

T.C.
İSTANBUL NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**BRUKSİZMİN DUYGULARI TANIMA DÜZEYLERİ
VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sema SAÇLI

Enstitü Anabilim Dalı: Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı: Klinik Psikoloji

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Devran TAN

MART 2023

T.C.
İSTANBUL NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**BRUKSİZMİN DUYGULARI TANIMA DÜZEYLERİ
VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sema SAÇLI

ORCID ID: 0000-0003-2093-9878

Enstitü Anabilim Dalı: Psikoloji

Enstitü Bilim Dalı: Klinik Psikoloji

“Bu tez 01/ 03/2023 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Prof. Dr. Devran TAN	Başarılı	
Dr. Öğr. Üyesi Hidayet Ece Arat ÇELİK	Başarılı	
Dr. Öğr. Üyesi Emel Aner AKTAN	Başarılı	

Enstitü Müdürü
Onay

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Sema SAÇLI

01.03.2023



ÖNSÖZ

Bu tezin yazım sürecinde çalışmamı titizlikle takip eden, kıymetli katkılarıyla bana yol gösteren sevgili danışmanım Prof. Dr. Devran TAN'a ve desteklerini daima hissettiren canım aileme teşekkürlerimi sunar, bu çalışmanın herkese yararlı bir çalışma olmasını dilerim.

Sema SAÇLI

01.03.2023



İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iii
TABLO LİSTESİ	iv
ŞEKİL LİSTESİ	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE.....	8
1.1. Bruksizm	8
1.1.1. Bruksizm Hakkındaki Temel Bilgiler	8
1.1.2. Gündüz Bruksizmi (Diurnal Bruksizm) ve Gece Bruksizmi (Nokturnal Bruksizm)	10
1.1.3. Bruksizmin Prevalansı	12
1.1.4. Bruksizmde Etiyolojik Etkenler	13
1.1.4.1. Nörolojik Etkenler	13
1.1.4.2. Psikososyal Etkenler	13
1.1.4.3. Patofizyolojik Etkenler	16
1.1.4.4. Merkezi Sinir Sistemi Kökenli Etkenler	17
1.1.4.5. Morfolojik Etkenler	18
1.1.4.6. Genetik Etkenler	19
1.1.4.7. Sistemik Etkenler	20
1.1.4.8. İlaç Yan Etkilerinden Kaynaklanan Etkenler	20
1.1.4.9. Uyku Bozuklukları	22
1.1.5. Bruksizmden Kaynaklanan Hasarlar	22
1.1.6. Bruksizmde Erken Tanının Önemi	25
1.2. Aleksitimi	25
1.2.1. Aleksitimi Hakkındaki Temel Bilgiler	25
1.2.2. Aleksitiminin Karakteristikleri	28
1.2.2.1. Duyguları Tanımlama ve İfade Etmede Zorluk	29
1.2.2.2. Hayal Kurma ve Rüya Görmeye Zorluk	30
1.2.2.3. İşlemsel Düşünme	30
1.2.2.4. Dış Odaklı Bilişsel Stil	31
1.3. Depresyon	32
1.3.1. Depresyon Türleri	33
1.3.1.1. Majör Depresyon	33
1.3.1.2. Minör Depresyon	34
1.3.1.3. Mevsimsel Depresyon	35
1.3.1.4. Doğum Sonrası Depresyon	35
1.3.2. Depresyon Belirtileri	36
1.3.2.1. Fiziksel Belirtiler	36
1.3.2.2. Davranışsal Belirtiler	37
1.3.2.3. Duygusal Belirtiler	37
1.3.2.4. Zihinsel (Bilişsel) Belirtiler	37
1.3.3. Depresyon Tedavisi	38
1.4. Anksiyete	39

1.4.1. Anksiyete Hakkındaki Temel Bilgiler	39
1.4.2. Anksiyete Türleri	40
1.4.2.1. Normal Anksiyete	40
1.4.2.2. Patolojik Anksiyete	41
1.4.2.3. Durumluk Anksiyete	41
1.4.2.4. Ayrılık Anksiyetesi	41
1.5. Kişilik Özellikleri	42
1.5.1. Kişilik Kavramı	42
1.5.2. Kişilik Kuramları	44
1.5.2.1. Psikanalitik Kuram	44
1.5.2.2. Davranışçı Kuram	44
1.5.2.3. Varoluşçu Kuram	45
1.5.2.4. Sosyal Bilişsel Kuram	46
1.5.3. Beş Faktörlü Kişilik Modeli (Beş Büyük Modeli)	47
1.5.3.1. Deneyimlere Açıklık	48
1.5.3.2. Sorumluluk	48
1.5.3.3. Dışadönüklük	49
1.5.3.4. Uyumluluk	49
1.5.3.5. Nevrotizm	50
BÖLÜM 2: YÖNTEM	51
2.1. Araştırma Modeli	51
2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	52
2.3. Veri Toplama Araçları	53
2.3.1. Kişisel Bilgi Formu	53
2.3.2. Bruksizm Tanı Çizelgesi	53
2.3.3. Eysenck Kişilik Anketi – Gözden Geçirilmiş Kısa Formu	54
2.3.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği	55
2.3.5. Beck Depresyon Envanteri	56
2.3.6. Beck Anksiyete Envanteri	56
2.4. Veri Analizi	57
BÖLÜM 3: BULGULAR	59
TARTIŞMA	82
SONUÇ VE ÖNERİLER	87
KAYNAKLAR	89
EKLER	102

KISALTMALAR

AIDS	: Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
DDD	: Dışa Dönük Düşünce
DEZ	: Duyguları İfade Etme Zorluğu Duyguları Tanıma Zorluğu
DTZ	: Duyguları Tanıma Zorluğu
MS	: Multipl Skleroz
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
REM	: Desenkronize Uyku
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Araştırma Örneklemi	52
Tablo 2: Bruksizm Tanıla Çizelgesi.....	54
Tablo 3: Sürekli Değişkenler İçin Betimsel İstatistikleri	59
Tablo 4: Sürekli Değişkenlerin Gerçek Grup Değişkenlerin Alt Gruplarına Göre Levene Testi Sonuçları	60
Tablo 5: Kişilik Özellikleri İçin Nokta Çift Serili Korelasyon Analizi Sonuçları	64
Tablo 6: Aleksitimi İçin Nokta Çift Serili Korelasyon Analizi Sonuçları	66
Tablo 7: Depresyon ve Anksiyete İçin Nokta Çift Serili Korelasyon Analizi Sonuçları	68
Tablo 8: Bruksizmin Alt Durumları Arasındaki İlişki	69
Tablo 9: Bruksizmin Cinsiyet Durumuna Göre Farklılaşması.....	71
Tablo 10: Bruksizmin Medeni Duruma Göre Farklılaşması	72
Tablo 11: Bruksizmin Kronik Hastalık Yaşama Durumuna Göre Farklılaşması.....	72
Tablo 12: Bruksizm ve Yaş Arasındaki İlişki	73
Tablo 13: Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi Sonuçları	74
Tablo 14: Cinsiyete Göre T Test Analizi Sonuçları	77
Tablo 15: Medeni Duruma Göre T Test Analizi Sonuçları.....	78
Tablo 16: Kronik Hastalık Yaşama Durumuna Göre T Test Analizi Sonuçları	80

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Araştırma Modeli	51
---------------------------------	----



Tezin Başlığı: Bruksizmin Duyguları Tanıma Düzeyleri ve Kişilik Özellikleri ile İlişkisi	
Tezin Yazarı: Sema SAÇLI	Danışman: Prof. Dr. Devran TAN
Kabul Tarihi: 01.03.2023	Sayfa Sayısı: vii(önkısım)+98(tez)+22(ek.)
Anabilim Dalı: Psikoloji	Bilim Dalı: Klinik Psikoloji
Bruksizm, dişlerin birbirine sıkı sıkıya temas etmesiyle birlikte diş sıkma ve gıcırdatmayı içeren gün içerisinde veya gece meydana gelen parafonksiyonel bir aktivitedir. Genellikle diş sıkma gün içerisinde yaşanan parafonksiyonlar olsa dahi uyku esnasında yaşanan parafonksiyonlar hem diş sıkma hem de gıcırdatmayı içermektedir. Yetişkinlerde çocuklara nazaran daha seyrek rastlanan bruksizmin oluşumunda etkili olan nörolojik, psikososyal, patofizyolojik, genetik, morfolojik, sistemik vb. çeşitli etiyolojik faktörler bulunmaktadır. Birincil bruksizm biçimleri arasında gündüz diş sıkma ve uyku bruksizmi bulunur. Sekonder bruksizm formları ise nörolojik, psikiyatrik veya uyku bozuklukları veya ilaçların kesilmesi ile ilişkilidir. Bu çalışmada bruksizm ile etkileşim halinde olmaları durumunu araştırmak üzere kişilik özellikleri ve duygu körlüğü olarak özetlenebilecek aleksitiminin yanı sıra; anksiyete, depresyon gibi psikolojik rahatsızlıklar da kapsama dahil edilerek bruksizmin psikolojik sebep ve sonuçlarını belirlemek amaçlanmıştır. Araştırmanın örneklemi oluşturulan Esentent Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'ne diş muayenesi için başvuran 163 katılımcıyla gerçekleştirilen çalışmada, amaç doğrultusunda katılımcılara Eysenck Kişilik Anketi, Beck Depresyon ve Anksiyete Envanterleri ile Toronto Aleksitimi Ölçeği uygulanmıştır. Katılımcıların yaş, cinsiyet vb. sosyodemografik özellikleri baz alınarak psikolojik açıdan bruksizm meydana getiren sebepler incelenmiştir. Bu çalışmada nicel veri analizi yöntemlerinden ilişkisel tarama deseni kullanılmıştır. Araştırma sürecinde elde edilen bulgular incelendiğinde bruksizmin alt durumlarının kişilik özellikleri, duyguları tanıma düzeyleri, depresyon ve anksiyete ile çeşitli düzeylerde ve yönlerde anlamlı ilişkiler gösterdiği tespit edilmiştir. Araştırma sonuçları detaylı olarak incelendiğinde bruksizmin alt durumlarının nörotizm başta olmak üzere çeşitli kişilik özelliği alt faktörleriyle anlamlı ilişki gösterdiği tespit edilmiştir. Buna ek olarak bruksizmin alt durumlarının duyguları tanıma zorluğu ve duyguları ifade zorluğu başta olmak üzere aleksitiminin çeşitli alt faktörleri ile anlamlı ilişki gösterdiği tespit edilmiştir. Son olarak bruksizmin alt durumlarının araştırma sürecinde en yoğun ilişkiselliği depresyon ve anksiyete ile gösterdiği söylenilebilir. Bu durum bruksizmin çeşitli biçimlerini ve durumlarını yaşayan bireylerin başta depresyon ve anksiyete olmak üzere çeşitli psikolojik sorunları yaşayabileceğine işaret etmektedir. Elde edilen verilerle alanyazın çerçevesinde tartışılmış ve gelecek araştırmalar için öneriler sunulmuştur.	
Anahtar Kelimeler: Bruksizm, Aleksitimi, Depresyon, Anksiyete, Kişilik Özellikleri.	

Title of the Thesis: The Relationship of Bruxism with Emotion Recognition Levels and Personality Traits	
Author: Sema SAÇLI	Supervisor: Prof. Dr. Devran TAN
Date: 01.03.2023	Nu. of Pages: vii(pre text)+98(main body)+22(app.)
Department: Psychology	Subfield: Clinical Psychology
Bruxism is a parafunctional activity that occurs during the day or at night that involves clenching and grinding with the teeth in tight contact. Although clenching is a parafunction experienced during the day, parafunctions experienced during sleep include both clenching and grinding. Neurological, psychosocial, pathophysiological, genetic, morphological, systemic, etc., which are effective in the formation of bruxism, which is less common in adults than in children. There are various etiological factors. Primary forms of bruxism include daytime clenching and sleep bruxism. Secondary forms of bruxism are associated with neurological, psychiatric or sleep disorders or drug withdrawal. In this study, besides alexithymia, which can be summarized as personality traits and emotion blindness, in order to investigate their interaction with bruxism; It is aimed to determine the psychological causes and consequences of bruxism by including psychological disorders such as anxiety and depression. The Eysenck Personality Questionnaire, Beck Depression and Anxiety Inventories, and Toronto Alexithymia Scale were applied to the participants in the study, which was carried out with 163 participants who applied to the Esentent Oral and Dental Health Center for dental examination, which constitutes the sample of the research. Participants' age, gender, etc. Based on their sociodemographic characteristics, the psychological causes of bruxism were examined. In this study, relational screening design, one of the quantitative data analysis methods, was used. When the findings obtained during the research process were examined, it was determined that the sub-states of bruxism showed significant relationships with personality traits, levels of recognizing emotions, depression and anxiety at various levels and aspects. When the results of the research were examined in detail, it was determined that the sub-states of bruxism showed a significant relationship with various personality trait sub-factors, especially neuroticism. In addition, it has been determined that the sub-states of bruxism have a significant relationship with various sub-factors of alexithymia, especially the difficulty of recognizing emotions and the difficulty of expressing emotions. Finally, it can be said that the sub-states of bruxism show the most intense correlation with depression and anxiety in the research process. This indicates that individuals experiencing various forms and conditions of bruxism may experience various psychological problems, especially depression and anxiety. The data obtained were discussed within the framework of the literature and suggestions for future research were presented.	
Keywords: Bruxism, Alexithymia, Depression, Anxiety, Personality Traits.	

GİRİŞ

Bruksizm, diş gıcırdatma ya da sıkma “kuvvetli çene aktivitesinden kaynaklanan normalden yüksek düzeyde faaliyet” şeklinde tanımlanan, insanların hayat kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve ağrıyla ayırıcı niteliği belirlenmiş, yaygın rastlanan somatik bir hastalıktır (Clark ve Ram, 2007). Toplum üzerindeki tesiri yüzde 3 ila 20’lik bir aralığa tekabül etmektedir. Cinsiyet açısından erkeklerde kadınlara nazaran daha az rastlandığını gösteren araştırmaların varlığına karşın, arada fark olmadığını gösteren araştırmalar da mevcut durumdadır. Yaş faktörü baz alındığında ise yaş ilerledikçe bruksizm görülme sıklığının azaldığı belirtilmiştir (Bader ve Lavigne, 2000).

Bruksizm çenenin çiğneme hareketlerinden farklı olarak, istenmeden yapılan dişlerde sıkma veya gıcırdatma ile oluşan bir rahatsızlıktır. Temporomandibular eklem, kaslar, dişler ve dişlerin destek dokuları üzerinde tahrip edici ve yıkıcı etkileri bulunmaktadır. Etiyolojisinde morfolojik faktörler, uyku bozuklukları, ilaç kullanımı yan etkileri, genetik faktörler, nörolojik faktörler ve psikososyal faktörler yer alabilmektedir (Taşşöker ve ark., 2020).

Parafonksiyonel diş sıkma ve/veya gıcırdatma hareketleri (bruksizm), sirkadiyen ritim açısından “uyku bruksizmi” ve “uyanık bruksizm” olmak üzere iki türde tanımlanmaktadır. Uyanık bruksizm uyanıklık esnasında çene ve dişlerin sıkılması manasında iken uyku esnasında diş gıcırdatma ya da sıkma şeklinde ifade edilen uyku bruksizmi, uyku sürecinde küçük çapta uyarılmalara cevap niteliğinde oluşan uykuyla alakalı hareket bozukluğudur (Flueraşu, 2022). Uyku bruksizmini stres ve anksiyetenin şiddetlendirdiği tespit edilmektedir (Çevlik ve ark, 2020).

Bruksizm, çoğunlukla bilinçsiz, gündüz ve gece meydana gelen, dişleri sıkma ve gıcırdatmayı içeren oral parafonksiyonel bir alışkanlıktır. Bruksizm, stomatognatik sistemin en önemli parafonksiyonel aktivitelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Temporomandibular bozuklukların etiyolojisine de önemli bir katkıda bulunan faktör olarak kabul edilir. Bruksizm insidansının yetişkin popülasyonun %5 ila %10'u arasında olduğu tahmin edilmektedir. Bruksizm etiyolojisinin morfolojik, patofizyolojik ve psikolojik faktörleri içeren çok faktörlü olduğu ileri sürülmektedir (Bader ve Lavigne, 2000).

