmesine neden olduğunu savunmaktadır. Bu açıklamanın aleksitimi içinde geçerli olabilecek derece benzer bir açıklama olduğu belirtilmiştir fakat henüz yeterli araştırma yapılamamıştır (Tychev vd, 2010; akt. Ünal, 2005). Mc Dougall (1982) ise biraz farklı bir yorum katarak aleksitimi tablosunda kullanılan savunma düzeneklerinin psikotik boyutta olduğunu belirtmiştir (Güllü ve Yıldız, 2019). Erken çocukluk döneminde anne ile kurulan sağlıksız bağ sonucu kişide imajinasyon yeteneğini sınırladığını savunmuştur. Gelişimin erken döneminde

duygusal bağlantının yetersizliği dolayısıyla kişinin sığ bir duygusal kapasitesinin olabileceği ve sağlıklı olmayan iç temsillerin oluşabileceği belirtilmiştir (Şaşıoğlu vd., 2014; Tychev, 2010). Bu durumda kişide ileriki zamanlarda bedensel belirtiler verebileceği öne sürülmüştür (Şaşıoğlu vd., 2014).

Psikoseksüel gelişim evrelerinin erken dönemlerindeki aksaklık sonucu kişinin nesne ilişkileri ve öz temsilinde problem olabileceği de düşünülmüştür (Von Rad, 1984). Erken gelişim dönemlerinde kişinin duygusal kapasitesinin ebeveynler tarafından fark edilip geliştirilmesine yönelik bir ilişki kurulup kurulamamasına bağlanmış ve erken dönem ketleyici yaşam olaylarının varlığının ise aleksitimik özelliklerle bağlantılı olduğu savunulmuştur (Krystal, 1979).

Kişide sözlü iletişime geçirilemeyen çatışmaların, bedensel belirtilerle dışa vurduğu savunulmuş fakat çözüm olarak uygulanan psikanalitik yöntemlerin başarısının da sınırlı kaldığı görülmüştür (Lesser, 1981)

Bilişsel bakış açısına göre, kişinin sosyalleşme sürecinde bulunduğu sosyokültürel ortam etkisi ile oluşan düşünce, çıkarım ve dolayısı ile oluşan şemalar kapsamında, işlevsel olmayan kısma aleksitiminin dahil edilebileceği savunulmuştur (Ergün, 2008). Duyguların ifadesi konusundaki olumsuz otomatik düşünceler sonucu kişinin duygularına yaklaşmak konusunda eksik kalmış olabileceği düşünülmüştür. Dolayısı ile işlevsiz bilişsel çarpıtmalar sonucu oluşabilecek bir tablo olduğu ve tedavisinin de bilişsel yaklaşımla yapılması gerektiği savunulmuştur (Koçak, 2002; Koçak, 2005; Şaşıoğlu vd., 2013).

Sosyokültürel bakış açıdan değerlendirildiğinde ise, hangi kültürdeki insanların değerlendirmeye alındığı önem kazanmaktadır. Doğu toplumlarında insanların duygu ifadesi geri plana atılır ve aksine duygularını gizlemeleri beklenirken batı toplumlarında duygu ifadesi sağlıklı bir gösterge olmaktadır. Dolayısı ile sosyokültürel bir durum olduğu ve her topluma göre ayrı değerlendirilmesi gereken bir kavram olduğu savunulmuştur (Koçak, 2002). Hatta batılı bir görüş normları etkisiyle ortaya çıkmış bu kavramın değerlendirilmesinde her türlü

sosyokültürel yapı göz önünde bulundurularak hareket edilmelidir (Loiselle ve Cosette, 2001). Özellikle doğu toplumlarında duyguların ifadesi sözlü değil bedensel reaksiyonlarla tezahür etmektedir. Farklı kültürel yapılara sahip kişiler üzerinde yapılan araştırmalarda aleksitimi değerlerinin farklı çıktığı tespit edilmiştir (Taylor vd., 2004).

Son dönemlerde “*zihinsel durum kavrayışı*” da gündeme gelmektedir. Bireylerin zihinsel kapasitesi kapsamında, benlik durumları ve bu durumların çevre ile senkronizasyonunu içermektedir.

Diğer psikopatolojilerle ilişkisi değerlendirildiğinde, aralarında net bir ayrımın olmayışı dikkat çekmektedir (Şaşıoğlu vd., 2014).

Başlangıcından beri psikosomatik problemlerle yakından ilişkili şekilde değerlendirilse de aralarında direkt bir ilişki belirtilememiştir (Koçak, 2005). Psikosomatik rahatsızlıkların yanı sıra pek çok psikopatoloji ile ilişkisi tespit edilmiştir fakat kalıcı aleksitimik bir durum mu yoksa geçici bir durum mu olduğuna dair hala çelişkili görüşler mevcuttur. Yapılan araştırmalarda, birlikte görüldüğü psikopatolojilerde iyileşme görülürken aleksitimi değerleri değişmemektedir. Bu durum da bir kişilik yapılanması olarak görülmesi gerektiğini desteklerken başka bir grup araştırmada ise patoloji ile uyumlu şekilde değerlerde bir iyileşme tespit edilmiştir. Bu da geçici bir durum olduğu görüşünü desteklemektedir (Şaşıoğlu vd., 2014).

Aleksitimik kişilerin belirli bazı özellikleri dikkat çeker. Duygularını sözlü ifade etmekte zorlanırlar, bunun yerine bedensel semptomlardan bahsederler (Haviland vd., 2001). İnsan ilişkileri sınırlıdır. İmajinasyon kapasiteleri sığdır. Endişeli ve donuk duruşları vardır (Lane vd, 1997). Empati kurmada yoksunluk mevcuttur (Guttman ve Laporte, 2002).

Aleksitimi 4 unsurla birlikte tanımlanmaya çalışılmıştır. Duyguların farkında olup tanımlanmasındaki ve izolasyonundaki güçlük, duyguların sözlü ifadesinde yetersizlik, hayal kurma becerisinde kısıtlılıkla birlikte imgeleme zorluğu, dış

odaklı bir düşünme tarzının varlığı belirtilmiştir (Dereboy, 1990; Şaşoğlu, vd., 2014).

Duyguların farkında olmaları, duygu ve düşünceleri birbirinden ayırıp ifade etmeleri zordur. Dolayısı ile insan ilişkilerini etkileyen bir sözlü ifade eksikliği mevcuttur. Duygu ve düşünce ayırımında yaşadıkları sorunu duygu ve bedensel duyumları ayırmakta da yaşarlar (Koçak, 2002).

Yaşadıkları problemler karşısında nedene inmek yerine basit ve somut çözümlere başvururlar (Koçak, 2002).

Görünürde etrafındaki insanlarla uyumlu gibi olmalarına karşın kendi içsel süreçleriyle çok az ilişkili ve uyumludurlar. Kısıtlı hayal kurma becerileri vardır. Rüya görmeleri gerçeklikle çok örtüşen şekilde sınırlıdır (Yurt, 2006; Sifneos, 1996). Etrafındaki kişiler tarafından kaba ve mekanik olarak yorumlanabilirler (Sifneos, 1988). Olaylar karşısında başvurdukları yol incelikten uzak, kısa vadeli çözümler getirecek şekildedir (Yurt, 2006). Diğer insanlarla problem yaşamadan onlara adapte olmak için uyumlu davranışlar sergilemeleri yüzeyselliklerini maskeleyecektir (akt. Güllü ve Yıldız, 2019).

İlişkilerinde sorun çıkmaması için gösterdikleri aşırı çaba sonucu diğer insanlar tarafından uyumlu kişiler olarak değerlendirilirler. Dış odaklı bir biliş süreci etkindir. Düşünsel kapasitelerini, duygularını gizlemek ve dış ortama uyum sağlamak amacıyla yoğun kullanırlar (Koçak, 2002).

Aleksitimi üzerine yapılan araştırmalar, aleksitimiye erkekler, ileri yaş, düşük eğitim düzeyi ve düşük ekonomik statü ile de ilişkilendirmektedir. Aleksitimik özelliklerin ileri yaş erkeklerde, düşük sosyoekonomik statü ve düşük eğitim düzeyindeki kişilerde görülmesi ve geniş bir popülasyonu kapsıyor olması, çağımız kişilik özelliklerinin bir bölümü olma ihtimalini kuvvetlendirir niteliktedir (Şaşoğlu vd., 2014).

2.3 Bilinçli Farkındalık Kavramı

2.3.1 Bilinçli Farkındalığın Tarihçesi

Bilinçli farkındalık m. ö. Hindistan' da yaşadığı tahmin edilen Budizm' in kurucusu ruhani öğretmen Buda' nın öğretilerinden temel almaktadır. Buda' ya göre, insanoğlunun ızdırapdan kurtulmasının, ruhsal mutluluk ve ruhsal özgürlüğe ulaşmasının yolu bir takım prensip ve uygulamalardan geçmektedir. Budizm' in Hindistan' dan Sri Lanka, Güneydoğu Asya, Çin, Kore, Tayland, Vietnam' a yayılmıştır. Birçok Budist manevi disiplin öğreticisinin seyahatleri ve kültürel etkileşimi sonucu Batı da Budizm öğretileri ve Budizm temelli pratik uygulamalardan ve etkilerinden haberdar olmuştur. Aynı şekilde Batılı insanların da Asya ülkelerine seyahatleri bu etkileşimi ve yayılmayı artırmıştır. Artan bu popülerite sonucu batılı bilim insanlarının, tıp uzmanlarının, psikoterapistlerin ilgisini de çekmiştir (Bodhi, 2000).

1960lı yıllarda Budizm temelli uygulamalardan Vipassana uygulamasını Batı'ya taşınmasını sonrasında Amerika' nın Colorada Eyaletinde Naropa Üniversitesi' nde ders veren Tibet Budizmi Öğreticisi Chögyam Trungpa Rinpoche aracılığıyla vipassana meditasyon uygulamasına katılanlardan birisi de, aslında moleküler biyolog olan Jon Kabat-Zinn' dir ve yine Massachusetts Üniversitesi Tıp Merkezinde, " Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı" ile bilinçli farkındalığı terapötik bir disiplin olarak sunan ilk kişidir (Bodhi, 2000; Kabat-Zinn, 2013).

Kabat-Zinn, insanların acılarını dindirmek; yaşam ve kültüre daha çok şevkat, merhamet ve bilgelik katılmasında fayda sağlamayı amaç edindiğini belirtir. Bunu uygularken de evrensel bir akla hitap edecek bir yol izlemeyi seçmiştir. Bilinçli farkındalık terimini, uygulamanın kıymetini ön yargılardan uzak tutmak ve mistik bir prensip şeklinde algılanmasını engellemek için seçtiğini vurgulamıştır. Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının, özüne aykırı bir şekle dönüştürmeden, insanların ortak aklına hitap eden, kanıta dayanan, tıbbi tedavinin meşru bir parçası olması amaçlanmıştır.

Kabat- Zinn, bilinçli farkındalık tanımlarını yaparken işlevsel tanımlar yapmaya, anlatımı detaylandırmaya, hem geleneksel özünü hem de klinik bilimsel yanını da içerecek şekilde tanımlar yapmaya özen gösterdiğini belirtmiştir (Kabat-Zinn, 2013).

Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı, stresle başa çıkma yöntemi olarak bir temel olmuştur (Wolf ve Serpa, 2015). Sadece stresle başa çıkma yöntemi olarak kalmayıp psikoterapi yöntemi olarak kullanılmaya başlanmıştır (Bodhi, 2000). Yine ilk olarak Kabat- Zinn tarafından psikoterapi yöntemi olarak kullanılmıştır (Çatak ve Ögel, 2010).

Bilinçli farkındalık giderek artan şekilde, bilişsel ve davranışsal tedavilere destek olarak kullanılmaktadır (Cash ve Whittingham, 2010). Batı toplumlarında psikoterapi çerçevesinde kullanılması sonrasında ülkemizde de araştırılmaya ve kullanımı yaygınlaşmaya başlamaktadır (Kınay, 2013).

2.3.2 Modern Psikolojiye Göre Bilinçli Farkındalık

Bilinçli farkındalığa dair çok fazla tanım yapılmaktadır. Bu tanımlamalar arasında vurgulanılan noktalar Budist öğreticiler ve Batılı bilim insanları arasında farklılık oluşturmaktadır (Baer, 2006).

Bazı araştırmacılar duygusal ve bilişsel yönünü ön plana çıkarırken bazıları geliştirilebilir terapötik bir teknik ya da egzersiz şekli olduğunu vurgulamıştır. Elbette ki bilimsel verilerle destekli kaynakların tamamlayıcı etkisi tanımlamada faydalı olacaktır (Grossman ve Van Dam, 2011).

Tanımlamalar yapılırken Budizm' in içerisinde var olan bir yaklaşım esastır. Verilen mesaj aynı olmasına rağmen tanımlamalardaki farklılıklar, hitap edilecek kesimin farklılıkların ve çeşitliliklerinden ileri gelmektedir. Kabat- Zinn' in kitabında bilinçli farkındalığın tanımlamalarına bu kadar fazla yer vermesi ve Budist öğretilerini bilim dünyasının tepki göstermeyeceği şekilde sunması da bununla örtüşmektedir (Maex, 2011).

Yapılan tanımlamalardan biri; dikkatin o anki yaşantısal sürece ve içsel deneyimlere odaklandığı ve bu deneyimlerin gözlemlendiği bir zihin ve beden pratiği olduğu şeklindedir. Kökenlerini kavram olarak Doğu'nun budist meditasyon tekniklerinden almaktadır. Bütün dikkat, bedene girip çıkan nefese ve nefesin akışına, beden algılarına, duygu ve düşünce akışına verilmektedir. İçsel deneyime odaklanma sürecinde yargısız ve koşulsuz bir kabulleniş ve gözlem vardır (Kabat-Zinn 2003). Olanı kabul etme, yargılamadan o anda kalabilme temellerini içeren ve farkındalıkla bilinçliliği birlikte kapsayan bir halden bahsedilmektedir. Budist felsefesinin kökeninde bilincin farkındalık ve farkındalığa sebep olan nesnelere bütün olduğu düşüncesi vardır. Brown ve Ryan' a (2003) göre farkındalık, kişiyi kendi içsel ve dışsal deneyimleriyle var olan duruma, kendi gerçekliğine doğru yönlendirir. Bu tanımla benzer şekilde , olanı olduğu gibi kabul etmeyi, yeni tecrübelerle açık olmayı kapsayan merakla izleyerek ve şimdiki anda yaşanan deneyimleri kaçırmayarak, farkederek devam eden düzenli dikkat olarak tanımlanabilir (Bishop vd., 2004). Baer (2003) ise bilinçli farkındalığı, kişinin iç ve dış uyaranlarının devamlılığı boyunca yargısız şekilde sadece izlemesi olarak ifade etmiştir. Kişiyi hem ruhsal hem fiziksel olarak zorlayan şartlarda yargılamadan kalmak, kişinin farkındalığını artırır ve süreci öylece, olduğu şekilde görmesini sağlar (Germer, 2005).

Her ne kadar teorik ve kavramsal olarak anlatılsa da, her bir kişi kendi deneyimi ile algılayabileceğinden bahsedilmektedir. Duygu ve düşüncelerimizle olan ilişkimiz çok kıymetlidir. Kişinin iç deneyimine odaklanmış bir süreç olduğundan hiç bir yargılama, değer, eleştiri veya müdahale olmadan var olanı gözlemlemesi ve dolayısı ile durum tespiti ile sonuçlanacaktır. Böyle bir bilinçli farkındalık da kişinin psikoterapi sürecinde, terapistin sürecin ilerletilmesinde büyük katkı sağlayacaktır (Morales Knight, 2010).