Bruksizmden muzdarip birçok birey dişlerini sıkma ya da gıcırdatma faaliyetinin uyku sırasında gerçekleştiğinin farkında değildir çünkü herhangi bir rahatsızlık ya da ağrı yoktur. Bir konsültasyon sırasında bir diş hekimi tarafından gözlemlenmedikçe, fonksiyonel olmayan kenetleme/gıcırdatma ile ilişkili diş aşınmasından habersiz kalmaktadırlar. Çene kası ağrısı veya sertliği, baş ağrısı, ağzı zor açma, diş hassasiyetinde artış gibi rahatsız edici semptomları olan hastalar genellikle sorunları teşhis edecek ve uyku sırasında kullanılacak bir oklüzal apareyin (çiğneme yüzeyi üzerinde erken temastan koruyucu ekipmanın) kullanımını önerecek olan diş hekimine danışırlar. Oklüzal aparey kullanımı uyku sırasında daha fazla diş aşınmasını önlemede etkili olsa da bilinçsiz diş sıkma/gıcırdatma faaliyetini ve buna eşlik eden ağrı veya rahatsızlığı kesin olarak ortadan kaldırmamaktadır. Oklüzal apareyin çiğneme kas aktivitesini ve oklüzal aparey tedavisine genel yanıtı azaltmadaki etkinliği sorgulanmaya devam etmektedir, bazı çalışmalarda bruksizm hastalarının %50'sinden fazlasında masseter kas aktivitesinin azaldığı bildirilmiştir (Dube ve ark., 2004). Tersine, bazı çalışmalar elektromiyografik (EMG) aktivitesinin arttığını gösterirken bazı diğer çalışmalar ise EMG düzeylerini hastaların %52'sinde azalmış, %20'sinde artmış ve %28'inde değişmemiş bir yanıt olarak göstermiştir (Clark ve ark., 1979).

İnsan sosyal bir varlıktır. Bu nedenle sürekli hareket ve iletişim içinde olmak ister. Sosyal bir varlık olarak kişinin duygu, düşünce, davranış ve fizyolojik tepkilerinin bir bütün olarak koordineli bir şekilde çalışması gerekir. Duygular bu bütünlüğün temelini oluşturur. Hayatın anlamını oluşturan duygular, insanı diğer canlılardan ayıran en önemli özelliklerden biridir (Koçak, 2002).

Aleksitimi duygu körlüğü anlamına da gelmektedir. Duyguların tarifi zordur. Duyguların ifadesi kişiden kişiye ve kültürden kültüre değişebildiği için bilim adamları duyguların tanımı konusunda yüzyıllardır görüş birliğine varamamıştır (Bakırcıoğlu, 2012). Duygu kelimesinin kökü, "harekete geçmek" anlamına gelen Latince "mote" fiilinden gelir. Bu fiile "e-" eki geldiğinde, uzaklaşmak anlamına gelir. Her duygu bizi bir eyleme götürür. Duygular, yaşamla mücadele etmek için belirli bir duruma belirli bir şekilde yanıt vermemizi sağlar (Goleman, 2004).

Aleksitimik bireylerin tanımlamakta zorlanmış oldukları duyguları açığa çıkarmanın ruh ve beden sağlığı için önemli olduğu kabul edilen bir gerçektir. Kişinin duygusal

farkındalık düzeyi düşük, duygularına karşı da bastırıcı ya da savunmacı ise, sözcük dağarcığı duygularını ifade etmeye yetmiyorsa, tüm bunların sonucunda kişinin zihinsel ve bedensel bütünlüğü olumsuz etkilenecektir. Bu nedenle duyguları yeterince tanımak ve ifade etmek önemlidir. Duyguların kişinin kişilerarası ilişkilerini ve iç dünyasını etkileyen bir yönü de vardır (Denollet ve ark., 2008). Bireylerin duygularını tanıma ve ifade etme noktasında yaşadıkları bu sorun, insanlığın var oluşundan bu yana güncelliğini korumaktadır (Koçak, 2002). Aleksitimi bu soruna verilen addır. Sifneos (1972), literatürde aleksitimi kavramını kullanan ilk kişi olup; bunu duygular için kelimelerin yokluğu olarak tanımlamıştır. Bir psikoterapist olan Sifneos (1972), çalıştığı hastanede psikosomatik yakınmaları olan hastalar üzerinde yaptığı gözlemlerden dolayı aleksitimi tanımlamıştır.

Aleksitimi, rüya görmede, duyguları tanımada ve ifade etmede zorluk olarak açıklanmaktadır (Grabe ve ark. 2008). Sınırlı rüya görme yeteneği, dürtüsel davranış, empati eksikliği ve katı düşünme aleksitiminin özellikleridir (Ahrens ve Deffner, 1986). Aleksitimi, Sifneos'un (1972) bu hastalar üzerinde yaptığı araştırma sonucunda ortaya çıkan bir kavram olduğundan başlangıçta sadece psikosomatik hastalara özgü olduğu düşünülmüştür. Ancak araştırmalar, aleksitimik özelliklerin farklı psikiyatrik ve fiziksel bozukluklara sahip kişilerde ve sağlıklı popülasyonda da görülebileceğini göstermiştir (Dereboy, 1990; Koçak, 2002).

Aleksitiminin kaynaklandığı çeşitli süreçler bulunmaktadır. Çocukluk döneminde kurulan karşılıklı ilişkiler, duyguları anlama, tanıma ve düzenleme süreçlerini etkiler (Laible, 2007). Algılanan ebeveyn tutumlarının aleksitiminin gelişmesine zemin hazırladığı saptanmıştır. Algılanan ebeveyn tutumları duygusal sıcaklık, aşırı koruyuculuk ve reddedilme olmak üzere 3 boyutta toplanmıştır. Bir çocuk fiziksel ve duygusal olarak sıcak, güvenli ve destekleyici bir ortamda büyüyorsa, duygularını rahat bir şekilde ifade edebilir. Başka bir deyişle, bireyin aleksitimik özellikleri, içinde büyüdüğü çevredeki özgür deneyim ve duyguları ifade etme derecesine göre gelişebilmektedir (Berenbaum ve James, 1994).

Martin ve Pihl (1986), Lazarus'un (1982) duyguların her zaman bilişsel bir değerlendirmeye bağlı olarak ortaya çıktığı düşüncesinden hareket ederek, aleksitimiklerin bilişsel değerlendirme sürecinin en alt aşamasında olduğunu

söylemişlerdir. Ayrıca aleksitimikler bilişsel çarpıtmalar nedeniyle duygularını kelimelerle değil bedensel tepkilerle ifade ederler. Bilişsel esneklik, kişinin davranışına veya durumuna çözüm bulmak için mümkün olabilecek tüm alternatifleri düşünmesi ve bu farkındalığa sahip olması anlamına gelir. Öte yandan, aleksitimik özelliklere sahip bireylerin katı kuralları vardır ve yaşadıkları sorunlara alternatif çözümler düşünmeden sorunlardan bir an önce kurtulmak isterler (Martin ve ark., 1998). Tüm bu durumların bilişsel esnekliğin tersi olduğu düşünüldüğünde, aleksitimili kişilerin bilişsel esnekliğinin düşük olduğu tahmin edilmektedir. Bu ifadeler ışığında algılanan ebeveyn tutumları ve bilişsel esnekliğin aleksitimiye etkilediği tahmin edilmektedir.

Sifneos tarafından 1970 yılında tanımlanan “aleksitimi” terimi duyguları tanımlama ve açıklama konusunda yetersizlik ile karakterize kişilik oluşumudur. Aleksitimili bireylerin psikolojik gerçeklikleriyle alaka düzeyleri düşüktür ve robota benzer şekilde mekanik bir hayat tarzları vardır. Aleksitimik semptomlar “psikojenik ağrı, madde kötüye kullanımı, stres ve depresyon” vb. beden ve ruh sağlığı sorunu olan bireylerde de görülebilmektedir. Yapılan çalışmalarda duygularını ifade edemeyen bireylerin psikosomatik rahatsızlıklara yatkınlığı tespit edilmiştir (Koçak, 2002).

Psikolojik iyi oluşu etkileyen faktörlerden biri de duyguları ifade edememektir (Rief ve ark., 1996). Aleksitimi, duyguları düzenlemedeki güçlükleri ifade eder ve depresyon, kaygı ve somatizasyon gibi psikopatolojik belirtilerle yüksek oranda ilişkili bulunmuştur (Honkalampi ve ark., 2000). Ancak aleksitimi ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkiye aracılık eden zayıf ilişki işleyişi dahil başka faktörler de olabilir (Holder ve ark., 2015). Foran ve O’leary (2013) tarafından yapılan bir çalışmada, düşük sosyal destek, yakınlık, ilişki doyumsuzluğu ve olumsuz ilişki davranışları gibi ilişki bozukluklarının aleksitimi ve depresyon arasındaki ilişkiye aracılık ettiği görülmüştür. Ayrıca başka bir çalışmada romantik ilişkilerin kalitesiz olması bu ilişkiye aracılık etmektedir (Holder ve ark., 2015).

Anskiyete, stres vb. ruhsal etkenlere bir reaksiyon olarak bruksizm gelişimi kanısı son zamanlarda daha yaygın olmaktadır (Veznedaroğlu, 1996). Depresyon, kaygı ve stres koşullarında bireyin ilgisi vücuduna yönelebilmekte ve olağan durumlar çok problem üretici şekilde algılanabilmektedir. Bruksizm etiyojisi çerçevesinde, güncel olarak “dental, sistemik ve ruhsal” etkenler yoğunlukla değerlendirilmektedir (Kato ve ark., 2001).

Anksiyete ve stres düzeylerinin yüksek olmasıyla ilişkili olarak “agresif, kontrolcü ve kompulsif” niteliklere sahip bireyler, bruksizm geliştirmeye daha meyilli olmaktadırlar (Takemura ve ark., 2006). Stres, farklı araştırmacılara göre uyku bruksizminin etiyolojik nedenlerinden biri olmaktadır. Stresle baş etme, kişinin bir stres faktörünü değerlendirme stratejisidir. Baş etme stilleri kişiye özeldir ve rahatsızlık, cinsiyet, yaş vb. etkenlerle birlikte farklılık gösterebilmektedir (Ağargün ve ark., 2005). Bazı bireylerde strese dayanıklılık daha az olması sebebiyle bu bireylerde stresin oluşturduğu ruhsal ve bedensel sonuçların yansımaları daha yoğun görülmektedir.

Depresyon insanlarda başlangıçta stresli bir yaşama maruz kalma nedeniyle ortaya çıkar, çünkü diğerlerinde depresyonun birincil faktörü genetik duyarlılıktır. Psikolojik, biyolojik ve sosyal etmenlerin işlevi insanın ötesinde ve yaşam süresi boyunca değişebilmektedir. Depresyon ile yaşam olaylarını denemek arasında karşılıklı bir bağlantı olduğunu keşfetmek, nedensellik üzerine daha fazla çalışmayı motive edecektir. Ayrıca stres genellikle depresyon atağından önce geldiğinden ötürü depresyon için bir "risk faktörü" olarak adlandırılmaktadır (Blazer ve ark., 1994).

Kişilik tipleri ve stres ile bruksizm arasındaki ilişki, psikososyal teoriye göre anlamlılık taşımaktadır. Stresin diş sıkmanın şiddeti ve sıklığını arttırdığı varsayılmaktadır. Bruksizm ile kişilik özellikleri arasındaki ilişki de birçok kişisel raporlara ve anketlere dayalı yapılan çalışmalarda; bruksizimli hastaların daha endişeli, agresif ve hiperaktif oldukları belirlenmiştir (Fischer ve O'Toole 1993; Kampe ve ark., 1997).

Araştırmanın Konusu

Araştırmanın amacı bruksizmin duyguları tanıma düzeyleri, anksiyete ya da depresyon gibi psikolojik etkenler ve kişilik özellikleriyle arasında ilişkisini araştırmaktır.

Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı bruksizm rahatsızlığı bulunan bireylere ait yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum vb. sosyodemografik etkenler de baz alınarak, bu kişilere uygulanacak olan anket ve ölçekler aracılığıyla bruksizmin duyguları tanıma düzeyleri,

anksiyete ya da depresyon gibi psikolojik etkenler ve kişilik özellikleriyle arasında ilişkisini araştırmak ve varsa ilişki düzeylerini saptamaktır.

Araştırmanın Problemi

Bu araştırmada “bruksizmin duyguları tanıma düzeyleri, anksiyete ya da depresyon gibi psikolojik etkenler ve kişilik özellikleriyle arasında ilişki var mıdır?” sorusuna cevap aranacaktır. Belirtilen amaca bağlı olarak oluşturulan alt problemler (hipotezler) şu şekildedir:

- Bruksizmin, anksiyete ve stres etkisiyle artması beklenmektedir.
- Depresyonun bruksizmi arttıran etkenler içerisinde yer aldığı düşünülmektedir.
- Bruksizmin, kişilik özellikleri açısından ele alındığı zaman içe dönük bireylerde görülme sıklığının daha fazla olması beklenmektedir.
- Duyguları tanıma düzeyleri düşük olan bireylerde, psiko-somatizasyon olarak bruksizm görülme sıklığının artması beklenmektedir.

Araştırmanın Önemi

Bugüne kadar yapılan çalışmalarda kişilik özellikleri (nevrotik içe dönük ve dışa dönük), anksiyete, depresyon ve bruksizm arasındaki ilişkiler incelenmiş olup, yapmayı planladığımız çalışmada bu ilişkilerin duyguların ne olduğunu anlama kapasitesi üzerinden değerlendirilmesi planlanmaktadır. Bruksizme diş hekimlerinin semptomları gidermek üzere yaptığı tedavilere ek olarak psikoloji alanında yapılan terapötik yaklaşımlar multidisiplinel olarak incelenip, ayrıca bruksizme sebep olan etiyolojik faktörler psikolojik açıdan değerlendirilecektir.

Araştırmanın Yöntemi

Çalışma için belirlenmiş olan Esendent Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi’ne 15 Haziran – 31 Ağustos arasında başvuran hastalar çerçevesinde aydınlatılmış onam formu alınmasını takiben bruksizm (diş sıkma) problemi olanlar belirlenip aşağıda belirtilen anket ve

ölçekler yardımıyla elde edilecek sonuçlar üzerinden değerlendirme yapılması planlanmıştır.

- Sosyodemografik Bilgilendirme Formu
- Eysenck Kişilik Anketi
- Toronto Aleksitimi Ölçeği
- Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçekleri

Varsayımlar

- Katılımcılar sorulara gerçek verilerle, gerçek duygu ve düşüncelerini aktaracak şekilde samimiyetle cevap vermişlerdir.
- Örneklem grup, evreni temsil eder niteliktedir.
- Kullanılan ölçekler ve demografik bilgi formları geçerli ve amaca uygundur.

Sınırlılıklar

Çalışmanın yapılacağı yer Esendent Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ve tarih 15 Haziran – 31 Ağustos süreciyle sınırlandırılmıştır. Araştırmanın kısıtlılığı belirlenen tarih ve yer kapsamında diş sıkma şikayetiyle başvuracak kişi sayısının önceden belirlenememesidir.

BÖLÜM 1: KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Bruksizm

1.1.1 Bruksizm Hakkındaki Temel Bilgiler

Bruksizm temelde “uyku esnasında ya da gündelik yaşamda çiğneme kaslarının faaliyetleri sonucunda oluşan diş sıkma ve gıcırdatmalar” şeklinde tanımlanabilmektedir. Diş sıkma sorunu, çiğneme kaslarının kasılması yoluyla meydana gelen ve süreklilik arz eden bir temas durumu şeklinde ifade edilirken; ağız içerisinde bir madde bulunmaması durumunda dahi düzenli bir çiğneme faaliyeti yürütülmesi söz konusu olduğunda, bu sorun diş gıcırdatması olarak ifade edilmektedir.

Yutkunma, çiğneme, konuşma vb. faaliyetlerin yürütüldüğü kompleks bir yapı olan çiğneme sistemi, temel yaşamsal işlevler açısından önemli bir yere sahip olmaktadır. Dişlerin anatomik yapısı, çiğneme gereksiniminin en uygun biçimde karşılanabilmesi amacıyla ve evrimsel ilerleyiş esnasında edinilen fonksiyonlar doğrultusunda başkalaşıma uğramıştır. Bu başkalaşımın bir neticesi olarak dişlerin karşıladıkları yükün değeri ve yoğunluğu ile birlikte diş dokularında ve destek dokularında problemler meydana geliş sürecelmektedir.

Bruksizmin tanımı konusunda fikir birliği yoktur, ancak bruksizmin birçok tanımı vardır. Bruksizm, dişleri kenetleme, diş sıkma ve gıcırdatmayı içeren gün içerisinde veya gece meydana gelen parafonksiyonel bir aktivitedir. Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi (2005) bruksizmi uyku sırasında diş gıcırdatma veya kenetleme ile birlikte diş aşınması, sesler veya başka bir rahatsızlığa bağlanamayan çene kası rahatsızlığı olarak tanımlamaktadır (Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi, 2005). Protez terimleri sözlüğüne göre, bruksizm dişlerin parafonksiyonel gıcırdatılmasıdır ve alt çenenin çiğneme hareketleri dışında istemsiz ritmik veya spazmodik işlevsiz diş gıcırdatma veya sıkma şeklinde oluşan oral alışkanlık okluzal travmaya neden olabilmektedir. Etiyolojik yaklaşımda ise bruksizm birincil ve ikincil olarak ikiye ayrılmaktadır. Tıbbi bir nedenin yokluğunda, birincil bruksizm biçimleri arasında gündüz diş sıkma ve uyku bruksizmi bulunur. Sekonder bruksizm formları ise nörolojik, psikiyatrik veya uyku bozuklukları veya ilaçların kesilmesi ile ilişkilidir. Uyanırken ortaya çıkan bruksizm, uyku bruksizminden ayırt

edilmelidir, çünkü iki durum farklı koşullar altında ortaya çıkar ve farklı antiteler olarak kabul edilirler (Protez Terimleri Sözlüğü, 2005).

Kaslarda bir sebebe bağlı olmaksızın meydana gelen ve dokuları zedeleme ihtimali taşıyan istemli kasılmalara “parafonksiyon” denilmektedir. Diş sıkma ve diş gıcırdatma olguları buna örnek verilebilmektedir (Robert, 1997). Parafonksiyonların meydana geliş seyrek olduğunda bunun bir standart olarak görülmesine karşın, sürekli ve yineleyici bir durumda oluşmaları ise patolojik neticeler doğurabilmektedir. Bruksizm bazı hallerde fizyolojik olgu şeklinde ifade edilirken bazı hallerde ise patolojik biçimde değerlendirilmektedir. Bunun bir neticesi olarak tanımsal çeşitlilikler göstermektedir. Örneğin Amerikan Orofasiyel Ağrı Akademisi’nce yapılan tanımlamada bruksizm gündüz ya da gece diş sıkma ve gıcırdatmalar biçiminde meydana gelen parafonksiyonlar olarak belirtilirken; periodontal doku zedelenmesine, dişlerde korozyona, temporomandibular eklem ve çiğneme kaslarında oluşan zararlara sebep olan en tahripkâr parafonksiyonel faaliyet şeklinde ifade edilmektedir. Buna karşın Amerikan Uyku Tıbbi Akademisi ise gündüz bruksizmini gece bruksizminden ayırarak parafonksiyon kapsamında değerlendirmiş, bunun yanında gece bruksizmini de diş sıkma ve diş gıcırdatmalar şeklinde açıklamış ve parasomnia sınıfı kapsamında değerlendirmiştir (Thorpy, 1990).

Bir kısım kaynaklar bruksizmi çiğneme faaliyetinin istemsiz, zaman zaman ya da düzenli bir şekilde dişlerde sıkma ve/veya gıcırdatma şeklinde fonksiyonel olmayan bir yapıda, uzun süreçlerle diurnal ya da nokturnal olarak süreklilik arz etmesi yönleriyle tanımlamaktadır. Bazı kaynaklarda ise bruksizm çiğneme kaslarının yutkunma ve çiğneme işlevlerinin istem dışı şekilde yerine getirilmesi ile nitelenmektedir. Güncel olarak en yaygın kabul gören bruksizm tanımı Kato ve arkadaşları tarafından yapılan “Aşırı kuvvetlerle ve istemsiz şekilde, alt ve üst dişlerin uzun süreli statik teması veya faal biçimde birbirlerine sürtünmeleriyle meydana gelen gözetim ya da tedavi icap eden vaka” tanımlaması olmaktadır. Bu tanımlamanın diğer tanımlamalardan ayırt edici yanı bruksizm parafonksiyonunun temel açıklamasının yanında “gözetim ve tedavi icap eden vaka” olduğunun özellikle vurgulanmasıdır (Nadler, 1957; Attanasio, 1997).

Bruksizm karakterize olarak çoğunlukla beş dakikalık zaman dilimleriyle bütün bir uyku süreci içerisinde bir buçuk saate varan dişlerde statik temas ya da ketlenme biçiminde

ifade edilmektedir. Ancak bu yaygın kabul gören karakterizasyon, klinik incelemelerde merkeze konacak kadar bir kriter kabul edilmediğinden ötürü bruksizmin yoğunluğu alanında gerçekleştirilmiş olan çalışmalarda alınan sonuçlarda farklılıklar görülebilmektedir (Robert, 1997).

Bruksizimli bireyin bruksizmi kendisinin fark etmesi nadir yaşanan bir durum olup, daha ziyade düzenli muayene esnasında belirlendiği göz önünde bulundurulduğunda, klinik semptomların erken teşhisinin çok mühim olduğu söylenebilir.

1.1.2. Gündüz Bruksizmi (Diurnal Bruksizm) ve Gece Bruksizmi (Nokturnal Bruksizm)

Bruksizm günün farklı zaman dilimlerinde görülebilmektedir. Oluşturabilecekleri patolojiler ve uygulanan yüklerin farklılığı açılarından gündüz bruksizmi (diurnal bruksizm) ve gece bruksizmi (nokturnal bruksizm) arasında bir ayrışma söz konusudur. Uyku esnasında gerçekleşen bruksizm (sleep bruksizm) ya da uyku parasomniası (arousal phenomeon) ismini almaktadır. Diurnal bruksizm genellikle diş sıkması biçiminde gerçekleşmektedir. Buna karşın nokturnal bruksizm hem diş sıkma hem de diş gıcırdatmalarını kapsamaktadır (Kato ve ark., 2003; Lobbezoo ve ark., 2006).

Gündüz ya da gece bruksizmi bakımından herhangi bir ayrım gözetilmeksizin yapılan bir incelemede, diş sıktığı ya da gıcırdattığına dair bir farkındalık içerisinde olan erişkin birey oranının %8-10 aralığında olduğu tespit edilmiştir (Lavigne ve ark., 2005). Yalnızca diurnal bruksizmin farkında olan hastaların oranı %19,2 iken bu durum nokturnal diş sıkmada %9,6, nokturnal diş gıcırdatmadaysa %8-16 oran aralığında görülmüştür (Gross ve ark., 1988; Lavigne ve ark., 1994). Yaş yükseldikçe yoğunluğun %5 oranına düştüğü bildirilmiştir (Cheifetz ve ark., 2005).

Genellikle diş sıkma gün içerisinde yaşanan parafonksiyonlar olsa dahi uyku esnasında yaşanan parafonksiyonlar hem diş sıkma hem de gıcırdatmayı içermektedir. Uyurken gerçekleşen parafonksiyonların derin evreden hafif evreye dönüş anında meydana geldiği ifade edilmektedir. Uyku problemi bulunan ve sık sık uyanmak durumunu yaşayan bireylerde bruksizmin daha sık görüldüğü saptanmıştır (Bader ve Lavigne, 2000). Literatürde bruksizmin uykunun REM evresinde gerçekleştiğini öne süren çalışmaların yanı sıra, hafif ve derin uyku evrelerinin her ikisinde de bruksizm görülebileceğini iddia

eden araştırmalar da mevcuttur (Reding, 1964). Ancak iki evrede de görülebileceğini belirten araştırmalar dahi ağırlıklı olarak REM uykusunda bruksizm gerçekleştiğini ifade etmiştir. Güncel olarak hangi uyku aşamasında bruksizmin meydana geldiği hala netlik kazanmamıştır (Ware ve Rugh, 1988).

Uykunun REM evresinde çığneme kasları ile alakalı çalışmada süreklilik arz eden kas kasılmalarına hafif uyku evresine nazaran daha yoğun rastlanmaktadır. REM uyku evresinde gerçekleşen diş gıcırdatmalarının çığneme mekanizmasında hafif uyku evresine göre daha sık semptom gösterdiği belirtilmiştir (Ware ve Rugh, 1988). Uyku esnasındaki pozisyonun bruksizmle alakası temelinde gerçekleştirilen incelemelerde yan yatış pozisyonunun, sırtüstü yatış pozisyonuyla kıyaslandığında bruksizme daha az yol açtığı öne sürölmektedir (Bader ve Lavigne, 2000).

Bazı araştırmalar süreç uzunluğu açısından diş gıcırdatmasının bireyden bireye farklılık gösterdiğini, bireyin kendinde de değişken olabildiğinin altını çizmiştir. Saat başına kırk saniye uzunluğuyla ortalama diş gıcırdatma süreci ifade edilmiştir. Trenouth (1979), temporomandibular eklem sorunu bulunan bireylerin dişlerinde, uyku esnasında 8 saat içerisinde 38 dakika 42 saniye temas gerçekleştiğini, temporomandibular eklem rahatsızlığı bulunmayan kişilerdeyse bu sürecin yalnızca 5 dakika 24 saniye temas olarak ölçöldöğünü öne sürmüştür (Trenouth, 1979).

Gece bruksizmi esnasında meydana gelen çığneme kuvvetleri, olağan çığneme esnasında meydana gelen çığneme kuvvetlerinden daha çoktur. Uyku halinde diş gıcırdatılma esnasında aktarılan kuvvetler, diş sıkma esnasında meydana gelen kuvvetlerin yalnızca %60'ı miktarında olmaktadır (Reding, 1964).

Geçmişten günümüze dek yapılan araştırmalar diurnal ya da noktöurnal bruksizimli bireylerin parafonksiyonel faaliyet açısından yalnızca %5 ila %20 oran aralığında bir bölümünün bilinçlilik halinde olması sebebiyle tanı koyarken şikâyet ya da sorgulama üzerine olduğundan ziyade klinik bulgular kapsamında hareket edilmesinin gereklilik ve önemini vurgulamıştır. Elde edilen veriler göstermektedir ki bruksizm rahatsızlığı bulunan kişilerin büyük kısmı diş sıktığının ya da gıcırdattığının farkına varmazken, hekimler klinik muayene esnasında yaptıkları sorgulamanın ötesinde oral semptomlara da gerekli özen ve hassasiyeti göstermek durumundadırlar.

1.1.3. Bruksizmin Prevalansı

Bruksizm prevalansına ilişkin veriler, farklı araştırma yöntemlerinin kullanılması, çalışma tanımları, klinik kriterler ve popülasyon örnekleri nedeniyle değişiklik göstermiştir. Nüfus genelinde uyanık halde görülen bruksizm prevalansı yaklaşık yüzde yirmi iken, uyku bruksizmi prevalansında bu rakam yüzde sekize gerilemektedir (Ohayon ve ark., 2001). Bruksizmin görülme sıklığı yüzde sekiz ila on aralığındayken, bu oran çocuklarda yüzde sekiz ila otuz sekiz gibi geniş bir aralığa dağılım göstermektedir (Simola ve ark., 2010). Uyku sırasında ortaya çıkan diş gıcırdatma şikayetleri zamanla azalarak çocuklarda yüzde on dört, erişkinlerde yüzde sekiz ve 60 yaş üstü hastalarda ise yüzde üçe düşmektedir (Lavigne ve ark., 1994). Cinsiyetler arasındaki dağılıma ilişkin veriler değişkenlik göstermektedir. Bazı çalışmalar kadınlarda parafonksiyon prevalansının daha yüksek olduğunu gösterirken, bazı çalışmalar ise cinsiyetler arasında bruksizm semptomlarının prevalansında herhangi bir farklılık olmadığını öne sürmektedir (Paesani, 2010). Yaş arttıkça ise prevalansın düşüşü öngörülmekte olmasına karşın, farklı kaynaklarda yüzde beş ila yüzde doksana altı arasında çok geniş bir dağılım ve değişkenlik göstermekte olup, çiğneme ve yutkunma dışında oluşan tüm diş temaslarının görülme sıklığının bu çapta bir aralığa tekabül etmesinin muhtemel sebepleri arasında yapılan çalışmalarda yararlanılan yöntem, belirlenen ölçütler ve vaka çeşitliliği sayılabilirken, sonuç itibarıyla bu geniş dağılım ilerleyen yaşlardaki bruksizm prevalansı açısından kesin bir yargıya varılmasını engellemektedir (Attanasio, 1991).

Bazı çalışmalar bruksizmin nüfus genelinde yüzde doksana varan oranlarda meydana geldiğini göstermektedir. Bu nedenle, bruksizmin gerçek yaygınlığının belirlenmesi zordur çünkü bu mandibular parafonksiyonel davranış çoğu kişi tarafından bilinçdışı bir düzeyde gerçekleştirilir. Bu sınırlılık nedeniyle bireydeki bruksizmin fark edilmesi, bireyin dişleri sıkarken veya gıcırdatırken çıkarabileceği seslerin neticesinde çoğunlukla aile üyesine veya oda arkadaşına veya yatak partnerine bağımlı durumdadır (Attanasio, 1997). Yakın zamanlarda patolojik düzeyde sayılabilecek bruksizm prevalansı yüzde on ile ifade edilmişse de klinisyenlerin genel kanısı bu rakamın düşük olduğu yönündedir (Lobbezoo, 2004). Bruksizmin alt bileşenleri olan diş sıkma ve diş gıcırdatma olguları bazen birbirlerinden bağımsız biçimde ortaya çıkabilmektedirler. Örneğin diş sıkma görülen bireylerde diş gıcırdatma görülmemesi oranı yüzde yirmi iki ile ifade edilirken, bu oran erkeklere nazaran kadınlarda daha yüksektir. Bruksizm prevalansı

temporomandibular eklem problemi yaşayan bireylerde yüzde yirmi altı ila altmış altı aralığındadır (Carlsson ve Leresche, 1995).

1.1.4. Bruksizmde Etiyolojik Etkenler

1.1.4.1 Nörolojik Etkenler

Bruksizm oluşturan sebepler arasında nörolojik etkenlerin yer alabileceği görüşünü ispat etmek maksadıyla gerçekleştirilen çalışmaların bir bölümü, gece bruksizminin uyku esnasında meydana gelen gerginlik nedeniyle merkezi sinir sisteminden kaynaklandığını öne sürmektedir. Fakat gece bruksizmine tesir eden sinirsel epizotların, sinirsel işleyişe ne denli tesir ederek bruksizm meydana getirebileceği ise netliğe ulaşmamıştır (Kato, 2003).

1.1.4.2 Psikososyal Etkenler

Kişilik yapısı ve stres faktörlerinin bruksizme sebep olmada hatırı sayılır bir pay sahibi olduğu fikri psikososyal yaklaşımın temelini oluşturur. Gündelik hayattan kaynaklanan stres, diş gıcırdatma ve sıkmadaki süreklilik ve şiddet üzerinde etki sahibidir. Fakat bruksizm rahatsızlığı bulunan kişilerde net bir karakteristik yapıdan söz edilememektedir. Bruksizm problemi yaşayan kimselerin, bazı bireysel bildirge ve anketler aracılığıyla yapılan incelemeler doğrultusunda anksiyete, agresyon ve hiperaktivite problemlerini de beraberinde barındırıyor olduğu sonucuna varılmasının yanı sıra, Reading ve arkadaşları (1966) özgün bir bruksist karakter saptamanın imkânsız olduğu neticesine ulaşmışlardır (Reading ve ark., 1966).

Ramfjord (1961) bruksizm etiyolojisinde nevrotik gerilimlerin rolünü göstermektedir. Stres ve kişilik, uzun yıllardır bruksizmin etiyolojisinde yer almaktadır. Ancak bu psikolojik faktörlerin etiyolojiye olan katkılarının kesinliği tartışma konusu olmaya devam etmektedir.

Olkinuora (1972) tarafından yapılan bir anket çalışması, bruksizm problemi yaşayan bireylerin duygusal olarak değişken kabul edilebileceğini ve daha fazla psikosomatik bozukluk geliştirme eğiliminde olduklarını göstermiştir. Kişilikleri, mükemmeliyetçilik, artan öfke ve saldırganlık eğilimi ile karakterize edilmiştir (Olkinuora, 1972). Bu bulgular

daha sonra Kampe ve arkadaşları (1997) tarafından bir grup bruksizimli bireyin aynı zamanda daha fazla kaygı sergilediği saptanarak desteklenmiştir. Ayrıca bruksizm rahatsızlığı bulunan okul öncesi dönemdeki çocuklarda komorbid olarak artan miktarda saldırganlık ve somatizasyon da bulunabilmektedir. Bununla birlikte, psikolojik rahatsızlığın boyutu için özel bir anketin kullanılması, yüz ağrısı olan bir hasta popülasyonunda bruksizimli olanların bruksizimli olmayanlardan farklı durumda olmadığını göstermiştir (Kampe ve ark., 1997).