Bilinçli farkındalık ile kişi içsel çatışmaları karşısında savunma mekanizmalarına başvurmadan önce, yaşadığı duygu, düşünce ve durumu fark etme becerisine sahip olacaktır (Neff, 2003). Yargısız şekilde gözlem yapabilecektir (Akin, 2008). Devam eden süreçlerde kişi kendisini anlamaya ve kendisine acı çektirmek yerine şevkat göstermeye başlayacaktır (Deniz, 2008).

Farkındalık kavramı, kişinin kim olduğunu, kendisini nasıl gördüğünü, dünyayı ve dünyadaki yerini nasıl gördüğünü anlaması ve kabul etmesi ile ilgili bir süreçtir (Özyeşil, 2011). Kişinin anda kalabilmesini ifade etmektedir (Germer, 2005). Geçmiş döneme dair düşünsel kurgular oluşturmayı ve geleceğe dair kaygıları bir kenara bırakıp şu ana odaklanmayı tanımlamaktadır (Baer, 2006). Kişinin içinde bulunduğu anda kendisi ve diğerleri ile kurduğu bağda yargısızca sorumluluk almasının yoludur (Kabat-Zinn, 2009).

Biliş seviyesinin değişen frekansını, özdeşimden sıyrılarak açık ve koşulsuzca deneyimlemektir (Davis ve Hayes, 2011). Bilinçli farkındalık kelimesi, dikkat getirmek ve anımsamak anlamındaki “ sati” kelimesinden türemiştir (Davis ve Hayes, 2011). Bu anlamın kapsadığı anımsamak kavramından kastedilen ise anıları tekrardan hatırlamak değil, dikkati o an ki deneyimlenene yineleyerek davet etmektir (Özyeşil, 2011). Şuana odaklanmış dikkat, kabulleniş, yargısız bir içsel gözlemin var olduğu unsurları içerdiği görülmektedir (Çatak ve Ögel, 2010). Bu kıymetli unsurlara sahip olmanın kolay olmadığı gibi kalıtımsal ve yetiştirilme şeklinin sonucu olmasından çok, geliştirilebilir yetenekler olması da vurgulanan başka bir husustur (Ögel, 2016).

Bilinçli farkındalığın 3 ana unsuru bulunur (Hyland vd., 2015). Birincisi, şuana odaklanmış bilinçlilik (Dane, 2011). Geçmişin düşünce senaryolarına ve geleceğin hayallerinde gezinmeden şimdiki zamanda var olmayı içerir (Liebermeister, 2009). Başka bir deyişle dikkate dair bir öz- düzenlemedir ki bu sayede dikkatin bulunulan ana ait deneyimde kalması ve o ana ait zihinsel aktivitelerin farkına varılması sağlanmış olur. İkinci unsur ise dikkati içsel ve dışsal olarak sürdürmektir (Brown ve Ryan, 2003). Kişinin deneyimlerine, bulunulan an içinde, merak, açık yüreklilik ve kabul ile yaklaşması da üçüncü unsurdur (Bishop vd., 2004). Siegel, kişinin kendisine göstereceği şevkat, açık yüreklilik, merhamet kavramlarından da söz etmektedir (Siegel, 2010).

Yaşanan anda kalmak, o durumun doğuracağı duyguları keşfetmek açısından önemli bir şans olarak görülmektedir (Liebermeister, 2009).

Bilinçli farkındalığa dair yapılan çalışma ve pratikler uygulanmakta ve bu pratikler süresince amacın bir yere ulaşmak veya bir şeyleri değiştirmek olmadığı vurgulanır (Kabat- Zinn, 2003).

Kabat- Zinn (2009) Bilinçli farkındalık için bazı ana unsurlar sıralanmıştır:

1. Yargısızlık: Zihnin, yaşadığı deneyimler karşısında biraz mesafe bırakıp gözlemlemesi olarak yorumlanabilir.
2. Sabır: Yaşamda her şey kendi döngüsü ve vaktinde gerçekleşeceği bilinci ile hareket ederek sabretmek ve her şeyin olması gerektiği zamanda olacağına duyulan saygı sabrı getirecektir.
3. Başlangıç zihni: Ön yargılardan uzak şekilde yeni deneyimlere açık ve ilk an ki merak ve ilgi ile yaklaşmak anlamındadır. Dolayısı ile her an kendi içinde keşfedilmeyi bekler ve bunu fark etmek de koşulsuz bir zihni gerektirir.
4. Güven: Bireyin yaşama, içinde bulunduğu sürece güvenmesini, içinde bulunduğu ana teslim olmasını gerektirir.
5. Hırslanmamak: Bir şeyleri elde etmek, bir yere varmak hatta rahatlamak amaçlı bir çaba bile hırsı doğurabilmektedir. Çabasız ve sadece olanı öylece izlemek asıl ulaşma ve fark etmeyi sağlayan şey olacaktır. Ulaşmak uğruna yapılan şeyler hırsı doğuracaktır ve daha büyük duvarlar örecektir.
6. Kabul: Yaşanan duygu, düşünce, ya da durumu nötr bir duruş sergileyerek ne ileri iterek ne de geri çekerek hareket etmektir. Yani olduğu gibi tanımlamak ve yaşanılan iyi ya da kötü duygu ve düşüncüyü himayeye almaktır. Ego çatışmalarından dolayı oluşabilecek sorunları yönetmeyi de getirecektir (Özyeşil, 2011)
7. Oluruna bırakmak: Beğenilene olan afinite ve beğenilmeyene karşı geri duruş sergilemeden, bizim nesne, duygu, düşüncelere bakışımızdan izole bir şekilde kalmalarına müsaade etmektir. Sürece müdahale etmeden izin vermeyi gerektirir. Tarafsız bir yaklaşım söz konusudur (Kabat- Zinn, 2009).

Dikkatin ana yönlendirilmesi, sürdürülmesi ve nasıl dikkat edileceği de farkındalık kapsamı içerisindedir (Wolf ve Serpa, 2015). Bilinçli farkındalık, kişinin kendisine ve kendi deneyimlerine özel bir süreçtir. Sadece kişiye ait olan

bu yolda elbette ki tecrübeli ve eğitimli bir diğer kişinin vesilesi olacaktır. Fakat esas ve biricik olan kişinin kendi sürecidir (Kabat- Zinn, 2013).

2.3.3 Bilinçli Farkındalık ve Psikoterapi

2.3.3.1 Psikodinamik Yaklaşım

Modrn psikoterapinin kuruluşundan bu yana, hareketlerimizin bizim dahi bilinçli fark edemediğimiz güdülenmelerimiz sonucu olduğu görüşü baskın gelmektedir (Liebermeister, 2009). Jung döneminden bu yana psikanalistlerin ilgisi farkındalık, içsel sürecin kabulü ve sonrasında gelen değişim dönüşümün etkisi üzerinde durulmuştur (Özyeşil, 2011). Psikanalitik kuramcılarının yaklaşımlarının anlamlı, etkili fakat objektiflikten uzak olduğu eleştirileri mevcutken sonrasında ortaya çıkan davranışçı kuramcılarının ise insanı gözlemlenebilir kriterlerle değerlendirmesi de ayrı bir eleştiri konusu olmuştur (Liebermeister, 2009).

Görülmektedir ki psikoterapistler insanın iç dünyasını tanımlanabilir, deney ve gözlemlerle tutarlı bilimsel temellere dayandırma çabası içerisindedir. Lakin insan olmanın doğasında daha farklı bir gerçekliğin yattığı yorumu yapılmaktadır (Liebermeister, 2009).

Farkındalık süreci temelli çalışmalarda ve psikanalitik yaklaşımda bilinçaltı süreçler ön plandadır ve farkındalıkla gelen kabul etmenin dönüşümdeki etkisine verilen kıymet örtüşmektedir (Özyeşil, 2011).

2.3.3.2 Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Bilişsel davranışçı yaklaşım basamaklarında kullanılan duygu, düşünce, dikkat düzenlenmesi ile farkındalık temelli terapilerdeki yaklaşım örtüşmektedir (Çatak ve Ögel, 2010). Her iki yaklaşımda da kişinin kendisini, etrafını, dünyayı düşünceleriyle kurduğu ve yorumladığı şekilde yaşadığı savunulmaktadır. Kişinin düşünceleri doğrultusunda duygu ve davranışları değişecektir. Sonuç olarak kişi düşüncelerini farkettiğinde, sonrasındaki duygu ve davranışlarını da şekillendirebilir (Özyeşil, 2011).

Bilinçli farkındalık çalışmalarında kişilere düşüncelerine müdahale etmeden sadece izlemeleri istenirken bilişsel davranışçı yaklaşımda ise olumsuz otomatik düşünce kalıplarının değiştirilmesi amaçlanmıştır (Baer, 2003; Ülev, 2014).

2.3.3.3 Hümanist Yaklaşım

Carl Rogers ve Maslow' un öncülüğünü yaptığı kuramın temelleri insan olmanın gereklilikleri üzerinde durmuştur ve deney ve gözlemlerden uzaklaşarak daha spiritüelliğe daha yakın bir yanının da varlığı dikkat çekmiştir (Liebermeister, 2009). İnsanın kendi duygu ve düşüncelerinden sorumlu olması ve yaşamını ne derece anlamlı sürdüreceğinin yine kendi sorumluluğunda olması hem hümanistik yaklaşımla hem farkındalık çalışmalarında önceliklidir. Kişinin güven duyarak ve yargılanmayacağı rahatlığı ile duygularını ve düşüncelerini fark edebilmesinin öncelik olması her iki yaklaşımda da ortak noktadır (Ülev, 2014).

2.3.3.4 Geştalt Kuramı

Bu kurama göre kişinin geçmiş ya da gelecekle uğraşması anlamsızdır ve yaşanması gereken tek an içinde olduğumuz andır. Yaşayarak deneyimlenen süreç değişim ihtimallerine açıktır. Farkındalıkla ihtimaller artacaktır (Germer, 2012).

2.3.3.5 Varoluşçu Yaklaşım

İnsan yaşamı boyunca anlam arayışı içinde olacak ve ölümün varlığından haberdar şekilde ve ölüme rağmen yaşamını anlamlı kılma çabasında olacaktır. Ölümün farkında olan kişi yaşamını daha anlamlı kılacak ve farkındalıkla birlikte anlamsızlığında doğuracağı çatışmalardan uzaklaşacaktır (Özyeşil, 2011)..

2.3.4 Bilinçli Farkındalık Becerileri

- Anda kalabilmek: Günlük yaşamın zorlukları içerisinde kişide oluşan olumsuz otomatik düşünceler neticesinde zihin ya geçmiş anılarda takılıp

kalacak ya da gelecek kaygısı ile oyalanacaktır. Yaşanılan anın kaçırılması kaçınılmaz olacaktır. Anksiyete, takıntı, fobiler, yetersiz stres yönetimi ile uğraşan kişiler çok büyük oranda ve tekrarlayan şekilde gerçek dışı duygu ve düşünce süreçlerinden geçeceklerdir (Demir, 2017).

- Yargısız Kalabilmek: Zihnimiz, yaşadığımız süreci, duygularımızı, düşüncelerimizi sürekli değerlendirme ve süzgeçten geçirme eğilimindedir. Bunu otomatik olarak yapar. Değer yargıları vardır ve bu yargılara göre katagorize eder. Zihnimizdeki izlemek ve her hangi bir yargı süzgecinden geçirmeden görmek ve fark etmek anlamındadır (Kabat- Zinn, 2009).
- Mesafe Koyabilmek: Kişilerin düşüncelerinden sıyrılıp biraz uzaktan kendisine bakabilmesi demektir. Özdeşim yapmadan düşünce ve kendisi arasına biraz boşluk bıraktığında olup biteni anlamak için görüş alanı açılacaktır (Demir, 2017)
- Serbest Bırakabilmek: Kişilerin karşılaştığı olumsuz duygu ve düşünceleri bastırmak, baskılamak, takıntılı şekilde bunlarla uğraşmak yerine; o dönem yaşadığı her ne ise gözünün önünden geçip gitmesini izlemek, akışına bırakmak demektir. Zihne gelen düşüncenin istediği gibi hareket etmesine izin vermek ve gidişine de müsaade etmek demektir. Gelip giden düşünceleri çabasızca gözlemlemek vardır (Demir, 2017).
- Kabullenmek: Kişilerin fark ettiği her türlü pozitif ya da negatif duygu ve düşüncelerin her birini olduğu gibi, öylece ve eşit düzeyde karşılamak demektir. İyi ya da kötü diye ayırmadan kabul etmektir. Anda yaşanılanı, hayal ve kaygılardan uzak şekilde görmek ve almak demektir. Pasif kalmak değil, aksine aktif bir dinginglikle var olanı dikkatle fark edip kabul etmek vardır (Kabat-Zinn ve Hanh, 2009).

Bilinçli farkındalık uygulamasının üç temel adımı şu şekilde tanımlanmıştır:

- Yaşanılan anda yapılan eylemi fark etmek için durmak gerekir.
- Durduğun noktada ne yaptığına bakman ve gözlemlemen gerekir.
- Zihnin ara ara kaçışları, dağılmalarını da fark edip nazikçe ve tekrar tekrar dikkati ana getirmek gerekir (Germer, 2012).

2.4 Konu ile İlgili Yapılmış Araştırmalar

Bruksizme dair yapılan çalışmalar arasında yaygın olarak stres bulunmaktadır. Bruksizimli bireylerde anksiyete ve gerginliğin daha çok görüldüğüne dair çalışmalar yapılmıştır (Yager ve Gitlin, 2005). Kas gerginliğine sebep olan stres ve anksiyete varlığı ve dolayısı ile diş sıkma ve gıcırdatmanın olduğunu gösteren çalışmalar yapılmıştır (Grzesiak, 2002). Bruksizimli kişilerin daha sinirli, hiperaktif, bilişsel ve fiziksel yönden daha tetikte oldukları belirtilmiş ve daha sonra yapılan bir çalışmada üç farklı ülkede yaklaşık 13.000 kişi üzerinde yapılan çalışma ile desteklenmiştir. Yine benzer şekilde sonuçlar, EMG kayıtları ile yapılan 20 haftalık çalışma sonrasında da ortaya koyulmuş ve stresle birlikte kişilerin kas ağrısı şikayetlerindeki değişim gösterilmiştir. Pierce ve ark.nın 100 kişi üzerinde yaptığı EMG kayıtlı çalışmada bruksizm ve stres arasında anlamlı bir ilişki ortaya koyulmuştur (akt. Koç vd., 2010).

Uyku ile ilişkisinin incelendiği çalışmalar neticesinde, gece bruksizmi, DSM-IV-TR'ye göre, uyku bozuklukları; ICSD-3'e göre de uyku ile ilişkili hareket bozuklukları kapsamında değerlendirilmiştir (Wills ve Garcia, 2002). Uyku bozuklukları kapsamında yapılan değerlendirmelere rağmen, bruksizmi olan kişilerin genellikle uyku sorunu belirtmedikleri görülmüştür (Bader ve Lavigne 2000). Genel olarak uyku problemlerinden parasomnialar ve psikopatolojiler arasında yeterince kanıt bulunamamıştır (Wills ve Garcia, 2002).