Nicholson ile arkadaşları (1999) bruksizmde bireylerin duygusal faaliyetlerini ve tutumlarını belirleyen limbik sistemin katkısına vurgu yapmışlardır. Duygusal gerginliğin limbik ögeler ve hipotalamusa tesiriyle birlikte gamma motor nöron sistemi harekete geçirdiğini ve dolayısıyla gereği olmayan bir biçimde retiküler formasyon kas faaliyetlerini yükseltmenin sonucunda bireylerde parafonksiyon oluşumuna sebebiyet verdiğini ifade etmişlerdir. Ruhsal açıdan bruksomanlar incelendiğinde, bu bireylerin stresli, çabuk sinirlenen ve hiperaktif nitelikler taşıdıklarının belirlenmesi, limbik sistemin tetikleyici olduğu fikrini uyandırmaktadır (Nicholson ve ark., 1999).

Bruksizm etiolojisinde psikolojik faktörlerin rolüne yönelik çalışmalarda elektromiyografi veya polisomnografi nadiren kullanılmıştır. Rugh ve Robbins (1982) tarafından açıklanan elektromiyografi vaka çalışmasında, 6 aylık bir süre boyunca genç bir kadının çiğneme elektromiyografik aktivitesi sürekli olarak kaydedilmiştir. Örneğin sınavların ve partneriyle kavgaların neden olduğu artan stres zamanlarında, uyku ile ilgili monomelik amyotrofisinde bir artış geliştirmiştir. Bununla birlikte, bu bir vaka olmayı sürdürmektedir ve bu ilişki, bruksizimli gruplarda daha az belirgin durumdadır (Rugh ve Robbins, 1982). Çalışmalarda stres düzeyini arttıran sorulara cevap aranmasıyla bireylerdeki kas sıkışmalarının çoğaldığı elektromiyografik hesaplama yoluyla belirtilmiş, fakat yaklaşımın doğruluğu hakkında net bir saptama yapılamamış, bu sebeple de değerlendirme sonucu ihtimal olarak açıklanmıştır. Psikososyal etkenlerin bruksizmde ciddi bir tesiri bulunmadığı görüşünün yanı sıra Ohayon ve arkadaşları (2001) kalabalık bir nüfusu barındıran çalışmalarında yoğun stresli hayatın gece bruksizminde kritik bir etkisi olduğunu öne sürmüşlerdir (Ohayon ve ark., 2001). Bir diğer boylamsal çalışmada da gündüz bruksizminde stresin ciddi bir etken olduğu ifade edilmiştir (Van Selms ve ark., 2004).

Freud’a göre insanlarda ağız kavitesi, cinsel psikoloji ve tutumların oluşmasında ciddi bir pay sahibidir. Haz almanın yanı sıra diş gıcırdatma ve sıkma da ağız kavitesi gerilim düşürücü bir rol oynamaktadır. Bruksizmin nedenleri arasında stres vb. ruhsal faktörlerin etkisel boyutu günümüzde de kesin ve net bir biçimde ifade edilememiştir. Araştırmacılar bruksizmin kaygı ve gerilime bir çeşit bedensel tepki olduğu fikri üzerinde durmaktadırlar. Fareler üstünde yapılan incelemelerde fos protein markırlarından yararlanılmış ve ısırma esnasında hipotalamik paraventiküler nükleus’ta pERK 1/2’nin eksilmesi, akut stres durumunda diş sıkma meydana geldiğinin saptanmasına yarayan semptom olmuştur. Buna karşın psikososyal etkenlerin bruksizm etiyolojisi üzerinde etkisinin oldukça az ve insandan insana değişkenlik gösterir nitelikte olduğu fikri hâkim durumdadır (Sasaguria ve ark., 2005).

Pierce ve arkadaşları (1995) stres ve bruksizm arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Bruksizm görülen bireyden, stres raporundan önceki gece (beklenen stres) ve raporu takip eden gece boyunca alınan elektromiyografik kayıtlarla ilişkili olarak toplamda yüz kadar bruksizimli bireyde kendi bildirdiği stres (mevcut stres) miktarını araştırmışlardır. Bu kayıt işlemi toplam on beş gece sürmüştür. Hem öngörülen stres hem de mevcut stres için, sadece sekiz kişide bruksizm ile anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. Numunenin tamamı için, stres ve bruksizm arasında hiçbir ilişki gösterilememiştir. Son olarak, uyanıklık ve tepki süresine yönelik polisomnografik bir çalışmada, uyku esnasında bruksizm görülenlerde kaygı düzeyinin arttığı bulunmuştur. Anksiyete, bu çalışmada istatistiksel anlamlılığa ulaşan tek psikolojik sonuç değişkeni olmuştur. Bruksizm etiyolojisinde psikolojik faktörlerin rolü net değildir. Görünüşe göre bu rol bireyler arasında farklılık göstermekte ve muhtemelen daha önce varsayılandan daha düşük etkide olmaktadır (Pierce ve ark., 1995).

Literatürde stres faktörünün gündüz bruksizminden ziyade gece bruksizmine patofizyolojik açıdan tesir ettiği kanısı da mevcuttur fakat bu fikir hakkında bilimsel delil sunulamamıştır. Gece bruksizminden muzdarip kişilerde psikolojik etkenlerin tesir düzeyini ifade edebilmek maksadıyla uyku merkezlerinde denetimli araştırmalara gereksinim duyulduğu ifade edilmiştir (Lavigne ve ark., 2005).

1.1.4.3 Patofizyolojik Etkenler

Patofizyolojik açıdan bruksizm incelenerek yayınlanmış literatürde yaygın olarak bruksizm ve uyku bağlantısı üzerinde durulmuştur. Bruksizmin daha çok uyku esnasında oluşması ve fizyolojik açıdan bu durumun kritik bir etken olduğu hipotezinden hareketle uykunun bruksizme tesir etmesiyle ilgili incelemeler çoğalmaktadır. Araştırmaların büyük kısmının bu yönde yapılması bruksizm patofizyolojisi üzerinde uykunun, sebep olucu etkenler içerisinde değerlendirilmesi düşüncesinin yaygınlaştığını gözler önüne sermektedir (Lavigne ve ark., 2005).

Kato ve arkadaşları (2001) gece bruksizminin mikro uyarılma aşamasında oral motor farklılık sebebiyle meydana gelebileceğini, otonomik dönüşümlerin ve beynin kortikal faaliyetinin çiğneme mekanizmasını harekete geçirerek gece bruksizmini meydana getirdiğini ifade etmişlerdir. Kontrol grubuna kıyasla bruksomani sorunu yaşayanların yavaş dalgalı uykularının azlığı ve bu aşamada bruksizm görülme oranının da düştüğü tespit edilmiştir (Kato ve ark., 2001).

Uyku esnasında gerçekleşen yavaş göz hareketleriyle bruksizm epizotlarının birbirleriyle alakalı olduğu ifade edilmiştir. Yine elektromiyografi cihazları yardımıyla gerçekleştirilen incelemelerde noktürnal bruksizmin düzenli çiğneme kas aktivitesi esnasında meydana geldiği bulunmuştur (Lavigne ve ark., 2001). Noktürnal bruksizmin kesin bir etiyolojiye sahip olmamasının yanında, fizyopatoloji yönüyle uykuda kesintilerin olduğu aralıklarda “serebral” ve “otonomik” sinir sisteminin yeniden faal duruma geçmesiyle gerçekleştiği düşünülmektedir. Fakat noktürnal bruksizmin yegâne bir etkenden kaynaklandığını öne sürmek yetersiz kalacağı gibi kişiden kişiye değişiklikler göstereceği de hatırlanmalıdır (Carra ve ark., 2011).

Bruksizm üzerinde, horlamaya benzer şekilde uyku kalitesinin etkisi vardır. Ohayon ve arkadaşları (2001), tıkalı uyku apnesi ve horlama sendromları bulunan bireylerde bruksizm görülme ihtimalinin yükseldiğini, uyku bozukluğu neticesinde bu durumun oluştuğunu belirtmişlerdir (Ohayon ve ark., 2001).

Uyku bozukluklarının saptanmasında kullanılan uyku testlerinden (polisomnografi) sıklıkla yararlanılması, bruksizmde merkezi etkenlerin öneminin belirlenmesi temelinde gerçekleştirilen incelemelere yeni bir bakış açısı kazandırmıştır. Polisomnografik incelemelerde yararlanılan “minimum ses oluşturan 2 bruksizm epizodu, uyku esnasında

saat başı dört kereden çok bruksizm epizodu, saatlik 25'in üzerinde diş gıcırdatmanın oluşması, tüm epizotlardaki 6 düzenli çiğneme kas faaliyeti ya da bruksizmde rastlanan kas faaliyetinden düşük seyirdeki elektromiyografik faaliyet" vb. kriterler bulunmaktadır. Bu kriterlerden yararlanılarak yapılan çalışmaların spesifikliğı %94 ve duyarlılığı %72 oranları taşıdığından yola çıkılarak, söz konusu kriterler uyku testleri vasıtasıyla gerçekleştirilen incelemelerde altın standart niteliğinde sayılmaktadır. Bütün bu çalışmalar neticesinde gece bruksizminin, merkezi etkenler etkisini destekler nitelikte olduğu belirlenmiştir (Kato ve ark., 2003).

Noktürnal bruksizmle alakalı araştırmalarda uykudan kaynaklanan düzenli çiğneme kası faaliyetinin erişkin bireylerde %60'a yakın bir oran taşıdığı açıklanmıştır. Noktürnal bruksizme ait kesin tanı kıstaslarına sahip bireylerin oranı çok düşüktür. Bu sebeple düzenli çiğneme kas faaliyeti uykuyla standart bir bağa sahip bir motor aktivite biçiminde görülmektedir. Psikolojik, nörolojik ve benzer etiyolojik etkenlerin bir veya birden çoğunun çiğneme kas faaliyetlerinin şiddet, devamlılık ve yoğunluğunu yükselterek nöktürnal bruksizme sebep teşkil ettiği belirtilmiştir. Bruksizm için etiyolojik açıdan çok sayıda faktörden oluşan "bruksizmi meydana getiren model" yaklaşımıyla uyumlu araştırmalara göre bruksizm periferik değil merkezi olarak oluşmaktadır. Bruksizmle "uyku esnasındaki pozisyon gastroözofagal reflü, özofagal PH'ın azaldığı epizotlar, uyku apnesi, yutkunma" vb. olguların bağlantısı da çalışmalarda incelenmiştir (Kato ve ark., 2003).

1.1.4.4 Merkezi Sinir Sistemi Kökenli Etkenler

Bruksizme sebep olan etkenlerden bir tanesi de beyin travmalarıdır. Bazı "bazal ganglia infarksiyonu, serebral palsy, down sendromu, epilepsi, huntington hastalığı, leigh hastalığı, meningokok septisemi, çoklu sistem atrofisi, parkinson hastalığı, travma sonrası stres bozukluğu, rett sendromu" vb. çeşitli psikiyatrik ve nörolojik rahatsızlıkların bruksizme neden olduğu ya da bu rahatsızlıklardan muzdarip insanlarda bruksizme de rastlandığı saptanmıştır (Manzano ve ark., 2004; Srivastava ve ark., 2002).

1.1.4.5 Morfolojik Etkenler

Bruksizm nedenleri arasında geçmiş en eskilere dayanan morfolojik etkenler olmaktadır. Çünkü bruksizm sebeplerine dair ilk olarak morfolojik etkenleri temel alan “oklüzal teori” ortaya atılmıştır. Oklüzal teori çerçevesinde normalin haricindeki oklüzal temaslar ya da orofasiyel kısmın kemiklerinde rastlanan farklılaşmalar merkeze alınmıştır. Oklüzal teori olağan dışı oklüzal temasların, dış çevresi dokularda mekanoreseptörleri tetikleyerek çene kapatma refleksini aktive etmesiyle meydana geldiğini öne sürer. Karolyi (1901) çiğneme yüzeyi çatışmalarının etiyolojik etkenler arasında görülmesi gerektiğini savunmuştur. Karolyi’ye göre nevrotik bireylerin dişlerinin oklüzal tabakasında rastlanan tüberkül keskinliklerine sebep olan olgu, diş gıcırdatmasıdır (Karolyi, 1901). Ramjford (1961) bu varsayımı destekleyerek oklüzyonun bruksizm üzerindeki etkisini savunmuş, bu yaklaşım giderek ünlenmiştir. Ramjford, bruksizmin etiyolojisinde nevrotik gerilimlerin de bir rolü olduğunu görse de bozukluğun başlamasından esas olarak belirli oklüzal özellikleri sorumlu tutmuştur. Ramjford, oklüzal düzenlemelerin (öğütme prosedürleri) her zaman bruksizmin ortadan kalkmasına yol açtığını bildirmiştir. Fakat Ramjford elektromiyografik incelemeyle yaptığı çalışmada kontrol grubu bulundurmadağı için, Karolyi’nin teorisine katıldığını ifade etmekle beraber bruksizmin üstesinden gelebileceğı düşüncesinden hareketle oklüzal aşındırmaları haddinden fazla uygulamıştır (Ramjford, 1961).

Bilimsel açıdan ispatlanmamış olsa da oklüzal kuram senelerce kabul görmüştür, fakat 1975’ten günümüze bruksizm hastaları üzerinde gerçekleştirilen elektromiyografik araştırmalardaki bulgularla birlikte oklüzal kuramın geçerliliğı tartışılır duruma gelmiştir. Rugh ve Ramjford (1984) oklüzal birincil çatışma alanlarının bruksizm üzerinde tesiri olmadığı, bilakis yapay birincil oklüzal çatışmaların elektromiyografik faaliyeti yüzde doksan düşürdüğünü bildirmişlerdir. Bu durumu dişlere aktarılan aşırı kuvvetin “nosiseptif refleks” yapısını harekete geçirmesi sonrası kasılmaların sonlanmasıyla ilişkilendirmişlerdir. Buradan hareketle de yüksek şiddette yüklerin bruksizm meydana getirmek değil de faaliyet sonlandırmak vazifesi gördüklerini belirtmişlerdir (Rugh ve Ramjford, 1984).

Oklüzal kuramın geçerliliğini hafifleten sebeplerden bir tanesi olarak oklüzal temasa rastlanılan kişilerde tedavi maksadıyla yapılan müdahalelerin bruksizmi tamamen

önleyememesi de sayılabilir. Yıllarca kabul görse dahi türlü incelemeler sonucu oklüzal teori kabul görmez bir niteliğe bürünüp, ortadan kalkmıştır. Başlangıçta kabul görmesinin sebebi, o dönemde EMG cihazlarının olmayışdır. Bruksizmin oluşma sebebinin tespiti amacıyla oklüzal kuramla hareket edilen incelemelerin büyük kısmı, erken oklüzal çatışmaları gerekçe olarak göstermemektedir (Demir ve ark., 2004).

Etiyolojik açıdan oklüzal temasların bruksizm üzerinde birincil konumda olmadığı incelemeler neticesinde ispatlanmıştır. Literatürün küçük bölümü morfolojik yaklaşımla oklüzal anomalilere odaklanmışken, çok büyük kısmı psikososyal ve tıbbi sebeplere eğilim göstermiştir. Bugüne dek aktarılan elektromiyografik araştırmalardan elde edilen ve oklüzal kuramın geçerliğini hafifleten neticelerin aksine, oklüzal aşındırmalara başvurmak yoluyla diş hekimlerinin bruksizmi iyileştirme çabaları sürmektedir. Bununla birlikte bir kısım medyanın bütün dişlerin restorasyonu ve oklüzal çatışmaların oluşturulmasıyla problemin kesin bir şekilde giderileceği vb. yaydığı dezenformasyonun gerçeklik bulamaması diş hekimlerinin sorumluluğundadır (Rugh ve Ramjford, 1984).

Bruksizmin sebepleri arasında görülen bir başka morfolojik etken ise çene-yüz kısmındaki anatomik problemlerdir. Miller ve arkadaşları (1998) yaptıkları çalışmada bruksizm rahatsızlığı bulunan bireylerde kondiler asimetriye rastlanma sıklığının, bruksizmi bulunmayan bireylere nazaran daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Bir başka çalışmada morfolojik açıdan bruksizm rahatsızlığı bulunan bireylerle bulunmayan bireyler arasında kafa ve yüzlerde ayırım olmadığı gösterilmiştir. (Miller ve ark., 1998).