Beyin mediyatörleri ve bazal ganlion ile ilişkili araştırmalarda bulunmaktadır. Beyin mediyatörlerindeki değişimin uyku bruksizmini tetikleyici etkileri üzerine anlamlı sonuçlar ortaya koyulmuştur (Bader ve Lavigne 2000). Serra-Negra ve arkadaşları 183 kişi üzerinde yaptıkları araştırmada uyku kalitesi ve bruksizm ilişkisini incelemiş ve sonuç olarak zayıf uyku kalitesinin bruksizmi uyardığını ortaya koymuştur (Eren vd., 2015). Neticesinde REM uykusunu baskılayan, analjezik ve anksiyolitik etkiye sahip amitriptilinin kullanıldığı bir çalışma yapılmış ve olumlu sonuçlar ortaya koyulmuştur (Sönmez ve Hocoğlu, 2019)

Bruksizm ve psikopatolojilerle ilişkisine dair yeterli araştırma olmayışından dolayı TMB ile yakın ilişkisi göz önünde bulundurularak TMB üzerinden yapılan araştırmalardan dabahsedilecektir. TMB ve miyofasiyal ağrı bozukluğu olan kişilerde stres, anksiyete, depresyonun ortak nokta olduğunu gösteren

çalışmalar yapılmıştır. Stres, anksiyete ve depresyon, bu rahatsızlıkların ortak noktasından birisi olarak tespit edilmiştir (Grzesiak, 2002). MAS olan kişilerde psikolojik faktörlerin, ağrıyı etkisinden çok ağırlaştırıcı etkisinin daha baskın olduğu görülmüştür (Dimitroulis, 1998). TMB ve psikolojik bozukluklar arasında yapılan çalışmalarda hafif seviyede depresyonla seyreden anksiyete, bedensel belirti bozukluğu ve hipokondriazis ile eş tanımlı akalar ortaya konulmuştur (Miyachi ve diğ., 2007). TMB ve kişilik özellikleri arasında yapılan çalışmada bu kişilerin histeri puanları anlamlı oranda düşük çıkmış ve TMB olan kişilerin daha bağımlı ve güçlü insan ilişkileri kurduğu görülmüştür (Mongini vd., 2000).

MAS olan kişilerde aleksitimi ve öfkenin ilişkisi incelenmiş ve öfkesini dışarıya vuramayan kişilerin kronik ağrılarının daha fazla olduğu görülmüştür (Bruehl, 2002). Yine fibromiyalji ile ilgili yapılan bir çalışmada kişilerdeki iç öfke puanları yüksek görülmüş ve öfkenin dışarıya vurumunun, ifadesinin yetersizliğinden dolayı kişinin bedensel semptomlar yaşadığı şeklinde yorumlanmıştır (Gabbard, 2000): Aleksitimi seviyesinin MAS olan kişilerde yüksek çıktığı görülmüştür. Yine yapılan bir çalışmada MAS kişilerin % 32.5' inin aleksitimi düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür (Lumley vd., 2002). Aleksitimi ve psikosomatik problemlere yönelik fazlaca çalışılmış bir konudur. Fibromiyalji hastalarında yapılan çalışmalarda, kontrol grubuna göre daha aleksitimik özellik gösterdikleri görülmüştür (Sayar vd., 2004). 2008 yılında yapılan bir çalışmaya göre yüksek aleksitimi seviyesinin MAS açısından yüksek risk oluşturduğu gösterilmiştir (Direk, 2008).

Çalışmamızla ilintili olduğunu düşündüğümüz ve aleksitimiye dair yapılan bir çalışmada depresyon hasatları incelenmiş ve aleksitimik depresyonlu kişilerin bedensel yakınmalarının ev duyularının kontrol grubuna göre abartılı gösterilmiştir. Aleksitimik kişilerin bedenselleştirmeye eğilimi, yapılacak çalışmalarda göz önünde bulundurulmaya değer şekilde yorumlanmıştır (Taycan vd., 2017). Aleksitimi ve bedenselleştirme ilişkisine dair çalışmalar yapılmış ve aleksitiminin yüksek olduğu kişilerde bedenselleştirme görüldüğü ortaya konulmuştur (Eyüboğlu, 2018).

Daha önce 46 kişi üzerine yapılan çalışmada bruksizm ve aleksitimi arasında ilişki incelenmiştir. Anlamlı bir sonuca varılamamıştır (Ekici ve Kuloğlu, 2011) Kişi sayısının azlığı buna sebep gösterilebilir.

2018 yılında 114 kişi üzerinde yapılan klinik bir çalışmada bruksizimli bireylerde artmış bedensel belirtilere odaklanma görülmüştür ve bruksizimli kişilerin normal bedensel duyularını çok daha yoğun, zararlı ve rahatsız edici şekilde algıladıkları tespit edilmiştir. Bruksizm ve somatizasyon ilişkisine dair çalışmalar da yapılmış ve kişinin somatik yakınmalarının klinik olarak tespit edilen patolojilerle örtüşmeyecek ve beklenenden daha fazla seviyede olduğu görülmüştür (Henningsen vd., 2005).

Son dönemde yapılan çalışmalarda kişilerin bilinçli farkındalık seviyelerinin, somatik semptom bozukluğu, stres ve anksiyete üzerine etkisi incelenmiştir ve tedavide etkin olduğu görülmüştür (Fjorback vd., 2011). Bu çalışmalara ilaveten somatik semptom bozukluğuyla ilintili, bilinçli farkındalık temelli tedavi yaklaşımları fibromiyalji, kronik yorgunluk sendromu, irritabl barsak sendromu gibi sorunlar üzerinde uygulanmıştır (Lakhan ve Schofield 2013). Somatik semptom bozukluğu vakalarında bilişsel davranışçı terapi ile birlikte bilinçli farkındalık uygulamalarının etkinliğine dair çalışmalar yapılmıştır. Bilinçli farkındalık temelli tedavilerin somatik semptom bozukluğu üzerinde uygulanmasına dair ülkemizde pek çalışma bulunmamakta ve son birkaç yıldır bu alana ilginin arttığı görülmektedir. Uluslar arası alanda 2000' li yıllara kadar bu alanda çalışmalar bulunmamaktadır. Fibromiyalji, irritabl barsak sendromu, kronik yorgunluk sendromu, stres, anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışmalar sonucunda anlamlı iyileşmeler görülmüştür. Bu sonucunda temeli, bilinçli farkındalık terapilerinin, bilişsel davranışçı terapidaki maruz bırakma tekniğiyle ortak paydalarının olduğu görüşüne oturtulmaktadır (Kabat-Zinn 2003).

Maruza bırakma yönteminin içsel olarak gerçekleşmesi ve var olan kaygının bedensel belirtilerinin kontrollü şekilde dışa vurulması ve oluşan bedensel hislerin farkedilmesinin iyileştirici etkisinden bahsedilmektedir. Farkedip odaklanılan içsel uyarıcıların yarattığı sıkıntı azalmış olacaktır (Baer 2003). Bedensel belirti bozukluğu ve bir çok patolojinin kişinin psikolojik esnekliğinin

azalmasından kaynaklı olduğu ve farkındalık çalışmaları ile esnekliğin artırılabilirceği ve dolayısı ile iyileşmenin sağlanacağından bahsedilmiştir (Masuda ve Tully, 2012). Ülkemizde somatik semptom bozukluğu ve bilinçli farkındalık temelli çalışmalar olmadığı görölmüştür.

3. BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, evren, örneklem, araştırmada kullanılan veri toplama araçları, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları ile verilerin analizinde kullanılan istatistik yöntemlerine yer verilmiştir.

3.1 Araştırma Modeli

Bruksizmi bireylerde aleksitimi ve bilinçli farkındalık arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmada ilişkiisel tarama modeli kullanılmıştır. İlişkiisel tarama modeli, iki ve daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığı ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelleridir (Karasar, 2012).

3.2 Evren ve Örneklem

Araştırma evreni İstanbul ili Beşiktaş İlçesinde özel bir ağız ve diş sağlığı merkezine başvurmuş hastalardır. Araştırmanın örnekleme, değişik demografik özelliklere sahip 18 ve 72 yaş arası 63 kadın ve 28 erkek olmak üzere, 51 bruksizm problemi olan, 40 bruksizm problemi olmayan toplam 91 kişiden oluşmaktadır. Yapılan anketlere katılım, gönüllülük esasına dayanmaktadır. Gelişigüzel örneklem seçim tekniği kullanılmıştır. Örneklemle ilgili homojen dağılım incelenmiştir. Tablo 1 de katılımcıların homojen dağılımını test etmek için Kruskal Wallis ve Mann-Whitney testi yapılmıştır.

Tablo 1.*Katılımcıların homojen dağılımının incelenmesi*

Homojen dağılım			
Yaş	n	Median(min-max)	p-değeri
Eğitim düzeyi			0,535
İlkokul	5	46(33-48)	
Ortaokul	7	40(23-45)	
Lise	14	38(18-72)	
Üniversite	43	40(18-71)	
Yükseköğrenim	18	40(23-55)	
Cinsiyet			0,228
Kadın	63	37(18-72)	
Erkek	24	43(18-68)	

Elde edilen p-değerleri>0,05 olduğundan dolayı yaş eğitim düzeyi grupları ve kadın/erkek arasında homojen dağılmıştır.

Tablo 2' de örnekleme dair tanımlayıcı istatistiksel bilgiler verilmiştir.

Tablo 2.*Örnekleme ait tanımlayıcı istatistik bulgular*

Faktör	Değişken	Sayı (n=91)	Yüzde (%)
Yaş	18-24	13	14,3
	25-34	22	24,2
	35-44	23	25,3
	45-54	18	19,8
	55 yaş üstü	11	12,1
Cinsiyet	Kadın	63	69,2
	Erkek	28	30,8
Medeni Durum	Evli	61	67,0
	Bekâr	21	23,1
	Boşanmış	6	6,6
	Dul	2	2,2
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Çocuğu yok	38	41,8
	Çocuğu var	53	58,2
Çocuk dışında bakmakla yükümlü olunan kişi sayısı	Yükümlülük yok	63	69,2
	Yükümlülük var	6	6,6
Eğitim Düzeyi	İlkokul	5	5,5
	Ortaokul	7	7,7
	Lise	14	15,4
	Üniversite	47	51,6
	Yüksek Lisans/Doktora	18	19,8
Çalışma Durumu	Çalışan	66	72,5
	Çalışmayan	25	27,5
Aylık Gelir Düzeyi	Düşük	7	7,7
	Orta	61	67,0
	Yüksek	18	19,8
Yaşanılan İl	İstanbul	91	100

Tablo 2 de görüldüğü üzere örneklemin %14,3'ünü 18-24yaş arası, %24,2'sini 25-34 arası, %25,3'ünü 35-44 arası, %19,8'ini 45-54 arası ve %12,1'ini 55 ve üstü yaş grubundaki %69,2 kadın, %30,8 erkek katılımcılar oluşturmaktadır. Katılımcıların %61'i evli, %21'i bekar, %6'sı boşanmış, %2'si dul olup %41,8'i çocuk sahibidir. Katılımcılara, “çocukları dışında evde bakmakla yükümlü olduğu” birinin olup olmadığı sorulmuştur. Katılımcıların yalnızca %6,6'sı evde çocukları dışında başka birine bakmakla yükümlü olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %5,5'i ilköğretim, %7,7'si ortaokul, %15,4'ü lise, %51,6'sı üniversites, %19,8'i yüksekisans/doktora mezunu olup % 72,5'i çalışmaktadır. Gelir seviyeleri açısından incelendiğinde ise katılımcıların %7,7'si düşük, %67'si orta,%19,8'i yüksek gelirliolduğunu belirtmiştir.Gelir durumu kişilerin maaşları sorularak değil, algıladıkları refah seviyeleri sorgulanarak; düşük, orta ve yüksek gelirden kişiler olarak kategorize edilmiştir.

Tablo 3.

Katılımcıların psikolojik rahatsızlık ve psikolojik rahatsızlıkla ilişkili olabilecek fiziksel rahatsızlık öykülerine göre dağılımı

Faktör	Değişken	Sayı (n=91)	Yüzde (%)
Bruksizm	Bruksizm var	51	56,0
	Bruksizm yok	40	44,0
Diş Sıkma Şikayeti	Diş sıkma şikayeti var	46	50,5
	Diş sıkma şikayeti yok	44	48,4
Psikolojik Rahatsızlık Sahipliği	Psikolojik Rahatsızlığı Yok	86	94,5
	Psikolojik Rahatsızlığı Var	5	5,5
İlaç Kullanma Durumu	İlaç Kullanan	25	27,5
	İlaç Kullanmayan	66	72,5
Kronik Rahatsızlık Durumu	Kronik Rahatsızlık Yok	80	87,9
	Kronik Rahatsızlık Var	11	12,1

Yapılan klinik muayene sonucu, katılımcıların %56'sına Bruksizm teşhisi konmuştur. Diş sıktığını beyan eden %50,5'lik katılımcı yüzdesiyle kıyaslandığında, örneklemin %5,5'inin bruksizm problemi yaşadığının farkında değildir. Tablo 3 de görüldüğü gibi katılımcıların %12,1'inin genel sağlık durumuna bağlı olarak kronik bir rahatsızlığı bulunmakta ve genel sağlık durumuna ilişkin %27,5'i ilaç kullanmaktadır. Katılımcılardan % 5,5'i psikolojik bir rahatsızlığı olduğunu belirtmiştir.

3.3 Veri Toplama Araçları

Araştırmada katılımcılar anketlere başlamadan önce sözlü olarak bilgilendirilmiştir. Yazılı olarak da Katılımcı Bilgilendirme Formu (EK1) ile bilgilendirilmiş, Aydınlatılmış Onam Formu (EK2) ile de onayları alınmıştır. Araştırmacı tarafından geliştirilen Demografik Bilgi Formu (EK3) ile birlikte Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış iki adet ölçek daha kullanılmıştır. Kullanılan ölçekler Toronto Aleksitimi Ölçeği (EK4), Bilinçli Farkındalık Ölçeğidir (EK5). Araştırmada Kişisel Bilgi Formu ve diğer anketler doldurulmadan önce Aydınlatılmış Onam Formu onaylatılmıştır.

3.3.1 Kişisel Bilgi Formu

Araştırmaya katılan gönüllü katılımcıların demografik özelliklerine ve araştırmayı etkileyecek bilgilere de ulaştıracak şekilde Demografik Bilgi Formu geliştirilmiştir. Bu formda katılımcının cinsiyet, eğitim, yaş, medeni durum, çalışma durumu, gelir seviyesi, çocuk sahibi olup olmaması çocuk dışında evde bakmakla yükümlü olduğu kişilerin olup olmaması, kronik bir hastalığının olup olmaması, ilaç kullanımı olup olmaması, psikolojik bir rahatsızlığının olup olmaması, dişlerini sıkıp sıkmadığının farkındalığı, daha önce bruksizm teşhisi alıp almadığı sorgulanmıştır.

3.3.2. Toronto Aleksitimi Ölçeği(TAÖ-20)

Bagby ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan 20 soruluk Toronto Aleksimi Ölçeği (TAÖ)'nin Türkçe uyarlaması, Hüseyin Güleç , Samet Köse , Medine Y.

Güleç , Serhat Çitak, Cüneyt Evren, Jeffrey Borckardt , Kemal Sayar tarafından yapılmıştır. Ölçeğin ve alt ölçeklerinin iç tutarlık katsayısı toplam ölçek için $\alpha=0.78$, 1. faktör için $\alpha=0.80$, 2. faktör için $\alpha=0.57$ ve 3. faktör için $\alpha=0.63$ şeklindedir. Faktörler arası korelasyonunu anlamlı ve yeterli görülmüştür. 5' li likert tipi ve kişilerin kendi beyanlarına dayanan bir ölçektir. Ölçekte genel toplam puan, Duygularını Tanımada Güçlük (DTG), Duyguları Söze Dökmede Güçlük (DSDG) ve Dışa-Vuruk Düşünme (DVD) alt boyutları incelenmiştir. TAÖ ölçeği üç alt ölçeğe sahip olduğu için alt ölçekleri de değerlendirilmiştir. 20 maddeden oluşan bu ölçekte 4. 5. 10. 18. ve 19. maddeler ters biçimde puanlanmıştır.

- Duygularını Tanımada Güçlük Alt Ölçeği, yedi maddeden oluşmaktadır(1, 3, 6, 7, 9, 13, 14).
- Duyguları Söze Dökmede Güçlük Alt Ölçeği, beş maddeden oluşmaktadır(2, 4, 11, 12 ve 17).
- Dışa Vuruk Düşünme Alt Ölçeği, sekiz maddeden oluşmaktadır(5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20).