1.1.4.6 Genetik Etkenler

Genetik faktörlerin bruksizme sebep oluşturabileceği fikrinin temelini, gece terörü ve uyku esnasında konuşma gibi rahatsızlıkları bulunan bireylerin bruksomani hastalarıyla kalıtsal açıdan benzerlik göstermesi oluşturmuştur. Gece bruksizmi bulunan kişilerin ailelerinde diş gıcırdatmaya da sıklıkla rastlanmaktadır. Hublin ve Kaprio (2003) kalıtım faktörünün bruksizmde ciddi bir payı olduğunu belirtmiş ve dört bine yakın ikiz bireylerle gerçekleştirdikleri soru-cevap tarzındaki araştırmalarında, kalıtım etkeninin gece bruksizmi üzerinde %39-64 aralığında kendine yer bulduğunu ve tek yumurta ikizlerinde gece bruksizmine rastlanma sıklığının daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Kalabalık

bir katılımcıyla gerçekleştirilmiş olan araştırmanın bulguları kalıtımın bruksizm etiolojisindeki önemini vurgulamıştır (Hublin ve ark., 2003).

Michalowicz ve arkadaşları (2000) ise bruksizm üzerinde yine 250 kadar ikiz katılımcıyla kalıtım faktörünü araştırmış fakat söz konusu bir tesirin bulunmadığını belirtmişlerdir. Günümüze dek noktürnal bruksizmin kalıtsal aktarımla ilişkisini kesinleştiren özgün bir gen tespit edilememiştir. Böyle olmasına rağmen konuya eğilim gösteren pek çok araştırmacı noktürnal bruksizmin kalıtsal olarak aktarıldığı konusunda hemfikirdir (Michalowicz ve ark., 2000).

1.1.4.7 Sistemik Etkenler

Bruksizm etiolojisinde sistemik nedenler üzerine bir literatür taraması yapıldığında “intestinal parazitler, beslenmede yetersizlik, alerji, hormonal rahatsızlıklar” vb. faktörlerin tesiri hakkında yayınlar bulunmasına karşın, bu etkenlerin işleyiş ve düzeyleri hakkında detaylı bilgiler verilmemiştir (Nadler, 1957).

1.1.4.8 İlaç Yan Etkilerinden Kaynaklanan Etkenler

Literatürde alkol, tütün, uyarıcı maddeler ve sistemsel rahatsızlıkları tedavide yararlanılan ilaçlardan kaynaklı etkilerin bruksizm oluşturduğuna dair pek çok yayın bulunmaktadır (Lavigne ve ark., 2005; Kato ve ark., 2003; Lobbezoo ve ark., 2006). Ekstazi ya da nikotin benzeri kullanımlarda merkezi sinir sisteminde dopamin artışı görülmesinden kaynaklanan bruksizme rastlanması da muhtemel olmaktadır (Lavigne ve ark., 1997). Miloseviç ve arkadaşları (1999) ekstazi bağımlılarında yüksek seviyede diş gıcırdatma sonrası dişlerde korozyon oluştuğunu belirtmişlerdir (Miloseviç ve ark., 1999).

Bruksizmde sigara kullanımının rolünün belirlenmesi amacıyla kıyaslamalı bir çalışma yürütülmüş ve sigara kullanan bireylerde kullanmayanlara kıyasla bruksizm görülme sıklığı iki misli olarak tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra sigara kullananlarda yine beş misli daha çok noktürnal bruksizm süreci yaşandığı saptanmıştır (Lavigne ve ark., 1997).

Alkolün de bruksizm üzerinde etkisi bulunmaktadır. Alkol alan bireyde hormonal değişimin (dopamin ve serotonin yükselmesinin) bir getirisi olarak bruksizm meydana

geldiği düşünülmektedir. Hartman (1979) incelemeye aldığı dört kişide bruksizm yoğunluğunun alkol etkisiyle arttığını saptamışsa da bunu takiben hayata geçirdiği plasebo-denetimli uyku laboratuvar araştırmasında alkolün bruksizme ciddi bir tesiri olmadığını gözler önüne sermiştir (Hartman, 1979). Çoğunlukla alkolün bruksizmi ilerlettiği kanısı hâkim olmasına karşın yapılan denetimli araştırmalar kesin kanaat oluşturmamaktadır.

Ohayon ve arkadaşları (2001) insanlarca kullanım oranı yüksek olan kafeinin bruksizme tesiri üzerine yaptıkları bir çalışmada katılımcılardan aldıkları cevaplar doğrultusunda kafein kullanımı yüksek olanlarda noktürnal bruksizmin yaygın olduğunu saptamışlardır. Fakat buna zıt olarak plasebo-denetimli araştırmalarda kafein kullanımı ve plasebo arasında karşılaştırma yapıldığında, bruksizmle alakalı olarak çiğneme kas hareketinde büyük bir ayrımın gözlenmediği belirtilmektedir (Ohayon ve ark., 2001).

Lobbezoo ve arkadaşları (1997) araştırmalarında bruksizm etiyojisinde merkezi nörotransmitter problemlerin önemi bulunduğunu bildirmişlerdir. L-dopa ve bromokriptin gibi bazı endokrin sistem ilaçlarının bruksizme engel olduğu fakat Parkinson görülen bireylerde sürekli bir L-dopa alımının bruksizmin çoğalmasına yol açtığını belirtmişlerdir (Lobbezoo ve ark., 1997).

See ve Tan (2003) yaptıkları araştırmada amfetamine bağımlılık taşıyan bireylerde devamlılık arz eden bir çiğneme ya da diş gıcırdatma aktivitesi saptamışlar, bu bireylerde tespit edilen bruksizmin bir çeşit amfetamin yan etkisi olma ihtimali taşıdığı üzerinde durmuşlardır. Amfetamin kullanan bireylerde bruksizme rastlanması, ilacın diş gıcırdatmaya sebep olduğunun belirteci durumundadır. Bu madde, dopaminin salgılanmasına yardımcı olarak yoğunluğu üzerinde pozitif bir etkide bulunmaktadır. Aşırı amfetamin alımı neticesinde meydana gelen diş gıcırdatması, dopaminden kaynaklanan bir sekonder bruksizm niteliğindedir (See ve Tan, 2003).

Antidepresanlar da bruksizme sebep olan ilaçlar arasında değerlendirilmektedir. Merkezi dopaminerjik sisteme tesir eden seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSGİ), dolaylı olarak bruksizmi tetiklediği görülmektedir. Bugüne dek fluoksetin, sertralin gibi SSGİ'lerin bruksizme tesirini inceleyen çok sayıda çalışma mevcuttur. Lobbezoo ve arkadaşları (2001) sürekli SSGİ alımının bruksizm meydana getirebileceğini açıklamışlardır. Bunun yanı sıra venlafaksin, sitalopram, fluvoksamin vb. ilaçlar

hakkında da bruksizme sebep olduğu bazı vakalar sonucunda ifade edilmiştir (Lobbezoo ve ark., 2001).

SSGİ ilaçların bruksizmi tetiklediği yönünde ortak bir kanıya varılmış olursa dahi bu düşünce denetimli araştırmalarla desteklenmemiştir. Gerek insan gerekse hayvanlarla gerçekleştirilen araştırmalarda bruksizmi yavaşlatan ya da harekete geçiren serotonin, adrenalin ve dopaminle ilintili çeşitli maddelerin saptanmasına karşın, bruksizmde SSGİ etkisi hakkındaki soru işaretlerinin tam olarak giderilmediği ve çoğunlukla vaka bulgularına göre hareket edildiği anlaşılmaktadır. Bruksizm etiyolojisindeki etkenler hakkındaki literatürün genelinde, bruksizmin tetikleyicisi olarak periferalden ziyade merkezi sinir sistemi üzerinde durulduğu görülmektedir.

1.1.4.9 Uyku Bozuklukları

Uyanma tepkisi, kişinin ya daha hafif bir uyku evresine geldiği ya da gerçekten uyandığı, uykunun derinliğindeki ani bir değişimdir. Böyle bir tepkiye, yana dönmek vb. kaba vücut hareketleri, elektroensefalografda K komplekslerinin görünümü (nispeten büyük genliğe sahip tek, iki fazlı potansiyeller), artmış kalp hızı, solunum değişiklikleri, periferik vazokonstriksiyonlar ve artmış kas aktiviteleri eşlik eder. Macaluso ve arkadaşları (1998) vakaların yüzde seksen altısında bruksizm epizotlarının bir uyarılma tepkisi ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bir uyarılma tepkisinin yukarıda belirtilen özelliklerinin yanı sıra, bruksizm epizodlarının yaklaşık yüzde sekseniyle ilişkili olarak istemsiz bacak hareketleri de mevcuttur. Bu gözlemler, bruksizmin uyarılma tepkisinin bir parçası olduğunu düşündürmektedir. Bu nedenle bruksizm, uyurgezerlik, kâbus görme, uykuda konuşma ve idrar kaçırmayı da içeren bir grup uyku bozukluğu olan parasomnialar arasında sınıflandırılabilir (Macaluso ve ark., 1998).

1.1.5. Bruksizmden Kaynaklanan Hasarlar

Diş sıkma ve gıcırdatmalar hem diş yapılarında hem de destek dokularda problemler meydana getirebilmektedir. Birdenbire, umulmadık şekilde yaşanabilecek travmalar karşısında diş ve diş çevresi dokular üzerinde koruyucu fonksiyon vazifesi görmekle yükümlü refleks mekanizması bulunmaktadır. Ancak söz konusu refleks mekanizması

kronik yük sürekliliğinden ötürü beklenen koruyuculuğu gerçekleştiremez. Bunun neticesi olarak dişlere sürekli ve uzun zamanlı olarak aktarılan yük miktarı diş çevresindeki dokuların tepki eşiğini yukarı çıkartarak koruma fonksiyonunu güçsüzleştirir. Bilhassa dişlere aktarılan yüklerin destek dokuların tolerans düzeyini geçmesinin bazı olumsuz sonuçları olabilmektedir. Bunlar arasında dokularda travma kaynaklı patolojik farklılaşmalar meydana getirmek suretiyle diş kayıpları gerçekleşmesi ve çiğneme mekanizmasında da işlevsel problemler oluşumu sayılabilmektedir.

Bruksizmin parafonksiyonları olan diş gıcırdatma ve diş sıkmanın bir bütün halinde değerlendirilerek vereceği hasarın da bütünsel açıdan incelenmesi, faaliyet ve sabitlik bakımından oluşturacakları patolojilerin birbirinden ayrı olması gerçeğini göz ardı etmek anlamına gelecektir. Diş sıkması, çene kapatıcı kaslarda olası bir kasılma hali mevcutken üstteki ve alttaki dişlerin karşılıklı durağan konumları; diş gıcırdatmasıysa üst ve alt tüm dişlerin üzerindeki anatomik çıkıntıların faal olarak karşılıklı ve sürekli biçimde birbirlerine sürtünmesi anlamına gelmektedir. Sentrik Bruksizm ve Eksentrik Bruksizm olarak da adlandırılabilir diş sıkma ve gıcırdatma olguları faaliyet ve verdikleri hasar yönleriyle birbirlerinden ayrılmaktadırlar. Diş sıkmalarda daha durağan yerleşimli çene faaliyeti söz konusuysa diş gıcırdatmalarında maksiller ve mandibuler dişlerin temas konumları devamlı suretle farklılık göstermektedir. Kaslardaki fizyolojik işlevlik açısından da diş gıcırdatma ve sıkma olgusu yine ayrı düşmektedir. İzotonik faaliyet gösteren kaslar sonucu diş gıcırdatmaya karşılık kasların izometrik kasılma faaliyetleri göstermesiyle diş sıkmalar oluşmaktadır (Christensen, 1981). Diş sıkma ve gıcırdatmalarda uygulanan gücün birbirinden ayrı olması durumu, ağız dahilindeki yumuşak dokuda ve sert dokuda meydana gelecek hasara da tesir etmektedir. Diş sıkmalar sonucunda çoğunlukla temporomandibular eklem dokularında bozulmalara ve çiğneme kası ağrılarına neden olmaktadır, gıcırdatmalarda ise bu durum dişlerde yüzeysel korozyonlar, çene ekleminde bozulmalarla birlikte ikincil anlamda periodontal problemlerin çoğalmasına sebep olabilmektedir.

Bruksizmin erişkin bireylerde kontraksiyon (kasılma) oluşturabilme ihtimali özelinde gerçekleştirilmiş elektromiyografik inceleme netice olarak göstermiştir ki ritmik kontraksiyonlar diş gıcırdatması olan durumlar haricinde de pozitif elektromiyografik bulgular vermektedir (Shimizu ve ark., 2005; Lavigne ve ark., 2001). Bireylerin yüzde altmışı diş gıcırdatmamalarına rağmen ritmik kontraksiyon rastlanmasından ötürü bu

türde kontraksiyonların diş gıcırdatması şeklinde değerlendirilmesi yapılan yanlışlar arasında olmaktadır. Fakat bunun yanında bruksomanlarda kontraksiyonların diğer bireylerden üç misli çok oluşu ve bu türde kontraksiyonların diş gıcırdatanların yüzde otuz üç kadarında da görülmesi, düzenli kontraksiyonların çoğaldığı durumlarda konuya başka yönden yaklaşımın gerekliliğini belli eden bulgu biçiminde yorumlanmalıdır (Lavigne ve ark., 2001).

Diş sıkma esnasındaki kuvvetlerin standart çiğneme kuvvetine kıyasla haddinden çok büyük olmasının yanı sıra devamlılık bakımından da diş sıkma esnasının standart çiğneme zamanından fazla olması, oluşturacağı kritik sorunların habercisi durumundaki semptomlar olmaktadır. Dawson (1974) diş çevresi dokularında bruksizmin travmaya sebep olan birincil sorun olduğunu öne sürmüştür. Dawson ayrıca bruksizmin dişlerde erken korozyonlar, aşırı hareketlilik, kırılmalar; oluşturmanın ötesinde çiğneme mekanizmasında temporomandibular eklem ve kas problemlerine yol açtığı görüşündedir (Dawson, 1974).

Erişkin bireylerde bruksizm, temporomandibular eklemlerde problemler ortaya çıkartabilmektedir. Kasların düzenli faaliyetlerini belirlemek maksadıyla polisomnografiden faydalanarak bir inceleme yapılmıştır. Yapılan bu incelemeye göre gece bruksizmi alışkanlığı bulunanlarda kaslarda ağrı oluşabilme ihtimali da matematiksel açıdan desteklenmiştir (Rossetti ve Araujo, 2008). Fakat bu noktada bilimsel delil bakımından bir ortak fikre ulaşılamadığından dolayı tüm bruksomanlarda temporomandibular eklemlerle alakalı bir rahatsızlık bulunabileceği görüşünden uzaklaşılmalı, bruksizm ve miyofasiyal ağrı yakınmaları bulunan hastaların temporomandibular eklem muayenesi neticesinde alakanın bulunup bulunmadığı tespit edilmelidir. Şayet klinik muayene sonrasında bruksizm ile miyofasiyal ağrı bağlamı kurulmasına yeterli olacak bir somut delil elde edilemiyorsa, tedavi çeşidi buna göre belirlenmelidir. Bruksizm temporomandibular eklem rahatsızlıkları açısından da önem taşımaktadır. Bugüne kadarki incelemeler değerlendirildiğinde parafonskiyonların bir sonucu olarak çiğneme mekanizmasına ve dişlere aktarılan yüklerin artış gösterdiği neticesine varılmaktadır. Bunun neticesinde oluşabilecek hasarlar ve gelecekte meydana gelebilecek patolojilerin vaktinde tanımlanmasının önemi görülmektedir.

1.1.6. Bruksizmde Erken Tanının Önemi

Dental muayene edilen tüm hastalarda, bruksizmi tanımlayan semptomların tespit edilmesi ve rastlanılan objektif semptomların eksiksiz değerlendirilmesi erken tanının temellerini oluşturur. Erken tanı bruksizmde de diğer hastalıklardakine benzer şekilde prognoz ve tedavi açısından kritik önem taşımaktadır. Henüz bir şikâyetle neden oluşturmamış ancak açıkça görülen semptomların doğurabileceği sorunların engellenmesi maksadıyla hastaların bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bruksizmde erken tanı kadar hastalarda gelecekte patoloji oluşturabilecek semptomlara da farkındalıkla yaklaşılarak önleyici tedbirlerin sağlanması önemlidir. Ayrıca tedavi metotları kadar hastaların koruyucu tedavi çeşitleriyle alakalı bilgi sahibi olmalarının sağlanması da fayda sağlamaktadır.