Bireylerden her madde için; “Hiçbir zaman(1), Nadiren(2), Bazen(3), Sık sık(4), Her zaman(5)” seçeneklerinden en uygununu işaretlemesi istenmiştir. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi göstermektedir. Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı .78 olarak hesaplanmıştır.

3.3.3. Bilinçli Farkındalık Ölçeği(BİFÖ)

Bu araştırmada bruksizimli bireylerin farkındalık seviyeleri ölçmek için Bilinçli Farkındalık Ölçeği uygulanmıştır. Brown ve Ryan' ın 2003 de geliştirdiği Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), şuanda olana dikkat verme ve fark etme yeteneğini ortaya çıkartmaktadır. Bilinçli farkındalığın tek faktörden oluştuğu belirtilerek, toplamda 15 madde içeren ölçeğe tek bir toplam puan verilmiştir. Ölçekteki maddelerden bazıları “Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim.”, “Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım.” şeklindedir ve maddelere cevap olarak “Hemen hemen her zaman”(1), “Çoğu zaman”(2), “Bazen”(3), “Nadiren”(4), “Oldukça seyrek”(6), “Hemen hemen hiçbir zaman”

seçeneklerini barındıran altılı likert tipi bir ölçektir. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ölçeğin tek faktörlü yapısı gösterilmiştir (Brown ve Ryan, 2003). Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .82' dir. Yüksek puanlar yüksek bilinçli farkındalık seviyesini gösterirken düşük puanlar düşük bilinçli farkındalık seviyesini göstermektedir. Alt ölçeği yoktur ve kişilerin beyanına dayanan bir ölçektir .

Ölçeğin orijinalinin Türkçe' ye uyarlaması 2011' de Zümra Atalay, Coşkun Arslan, Şahin Kesici ve Engin Deniz tarafından yapılmıştır. Hem Türkçe hem İngilizce formlarının kullanılarak yapılan araştırmanın toplam puan korelasyonunda pozitif anlamlı sonuçlar bulunmuştur ($r = ,95$, $p < ,001$; $r = ,96$, $p < ,001$). Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı .80 olarak hesaplanmıştır.

3.4 Verilerin Toplanması

Araştırmada kullanılan ölçeklerin kullanım izinleri alındıktan sonra yaklaşık bir aylık bir süreçte katılımcılarla yüz yüze görüşme yapılarak anketler verilmiş ve veriler toplanmıştır. Demografik Bilgi Formunda herhangi bir ilaç kullanımına dair sorulan soru sonucunda, bruksizm ile ilişkisinden dolayı psikolojik problemlerden dolayı ilaç kullananlar araştırmaya dahil edilmemiştir. Verilerin toplanmasında ilk olarak Ardından Katılımcı Bilgilendirme Formu ve Aydınlatılmış Onam Formu verilerek yazılı onayları alındıktan sonra, araştırmacı tarafından geliştirilen Demografik Bilgi Formu verilmiştir. Daha sonra sırayla Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Bilinçli Farkındalık ölçeği verilmiştir. Her bir kişiden verilerin toplanması, yaklaşık olarak 15 dakika sürmüştür. Katılımcılardan toplanan veriler etik ilkeler ve gizlilik kuralları kapsamında 5 yıl süre ile kilitli bir dolapta korunacaktır.

3.5 Verilerin Analizi

Veri analizi öncesinde katılımcıların ölçek anketlerine verdikleri cevaplar gözden geçirilmiş ve anketteki sorulardan en az bir tanesine cevap vermeyenler ya da birden fazla cevap verenler araştırmaya dahil edilmemiştir. Değerlendirme kriterlerini sağlayan 91 katılımcının verileri analizde kullanılmıştır.

Araştırmada toplanan veriler SPSS 22 programı kullanılarak değişkenlerin korelasyonları incelenerek analiz edilmiştir.

Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin üç alt ölçekleri Duygularını Tanımada Güçlük Alt Ölçeği, Duyguları Söze Dökmede Güçlük Alt Ölçeği, Dışa Vuruk Düşünme Alt Ölçeği olmak üzere üç başlıkta incelenmiştir. Ayrıca TAÖ ölçeği 20 maddesi de dahil edilerek genel haliyle ölçümlenmiştir ve alt ölçeği olmayan BİFÖ, 15 maddesi dahil edilerek ölçümlenmiştir.

TAÖ-20 ve BİFÖ ölçek değerlerinin parametrik veya parametrik olmadığını ölçümlemek için normallik testi yapılmıştır. Normallik testi ile Shapiro-Wilk sonuçlarına bakılmıştır. Shapiro-Wilk" testinin "P" değerleri 0.05' den büyük olduğu durumlar için H_0 hipotezi kabul edilir.

H_0 : % 95 güvenle veriler normal dağılımlıdır.

H_1 :%95 güvenle veriler normal dağılımlı değildir.

Araştırmanın örnekleminin öncelikle tanımlayıcı istatistiklerine bakılmış ve değişkenlere normal dağılım testi uygulanmıştır. Normal dağılan değişkenler için parametrik, normal dağılmayan değişkenler için ise non-parametrik testler kullanılmıştır. İkili kategoriye sahip değişkenlerin normal dağılan ölçeklerle ilişkisi için Bağımsız Örneklem T Testi; normal dağılmayan ölçeklerle ilişkisi için Mann Whitney U Testi yapılmıştır. Üç ve daha fazla kategorisi olan değişkenlerle normal dağılım gösteren değişkenlerin ilişkisi incelenirken Anova; normal dağılım göstermeyen değişkenlerle ilişkisini incelemek için Kruskal Wallis Testi yapılmıştır. Kategorik değişkenlerin birbiri arasındaki ilişkisini görmek için ise Pearson Ki Kare Testi yapılmıştır.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, psikolojik rahatsızlık ve psikolojik rahatsızlıkla ilişkili olabilecek fiziksel rahatsızlık öykülerine göre dağılımına ilişkin frekans tablosu oluşturulmuştur.

Kategorik değişkenlerin normal dağılımları beklenmediği için, sürekli değişkenlerin normallik testleri yapılmıştır.

Araştırmada yalnızca yaş değişkeni ve TAÖ, TAÖ alt ölçekleri ve BİFÖ ölçekleri sürekli değişkendir. Değişkenlere Shapiro-Wilk Normallik Testleri uygulanmıştır. Shapiro-Wilk Normallik testi sonucunda yaş değişkeninin normal dağılmadığı görülmüştür. Belirtilen 5 ölçeğin normallik testleri incelendiğinde ise TAÖ-20, Dışa Vuruk Düşünce Alt Ölçeği ve BİFÖ ölçeklerinin normal dağıldığı görülmüştür. Bu sebepten Dışa Vuruk Düşünce Alt Ölçeği, TAÖ-20, BİFÖ değişkenleri için parametrik test uygulanırken yaş değişkeni, Duyguları Tanıma Güçlüğü Alt Ölçeği ve Duyguları Söze Dökme Güçlüğü Alt ölçeklerine parametrik olmayan testler uygulanmıştır. Normal dağılmayan Duyguları Tanıma Güçlüğü Ölçeği ve Duyguları Söze Dökme Güçlüğü ölçeklerinin iki kategorili değişkenlere göre anlamlı farklılığı Mann-Whitney U Testi ile; üç ve daha fazla değişkenlere göre anlamlı farklılığı Kruskal Wallis incelenmiştir. Normal dağılan Dışa Vuruk Düşünce ve BİFÖ ölçeklerinin iki kategorili değişkenlere göre anlamlı farklılığı T Testi ile; üç ve daha fazla kategorili değişkenlere göre anlamlı farklılığı Anova Testi ile incelenmiştir.

İki kategorili değişkenler; cinsiyet, medeni durum (evli ve bekar olarak iki katogoriye düşürülmüş ve medenidurum1 olarak isimlendirilmiştir), çocuk sahibi olma durumu, çocukları haricinde bakmakla yükümlü olduğu kişi varlığı , çalışma durumu, kronik rahatsızlık durumu, ilaç kullanım durumu, psikolojik rahatsızlık durumu, diş sıkma şikayeti durumu, brukszim durumudur.

Üç veya daha fazla katogorili değişkenler; eğitim düzeyi ve gelir düzeyidir.

4.BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde araştırma verilerinin istatistiksel analizleri sonucunda elde edilen bulgulara ve bulgularla ilişkili açıklamalara yer verilmiştir.

4.1 Tanımlayıcı İstatistik Bulgular

Tablo 4.

TAÖ, TAÖ alt ölçekleri ve BİFÖ ölçeği puanları

	n	\bar{x}	Medyan	Mod	Ss
Duygu tanımada güçlük	91	15	14	12	5
Duygu söze dökme güçlük	91	13	13	12	3
Dışar vuruk düşünme	91	24	24	22	3
TAÖ	91	52	51	51	9
BİFÖ	91	59	60	64	14

Tablo 4 de katılımcıların Duyguları Tanıma Güçlüğü Alt Ölçeğinden $\bar{x}=15\pm5$ puan aldığı, Duyguları Söze Dökme Güçlüğü Alt Ölçeğinden $\bar{x}=13\pm3$ puan aldığı, Dışa Vuruk Düşünce Alt Ölçeğinden $\bar{x}=24\pm3$ puan aldığı, Toronto Aleksitimi Ölçeğinden $\bar{x}=52\pm9$ puan aldığı, Bilinçli Farkındalık Ölçeğinden $\bar{x}=59\pm14$ puan aldığı görülmüştür.

4.2 Demografik Özelliklere İlişkin İstatistiksel Analiz Bulguları

Tablo 5.

Örneklemdaki kişilerin yaş ortalaması

	N	En az	En çok	Ortalama	ss
Yaş	87	18,00	72,00	39,2184	13,09041

Tablo 5' de görüldüğü gibi, 87 kişi yaşını belirtmiştir. 87 kişinin yaş ortalaması 39,2 dir. Çalışmaya katılan en yaşlı kişi 72, en genci ise 18 yaşındadır.

Tablo 6' da sürekli değişkenlerin normallik dağılımını incelemek Shapiro-Wilk Testi sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 6.

Sürekli değişkenlerin normallik testleri

	Shapiro-Wilk		
	İstatistik	df	P
Yaş	,959	87	0,007
Duygu tanımada güçlük	,947	91	0,001
Duygusözedökmegüçlük	,948	91	0,001
Dışavurukdüşünme	,987	91	0,532
TAÖ	,973	91	0,058
BİFÖ	,983	91	0,288

Tablo 6 incelendiğinde yaş değişkeninin normal dağılmadığı görülmektedir $p=0,007$ ' dir($p<0,05$).

Belirtilen beş ölçeğin normallik testleri incelendiğinde ise Dışa Vuruk Düşünme Alt Ölçeği, TAÖ-20 ve BİFO ölçeklerinin ($p>0,05$) normal dağıldığı görülmektedir.

Bu sebepten dışı vuruk düşünme, TAÖ-20, BİFÖ değişkenleri için parametrik test uygulanırken yaş değişkeni, duygu tanımada güçlük ve duygu söze dökmede güçlük değişkenlerine parametrik olmayan testler uygulanmıştır.

Tablo 7 de normal dağılmayan duygu tanımada güçlük ve duygu söze dökmede güçlüğü'nün cinsiyete göre anlamlı farklılığının incelenmesi için yapılan Mann-Whitney U Testi sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 7.

Duygu tanımada güçlük ve duygu söze dökmede güçlüğü'nün cinsiyete göre anlamlı farklılığının incelenmesi

	Mann-Whitney U	Z	P
Duygu tanımada güçlük	639,500	-2,090	,037
Duygu söze dökme güçlük	755,500	-1,094	,274

Tablo 7 incelendiğinde yalnızca Duyguları Tanımada Güçlük Alt Ölçeğinin cinsiyet paydaşları arasında anlamlı farklılık oluşturduğu görülmektedir; p: 0,037 ($p < 0,05$).

Tablo 8.

Cinsiyete göre duygu tanımada güçlüğü'nün incelenmesi

	N	\bar{x}	Ss
Kadın	63	15,7	5,8
Erkek	28	12,7	3,8

Kadınların mı yoksa erkeklerin mi duyguları tanımada daha güçlük çektiği incelendiğinde ise Tablo 8 de görüldüğü gibi kadınların duygularını tanımada daha fazla güçlük çektiği görülmektedir (duygu tanımada güçlüğü'nün, kadın ortalama değeri: 15,7)

Tablo 9 da normal dağılan dışa vuruk düşünme, TAÖ-20 ve BİFÖ ölçeklerinin cinsiyete göre anlamlı farklılıklarının incelenmesi için T- Testi yapılmıştır.

Tablo 9.

Dışa vuruk düşünme, TAÖ-20 ve BİFO'nün cinsiyete göre anlamlı farklılığının incelenmesi

	Cinsiyet	n	\bar{x}	ss	t	P
Dışa vuruk düşünme	Kadın	63	23,65	3,33	-2,592	0,011
	Erkek	28	25,61	3,30		
TAÖ-20	Kadın	63	52,87	9,95	0,988	0,326
	Erkek	28	50,82	6,97		
BİFÖ	Kadın	63	57,73	14,64	-1,645	0,104
	Erkek	28	62,93	12,09		

Tablo 9 incelendiğinde yalnızca dışa vuruk düşünmenin cinsiyet paydaşları arasında anlamlı farklılık oluşturduğu görülmektedir; p: 0,011 ($p < 0,05$). Erkeklerin kadınlara kıyasla dışa vuruk düşünme puanının anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 10 da normal dağılmayan duygu tanıma güçlüğü ve duygu söze dökme güçlüğü'nün medeni duruma göre anlamlı farklılığının incelenmesi için kullanılan Mann-Whitney U Testi sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 10.

Duygu tanıma güçlüğü ve duygu söze dökme güçlüğü'nün medeni duruma göre anlamlı farklılığının incelenmesi

	Mann-Whitney U	Z	p
Duygu tanımada güçlük	716,000	-1,459	,145
Duygu söze dökme güçlük	868,500	-,139	,890

Duygu tanıma gücülüğü ve duygu söze dökme gücülüğü ölçeklerinin medeni duruma göre ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığı gözlemlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 11 de normal dağılılan dışa vuruk düşünme ölçeği, TAÖ-20 ve BİFÖ'nün medeni duruma göre anlamlı farklılığının incelenmesi için kullanılan T Testi sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 11.

Dışa vuruk düşünme, TAÖ-20 ve BİFÖ' nün medeni duruma göre anlamlı farklılığının incelenmesi

		Medeni Durum1	n	\bar{x}	ss	t	p
Dışa vuruk düşünme	Evli		61	24,44	3,31	,701	0,485
	Bekar(Dul, Boşanmış Dahil)		29	23,90	3,75		
TAÖ-20	Evli		61	52,87	9,95	-0,592	0,555
	Bekar(Dul, Boşanmış Dahil)		29	50,82	6,97		
BİFÖ	Evli		61	57,73	14,64	0,344	0,732
	Bekar(Dul, Boşanmış Dahil)		29	62,93	12,09		

Data-setindeki boşanmış (%6,6) ve dul (%2,2) oranları düşük olduğu için, boşanmış ve dul bireylerin yüzdesi bekar paydaşı altında toplanmıştır ve "medenidurum" değişkeni "medenidurum1" olarak değiştirilmiştir. Medenidurum1 değişkeninde %67 oranında evli, %33 oranında bekar mevcuttur. Tablo 11 incelendiğinde dışa vuruk düşünme ölçeği, TAÖ-20 ve BİFÖ ölçeklerinin medeni durumla anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 12 de normal dağılmayan duygu tanıma gücülüğü ölçeği ve duyguları söze dökme gücülüğünün yaş aralıklarına göre anlamlı farklılığının incelenmesinde kullanılan Kruskal Wallis Testi sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 12.