Bruksizmde parafonksiyon “çiğneme ve yutkunma haricinde ve istem dışı işlevsel hareketlerle gerçekleşen diş temaslari” anlamına gelmektedir. Bruksizmi ciddi patolojiler oluşturabilen parafonksiyon şeklinde görmek gerekmektedir. Hastaların bruksizmin parafonksiyonları olan diş sıkma ve gıcırdatma hakkındaki farkındalık eksikliği ve rahatsızlık duyarak bildirmemeleri erken tanıda gecikilmesine yol açmaktadır. Diş hekimlerinin bu sebeple hasta şikâyetine bakmaksızın muayene esnasında bruksizm semptomlarına karşı hassasiyet gösterme alışkanlığı edinmesi gelecekte oluşabilecek patolojik rahatsızlıkların önüne geçmeye yardımcı olacaktır.

1.2. Aleksitimi

1.2.1 Aleksitimi Hakkındaki Temel Bilgiler

Aleksitimi terimi Yunanca kökenli olup ilk kez 1972 yılında Avrupa'da bir konferansta Sifneos tarafından kullanılmıştır. Leksikografik açıdan aleksitimi, Yunan dilinde “a=yok, lexis=kelime, thymos=duygu” manasına gelen kelimelerden oluşmaktadır. “Duygular için kelimelerin yokluğu” anlamına gelen aleksitimi ilk olarak 1973 yılında Sifneos tarafından psikosomatik hastaları tanımlamak için kullanılmıştır (Sifneos, 1973). Daha sonra Nemiah ve arkadaşlarının ortaya koyduğu teoriye göre, aleksitimik özellikler sergileyen kişiler, duyguları tanımlama, ifade etme ve duygusal uyarılmanın bedensel duyuları ile duyguları ayırt etmede güçlük yaşarlar. Ayrıca, tepki vermede yetersizlik, düşlem yaşantısında yetersizlik, dışa dönük düşünme yani duygusal süreçler yerine dışsal

bir uyarana odaklanma ve somut konuşma kullanmanın da aleksitiminin özellikleri arasında olduğu belirtilmektedir (Nemiah, 2000).

Sifneos (1973), aleksitimik özelliklere sahip kişilerin duygularını anlamaktan ve ifade etmekten aciz oldukları gerçeğinden yola çıkarak aleksitimi kavramını oluşturmuştur. Bu kavram Türkçeye Dereboy (1990) tarafından “duygular için kelimelerin yokluğu” olarak çevrilmiştir. Şahin (1992) ise bu tanımlı yeterli bulmamış ve aleksitimik kişilerin hem dilsiz hem de duygulara karşı sağır olmaları nedeniyle “duygusal sağırlık” tanımını ortaya atmıştır. Dökmen (2000) "düşünce köleliğini" aleksitiminin karşılığı olarak önermiştir.

Aleksitimi kavramının Sifneos (1972) tarafından tanımlanmasından önceki yıllarda yapılan çalışmalara bakıldığında, bilim adamlarının aleksitimik özelliklere sahip hastalar için çeşitli tanımlamalar yaptıkları görülmektedir. Ruesch (1948), psikosomatik hastalarla (artık aleksitimik olarak adlandırılmaktadır) yaptığı terapilerde, bu bireylerin duygularını sözel veya sembolik olarak ifade etmekten çok fiziksel olarak tepki verdiklerini bulmuştur. Bunu "çocuksu bir kişilik" olarak tanımlamıştır. Horney ve Kelman (1952), bazı psikiyatri hastalarının psikanalitik psikoterapi için yetersiz kaldığını gözlemlemiştir. Onlara göre bu hastalar yetersiz duygusal farkındalık ve düşük iç kontrol, düşük hayal kurma ile bir yaşam tarzını benimsemişlerdir ve davranışları kurallar yerine karşı tarafın beklentilerine göre şekillenmektedir. Fransız psikanalistler Marty ve de M'Uzan (1963), gözlemlerine dayanarak psikosomatik hastaların düşünme biçimini "işlemsel düşünme" (la pensee operateire) olarak adlandırdılar. Bu bireyler kendi iç dünyalarına dokunmak yerine, etraflarındaki olaylarla zihinlerini meşgul etmeyi tercih etmektedirler. Krystal (1979), Nazi toplama kamplarından kurtulan ve orada yaşadıkları ağır travmatik olaylar nedeniyle travma sonrası bozukluklar yaşayan insanları araştırmıştır. Bu hastaların duygusal dünyalarında problemler olduğunu, duygularını anlamakta ve ifade etmekte zorlandıklarını ve düşlemsel yaşamlarında sınırlar olduğunu gözlemlemiştir. Nemiah ve Sifneos (1970) psikosomatik hastaların kayıtlarını incelediklerinde, bu hastaların bazı benzer semptomları olduğunu bulmuşlardır. Bu belirtileri duyguları tanıma, ifade etme ve rüya görme güçlüğü olarak sıralamışlardır (Nemiah ve Sifneos, 1970). Sifneos yıllarca klinik gözlemleri sonucunda bu belirtilerin hepsini 1973 yılında aleksitimik belirtiler başlığı altında toplamıştır (Sifneos, 1973). Nemiah ve arkadaşları (1976) aleksitimiye dört ayırt edici özelliği olan çok yönlü bir kavram olarak tanımlamıştır. Bu özellikler “duyguları tanımada, duyguların fiziksel

özelliklerini ve duygusal içgörüyü ayırt etmede zorluk, diğer insanlara hislerini ifade etmede zorluk, sınırlı ve eksik hayali süreçler ve bir hayal dünyası, uyarıcıya bağımlı dışa dönük zihinsel stil” olarak belirtilmiştir (Nemiah ve ark., 1976).

Sifneos'un bu gözlemleri psikosomatik hastalar üzerinde yapmış olması ve bu kavramın aleksitimi araştırmalarında ağırlıklı olarak teorisyenler tarafından kullanılmış olmasından ötürü, bu bozukluğun sadece psikosomatik hastalara özgü olduğu düşünülmüştür (Dereboy 1990). Aleksitimi ilk zamanlarda bu şekilde düşünülse de depresyon, travma, olumsuz çocukluk deneyimleri, duygusal bozukluklar, yeme bozuklukları ve madde kullanımı gibi belirli durumlarla da ilişkilendirilmiştir. Ayrıca, son yıllarda giderek artan sayıda araştırma sonuçları, aleksitiminin sağlıklı popülasyonda da yaygın olduğunu göstermektedir (Van Der Kolk, 2018).

Aleksitimi teorisyenler tarafından iki farklı şekilde ele alınmaktadır. Bunlardan biri de kişilik özelliği olarak ortaya çıkan birincil aleksitimidir (Nemiah, 2000). Ancak ikincil aleksitimi, diğer psikolojik problemlerle birlikte stresli durumlara bir tepki olarak görülmektedir (Wise ve Mann, 1995). Bu nedenle aleksitimi hem klinik hem de klinik dışı örneklerde görülmektedir. Klinik dışı örneklerde genel aleksitimi yaygınlığının %10 ile %18 arasında olduğu belirtilirken, bazı klinik örneklerde bu oranlar %32 ile %77,1 arasında değişmektedir (Honkalampi ve ark. 2000). Ayrıca aleksitiminin kadınlarda erkeklerden daha yaygın olduğuna dair bulgular olduğu gibi, cinsiyetler arasında fark bulmayan araştırmalar da mevcuttur (Vanheule ve ark., 2007).

Duyguları tanıma, işleme ve düzenlemedeki güçlükler aleksitimide belirgindir. Bu güçlükler, duygusal deneyimlerin bilişsel işlenmesinin bozulduğu varsayımını yansıtmaktadır (Montebarocci ve ark., 2004). Sağ yarımküre, duygusal tepkilerin oluşturulması, duyguların hatırlanması, duygularla iletişim ve duygu düzenleme konularında uzmanlaşmıştır. Aleksitimik bireylerin sağ hemisferlerinde işlev bozukluğu veya sol hemisferlerinde hiperaktivite gösterdikleri bildirilmiştir (Tucker, 1981).

Aleksitimi gelişiminde ve sürdürülmesinde hem genetik hem de çevresel faktörler önemli rol oynayabilmektedir (Valera ve Berenbaum 2001). Birçok çalışmada ebeveynlerin ve çocuklarının aleksitimi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. (Grabe ve ark., 2008; Lumley ve ark., 1996). Bu ilişki özellikle duyguları betimlemede kendini göstermiştir (Grabe ve ark., 2008). Ayrıca, işlevsel olmayan etkileşimler, yetersiz ifade

etme, yetersiz bakım algısı ve duygusal olarak güvende hissetmeme gibi aile tarafından paylaşılan çevresel özellikler aleksitimi gelişimi ile ilişkilendirilmiştir (Kench ve Irvin, 2000).

1.2.2 Aleksitiminin Karakteristikleri

Duygu düzenlemede güçlükler neden olan aleksitimi, çocukluk çağındaki duygusal duyarlılık eksikliği ile ilişkilendirilmektedir. Bu ilişki, yetişkinlikte, özellikle duyguları tanımlama ve tanımlamada yüksek aleksitimi düzeyi olarak kendini göstermektedir (Thorberg ve ark., 2011).

Aleksitimi'nin en belirgin özellikleri sübjektif duyguları anlamlandırma, tanımlama ve duygular ile fiziksel duyuları birbirinden ayırma güçlüğüdür. Bu durum aleksitimik bireylerin duygusal tepkilerin ne olduğunu ve ne anlama geldiğini değerlendirmedeki güçlüklerine yansımaktadır. Buna göre aleksitimik bireylere duyguları sorulduğunda kafa karışıklığı yaşamakta ve fiziksel durumlarını bildirmektedirler (Lumley ve ark., 2007). Günlük yaşamda zeki olarak kabul edilmelerine rağmen bu zekayı duygular için kullanamamaktadırlar (Sifneos, 1988). Aleksitimiklerin hiçbir şey hissetmediği söylenememektedir. Görünüşte çevre ile uyum içinde yaşadıkları ancak ruh dünyalarıyla bu uyumu sağlayamadıkları gözlemlenmiştir. Dışarıdan gözlemlenen bu uyumun “yanlış normallik” olduğu belirtilmektedir. Çünkü duygu ve düşünceleri arasındaki bağlantı kopuktur ve duyguları ile bedensel duyularını ayırt edemezler (Dereboy, 1990). Özetle bu kişiler zihinsel hareketliliklerine, hayallerine ve düşüncelerine karşılık gelen duygusal durumu açıklayamamaktadırlar. Örneğin aleksitimik bir kişi garip bir ses duyar ama sesin nereden geldiğini bulmak yerine yiyecekleri düşünür; biriyle kavga eder ama neye kızdığını bilmez; güzel bir anı düşünerek nasıl mutlu olunacağını bilmemektedir ve adeta bu dünyadan biri değilmiş gibi davranmaktadır. Aleksitimik özelliklere sahip kişiler duygular konusunda bu kadar zorlansalar da bu duygu dolu dünyadan kaçışları yoktur. Tüm bu koşullar göz önüne alındığında bu bireylerin yaşamlarında önemli zorluklar yaşamaları kaçınılmazdır (Sifneos, 1988). Ayrıca duygu durumlarını anlamlandırmada bu tür güçlükler yaşayan aleksitimili bireylerin karşılarındaki kişinin duygularını anlamamaları beklenir. Başka bir deyişle empati kurmakta zorlanırlar. Ayrıca bu

güçlüklerin kadınlarda erkeklerden daha yaygın olduğunu belirtilmiştir (Guttman ve Laporte, 2002).

Bir diğer öne çıkan özellik ise bedensel duyumlardan kaynaklanan duyguların diğer insanlara ifade edilmesinde dili kullanmanın zorluğudur. Diğer bir deyişle, aleksitimik bireyler duygularını tanımlarken karmaşık ve ayrıntılı kelimeler kullanma eğiliminde değildirler (Lumley ve ark., 2007). Suslow ve Junghanns (2002) tarafından gerçekleştirilen deneysel bir çalışmada, ilgili duygusal uyaran sunulduktan sonra bireylere sözel olarak duygulara karar verme görevi verilmiştir. Sonuç olarak aleksitimi düzeyi yüksek olan kişilerin bu süreçte geç kaldıkları ortaya çıkmıştır. Bu bulgu, aleksitimik bireylerin duyguları ifade etmek için dili kullanma konusundaki güçlükleri ile uyumludur. Son olarak, sınırlı hayali süreçler ve dışa dönük bilişsel stil, aleksitiminin diğer ortak özellikleridir (Lumley ve ark., 2007). Dışa dönük düşünme, duygusal durumlara odaklanma güçlüğü olarak kavramsallaştırılmaktadır. Buna göre aleksitimik bireyler içsel deneyimlerden çok dışsal uyaranlara odaklanırlar (Taylor ve ark., 1985). Başka bir deyişle, düşüncelerinin içeriği olaylar, nesneler, insanlar gibi dış çevrenin somut detaylarıyla sınırlıdır. Bu nedenle, bu bireyler yetersiz içsel duygusal deneyime sahiptir (Taylor ve ark., 1985). Örneğin, aleksitimik bireyler duygularını tanımlarken fiziksel semptomları, sağlığı ve günlük olayların ayrıntılarını ifade edebilirler (Lumley ve ark., 2007).

Aleksitimi kavramının tanımındaki farklı görüşler, aleksitimik özelliklerin saptanmasında da görülmektedir. Deneysel bulgular ve gözlemler sonucunda aleksitiminin nitelikleri “duyguları tanıma ve ifade etmede güçlük, hayal kurma ve rüyalarda zorluk, işlemsel düşünme, dışa odaklı bilişsel stil” olmak üzere dört gruba ayrılmıştır (Nemiah ve ark., 1976).

1.2.2.1. Duyguları Tanımlama ve İfade Etmede Zorluk

Aleksitimik kişilerin en temel özelliği duygularını ifade etmekte zorlanmasıdır (Sifneos, 1972). Bu zorluğu günlük yaşam olaylarında, sevdiklerini kaybetmekte ya da işlerini kaybetmekte yaşarlar. Şiddetli bir yaşam olayı karşısında bile duygularını ifade etmek yerine fiziksel semptomları tarif ettikleri veya sorulan soruyu anlamamış gibi göründükleri görülmüştür (Lesser, 1985). Aleksitimik bir kişiye duyguları sorulduğunda,

kelimeyi hayatında ilk kez duymuş ve anlamını bilmiyormuş gibi davranır. Dışarıdan bakıldığında, bu davranış, kişinin duygusal yaşamının sınırlı olduğu tahminini çağırır. Mutlak gerçek, kişinin duygulardan yoksun olduğu değil, yaşadığı duyguların farklılaşmadığıdır. Aslında olan, kişinin duygularından yoksun kalması değil, yaşadığı duyguların farklılaşmamış olmasıdır (Dereboy, 1990).

Aleksitimik bireyler, benzersiz duyguları tanıyamadıkları ve ifade edemedikleri için düşünceler ve olaylar hakkında konuşurlar. Duygularından bahsetmeleri gerektiğinde yüzeysel ve basit bir dil anlatımını tercih ederler ya da bunun yerine bedensel şikayetlerinden bahsederler (Lesser, 1981). Duyguları ile fiziksel semptomları ayırt edemedikleri için konuşmaları tekrarlayıcı ve ayrıntılıdır (Sifneos, 1988). Duygu dünyalarındaki bu kısıtlılık, duruşlarının donuk olması ve duygularının yüzlerine yansımaması nedeniyle kendini gösterir (Lesser, 1981).

1.2.2.2. Hayal Kurma ve Rüya Görmede Zorluk

Aleksitimik bireyler duygusal derinlikten uzak ve duyguları deneyimleme konusunda oldukça mekaniktirler. Buna bağlı olarak hayal kurma yetenekleri yetersiz ve hayal güçleri zayıftır. Çoğu zaman hayal kuramazlar ve bunu zaman kaybı olarak görürler. Rüya gördüklerinde bu rüyalar kuru, renksiz ve ilhamsızdır. Duygularını anımsatan hayaller kurmaktan da uzak dururlar (Lesser, 1981). Hayal kuramadıkları için yaratıcılıkları gelişmemiştir (Sifneos, 1988).

Aleksitimik bireyler rüyalarını nadiren hatırlarlar. Rüyalarını anlatırken rüyaya eşlik eden duyguları tanımlama ve açıklama konusunda da eksiklikleri vardır. Rüyaların içeriğinin daha çok günlük yaşam olaylarıyla ilgili olduğu ve somut özellikler taşıdığı gözlemlenmiştir (Sifneos, 1988).