Duygu tanımada güçlük ve duygu söze dökmede güçlük değişkenlerinin yaş aralıklarına göre anlamlı farklılığının incelenmesi

	Ki-Kare	Df	p
Duygu tanıma güçlük	3,669	4	,453
Duygu söze dökme güçlük	,408	4	,982

İkiden fazla gruba sahip “yaş aralıkları” değişkeninin normal dağılmayan duyguları tanıma güçlüğü ve duyguları söze dökme güçlüğü ölçek puanlarıyla kıyaslanması için Kruskal Wallis non-parametrik testi kullanılmıştır. Tablo 11’deki p değerleri incelendiğinde ölçek puanlarının ortalamalarının yaş aralıklarına göre değişmediği görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 13 de normal dağılan dışa vuruk düşünme, TAÖ-20 ve BİFÖ alt ölçeğinin ikiden fazla aralığa sahip olan “yaş aralıkları” (18-24, 25-34, 45-54, 55-74) değişkeninde ortalamaların farklılığını ölçmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Tablo 13.

Dışa vuruk düşünme, TAÖ-20 ve BİFÖ’nün yaş aralıklarına göre anlamlı farklılığının incelenmesi

		Kareler Toplamı	Df	Ortalama Kareler	F	p
Dışavuruk düşünme	Gruplar arasında	69,172	4	17,293	1,513	0,206
	Gruplar içinde	937,242	82	11,430		
TAÖ-20	Gruplar arasında	127,162	4	31,791	0,362	,0,835
	Gruplar içinde	7191,321	82	87,699		
BİFÖ	Gruplar arasında	554,847	4	138,712	0,686	0,604
	Gruplar içinde	16589,567	82	202,312		

P değerleri $>0,05$ olduğu için yaş aralıklarının Dışa Vuruk Düşünme Alt Ölçeği, TAÖ-20 ve BİFÖ arasında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı söylenir.

Tablo 14 de normal dağılmayan duygu tanımada güçlük ve duygu söze dökmede güçlük değişkeninin çocuk sahipliğine göre anlamlı farklılığının incelenmesi için yapılan Mann Whitney U Testi sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 14.

Duygu tanımada güçlük ve duygu söze dökmede güçlük değişkeninin çocuk sahipliğine göre anlamlı farklılığının incelenmesi

	Mann-Whitney U	Z	p
Duygu tanımada güçlük	940,000	-,541	0,589
Duygu söze dökme güçlük	961,000	-,372	0,710

Çocuk sahipliğinin, Duygu tanımada güçlük ve Duygu söze dökmede güçlük için anlamlı bir farklılık yaratmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 15 de normal dağılan dışa vuruk düşünme, TAÖ-20 ve BİFÖ' nün çocuk sahipliğine göre anlamlı farklılığının incelenmesinde kullanılan Bağımsız Örneklem T Testi sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 15.

Dışa vuruk düşünme, TAÖ-20 ve BİFÖ'nün çocuk sahipliğine göre anlamlı farklılığının incelenmesi

	Çocuk Sahibi Olma Durumu	n	\bar{x}	ss	t	p
Dışa vuruk düşünme	Çocuğu yok	38	24,05	3,89	-0,470	0,640
	Çocuğu var	53	24,40	3,08		
TAÖ-20	Çocuğu yok	38	52,40	9,62	0,134	0,893
	Çocuğu var	53	52,13	8,87		
BİFÖ	Çocuğu yok	38	57,63	13,43	-0,976	0,332
	Çocuğu var	53	60,55	14,47		

Çocuk sahipliğinin TAÖ-20, BİFÖ ve Dışa vuruk düşünme değişkeni ile herhangi bir şekilde farklılaşmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 16 da normal dağılmayan duygu tanıma güçlüğü ve duygu söze dökme güçlüğü değişkeninin çalışma durumuna göre anlamlı farklılığının incelenmesinde kullanılan Mann Whitney U Testi sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 16.

Duygu tanıma güçlüğü ve duygu söze dökme güçlüğü değişkeninin çalışma durumuna göre anlamlı farklılığının incelenmesi.

	Mann-Whitney U	Z	p
Duygu tanıma güçlük	752,500	-,646	,518
Duygu söze dökme güçlük	775,500	-,443	,658

Çalışanlar ve çalışmayanlar arasındaki ölçek puanlamaları incelendiğinde TAÖ'nün alt ölçekleri, TAÖ ve BİFÖ ölçeğinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 17 de normal dağılan dışa vuruk düşünme değişkeni, TAÖ-20 ve BİFÖ'nün çalışma durumuna göre anlamlı farklılığının incelenmesinde kullanılan Bağımsız Örneklem T Testi sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 17.

Dışa vuruk düşünme, TAÖ-20 ve BİFÖ'nün çalışma durumuna göre anlamlı farklılığının incelenmesi

	Çalışma Durumu	n	\bar{x}	ss	t	p
Dışa vuruk düşünme	Çalışan	25	24,40	4,12	0,251	0,802
	Çalışmayan	66	24,20	3,16		
TAÖ-20	Çalışan	25	52,88	8,48	0,408	0,684
	Çalışmayan	66	52,00	9,43		
BİFÖ	Çalışan	25	61,68	13,07	0,912	0,329
	Çalışmayan	66	58,44	14,40		

Çalışma durumunun TAÖ-20, BİFÖ ve Dışa vuruk düşünme değişkeni ile herhangi bir şekilde farklılaşmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 18 de normal dağılmayan duygu tanıma güçlüğü ve duygu söze dökme güçlüğü'nün gelir durumu göre anlamlı farklılığının incelenmesinde kullanılan Kruskal Wallis Testi sonuçları gösterilmiştir. İki'den fazla gruba sahip "gelir durumu" değişkeni: "düşük, orta ve yüksek" olarak üç paydaşta değerlendirilmiştir. Nümerik olarak değerlendirilmeyen gelir durumu, kişilerin kendilerinde algıladıkları ve nitelendirdikleri ekonomik seviyeyi baz almayı amaçlamıştır.

Tablo 18.

Duygu tanıma güçlüğü ve duygu söze dökme güçlüğü'nün gelir durumu göre anlamlı farklılığının incelenmesi

	Ki-Kare	Df	P
Duygu tanıma güçlük	8,667	2	0,013
Duygu söze dökme güçlük	0,887	3	0,642

Duyguları tanımada güçlüğü'nün gelir durumuna göre anlamlı farklılık yaşadığı belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Tablo 19 da gelir düzeylerinin duygu tanımda etkisi için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Daha sonra ikili karşılaştırmalar için Dunn-Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır.

Tablo 19.

Duygu tanıma güçlüğü'nün gelir düzeylere göre anlamlı farklılığının incelenmesi

Duygu tanıma			
Gelir düzeyi	n	Median(min-max)	p-değeri
Düşük	7	16(11-19)	0,013
Orta	61	15(7-29)	
Yüksek	18	11,5(7-19)	

Kruskal Wallis testi sonucunda $p < 0,05$ ve duygu tanımda güçlük çekmek gelir düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ve en yüksek duygu tanımda güçlük çeken grup düşük gelir düzeyine sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 20 de ikili karşılaştırmalar için post testleri yapılmıştır.

Tablo 20.*Gelir gruplarının duygu tanımada güçlük ile ikili kıyaslanması*

Gelir düzeyi	Fark	p-değeri
Yüksek-Orta	18,562	0,016
Yüksek-Düşük	23,897	0,094
Orta-Düşük	5,335	1,000

Post hoc testi sonucunda Yüksek ve Orta gelir düzeyi arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$) ve yüksek gelir düzeyine sahip hastalarda ortagalir düzeyine sahip hastalara göre daha yüksek duygu tanıma elde edilmiştir.

Tablo 21 de normal dağılan dışa vuruk düşünme, TAÖ-20, BİFÖ'nün gelir durumuna göre anlamlı farklılığının incelenmesinde kullanılan Anova Testi sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 21.*Dışa vuruk düşünme, TAÖ-20 ve BİFÖ' nün gelir durumuna göre anlamlı farklılığının incelenmesi*

		Kareler Toplamı	Df	Ortalama Kareler	F	p
Dışavuruk düşünme	Gruplar arasında	3,632	2	1,816	0,146	0,865
	Gruplar içinde	1033,589	83	12,453		
TAÖ-20	Gruplar arasında	347,311	2	173,655	2,038	0,137
	Gruplar içinde	7072,224	83	85,208		
BİFÖ	Gruplar arasında	347,927	2	173,963	0,853	0,430
	Gruplar içinde	16925,469	83	203,921		

P değerleri $> 0,05$ olduğu için gelir durumunun Dışa Vuruk Düşünme Alt Ölçeği, TAÖ-20 ve BİFÖ arasında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır.

Tablo 22 de normal dağılmayan duygu tanıma güçlüğü ve duygu söze dökme güçlüğü'nün eğitim seviyesine göre anlamlı farklılığının incelenmesinde kullanılan Kruskal Wallis Testi sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 22.

Duygu tanıma güçlüğü ve duygu söze dökme güçlüğü'nün eğitim seviyesine göre anlamlı farklılığının incelenmesi

	Ki-Kare	Df	p
Duygu tanımada güçlük	14,383	4	0,006
Duygu söze dökmede güçlük	9,466	4	0,050

TAÖ'nün alt ölçeği Duyguları Tanımda Güçlük Ölçeği eğitim durumuna göre istatistiki olarak anlamlı farklılık gösterir ($0,006 < 0,05$).

Tablo 23 de eğitim gruplarının duygu tanımda etkisi için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Daha sonra ikili karşılaştırmalar için Dunn-Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır.

Tablo 23.

Duygu tanıma güçlüğü'nün eğitim seviyesine göre anlamlı farklılığının incelenmesi

Duygu tanıma			
Eğitim düzeyi	n	Median(min-max)	p-değeri
İlkokul	5	19(14-25)	0,006
Ortaokul	7	18(8-29)	
Lise	14	16,5(10-27)	
Üniversite	47	12(7-26)	
Yükseköğrenim	18	14(7-26)	

Kruskal Wallis testi sonucunda $p < 0,05$ ve duygu tanımada güçlük çekmek eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ve en yüksek duygu tanımada güçlük çeken grup ilkökul eğitim düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca ikili karşılaştırmalar için post hoc testleri yapılmıştır ve aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 24.

Duygu tanıma güçlüğü'nün eğitim seviyesi ikili karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Fark	p-değeri
İlkokul-Ortaokul	12,443	0,006
İlkokul-Lise	9,764	1,000
İlkokul-Üniversite	32,343	0,091
İlkokul-Yükseköğrenim	25,967	0,512
Ortaokul-Lise	-2,679	1,000
Ortaokul-Üniversite	19,900	0,623
Ortaokul-Yükseköğrenim	13,524	1,000
Lise- Üniversite	22,578	0,049
Lise-Yükseköğrenim	16,202	0,844
Üniversite- Yükseköğrenim	-6,376	1,000

Post hoc testi sonucunda lise ve üniversite eğitim düzeyi arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$) ve üniversite eğitim düzeyine sahip hastalarda lise eğitim düzeyine sahip hastalara göre daha yüksek duygu tanıma elde edilmiştir.

Tablo 25 de normal dağılım dışı vuruk düşünme, TAÖ-20, BİFÖ'nün ikiden fazla aralığa sahip eğitim seviyesi değişkeninin ortalamasına göre farklılığını ölçmek için kullanılan Anova Testi sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 25.

Dışa vuruk düşünme, TAÖ-20 ve BİFÖ'nün eğitim seviyesine göre anlamlı farklılığının incelenmesi

		Kareler Toplamı	Df	Ortalama Kareler	F	P
Dışa vuruk düşünme	Gruplar arasında	86,338	4	21,584	1,912	0,116
	Gruplar içinde	970,849	86	11,289		
TAÖ-20	Gruplar arasında	885,873	4	221,468	2,868	0,028
	Gruplar içinde	6640,808	86	77,219		
BİFÖ	Gruplar arasında	390,205	4	97,551	0,483	0,748
	Gruplar içinde	17369,905	86	201,976		

TAÖ-20 değişkeninin p:0,028 değeri gruplar arasındaki ilişkiyi sorgulamaya sebep olmuştur ancak, gruplar arasındaki farklılık ikili tüm kombinasyonlarla değerlendirildiğinde, test sonuçlarında belirgin bir farklılık saptanmamıştır. Dolayısıyla TAÖ-20 değişkeninin ortalama skorlarının eğitim seviyeleri açısından belirgin bir farklılığa sahip olduğu söylenmemiştir.

Tablo 26 da normal dağılmayan duygu tanıma güçlüğü ve duygu söze dökme güçlüğü' nün kronik rahatsızlık, ilaç kullanımı, diş sıkma ve brüksizm ile ilişkisinin incelenmesinde kullanılan Mann Whitney U testi sonuçları gösterilmiştir. Psikolojik rahatsızlığa sahip bireylerin bazı yetersiz olduğu için kıyaslamaya tabi tutulmamıştır.

Tablo 26.

Duygu tanımada güçlük ve duygu söze dökmede güçlüğü bruksizm, diş sıkma, kronik rahatsızlık, ilaç kullanımı ile ilişkisinin testi

Değişken	Kategori	Mann-Whitney U	Z	P
Duygu tanımada güçlük	Bruksizm	821,000	-1,595	0,111
Duygu söze dökmede güçlük	Bruksizm	741,000	-2,243	0,025
Duygu tanımada güçlük	Diş Sıkma Şikayeti	797,500	-1,736	0,083
Duygu söze dökmede güçlük	Diş Sıkma Şikayeti	674,000	-2,744	0,006
Duygu tanımada güçlük	İlaç kullanımı	780,500	-,397	0,692
Duygu söze dökmede güçlük	İlaç kullanımı	791,500	-,300	0,765
Duygu tanımada güçlük	Kronik Rahatsızlık	430,000	-,122	0,903
Duygu söze dökmede güçlük	Kronik Rahatsızlık	329,500	-1,353	0,176

Diş sıkma şikayeti olan kişilerin anlamlı bir farklılıkla duygularını söze dökmede güçlük çektiği görülmektedir ($p<0,05$).

Bruksizm teşhisi konan hastaların anlamlı bir farklılıkla duygularını söze dökmede güçlük çektiği görülmektedir ($p<0,05$).

Kronik rahatsızlık sahipliğinin ve ilaç kullanımının duyguları tanıma güçlüğü ve Duyguları söze dökme güçlüğü alt ölçekleri için anlamlı bir farklılığı yoktur.

Tablo 27 de normal dağılan dışa vuruk düşünme, TAÖ-20 ve BİFÖ'nün kronik rahatsızlık, ilaç kullanımı, diş sıkma ve bruksizm ile ilişkisinin incelenmesi için yapılan Bağımsız Örneklem T Testi sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 27.