1.2.2.3. İşlemsel Düşünme

İşlemsel düşünme kavramı ilk olarak Fransız psikanalistler Marty ve de M'Uzan (1963) tarafından kullanılmıştır. Bu kavram, işlevsel amaçlar içeren, gerçeklere dayalı, somut ve mekanik olan belirli kalıplara sahiptir. Nemiah ve arkadaşları (1976), işlemsel düşünmenin, biraz hayal dünyası ile uyaranlara dayalı bir bilişsel stilin birleştirilmesiyle

ortaya çıktığını belirtmektedir. Aleksitimikler iç dünyalarına dokunmadan yüzeysel bir hayat yaşarlar. İç dünyalarından uzak olmaları, karşılaştıkları sorunların nedenini araştırmadan somut ve kestirme çözümler bulmalarını sağlar. Çünkü mekanik ve faydacı bir düşünce tarzına sahiptirler (Koçak, 2002). Duygular dünyasından uzak olsalar bile bu özellikleri sayesinde diğer insanlarla büyük ölçüde uyumlu ve sorunsuz bir yaşam sürdürebilirler (Lesser, 1985).

1.2.2.4. Dış Odaklı Bilişsel Stil

Aleksitimik bireyler, kaynağı ne olursa olsun dış uyaranlara bağlı olarak şekillendirdikleri bir bilişsel stile sahiptir. Bunun nedeni mekanik, pragmatik ve uyarlayıcı düşünme eğilimleridir. Bu bilişsel stiller sayesinde iletişim kurmak için istekli bir çaba gösterirler ve bunun sonucunda çevreleri tarafından düzgün ve uyumlu ilişkiler kurabilen kişiler olarak tanınırlar. Dış kontrole odaklandıkları için çevrelerindeki insanların kendilerinden ne beklediğine büyük önem verirler. Aleksitimik özelliklere sahip bireyler zeki olarak nitelendirilmekte ve bu zekalarını duygularını gizlemek ve çevrelerine uyum sağlamak için kullanmaktadırlar (Koçak, 2002).

Tanımlanan tüm bu özellikler dikkate alındığında bile aleksitimik özellikler açısından herhangi bir tanı kriteri oluşturmak mümkün değildir. Bu nedenle tanı koymak yerine aleksitimi düzeyinin belirtilmesi uygundur. Aleksitimik bireylerde bu dört temel özelliğin yanı sıra önemli ikincil özellikler de sıklıkla görülmektedir (Koçak, 2002). Bunlardan kısaca bahsetmek gerekirse;

- Yaratıcılıktan uzak monoton bir hayat yaşamayı tercih ederler (Krystal, 1979).
- Duyguları yüzlerinden okunamaz. Dışarıdan bakıldığında katı, duygusuz ve cansız görünürler (Sifneos, 1988).
- Nadiren ağlarlar. Ancak öfke, keder ve üzüntü nedeniyle bazı durumlarda aşırı derecede ağladıkları görülebilir (Sifneos, 1988).
- Depresyonda veya stresli olsalar bile bunu kabul etmezler. İçinde bulundukları duygu durumunu bedensel şikayetler olarak açıklamaya çalışırlar (Koçak, 2002).
- Fiziksel şikayetlerin ve düşünce yoğunluğunun yüksek olması, aleksitimik bireylerin nevrotik olduğu izlenimini yaratır. Fakat bu iki kavram arasında bir fark bulunmaktadır.

Nevrotiklerin duygu yapılarındaki sorunlar psikolojik çatışma alanlarıyla sınırlıyken, aleksitimik bireylerde bu sorunlar tüm alanlara yayılmıştır (Krystal, 1979).

1.3. Depresyon

Depresyonla ilgili araştırmalar eski çağlarda başlamış ve günümüzde de devam etmektedir. Depresyon kavramı eski bilim adamları tarafından “melankoli” olarak kategorize edilmiştir (Beck ve Alford, 2009). Melankolinin ilk klinik tanısı Hipokrat tarafından konulmuştur (Beck ve Alford, 2009). Hipokrat melankolinin nedenini vücuttaki kara safra miktarının artışına bağlamıştır (Türkçapar, 2009).

Depresyon, bir kişinin düşüncelerini, davranışlarını, duygularını ve esenlik duygusunu etkileyebilecek düşük bir ruh hali ve aktiviteden kaçınma durumudur. Araştırmacılar depresyonun çeşitli tanımlarını yapmışlardır. Dünya Sağlık Örgütü (2018) depresyonu depresif bozukluklar başlığı altında ele almış ve tanımlamıştır. Depresif bozukluklar, kişinin işlevselliğini önemli ölçüde etkileyen depresif ruh hali (üzüntü, sinir, boşluk vb.) ve bilişsel, davranışsal ve psikolojik semptomların eşlik ettiği bir zevk kaybıdır. Depresyon, üzüntü, sıkıntı, isteksizlik, karamsarlık, yalnızlık, umutsuzluk vb. Tanımından hareketle depresyon, kişinin duygusal durumunu olumsuz etkiler ve günlük aktivitelerinde fonksiyon azalmasına veya kaybına neden olur (WHO, 2018).

Depresyon ne bir zayıflık belirtisi ne de geçici bir psikoloji değişikliğidir. Aksine, davranışsal, fiziksel ve duygusal belirtileri olan ciddi bir tıbbi durumdur. Depresyon, insanlarda bulunan en yaygın hastalıklardan biridir. Depresyon hastalarının beyinde bir ruhsal rahatsızlık durumu vardır ve bu tip hastalar, dikkatlerini sürdürmede zorluk yaşarlar. Depresyon nedeniyle beyin metabolizması ve ön korteksin kan akışı değişir. Sırasıyla, depresyon durumunda artan beyin aktivitesi modelleri ve değişen beyin metabolizması söz konusudur. Yani beyin kimyasalları, depresyondaki insanların beyinde uygun seviyelerde değildir veya normal hallerinde olduğu gibi çalışmaz, sağlıklı insanlarda ise normalde beyin kimyasalları bir hücreden diğerine mesaj taşımaktadır.

Depresyondaki insanların çoğu yardım istemekten kaçınır. Bazen bu bireyler semptomları ciddiye almadan depresyon altında yaşamaya devam edebilirler. Çoğunlukla sanılanın aksine, depresyon kaçınılmaz bir kişilik kusuru değildir. Hastalığın yol açtığı güçlü bir

suçluluk duygusu ile depresif kişiler yukarıda belirtilen duyguları yaşarlar. Depresyon tedavi edilebilir bir sağlık sorunudur.

1.3.1 Depresyon Türleri

1.3.1.1. Majör Depresyon

Majör depresyon, en sık görülen depresyon şeklidir. En az 14 günlük bir süre boyunca çaresiz, mutsuz ve amaçsız olma durumu majör depresif bozukluğun belirtisidir. Hayatın duygusal, mesleki ve sosyal alanları da bu durumun güçlü bir şekilde etkisi altındadır.

Depresyonun insanları etkileme şekli değişebilmektedir. Bazı insanlar kilo verirken, bazıları ise uykusuzluk problemi yaşayabilmektedirler. Aşırı yemek yemek, kendini suçlu ve değersiz hissetmek de bazen bu belirtilere eklenmektedir. Bazı hastaların işlevselliklerini sürdürmeleri ve diğerlerine “her şey yolunda” maskesi takmaları mümkündür. Ancak, yalnız kaldıklarında, içinde bulundukları asıl ruh hallerine dönerler (Frank ve ark., 1993).

Yetişkinler arasında, majör depresyonu olan kadınların sayısı, erkeklerin sayısından iki kat daha fazladır. 25-44 yaşları majör depresif bozukluğun en sık görüldüğü dönemdir. 65 yaş üstü için ise durum tam tersidir. Çocuklarla ilgili olarak, depresyonun kız ve erkek çocuklar üzerindeki etkileri birbirinden çok farklı değildir. Tüm yaşam boyunca majör depresyon kadınların %10-25'inde etkili iken bu oran erkeklerde %5 ila 12 aralığındadır. Hastalığın ortalama gelişme yaşı yirmili yaşların ortası olsa da majör depresyon her yaşta ortaya çıkabilmektedir. Hastalığın en çok görüldüğü yaş ise giderek azalmaktadır (Frank ve ark., 1993).

Tekrarlayan majör depresyonun seyri stabil değildir ancak zamanla değişiklik gösterebilmektedir. Hastaların kurtulduktan sonra ikinci kez majör depresyona yakalanma olasılığı %50-60'tır. Bu hastaların %70'i aynı hastalığa üçüncü kez yakalanmaktadır. Bu hastaların üçte ikisi majör depresyondan tamamen kurtulabilirken geri kalanı ise ancak kısmen kurtulabilmektedir. Hastalıktan kısmen kurtulabilenler için ikinci kez majör depresyona girme olasılığı daha yüksektir (Lebowitz ve ark., 1997).

Majör depresyon hastalarının yaklaşık yüzde on ila yirmi beşinin daha önce distimik bozukluk geçirdiği bildirilmektedir. Distimik bozukluğu olan hastaların ise her yıl yüzde

onu majör depresyona yenik düşmektedir. Bazı hastalar majör depresyondan önce distimi geçirmiştir. Bu hastalıklar aynı anda bir arada bulunursa “çifte depresyon” olarak adlandırılmaktadır. Her ikisi de olanlar için tamamen iyileşme olasılığı daha düşüktür. Her ikisinin semptomlarıyla baş edebilmek için daha uzun bir tedavi süresine ihtiyaç vardır (Rubinow ve ark., 1998). Bazen majör depresyon ile diğer bazı hastalıklar arasında ilişki olabilmektedir. Diyabet, felç veya kanser hastalarının yaklaşık %25'i majör depresyona girmektedirler. Bu durumlarda, hastalıklarını yönetmek ve tedavi etmek daha zordur. Majör depresyonun bir arada bulunabileceği hastalıklar bunlarla sınırlı değildir. Bunlara ek olarak OKB, alkol ve uyuşturucu bağımlılığı, kaygı ve yeme bozuklukları gibi ruh sağlığı sorunları majör depresif bozukluk ile birlikte bulunabilmektedir (Lebowitz ve ark., 1997; Rubinow ve ark., 1998).

Sonuç olarak majör depresif bozukluk, hastaların yüzde on beşini intihara sürüklediği için ciddiye alınması gereken bir tıbbi durumdur. Öte yandan, hasta ve çevresindeki kişilerin yeterince bilinçli olması durumunda, hastalığın ilerlemesini önleyecek ve iyileştirecek önleyici tedbirlerin alınması mümkündür.

1.3.1.2. Minör Depresyon

Majör depresyonla karşılaştırıldığında, minör depresyonun semptomları daha uzun sürelidir ancak majör depresyonun semptomları kadar şiddetli değildir. Hafif depresyon altındaki bireylerin yaşama sevinci düşüktür. Hayatlarındaki mutlu ya da heyecanlı anları hatırlamak bile onlar için zordur. Hayatları boyunca zorluk çekmiş gibi hissederler. Hareketsiz, asosyal, endişeli olmak ve suçluluk duygusu minör depresyon hastalarının tipik özellikleridir. Ayrıca kendilerini çoğunlukla suçlu, gergin hissederler ve uyumakta zorlanırlar (Michael ve ark., 2000).

Minör depresyon tanısı konulabilmesi için hastanın depresif ruh halinin en az iki yıl sürmesi gerekir. Çocuklar için bu süreç biraz farklıdır. Bir çocuğun duygudurum bozukluğu bir yaşına ulaşırsa minör depresyon tanısı alması yeterlidir. Ek olarak, minör depresyonu olan çocukların ruh hali genellikle üzüntü veya depresyondan çok sinirlilik olarak kendini gösterir. İster çocuk ister yetişkin olsun, insanlar genellikle ancak birkaç yıl geçirdikten sonra hafif depresyon tedavisine ihtiyaç duymaktadırlar. Bunun nedeni, tamamı değilse de birçok insanın sürekli depresif hissetmeyi hafife almasıdır. Bir süre bu

türden depresyon etkisinde yaşadktan sonra bu hastalıa yakalandığını fark eden hastaların yanı sıra, bunu hiç fark etmemiş ve onunla yaşamış hastaların sayısı da göz ardı edilemeyecek kadar fazladır (Michael ve ark., 2000).

Yakın akrabalarında majör depresyon olan kişilerin minör depresyona yakalanma olasılığı daha yüksektir. Bu kişilerde minör depresyonun kronikleşerek distimi haline dönüştüğü yaşlar, çocuklukları veya erken yetişkinlik dönemleri olmaktadır. Distiminin şiddetlenerek majör depresyona dönüşmesinin nedeni ise çoğunlukla hastaların uzun süre yardım aramamasıdır. Minör depresyon geliştirmek, hastanın majör depresyon geliştirme şansını artırır. Minör depresif hastaların %10'u bunu takiben majör depresyona yakalanmaktadırlar (Michael ve ark., 2000).

Minör depresyon madde kullanımı ile ilişkilendirilebilir. Kronik depresyon yaşayan kişiler bazen alkol ve uyuşturucu tüketerek hastalığın belirtilerinden kurtulmaya çalışırlar. Çocuklarla ilgili olarak, distimi ile ilgili zihinsel bozukluklar kaygı, öğrenme ve dikkat bozukluğu ve hiperaktivite olabilir. Distimiye bağlı olarak ruhsal bozukluklar dışında Multipl Skleroz (MS) ve Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu (AIDS) gibi fiziksel bozukluklar da ortaya çıkabilmektedir (Michael ve ark., 2000).

1.3.1.3. Mevsimsel Depresyon

Yetersiz gün ışığına bağlı olarak oluşan depresyon türüdür. Mevsimsel Afektif Bozukluk olarak da adlandırılır. Kanada ve Norveç gibi ülkeler, insanların mevsimsel depresyona girdiği örneklerdir. Kanada'da yetişkinlerin yaklaşık %3 ila %5'i mevsimsel depresyonun etkisi altındadır. Mevsimsel depresyonun genel olarak kendini gösterdiği mevsimler sonbahar ve kıştır. İlkbahardan itibaren etkisini kaybeder (Garvey ve ark., 1988).

1.3.1.4. Doğum Sonrası Depresyon

Doğum yapan annenin hormon düzeylerindeki değişime bağlı olarak gelişen depresyon tipidir. Anksiyete bozukluğu, ağlama nöbeti, uyumakta güçlük çekme ve bebeklerine karşı duyarsız kalma doğum sonrası depresyonun bazı belirtileridir. Bu belirtilere ek olarak, kadınların ruh hallerinde çoğunlukla dengesizlik görülmesinin yanı sıra halüsinasyon bile görmeleri mümkündür (Monroe ve ark., 2007).

Bu tür psikotik özelliklerin ortaya çıkması durumunda vakit kaybetmeden tıbbi yardım almak ve hastayı yakından izlemek önemlidir. Psikotik özellikler dışında hasta intiharı düşünebilmekte, bebeğine karşı şiddetli duygular besleyebilmekte ve bir şeye konsantre olmakta güçlük çekebilmektedir (Monroe ve ark., 2007).

Bir annenin sanrıları bazen bebeğiyle ilgili ortaya çıkar. Bebeğini doğaüstü güçlere sahip bir yaratık hatta şeytan olarak görebilir. Psikotik semptomlar hastayı tamamen kontrol altına alabilir ve bebeğini incitebilir veya öldürebilir. Bu tür olaylar psikotik belirtilerin yokluğunda da meydana gelebilir ancak doğal olarak psikotik belirtilerin varlığında daha sık görülmektedir. Hasta, bebek hakkındaki inançlarının da etkisiyle, normalde olmayan ve bebeğe zarar verebilecek, bebeğini öldürmeye teşvik edici sesler duyabilir. Yeni doğum yapan 500 ila 1000 anneden sadece birinde psikotik belirtiler görülmektedir. İlk kez doğum yapan kadınlarda psikotik belirtilerden etkilenme olasılığı daha yüksektir. Ek olarak, bir kadın doğum yaptıktan sonra bir kez psikotik semptomlar yaşarsa, ikinci kez bunlara yakalanma riski %30-50 aralığındadır. Doğum sonrası depresyon hastalarının çoğu, bir annenin en mutlu olması gereken dönemi, doğum sonrası dönemi olarak gördükleri için depresif duygu ve düşüncelerini gizli tutabilmektedirler (Monroe ve ark., 2007).

1.3.2. Depresyon Belirtileri

1.3.2.1. Fiziksel Belirtiler

Depresyon insanı sadece ruhsal olarak değil fiziksel olarak da etkiler. Enerjileri kalmamış gibi hissederler. Ek olarak, iştahsızlık, depresyonun en sık görülen fiziksel etkilerinden biridir. İştahları kontrollerinde olmadığı için kilolarını kontrol edemezler ve bazı antidepresanlar da kilo alımına veya kilo kaybına neden olabilir. Baş ağrısı ve sırt ağrısı, depresyonun diğer en yaygın belirtileridir. Gecenin bir yarısı sebepsiz uyanmak ve tekrar uykuya dalmakta güçlük çekmek depresif kişilerde kronikleşebilmektedir (Monroe ve ark., 2006).