Dışa vuruk düşünme, TAÖ-20 ve BİFÖ'nün bruksizm, diş sıkma, kronik rahatsızlık, ilaç kullanımı ile ilişkisinin testi

	Kategori	n	\bar{x}	ss	t	p
Dışa vuruk düşünme	Bruksizm Yok	40	24,90	3,97	1,609	0,111
	Bruksizm Var	51	23,74	2,86		
TAÖ-20	Bruksizm Yok	40	51,05	9,38	-1,102	0,273
	Bruksizm Var	51	53,18	8,93		
BİFÖ	Bruksizm Yok	40	63,90	12,85	2,856	0,005
	Bruksizm Var	51	55,74	12,02		
Dışa vuruk düşünme	Diş Sıkma Şikayeti Var	44	24,89	3,85	1,658	0,101
	Diş SıkmaŞikayeti Yok	46	23,70	2,92		
TAÖ-20	Diş Sıkma Şikayeti Var	44	50,81	9,02	-1,361	0,177
	Diş SıkmaŞikayeti Yok	46	53,43	9,21		
BİFÖ	Diş Sıkma Şikayeti Var	4	63,61	12,60	2,825	0,006
	Diş SıkmaŞikayeti Yok	46	55,56	14,33		
Dışa vuruk düşünme	Kronik Hastalık Yok	80	24,25	3,59	-0,21	0,984
	Kronik Hastalık Var	11	24,27	21,90		
TAÖ-20	Kronik Hastalık Var	80	59,21	14,38	-0,257	0,798
	Kronik Hastalık Yok	11	60,18	11,87		
BİFÖ	Kronik Hastalık Var	80	52,15	9,39	-0,213	0,831
	Kronik Hastalık Yok	11	52,91	7,46		
Dışa vuruk düşünme	İlaç Kullanmayan	66	24,21	3,62	-0,183	0,855
	İlaç Kullanan	25	24,36	2,90		
TAÖ-20	İlaç Kullanmayan	66	52,49	9,51	-0,410	0,683
	İlaç Kullanan	25	51,6	8,23		
BİFÖ	İlaç Kullanmayan	66	58,59	14,23	-0,814	0,418
	İlaç Kullanan	25	61,28	13,65		

Kronik rahatsızlığı olanların ve olmayanların ölçek değerleri arasında belirgin bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

İlaç kullanan ve ilaç kullanmayan kişilerin ölçek değerleri arasında belirgin bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Diş sıkmayan kişilerin diş sıkkan kişilere kıyasla bilinçli farkındalık düzeyleri anlamlı olarak daha yüksektir ($p:0,006$).

Bruksizm teşhisi konan kişilerde anlamlı bir farklılıkla bilinçli farkındalık seviyesi düşmektedir ($p:0,005$)

4.3 Bruksizm' e İlişkin İstatistiksel Analiz Bulguları

Tablo 28 de bruksizm ve diğer kategorik değişkenlerin ilişkisinin incelenmesi için yapılan Pearson Ki-Kare Testi sonuçları gösterilmiştir. Bruksizm varlığının iki ve daha fazla kategoriye ayrılan değişkenlerde nasıl farklılaştığı test edilmiştir. 0 ile artı sonsuz arasında değerler alan pearson ki-kare test istatistiği sonucuna göre SPSS programının belirlediği p değerleri tabloda verilmiştir.

Tablo 28.

Bruksizmin diğer değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi

Değişken	Değer	df	p
Yaş Aralığı	4,922	4	0,295
Cinsiyet	4,611	4	0,032
Medeni Durum	1,994	1	0,158
Çocuk Sahipliği	0,308	1	0,579
Eğitim Düzeyi	11,547	4	0,021
Çalışma Durumu	0,000	1	0,996
Aylık Gelir Düzeyi	1,507	2	0,471
Kronik Rahatsızlık	0,011	1	0,915
İlaç Kullanımı	0,219	1	0,640
Diş Sıkma	75,273	1	0,000

Cinsiyete göre bruksizm varlığı incelendiğinde; $p=0,032$ değeri ile H_0 hipotezi reddedilmiştir ve bruksizm ile cinsiyet farklılığı arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Eğitim seviyesi ile bruksizm arasında istatistiki anlamlı farklılık saptanmıştır ($p:0,021$). Fakat belirtilen eğitim seviyelerinin ikili ilişkileri incelendiğinde; ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarının örneklem sayısı yetersiz (ilkokul mezun sayısı:5, ortokul mezun sayısı:7, lise mezun sayısı:14) olduğundan hangi eğitim seviyesi durumunda bruksizmin daha çok görüleceği belirtilememiştir. Örneklem sayısının artırılması durumunda farklılık daha net ifade edilebilir.

Katılımcıların dişlerini sıktığı şikayeti skorlarıyla, hekimin bruksizm teşhisi koyması arasındaki beklenen doğru orantı pearson ki-kare testi ile de ispatlanmıştır ($p:0,000$). Dişlerini sıktıklarını düşünen kişilerde bruksizm sorunu vardır.

Veri setinde, “yükümlülük” değişkeni incelendiğinde, “ailede çocukları dışında bakmakla yükümlü olunan kişi sayısı (toplamda 5 kişi)”, “ailede çocukları dışında bakmakla yükümlü olmayan kişi sayısı (86 kişi)” kıyaslama yapılamayacak kadar az olduğu için, bruksizm sahipliği ile ilişkisi incelenmemiştir.

Diğer kategorik değişkenlerin bruksizm ile ilişkisi gözlemlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 28 de $p:0,000$ pearson ki-kare testi sonucunda ortaya çıkan diş sıkı ve diş sıkmayan kişilerin bruksizm ile anlamlı farklılığın hangi paydaştan kaynaklandığı Tablo 29’ da pearson ki-kare testinin çapraz tablolamasıyla incelenmiştir.

Tablo 29.*Diş sıkma şikayetinin bruksizm teşhisi ile ilişkisinin incelenmesi*

Cinsiyet	Gözlenen, Beklenen Değer	Bruksizm Yok	Bruksizm Var	Toplam
Diş Sıkma Şikayeti Yok	Gözlenen Değer	40	4	44
Diş Sıkma Şikayeti Yok	Beklenen Değer	19,6	24,4	44,0
Diş Sıkma Şikayeti Var	Gözlenen Değer	0	46	46
Diş Sıkma Şikayeti Var	Beklenen Değer	20,4	25,6	46,0
Toplam	Gözlenen Değer	40	50	90
Toplam	Beklenen Değer	40,0	50,0	90,0

Bruksizmi olan kişilerin beklenen ve gözlenen değerleri incelendiğinde; dişlerini sıkıldığını düşünen kişilerin gözlenen değer puanının(46) beklenen değer puanından(25,6) yüksek olduğu, dişlerini sıkmadığını düşünen kişilerin ise gözlenen değer puanının(4) beklenen değer puanından(24,4) düşük olduğu, dolayısıyla dişlerini sıkıldığını düşünen kişilerin bruksizm sahipliğinin anlamlı bir derecede daha yüksek olduğu ispatlanmıştır.

Tablo 29 da $p:0,032$ pearson ki-kare testi sonucunda ortaya çıkan cinsiyetlerde anlamlı farklılığın hangi cinsiyetten kaynaklandığı Tablo 30' da pearson ki-kare testinin çapraz tablolamasıyla incelenmiştir.

Tablo 30.*Bruksizm teşhisinin cinsiyet ile ilişkisinin incelenmesi*

Cinsiyet	Gözlenen, Beklenen Değer	Bruksizm Yok	Bruksizm Var	Toplam
Kadın	Gözlenen Değer	23	40	63
Kadın	Beklenen Değer	27,7	35,3	63,0
Erkek	Gözlenen Değer	17	11	28
Erkek	Beklenen Değer	12,3	15,7	28,0
Toplam	Gözlenen Değer	40	51	91
Toplam	Beklenen Değer	40,0	51,0	91,0

Bruksizmi olan kişilerin beklenen ve gözlenen değerleri incelendiğinde kadınların gözlenen değer puanının(40) beklenen değer puanlarından(35,3) yüksek olduğu, erkeklerin ise gözlenen değer puanının(11) beklenen değer puanından(15,7) düşük olduğu; dolayısıyla kadında erkeklere kıyasla bruksizm probleminin varlığı anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulgusu ispatlanmıştır.

5.BÖLÜM

TARTIŞMA

Yapılan bu araştırmada 18 yaş üstü bireylerde Aleksitimi ve Bilinçli Farkındalığın Bruksizm'i yordayıcı etkisi ve aralarındaki ilişki incelenmiştir. Aleksitimi kavramı farklı alt boyutları ile birlikte değerlendirilmiştir. Araştırmaya başlarken ki hipotezlere yönelik incelemeler yapılmıştır. Çalışmada farklı demografik özelliklerle, incelediğimiz aleksitimi ve bilinçli farkındalık kavramları da değerlendirilmiştir. Çalışmamız neticesinde ulaştığımız bulgular ve sonuçlar alanyazın kapsamında değerlendirilmiştir.

Araştırmada yapılan istatistiksel analiz sonucunda bruksizm problemi olan kişilerin kontrol grubuna göre, duyguları söze dökme güçlüğü skorlarının yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu sonucunda, kişilerin duygularını söze dökmede sorun yaşayıp duygularını bedensel belirti şeklinde açığa vurduğu yorumu yapılabilir. Bruksizm ve aleksitimi ilişkisi ile ilgili çalışma sayısının yetersizliğinden dolayı, bruksizm ile ilgili farklı çalışmalar incelenerek değerlendirilmiştir. Aleksitimiye dair yapılan ilk çalışmalar psikosomatik hastalar üzerine yapılmıştır (Sifneos, 1972). Bruksizm ve psikosomatik problemlerin ilişkisi ile ilgili çalışmaların ve bu ilişkinin incelendiği çalışmalardaki anlamlı sonuç sayısı da dikkate alınarak; söze dökülemeyen duyguların bedenselleştirileceğine dair bir yorum yapılması araştırmadaki sonuçla paraleldir (Kesebir, 2004).

Dışa vuruk düşünme ortalama skorları cinsiyet değişkeni üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmaktadır. Erkeklerde kadınlara kıyasla, dışa vuruk düşünme skorları daha yüksektir. Dolayısı ile erkeklerin kadınlara göre daha dışa yönelik bir bilişsel yapılanması olduğu söylenebilir. Bu sonucu destekler

nitelikte çok geniş bir örneklem grubu (n=5993) ile yapılan çalışmalar mevcuttur (Kokkonen vd., 2001) .

Duygularını Tanımada Güçlük Alt Ölçeği' nin ortalama skorları cinsiyet değişkeni üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmaktadır. Kadınlarda erkeklere oranla aleksitimi kavramı kapsamındaki Duygularını Tanımada Güçlük Alt Ölçek puanları daha yüksek çıkmıştır. Kadınların duyguları ve bedensel duyularını birbirine karıştırmadan betimlemede erkeklere göre daha zorlandıkları söylenebilir. Bu bulguları destekleyecek nitelikte çalışmalar da bulunmaktadır (Lane, 1998; Mattila vd., 2008; Levant vd., 2009). Daha önceki çalışmalar incelendiğinde, cinsiyete ilişkin farklı bulguların varlığı görülmektedir. Kadınların daha çok aleksitimik özellik gösterdiği çalışmaların yanı sıra (Sayar vd., 2005), tam tersi bulguları gösteren çalışmalar da mevcuttur (Kokkonen vd., 2001; Mattila vd., 2006). Bazı çalışmalarda ise aleksitimi puanlarının cinsiyete göre farklılaşmadığı bulgulanmıştır (Batıgün ve Büyükşahin, 2008; Pellerone vd., 2016; Batıgün ve Oktay, 2014).

Duyguları Tanımada Güçlük Alt Ölçeği' nin ortalama skorları eğitim durumu değişkeni üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmaktadır. Lise mezunlarında Duyguları Tanımada Güçlük Alt Ölçek puanları, üniversite mezunlarına göre daha yüksek çıkmıştır. Eğitim durumu ile duyguları tanıma arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki mevcuttur. Üniversite mezunlarının lise mezunlarına göre duygularını tanımlama ve bedensel duyulardan ayırt etme konusunda daha başarılı oldukları söylenebilir. Borens ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe aleksitimik özelliklerin azaldığı görülmüştür (Lane vd., 1997; Lane, 1998; Batıgün ve Oktay , 2014). Eğitim seviyesinin artması ile kişilerin kişisel gelişim ve kendi duygu düşüncelerini tanıma ve kendilerini ifade etmeye yönelik becerilerini geliştirme gerekliliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Eyüboğlu, 2018).

Duyguları Tanımada Güçlük Alt Ölçeği' nin ortalama skorları gelir düzeyi değişkeni üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmaktadır. Orta gelirli bireylerin Duyguları Tanımada Güçlük Alt Ölçek skorları, yüksek gelirli bireylerin puanlarına göre daha fazla çıkmıştır. Yüksek gelir durumuna sahip

bireyler orta gelir durumuna sahip bireylere göre duygularını daha iyi betimleyebildikleri, duygu ve bedensel semptomlarını birbirinden daha rahat ayırt edebildikleri şeklinde yorumlanabilir. Bu yorumu destekler nitelikte, alanyayında yapılmış bir çalışma sonucunda, artan gelir düzeyi ile insanların sosyal ve sağlık hizmetlerine ulaşımının kolaylığının etkisinden bahsedilmiştir (Lane, 1998). Yine yakın tarihte yapılan bir çalışma sonuçları da bu yorumu destekler niteliktedir (Eyüboğlu, 2018).

TAÖ-20' nin genel ortalama skorlarının, Duyguları Tanımada Güçlük Alt Ölçeği ortalama skorlarının, Dışa Vuruk Düşünme Alt Ölçeği ortalama skorlarının bruksizm değişkeni üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmüştür. Aleksitmi ve bruksizm ilişkisine dair yapılmış yeterli kalitede çalışma olmamasından dolayı kıyaslanamamaktadır.

Duyguları Söze Dökme Güçlüğü Alt Ölçeği' nin ortalama skorları bruksizm değişkeni üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmaktadır. Bruksizimli bireylerin Duyguları Söze Dökme Güçlüğü Alt Ölçek skorları, kontrol grubuna göre daha yüksek çıkmıştır. Dolayısı ile araştırmadaki hipotezimizle uyumlu olarak, kişilerde duyguları söze dökememenin bruksizmi pozitif yönde yordadığı ve duygularını söze dökemeyen kişilerde daha çok bruksizm görüldüğü yorumu yapılabilir. Bruksizme fonksiyonel somatik semptomlar kapsamında yaklaştığımızda, ayakta takip edilen 48 psikosomatik hasta ve 33 kontrol grubu üzerinde yapılan klinik çalışmada, psikosomatik semptomlara sahip hastaların Duyguları söz dökme puanlarının yüksek çıkması bizim çalışmamızı destekler niteliktedir (Nakao vd., 2002).

Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ)' nin ortalama skorları bruksizm değişkeni üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmaktadır. Bruksizimli bireylerin, kontrol grubuna göre Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanları daha düşük çıkmıştır. Dolayısı ile bu araştırmanın hipotezini destekler nitelikte bilinçli farkındalık seviyesinin bruksizmi anlamlı şekilde negatif yönde yordadığı söylenebilir. Alanda yapılan araştırmaları, direkt bruksizm ile ilgili çalışma olmayışından bruksizmin etiyojisi açısından incelediğimizde, çalışmamızı destekler nitelikte paralel sonuçlar bulunmaktadır. Daha önce bruksizmin

etiyojisinde bahsettiğimiz stres faktörünün iyileştirilmesine yönelik yapılmış 8 haftalık bilinçli farkındalık çalışmalarında olumlu sonuçlar alınmıştır. Yine bruksizm etiyojisinde yer verdiğimiz uyku kalitesi açısından değerlendirdiğimizde; stres faktörünün bilinçli farkındalık çalışmaları ile azaltılması ve stresle paralel olarak kortizol seviyesinin düşmesi ile uyku kalitesinin artması daha rahat bir gece dinlenmesine sebep olmuştur. Dolayısı ile bilinçli farkındalık çalışmaları sonucu artan uyku kalitesinin bruksizmin azalmasına katkı sağlayacağı şeklinde yorumlanabilir. Yapılan bir çalışmada 183 diş hekimliği öğrencisi üzerine yapılan bir çalışmada düşük uyku kalitesinin bruksizmi tetiklediği görülmüştür (Eren vd., 2015).

Bruksizm etiyojisine yönelik beyin meditatörlerinin etkisi, periferel sinir sisteminin sağlıklı uyku-uyanıklık mekanizmasının önemi, otonom sinir sisteminin sağlıklı çalışması ve gerekli refleks mekanizmalarının devrede olmasının gerekliliği üzerine yapılan çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda; beyin meditatörlerinin 8 haftalık bilinçli farkındalık çalışması sonrasında değiştiğini ve bağışıklık sisteminin olumlu anlamda değiştiğini gösteren çalışma dikkat çekmektedir (MM Shedden, 2012). Yine on yıllık takip süreci olan bir çalışmada, bilinçli farkındalık çalışması sonrası kişilerdeki gen ekspresyonu ve inflamasyona sebep olabilecek genleri değiştirdiği gösterilmiştir. Benzer olarak, 2003' de yapılan 8 haftalık bilinçli farkındalık çalışması sonucunda kişilerin immun sistem fonksiyonlarının olumlu derecede arttığı gösterilmiştir. Dolayısı ile etiyojisinde beyin kimyası, sinir sisteminin işleyişi ve genetik bir sebep olduğu yaklaşımı savunulduğunda yine bilinçli farkındalık programlarının olumlu sonuçlar doğurabileceği savunulabilir (Davidson RJ ve Kabat-Zinn J., 2003)

Fonksiyonel somatik semptomlara sahip bireyler Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanı' na başvurduğunda alacağı tanı Fibromiyalji, TMB; İç Hastalıkları Uzmanı' na başvurduğunda Kronik Yorgunluk Sendromu, Gastroloji Uzmanı' na başvurduğunda İrritabl Barsak Sendromu, Diş Hekimi' ne başvurduğunda Bruksizm tanısı alabilir (Fink ve Rosendal, 2015; Mayou ve Farmer, 2002). Bu bakış açısı ile değerlendirildiğinde; somatik semptom bozukluğu, TMB, masseter kas aktivitesi ilişkisine dair yapılan çalışmalar dikkate alınabilir. Somatik semptom bozukluğu, TMB, masseter kas aktivitesine dair yapılan

çalışma sonucunda pozitif yönde anlamlı bir sonuç bulunmuş ve özellikle çiğneme kası olan ve bruksizmden birincil sorumlu olan masseter kasının aktivitesi yüksekliği ile somatik semptom bozukluğu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Sönmez, Hoccoğlu, 2019). Farklı bir çalışmada somatik semptomlar ile bilinçli farkındalık arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Kabat- Zinn ve arkadaşlarının 1985 de yaptığı 90 kişi üzerindeki çalışmada kronik ağrılı kişiler incelenmiş ve kişilerin ağrılarında ve ilaç kullanımında azalma ile birlikte olumsuz duygu durumlarında iyileşme görülmüştür. Yapılan farklı bir çalışma, fonksiyonel somatik semptom bozukluğunun belirtilerinden GIS problemleri, vücudun çeşitli yerlerinde ağrı, adet düzensizlikleri, solunum problemleri, yürüme problemleri, fibromiyalji, kronik yorgunluk ve huzursuz bacak sendromu (Henningsen vd., 2005) gibi problemlerin varlığında bilinçli farkındalık tedavisi uygulanabileceği ve neticesinde olumlu sonuçlar alınabileceğine işaret etmektedir (Fjorback vd., 2011)

Bruksizm demografik bilgiler çerçevesinde yapılan analiz sonucunda kadınlarda pozitif yönde anlamlı farklılık görülmüştür. Kadınların erkeklere oranla daha çok bruksizm problemi yaşadığı görülmüştür. Literatürde cinsiyete yönelik bulgularda çalışmamızı destekler yayınların yanı sıra cinsiyet açısından bir farklılık olmadığını gösteren yayınlar da mevcuttur. Yetişkinlerde kadınların daha fazla bruksizm problemi yaşadığına dair çalışmalar da mevcuttur (Bader ve Lavigne, 2000). Kadınlarda duyguları söze dökme güçlüğü ortalama puanlarının yüksekliği ve bruksizmin birlikte görülmesi dikkat çekici bir noktadır.

Bruksizm ve diğer demografik bilgiler ilişkisi incelendiğinde anlamlı farklılık görülmemiştir. Analiz sonucunda demografik özellikler çerçevesinde kişilerin yaş, medeni durum, çalışma durumu, çocuk sahibi olup olmaması, çocuk dışında evde bakmakla yükümlü olduğu kişilerin olup olmaması, kronik bir hastalığının olup olmaması, ilaç kullanımı, psikolojik bir rahatsızlığının olup olmaması ile bilinçli farkındalık, aleksitimi, aleksitiminin alt boyutları olan duyguları tanımada güçlük, duyguları söze dökmede güçlük ve dışa vuruk düşünme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

6.BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuç

Araştırma analiz sonucundaki bulgulara dayanarak sonuçlara yer verilmiş ve önerilerde bulunulmuştur.

Bireylerde bilinçli farkındalığın bruksizm ile negatif yönlü bir ilişkisi olduğu ve bilinçli farkındalık arttıkça bruksizm probleminin azaldığı görülmüştür. Duyguları söze dökme güçlüğü ile bruksizm arasında pozitif bir ilişki olduğu ve duyguları söze dökmeyen kişilerde bruksizm probleminin arttığı görülmüştür. Kadınların erkeklere göre daha çok bruksizm problemi yaşadığı ve daha çok duygularını tanıma güçlüğü yaşadığı görülmüştür. Erkek cinsiyeti ile dışa vuruk düşünme şekli arasında pozitif yönde ilişki görülmüştür. İlkokul ve lise mezunlarının, üniversite mezunlarına göre daha çok duyguları tanıma güçlüğü yaşadığı ve eğitim seviyesinin artması ile duyguları tanıma güçlüğü azaldığı görülmüştür. Gelir seviyesinin yüksekliği ve duyguları tanıma güçlüğü arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ve yüksek gelir seviyesine sahip kişilerin, orta gelir seviyesine sahip kişilere göre duygularını tanıma konusunda daha başarılı olduğu görülmüştür.

6.2 Öneriler

Somatik semptom bozukluklarına dair yapılmış çalışmalar göz önünde bulundurularak bruksizm problemi yaşıyan kişilerin de bilinçli farkındalık çalışmalarından fayda görebileceği düşünülmektedir.

Kadınların eğitiminin ve gelişimlerinin desteklenmesi ile toplum içerisindeki yerinin eşitleneceği ve dolayısı ile duygu ve düşüncelerini ifadesinin sağlıklı seviyeye gelebileceği düşünülmektedir. Erkeklerin de toplum içerisindeki kültürel geleneklerden ötürü duygularını gizlemeye yönelik yaklaşımları ve topluma uyum sağlamasıyla toplum tarafından kabul göreceği tarzda şekillenen düşünce yapısının değişimi için; cinsiyetten bağımsız şekilde bir yaklaşımla bireylerin duygu ve düşüncelerini ifade etmesinin, bireysel ve toplumsal sağlık açısından önemli olduğu ve buna yönelik rehabilite edici çalışmaların yapılmasının uygun olacağı düşünülmektedir. Sonuç olarak bireylerin duygu ve düşüncelerini farketmesi, onların ayrımını yapabilmesi, yaşadığı anda kalarak geçmiş ve geleceğin kaygılarından sıyrılabilmesi adına önemli ve iyileştirici olduğu düşünülmektedir. Fikri ve vicdanı hür bireylerin varlığı ile hem ruhsal hem de bedensel olarak sağlıklı bir topluma ulaşılabilceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- AASM, (2014). The International Classification of Sleep Disorders- 3.
- Akın, A. (2008). Scales of psychological well-being: A study of validity and reliability. *Educational Science: Theory and Practice* , 8, 721-750.
- Aydın, R., Şen, R., Ellialtıoğlu, A. (2000). Eklem dışı romatizmal hastalıklar. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*. İstanbul: Nobel Kitabevi.
- Bader, G., Lavigne, G. (2000). Sleep bruxism; an over view of an oromandibular sleep movement disorder. *Sleep Med Rev*, 4: 27- 43.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice* , 10, 125-143.
- Baer, R. A. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment* , 13(1), 27-45.
- Batıgün, A. D., Büyüķşahin, A. (2008). Aleksitimi : Psikolojik Belirtiler ve Bağlanma Stilleri. *Klinik Psikiyatri*.
- Batıgün, A. D., Oktay, B. (2014). Aleksitimi: Bağlanma, Benlik Algısı,Kişilerarası İlişki Tarzları ve Öfke. *Türk Psikoloji Yazıları* , (33), 31-40.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., Segal, Z.V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., Devins,G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition clinical psychology. *Science and practice*, 11(3), 230-241.
- Bodhi, B. (2000). *A Comprehensive Manual of Abhidhamma*. Onalaska WA: BPS Pariyatti Editions.
- Brown, K. W., Rayn., R. M. (2003). "The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being". *Journal of Personality and Social Psychology* , 84, 822–848.

- Bruehl, S. (2002). Anger and pain sensitivity in chronic low back pain patients and pain-free controls: the role of endogenous opioids. *Pain*.
- Burgess, C., Simpson G. B.(1988) Cerebral hemispheric mechanisms in the retrieval of ambiguous word meanings. *Brain Lang*, 33: 86-103.
- Cash, M., Whittingham, K. (2010). What facets of mindfulness contribute to psychological well-being and depressive, anxious, and stress-related symptomatology? *Mindfulness* , 1(3), 177-182.
- Carlson, G. E., Egermark, I., Magnusson, T. (2003) Predictors of bruxism, other oral parafunctions, and tooth wear over a 20-year follow-up period. *J Orofac Pain*, 17: 50-57
- Clark, G. T., Ram, S. (2007). Four Oral Motor Disorders: Bruxism,Dystonia, Dyskinesia and Drug-Induced Dystonic Extrapyramidal Reactions. *Dent Clin N Am* , 225-243.
- Çatak, P., Ögel, K. (2010). Farkındalık temelli terapiler ve terapötik süreçler. *Klinik Psikoloji Dergisi*,13;85-91
- Dane, E. (2011). "Paying Attention to Mindfulness and its Effects on Task Performance". *Journal of Management* , No. 4, 997-1018.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn J. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *65(4):564-70*.
- Demir, V. (2017). Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programının Üniversite Öğrencilerinin Kaygı Düzeylerine Etkisi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*.
- Deniz, M. E. (2008). The validity and reliability study of the Turkish version of self-compassion scale. *Social Behavior and Personality* , 36(9), 1151-1160.
- Dereboy, İ. F. (1990). Aleksitimi : Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*.

- Dimitroulis G (1998) Temporomandibular disorders: a clinical update. *BMJ*, 317: 190-194
- Direk, N. (2008). *Miyofasiyal Ağrı Sendromu Hastalarında Kişilik Bozukluğu, Öfke ve Aleksitimi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- Dumitru D., Schoenfeld, L. (2007). "Kronik Ağrılı Hastanın Tedavisi". İstanbul: Güneş Tıp Kitapevleri.
- Davis, D. M. ve Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness a practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48(2), 198–208
- Ekici, O. Kuloğlu, M. (2011). *Bruksizm ve Aleksitimi*. Ege üniversitesi diş hekimliği tez. 99,223-233.
- Erden, D. (2005). *Farklı Yetişme Koşullarının Aleksitimi, Depresyon ve Psikiyatrik Belirtilerle ilişkisi*. *Klinik Psikiyatri Dergisi: The Journal of Clinical Psychiatry*.
- Eren S, Arıkan, H. (2015). *Bruksizm ve güncel tedavi yaklaşımları*. *Archives Medical Review Journal*, 24:241-58.
- Ergün, H. (2008). *14-18 yaş arası ergenler ve ebeveynlerinde aleksitimik özellikler, ebeveyn tutumları, bağlanma ve bağımlılık*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Eyüboğlu, H. B. (2018). *Erken yaşantılar, aleksitmi ve bedenselleştirme arasındaki ilişkiler: Şema terapi modeli çerçevesinde bir inceleme*. Yüksek Lisans Tezi.
- Fjorback, L. O., Arendt, M., Fink, P. ve Walach, H. (2011). Mindfulness Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy—a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(2), 102-119.

- Fink, P., Rosendal, M. (2015). In *Functional Disorders and Medically Unexplained Symptoms Assessment and treatment*. Aarhus: Aarhus University Press.
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*.
- Germer, C. K. (2005). Teaching mindfulness in therapy. *Mindfulness and Psychotherapy* , 1(2), 113-129.
- Germer, C. K. (2012). Cultivating compassion in psychotherapy. In *Wisdom and compassion in psychotherapy: Deepening mindfulness in clinical practice*.
- Gabbard, G.O., Cluster, C. (2000). Personality disorders obsessive-compulsive, avoidant, and dependent. *American Psychiatric Press*, 547-560.
- Grzesiak, R.C. (2002) Psychologic considerations in myofacial pain, fibromyalgia, and related musculoskeletal pain. *Myofacial Pain and Fibromyalgia*, 2. Baskı, Rachlin ES, Rachlin IS , St Louis: Mosby, s.91-11
- Grossman, P. Van Dam, N. (2011,). *Mindfulness, by any other name...: trials and tribulations of sati in western psychology and science*. s. 219- 239.
- Guttman, H., Laporte, L. (2002). Alexithymia, empathy, and psychological symptoms in a family context. *Comprehensive Psychiatry*.
- Güleç, M. Taşşöker, M. (2019). Bruksizmin tanı ve tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Selcuk Dent J* , 6: 221-228.
- Haviland, M. G., Warren, W. L., Riggs, M. L., Gallacher, M. (2001). Psychometric properties of the Observer Alexithymia Scale in a clinical sample. *Journal of Personality Assessment*.

- Henningsen, P., Jakobsen, T., Schiltenswolf, M. (2005). Somatisation revisited. Diagnosis and perceived causes of common mental disorders. *J Nerv Ment Dis*, 193:85-92
- Hyland, Patrick. L. (2015). Mindfulness at work: a new approach to improving individual and organizational performance. *Society for Industrial and Organizational Psychology* , s. 8(4), 576-602.
- Işikli, İ., Şenkal, İ., (2015). Çocukluk Çağı Travmalarının ve Bağlanma Biçiminin Depresyon Belirtileri ile İlişkisi: Aleksitiminin Aracı Rolü, 2. *Türk Psikiyatri Dergisi Ankara Üniv. DTCF. Ankara. 2 Psik. Doç., Psikoloji Bl. Hacettepe Üniv. Edebiyat Fak.*
- Jones, D. A., Rollman, G. B., Brooke, R. I. (1997). The cortisol response to psychological stress in temporomandibular dysfunction. *Pain*, 171-182.
- Kabat-Zinn, J., (2003) *Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), Constructivism in the Human Sciences; Denton 73-83.*
- Kabat Zinn, J. (2009). *Neredesysen Orada Ol. İstanbul: Kuraldışı Yayıncılık.*
- Kabat-Zinn, J. ve Hanh, T. N. (2009). *Sitting Meditation: Nourishing the Domain of Being. In Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness.*
- Kabat Zinn, J. (2013). *Full Catastrophe living: using the wisdom of your mind and body to face stress, pain and illness. Delacorte: New York , 33-40.*
- Karan, A. Aksoy, C. (2004). *Temporomandibular Eklem Rehabilitasyonu. İstanbul: Nobel Kitabevi.*
- Karasar, N. (2012). *Bilimsel araştırma yöntemi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.*
- Kataoka, K., Ekuni., D. (2015). Association between selfreported bruxism and malocclusion in university students: a crosssectional study. *J Epidemiol* , 25:423-30.

- Kesebir, S. (2004). Depresyon ve somatizasyon. Klinik psikiyatri, 1, 14-19.
- Kınay, F. (2013). Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği'ni Türkçe'ye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Klasser, G. Greene, C. (2007). Role of Oral Appliances in the Management of Sleep Bruxism and Temporomandibular Disorders. Alpha Omegan , 100: 111-9.
- Koç, D. (2010). Noktürnal Bruksizmin Etiyolojisi. Protetik Diş Tedavisi AD, Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi . Ankara.
- Koçak, R. (2002). Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve, Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi.
- Koçak R., (2005). Duygusal İfade Eğitimi Programının Üniversite Öğrencilerinin Aleksitimi ve Yalnızlık Düzeylerine Etkisi , Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3(23):29-45
- Kokkonen, P. K. (2001). Prevalence and Sociodemographic Corrselates of Alexithymia in a Population Sample of Young Adults. Comprehensive Psychiatry, 42(6), 471-476.
- Kompe, T., Edman, G. (1997). Personality traits in a group of subjects with ong-standing bruxing behaviour. J Oral Rehabil , 24:588-93.
- Krystal, H. (1979). Alexithymia and Psychotherapy. American Journal of Psychotherapy , 33 (1) , 17-31.
- Kristal, L. (1979). Bruxism: An Anxiety Response to Environmental Stress. Washington: Hemisphere.
- Kuloğlu, M., Ekinci, O. (2009). Psikiyatride Bruksizm . New/Yeni Symposium Journal . Comprehensive Psychiatry, 39.6, 377-385.

- Lakhan, S., Schofield, K. (2013). Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders: a systematic review and meta-analysis. PubMed , 8(8).
- Lane, R. D., Ahern, G. L., Schwartz, G. E., Kaszniak, A. W. (1997). Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight, Biological Psychiatry.
- Lane, R. D. (1998). Sociodemographic correlates of alexithymia. Comprehensive psychiatry, 39(6), 377-385.
- Lavigne, G.J., Kato, T., Kolta, A. (2003). Neurobiological mechanisms involved in sleep bruxism. Crit Rev Oral Biol Med , 14(1):30-46.
- Lesser, I. M. (1981). A review of the alexithymia concept. Psychosomatic Medicine.
- Levant, R. H. (2009). Gender differences in alexithymia. Psychology of Men & Masculinity, 10.3, 190- 203.
- Liebermeister, S. (2009). Danışmanlığın Zen Yolu. İstanbul: Butik Yayıncılık.
- Lobbezoo, F., Aarab, G., Van Der Zaag, J. (2013). Bruxism defined and graded: an international consensus. . J Oral Rehabil. , ;40:24. .
- Loiselle, C. G. ve Cosette, S. (2001). Cross-cultural validation of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) in U.S. and Peruvian populations. Transcultural Psychiatry, 38 (3), 348-362.
- Lumley MA, Smith. J.A. (2002). The relationship of alexithymia to pain severity and impairment among patients with chronic myofascial pain. Comparisons with self- efficacy, catastrophizing, and depression. . J Psychosom Res, 53, 823–30.
- Maex, E. (2011). The Buddhist roots of mindfulness training: a practitioners view. . Contemporary Buddhism , 12(01), 165-175.

- Masuda, A., Tully, E. (2012). The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. *J Evid Based Complementary Altern Med*, 17: 66-71.
- Mattila, A.K., Salminen, J. K., Nummi, T., Joukamaa, M. (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res* ; 61:629-635.
- Mattila, A. K. (2008). Alexithymia and somatization in general population. *Psychosomatic Medicine* , 70, 716–722.
- Mayou, R., Farné, A. (2002). Functional somatic symptoms and syndromes. *BMJ*, 325:265
- McDougall, J. Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint, *Psychother Psychosom* 1982; 38:81-90.
- Medicine, A. A. (2014). *International Classification of Sleep Disorders*.
- Mısırlıoğlu, M., Yılmaz, S., Adışen, M. (2012). Bruksizmin Tanısı, Tedavisi ve Görüntülenmesi Üzerine Yeni Görüşler. *AÜ Diş Hek Fak Der.* , 39: 93-102.
- Miyachi, H., Wake, H., Tamaki, K. (2007). Detecting mental disorders in dental patients with occlusion-related problems. *Psychiatry Clin Neurosci*, 61: 313-319
- Mongini, F., Ciccone, G., Ibertis, F. (2000) Personality characteristics and accompanying symptoms in temporomandibular joint dysfunction, headache, and facial pain. *J Orofac Pain*, 14: 52-58.
- Morales, Knight., (2010). *Mindfulness: History, Technologies, Research, Applications*. Pepperdine University Graduate School of Education and Psychology .
- Neff, K. (2003). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity* , 2(2), 85-101.

- Oktay, B. B. (2014). Aleksitimi: Bağlanma, Benlik Algısı, Kişilerarası İlişki Tarzları ve Öfke. . Türk Psikoloji Yazıları, , 17(33), 31-40.
- Ögel, K. (2016, Ekim). 25 Farkındalık Dersi. Nobel Yayınları.
- Özcan, B. (2005). Bruksizme eşlik eden miyofasyal ağrı sendromlu ve temporamandibular rahatsızlığı olan hastalarda oklüzal splint ve tens tedavilerinin klinik ve ağrı eşiği üzerine olan etkilerinin karşılaştırılması. Şişli Etfal Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kl. İstanbul: Şişli Etfal Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Uzmanlık Tezi 109s.
- Özyeşil, Z. (2011). Öz-anlayış ve bilinçli farkındalık (1.basım). Ankara: Maya Akademi Yayınevi.
- Pellerone, M. T. (2016). Relationship Between Parenting, Alexithymia And Adult Attachment Styles: A CrossSectional Study On A Group Of Adolescents And Young Adults. . Clinical Neuropsychiatry,, 13, 1-10.
- Pergamalian, A., Rudy, T.E., Zaki, H.S. (2003) The associa-tion between fear facets, bruxism, and severity of facial pain inpatients with temporomandibular disorders. J Prosthet Dent, 90:194-200.
- Sayar, K., Gulec, H. (2004). Alexithymia and. anger in patients with fibromyalgia. Clin. Rheumatol, 23,441-448.
- Sayar, K. K. (2005). Alexithymia and dissociative tendencies in and adolescent sample from Eastern Turkey . Psychiatry and Clinical Neurosciences,, 59, 127-134.
- Siegel, R. (2010). The Mindfulness Solution, Everyday Practices for Everyday Problems. New York: The Guilford Press.
- Sifneos, P. E. (1972). Short-term psychotherapy and emotional crisis. Harvard University Press.
- Sifneos, P. E. (1996). Alexithymia: Past and present. American Journal of Psychiatry.

- Sönmez, D., Hocaoğlu, Ç. (2019). Temporomandibular bozukluk ve brüksizm: bir olgu sunumu,. Cukurova Med J, 581-587.
- Şahin, N. H. (1998). Stresle başa çıkma: Olumlu bir yaklaşım. 3. Basım, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları
- Şahpolat, M., Adıgüzel, M. (2018). Bruksizimli Hastalarda Ruhsal Travma ve Bedensel Belirtilere Odaklanma. Bakırköy Tıp Dergisi, 14:283-8 .
- Şaşıoğlu, M., Gülol, Ç., Tosun, A. (2013). Aleksitimi Kavramı, The Concept of Alexithymia, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- 5(4):507-527
- Şaşıoğlu, M., Gülol, Ç., Tosun, A. (2014). Aleksitimi: Tedavi Girişimleri Alexithymia: Treatment Interventions. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry.
- Taycan, O., Özdemir, Ö. (2017). Depresyon Hastalarında Aleksitimi ve Bedenselleştirme: Belirtileri Bedensel Nedenlere Bağlama Biçiminin Rolü. Arch Neuropsychiatry , 54: 99-104.
- Taylor, G.J., Ryan, D., Bagby, R.M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. Psychother Psychosom, 44:191-199.
- Taylor, G.J. (1991). Alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine, Psychosomatics. Spring , 32(2):153-64. .
- Taylor, G.J., ve Bagby, R. M. (2004). New Trends in Alexithymia Research. Psychotherapy and Psychosomatics.
- Tychev, C. (2010). Alexithymie et pensée opératoire : Approche comparative clinique projective franco-américaine. Psychologie Clinique et Projective.
- Ülev, E. (2014). Üniversite öğrencilerinde bilinçli farkındalık düzeyi ile stresle başa çıkma tarzının depresyon, kaygı ve stres belirtileriyle ilişkisi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara: Yayınlanmamış yüksek lisans tezi.

- Ünal, G. (2005). Bir Grup Üniversiteli Gençte Çekingenlik , Aleksitimi ve Benlik Saygısının Değerlendirilmesi . Klinik Psikiyatri.
- VonRad, M. (1984). Alexithymia and Symptom Formation. *Psychotherapy Psychosomatics* , 28,337-342.
- Westchester, I.L. (2005).Sleep related bruxism. In *International Classification of Sleep Disorders: Diagnosis and Coding Manual*. 2nded. Chicago, Illinois, American Academy of Sleep Medicine.
- Wills, L., Garcia, J. (2002). Parasomnias: epidemiology and management. *CNS Drugs*, 16: 803-810.
- Wolf, C., Serpa, G. (2015). *Clinician's Guide to Teaching Mindfulness*. New Harbinger Publications.
- Yager, J., Gitlin, M. J. (2005) Clinical manifestations of psychiatric disorders. Kaplan and Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Sadock BJ, Sadock VA (Ed), 8. Baskı, Cilt 1, Bölüm 8, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, s.998
- Yıldız, B., Güllü, A. (2019). Duygu Düzenleme Süreçleri ve Aleksitimi Arasındaki İlişkide Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Aracı Rolü. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*.
- Yurt, E. (2006). “Şizofreni Hastalarında Aleksitimi; Negatif Belirtiler, İlaç Yan Etkileri, Depresyon Ve İç Görü İle İlişkisi”, Uzmanlık Tezi. İstanbul: İT.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ord. Prof Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 6. Psikiyatri Birimi.

EKLER

Ek 1: Katılımcı Bilgilendirme Formu

Sizi Nimet Evdönderen tarafından yürütölen “ Bruksizimli kişilerde aleksitimi ve bilinçli farkındalık arasındaki ilişkinin incelenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı ciddi ağız diş ve eklem problemlerine yol açan Bruksizm sorununun kişinin psikolojik durumu ile ilgili boyutunun incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada sizden tahminen 15 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 120 kişi katılacaktır. ¹ Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllölük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece iznimize bağılı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya nevdonderen@hotmail.com e-posta adresi ve 0532 788 71 76 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Nimet EVDÖNDEREN
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans,
Yakın Doğı Üniversitesi
Tel: +90 532 788 71 76

Yrd. Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ
Psikoloji Ana Bilim Dalı
Yakın Doğı Üniversitesi
E-posta: meryem.karaaziz@neu.edu.tr

Ek 2: Aydınlatılmış Onam Formu

Katılımcı Bilgilendirme Formunda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/ araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının :

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

İletişim Bilgileri:

e-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını;

kabul ediyorum kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....

İmzası

Ek: 3 Demografik Bilgi Formu

DEMOGRAFİK BİLGİLER

Yaş :

Cinsiyet : Kadın Erkek

Eğitim durumu: İlkokul Ortaokul Lise Üniversite
Yüksek lisans/Doktora

Çalışıyor musunuz? Evet Hayır

Meslek:

Gelir Düzeyi: Düşük Orta Yüksek

Medeni durum: Evli Bekar Boşanmış Dul

Çocuğunuz var mı? Evet Hayır

Evet ise kaç tane?

Çocuklarınız dışında evde bakmakla yükümlü olduğunuz başka biri var mı?

Herhangi kronik bir rahatsızlığınız var mı?

Evet (Belirtiniz:.....) Hayır

Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

Evet (Belirtiniz:.....) Hayır

Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı?

Evet (Belirtiniz:) Hayır

Dişlerinizi sıktağınızı düşünüyor musunuz?

Evet(Belirtiniz.....) Hayır

Daha önce Bruksizm teşhis aldınız mı?

Evet(Belirtiniz.....) Hayır

Ek 4:Taö-20 Toronto Aleksitimi Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

Hiçbir zaman (1),....., **Her zaman (5)** olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Sık sık Her zaman

- 1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem..... . 1 2 3 4 5
- 2- Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.....1 2 3 4 5
- 3- Bedenimde doktorların bile anlamadığı durumlar oluyor..... 1 2 3 4 5

* Lütfen ölçek maddelerinin tamamına ulaşma için ölçek kullanım haklarına sahip yazarla iletişime geçiniz.

sametkose@gmail.com

Ek 5: BİFÖ

Açıklama: Aşağıda sizin günlük deneyimlerinize ilgili bir dizi durum verilmiştir. Lütfen her bir maddenin sağında yer alan 1 ile 6 arasındaki ölçeği kullanarak her bir deneyimi ne kadar sık veya nadiren yaşadığınızı belirtiniz. Lütfen deneyiminiz **ne olması gerektiğini değil, sizin deneyiminizi gerçekten neyin etkilediğini** göz önünde bulundurarak cevaplayınız. Lütfen her bir maddeyi diğerlerinden ayrı tutunuz.

	1	2	3	4	5	6
	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Oldukça Seyrek	Hemen hemen hiçbir zaman
1. Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim.						1 2 3 4 5 6
2. Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırarım veya dökerim.						1 2 3 4 5 6
3. Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım.						1 2 3 4 5 6

* Lütfen ölçek maddelerinin tamamına ulaşma için ölçek kullanım haklarına sahip yazarla iletişime geçiniz.

zozyesil@gmail.com

Ek 6: Ölçek İzinleri

Mindfulness Institute <bilgi@mindfulnessinstitute.com.tr>

25.10.2019 Cum 14:45

Siz

↩ ↪ → ...



2 ek (300 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

Merhaba ;

Yrd. Doç.Dr. Meryem Karaaziz danışmanlığında, " Bruksizimli Kişilerde Aleksitimi ve Bilinçli Farkındalık İlişkisinin İncelenmesi" konulu tez çalışmanızda Bilinçli Farkındalık Ölçeğini kullanabilirsiniz .

Ölçek ektedir.

Sevgilerimle

Mindfulness Institute
Eğitim Koordinatörü
Kln. Psk. Didem Çengel

Samet Kose <sametkose@gmail.com>

22.10.2019 Sal 12:01

Siz

↩ ↪ → ...



3 ek (544 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

Merhaba Sevgili Nimet,

Tezinde Turkce TAS-20'ni kullanmanız beni sevindirir. TAS-20 ölçeğini, validation çalışması makalesini ve Turk toplumu normatif değerleri tablosunu ekte gönderiyorum. Meryem Hanım bahusus selamlarımı ilet.

İctenlikle,

Samet Kose, MD, PhD
Franklin, Tennessee

ÖZGEÇMİŞ

Nimet Evdönderen 1983 yılı Tokat' da doğdu. İlk öğrenim ve orta öğrenim hayatını derece ile bitirdikten sonra 2007 yılında Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinden mezun oldu. Mezun oluşunun ardından İstanbul' a yerleşerek klinisyen hekim olarak çalışmaya başladı. Mesleki çerçevede bilinçaltı çalışmaları ile ilgilendi. 10 yıllık mesleki deneyimi sonrasında, her tedavinin içeriğinde insan psikolojisinin çok büyük yer kapladığı gerçeğiyle hareket ederek Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisansına Programına başladı.

İNTİHAL RAPORU

BRUKSİZİMLİ BİREYLERDE ALEKSİTİMİ VE BİLİNÇLİ FARKINDALIK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ NİMET EVDÖNDEREN

ORIGINALITY REPORT			
11%	10%	2%	10%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS
PRIMARY SOURCES			
1	docs.neu.edu.tr Internet Source		3%
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Student Paper		1%
3	Submitted to Beykent Universitesi Student Paper		1%

ETİK KURUL RAPORU



BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK

KURULU

11.12.2019

Sayın Nilmet Eyüboğatay,

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yazmanız oluğunuz YDU/EB/2019/363 proje numarası ile "Ercülüzlül hiyerarşilerde, akıldışı ve bilimsel farklılıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi" başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş oldu. Etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilimsel duruma girmek suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Değişir Dekan Dursun Karol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raporu



Not: Eğer bir kuruma resmi bir kopya yazma istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başturup, kurulum başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.