1.3.2.2. Davranışsal Belirtiler

İnsanlar depresyona girdikten sonra genellikle ayırt edilebilir davranışsal belirtiler kendini göstermeye başlar. Normalde yapmadıkları şekilde davranmaya başlayabilirler. Depresyon, neşeli bir insanı çevresinde olup bitenlere karşı kayıtsız halde, içine kapanık bir insan haline getirebilir (Monroe ve ark., 2006).

1.3.2.3. Duygusal Belirtiler

Depresyondaki insanlar mutsuz, umutsuz ve amaçsız olabilir ve eskiden sevdikleri şeylere karşı ilgilerini kaybedebilirler (Monroe ve ark., 2006). Örneğin arkadaşlarıyla vakit geçirmeyi seven biri için, depresyona girdiğinde arkadaş olmak sıkıcı bir şeye dönüşebilir. Mutsuz hissetmek günlük rutin haline gelebilir. Bu hayatın yaşanmaya değer olmadığı fikrine kapılırlar. Çevrelerindeki herkesin kendileri yüzünden mutsuz olduğuna inandıkları için suçluluk duyguları da onlar üzerinde oldukça etkilidir (Monroe ve ark., 2006; Monroe ve ark., 2007).

1.3.2.4. Zihinsel (Bilişsel) Belirtiler

İnsan beyni depresyondan güçlü bir şekilde etkilendiği için sadece düşünme becerileri değil hafıza da depresyondan nasibini alır. Depresif insanlar, düşünceleri ve hafızaları üzerindeki kontrollerini kaybettikçe, depresyonun ürettiği düşünceleri değiştirmeleri zorlaşır. Ayrıca karar vermek ve bir şeye odaklanmak zorlaşır (Monroe ve ark., 2006; Monroe ve ark., 2007).

Depresyonun etkileri kişilere göre değişir. Örneğin kadınların depresyona girme riski erkeklere göre daha fazladır. Bu gerçeğin arkasındaki nedenler hormonal ve biyolojik faktörlerdir. Depresif kadınların sahip olduğu duygular genellikle mutsuzluk, suçluluk ve değersizliktir.

Depresyondaki erkeklerin belirtileri kadınlardan biraz farklıdır ve kendilerini yorgunluk, kaygı ve öfke olarak gösterirler. Depresyon yaşamakta olan erkekler sadece işlerine olan ilgilerini kaybetmekle kalmaz, aynı zamanda eskiden zevk aldıkları faaliyetlerden de zevk almamaya başlarlar (Monroe ve ark., 2006; Monroe ve ark., 2007).

Yaşlı hastaların semptomları genç hastalara göre çok fark edilebilir olmayabilir ve çoğunlukla mutsuzluklarını görmezden gelmeye çalışırlar. Ayrıca inme ya da kalp hastalıkları gibi depresyona neden olan hastalıklar yaşlılarda daha yaygın olduğundan depresyona girme riskleri artabilir. Hastalıkların yanı sıra bazı tedaviler de yan etkilerinden dolayı depresyona yol açabilmektedir.

Depresyondaki çocuklar, okulu atlamak için hastalık numarası yapmak veya sebepsiz yere ebeveynlerinin sağlığı hakkında endişelenmek gibi farklı semptomlara sahip olabilirler. Ergenler depresyon durumunda çoğunlukla ebeveynlerine karşı gelirler ve kolayca başlarını belaya sokabilirler. Ancak bu belirtiler yaşla da ilişkili olabileceğinden ve normal olması söz konusu olduğundan ötürü dikkatle incelenmelidir (Monroe ve ark., 2006; Monroe ve ark., 2007).

1.3.3. Depresyon Tedavisi

Depresyon tedavisinin ilk adımı bir doktora veya profesyonele danışmaktır. Bir ilacın depresif belirtilere neden olabileceği durumlarda, uzmanlar semptomların hastanın kullandığı bir ilaçtan mı yoksa depresyondan mı kaynaklandığını kontrol etmektedirler. Bunu anlamak için belirtilerin ne zaman ortaya çıktığı ve ne kadar güçlü olduğu gibi birkaç soru sorulur. Doktorların kontrol ettiği bir diğer önemli konu ise hastanın daha önce aynı hastalığa sahip olup olmadığı ve nasıl bir tedavi uyguladığıdır. Ayrıca, hastanın ailesinde depresyon geçirip geçirmediğinin bilinmesi de önemlidir (Mandelli ve ark., 2006).

Antidepresan adı verilen ilaçlar hastanın depresyondan kurtulmasına yardımcı olabilmektedir. Ancak etkili olabilmeleri için birkaç hafta geçmesi gerekebilir. Farklı antidepresanların ortak yan etkileri uyku güçlüğü, cinsel sorunlar, öfke, mide bulantısı ve baş ağrısıdır.

Zamanla antidepresanların yan etkileri azalır. Bu ilaçlar çoğu insan için güvenli olsa da ergenler ve çocuklar üzerinde yine de kötü etki yapma riski taşıdıkları göz ardı edilmemelidir. Örnek verecek olursak, bu ilaçları kullanmaya başlamalarıyla birlikte bu kişiler intiharı düşünebilir, hatta intihar etmeyi bile deneyebilir. Bu nedenle antidepresan kullanan kişi yakından izlenmelidir (Mandelli ve ark., 2006).

İlaç tedavisine ek olarak psikoterapi de etkili bir depresyon tedavi yöntemidir. Psikoterapi, hastaların onları depresyona sürükleyen davranışlarından kurtulmaları için yeni düşünme ve hareket etme yollarını öğretmektir. Bu terapide öğretilen ortak şey, sorunlu ilişki ve durumlarla nasıl başa çıkılacağıdır. Psikologların psikoterapiye yaklaşım biçimleri farklıdır ve farklı yaklaşımlara odaklanırlar. Her yaklaşım, psikologların hastaların sorunlarını anlamalarını ve onlar için çözümler önermelerini sağlamaktadır (Klerman ve ark., 1984).

Hastaların aldığı tedavi, psikolojik araştırmaların mevcut düzeyi, psikoloğun psikoterapiye yaklaşımı ve hastaların kesin durumu gibi bazı parametrelere göre değişebilmektedir. Örneğin bilişsel-davranışçı terapiyi tercih eden psikologlar, hastalıkları pratik olarak ele almaktadırlar. Psikologlar, hastalarına sorunlarıyla daha etkili bir şekilde başa çıkma yeteneklerini geliştirmelerine yardımcı olmak için görev verebilir. Örneğin, beklenmedik bir şey olduğunda hastaların hislerini ve tepkilerini yazmalarını isteyebilirler. Ek olarak, hastalara belirli bir konu hakkında okumaları da atanabilir (Klerman ve ark., 1984).

Bilişsel-davranışçı terapinin aksine, psikanalitik terapi hastalara bir şey yapmalarını görevlendirmekten çok onlarla konuşmaktır. Bu terapide hastalarla konuşmanın amacı problemlerinin köklerini bulmaktır (Klerman ve ark., 1984).

Farklı psikoterapi türleri yukarıda bahsedildiği gibi sınıflandırılrsa da psikoterapistlerin farklı terapileri birleştirmeleri ve hastaların ihtiyaçlarına göre kullanmaları alışılmadık bir durum değildir. Psikoterapinin başarısı ve etkisi için asıl önemli olan, psikoterapistin deneyimidir (Klerman ve ark., 1984).

1.4. Anksiyete

1.4.1. Anksiyete Hakkındaki Temel Bilgiler

Anksiyete kelimesi katılık anlamına gelen “angh” kökünden türemiştir. Anksiyete, olayların hem kontrol edilemez hem de öngörülemez olduğu duygusuyla ilişkili bir korku veya kaygı ile birlikte gelecek duygusudur (Antony ve Swinson, 2008). Anksiyete, sorunun ne olduğunu bilmeden hissedilen belirsiz bir korkudur. Kaygı, çocuklarda ve yetişkinlerde hoş olmayan bir gerginlik ve sinirlilik hissidir (Yavuzer, 2008). Anksiyete,

belirsiz bir tehlikeye verilen tepki olarak tanımlanmaktadır (Kulaksızoğlu, 2002). Anksiyete olgusu kişi olası durumlar nedeniyle endişeli, şüpheli, kaygılı, gergin hissederek kendini tehlikeyeymiş gibi hissettiğinde ortaya çıkar. Kaygı düzeyi yüksek olanlar, işleri rutin bir şekilde yürütülse de kaygılıdırlar. Patolojik kaygı normal davranış kalıplarını bozar, işlevsellikleri bozar, kişide ciddi zorluklara ve sorunlara neden olur. Anksiyete sürekli olarak iki boyutta ele alınır. Durumluk kaygı, tehlikeli olduğu anlaşılan durumların öncesinde ya da sırasında ortaya çıkan kaygıdır (Kulaksızoğlu, 2002). Ayrıca anksiyete bu tür durumlarda birinin tehdit altında olduğu hissinden kaynaklanan duygusal tepkidir. Kişi genellikle tehdit altında olduğu hissini taşıdığı için sürekli kaygı oluşur. Sürekli kaygı, kişinin kaygı algı eğilimiyle ilişkili olup, sürekli olarak yaşadığı durumları stresli olarak algılaması anlamına gelmektedir. Tarafsız durumların bile tehlikeli olarak algılanması, doyumsuzluk ve mutsuzluk duygusudur. Geçtan'a (2012) göre kaygı arttıkça davranış, duyu ve dikkatte bozulma artmaktadır. Anksiyete bozukluklarıyla en sık görülen durum depresyondur (Geçtan, 2012).

Anksiyete olarak tanımladığımız duygusal durumu hemen hemen her birimiz yaşamışızdır. Bazılarımız bunu daha sık, bazılarımız daha az sıklıkta yaşar. Bir öğrencinin hazırlanmakta olduğu sınavdan hemen önce yaşadığı yoğun duygusal duruma, ameliyat olmaya hazırlanan bir hastanın duygularına ya da çocuğu eve geldi mi diye merak eden bir anne babanın düşüncelerine çoğumuz yaşamış ya da şahit olmuşuzdur. Freud kaygının herkes tarafından yaşandığını "Size endişeyi açıklamama gerek yok sanırım. Her birimiz hayatımızın bir noktasında bu duyguyu ya da başka bir deyişle o duygusal durumu hissetmişizdir." sözleriyle açıklamıştır. Ayrıca birçok toplumda kaygı en yaygın ve evrensel insan duygularından biridir (Zeidner ve Matthews, 2010).

1.4.2. Anksiyete Türleri

1.4.2.1. Normal Anksiyete

Anksiyete, insan olmanın özgün unsurlarından biridir. Normal anksiyete, insanda doğumdan itibaren olması gereken ve belli bir düzeye kadar yaşanması gereken bir duygu durumudur. Kişiyi kendisini geliştirmesi, daha aktif çalışması, varlığını devam ettirebilmesi için teşvik ettiği için, tehlikeli konularda uyararak, gerekli önlemleri alarak,

daha yaratıcı ve daha üretken olmasına yol açar; performansı belli bir düzeye kadar artırır, motive eder (Işık ve Taner 2006).

1.4.2.2. Patolojik Anksiyete

Öznel kaygı olarak da adlandırılan patolojik kaygı, bireyin nesnel olarak tehdit edici olmayan durumlarda yaşadığı anksiyete türü olarak tanımlanır. Burada yaşanan kaygı duygusu artık belli bir eşiği aşmaya, kişiyi olumsuz etkilemeye, günlük hayatını aksatmaya, yani ona zarar vermeye başlamıştır. Patolojik anksiyete, normal anksiyeteden daha yoğun ve acı vericidir. Yoğunluk, süre ve şiddet uyaranla orantılı değildir. İçsel uyaranlar, dış etkenler değil, başlangıç ve bitişte rol oynar. Kişi bu duygunun nesnel bir nedenini belirleyemediği için korkular daha da artar. Fantastik bir özellik taşır. Patolojik anksiyete tekrarlayıcı bir duygudur. Patolojik anksiyete kişinin kişilik yapısının kalıplarına girer ve bu kalıplarla kaynaşır (Özmen ve ark. 1997).

1.4.2.3. Durumluk Anksiyete

Durumluk anksiyete bir durumu, bireyin tehditkâr bir şekilde algılamasından kaynaklanan öznel korkudur. Akut ve akut deneyimler şeklinde kişi tarafından gerçek ya da gerçek olarak algılanan bir duygu hissidir. Stres yoğun olduğunda duruma göre kaygıda artış, stres ortadan kaldırıldığında ise azalma olmaktadır (Ocaktan ve ark. 2002).

1.4.2.4. Ayrılık Anksiyetesi

Ayrılık anksiyetesi bakım verenden ayrılmaya bir tepki olarak ve genellikle fizyolojik tepkinin normal sınırlarını içermektedir. Ayrılma anksiyetesi yaşayan birey, normal gelişim düzeyine uygun olmayan bir düzeyde bağlandığı kişiden ayrılma ya da evden ayrılma kaygısı ya da korkusu yaşar. Bireyin içinde bulunduğu korku ya da kaygının içeriği, kişinin bağlı olduğu kişilerin başına kötü bir şey geleceği (kaybolma, kaçırılma ya da kaza gibi), kişinin onları kaybedebileceği ya da terk etmek zorunda kalabileceği durumlar yaratır. Bireyin bağlandığı kişiden uzaklaşma konusundaki isteksizliğine eşlik eden tekrarlayan kabuslar ve bir dizi fiziksel semptom (baş ağrısı, karın ağrısı, kusma) vardır. Ayrılma anksiyete bozukluğu olan kişiler, sürekli ve aşırı derecede yalnız

bırakılmaktan veya bağlandıkları kişilerden ayrı dışarı çıkmaktan korkarlar. Bu bozukluğu teşhis etmek için çocuk ve 18 yaş altı ergenlerde en az dört hafta, erişkinlerde altı ay ve üzeri sürelerde görülmesi gerekmektedir. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan küçük çocuklar genellikle okula gitmek istemezler veya okula gitmekten tamamen kaçınabilirler (APA, 2013).

Bağlanma kuramı, John Bowlby ve Mary'nin ortak çalışmasıdır. John Bowlby, kuramın temel ilkelerini formüle etmiş ve çocuğun anneye olan bağlılığını dikkate alarak yenilik yapmıştır. Mary Ainsworth'un yenilikçi metodolojisi ve gözlemsel çalışmaları Bowlby'nin temel bağlanma kuramı kavramlarını güçlendirmektedir. Bağlanma kuramı, ayrılık anksiyetesinin psikolojik yönleri için temel açıklamalar sunar ve bunları tanımlar. Bebekler bağlanma figürüne yakınlığı koruyan stratejiler kullanarak duygularını nasıl düzenleyeceklerini öğrenirler. Bowlby'ye (1958) göre bağlanma, kişinin hayatındaki istikrarlı bir duygusal bağdır. Bir çocuğun erken yaştaki deneyiminin, çocuğun gelişiminde ve sonraki yaşamında önemli etkileri olduğunu öne sürmüştür. Ayrılık tepkilerinin 1952'de Robertson & Bowlby tarafından “tanımlanan protesto (ayrılık anksiyetesi hakkında), umutsuzluk (yas ve yaş hakkında) ve inkâr veya ayrılma (savunma mekanizmaları, özellikle baskı)” dahil olmak üzere üç aşaması vardır (Bowlby, 1958).

1.5. Kişilik Özellikleri

1.5.1. Kişilik Kavramı

Kişilik kavramının kökleri Latince "persona" kelimesinden gelmektedir. Başlangıçta, Antik Yunan'daki dramalarda, oyuncuların rollerine kolayca adapte oldukları maskelerden türetilmiştir. Kökleri çok eskilere dayanan kişilik kavramı, zaman içinde yapılan araştırmalarla farklı tanımlar almıştır. (Feist ve Feist, 2009)

Kişilik teorisyenleri arasında kişiliğin tanımıyla ilgili tartışmalar günümüzde de devam etmektedir. Kişilik kuramlarının kişiliği tanımlamada farklı bakış açıları olması nedeniyle literatürde birden fazla tanım bulunmaktadır. Bazı teorisyenler için bilinçaltı mekanizmalarla ilişkilendirilirken, diğerleri bunun hikayeleri öğrenmekle, bir başkası da düşüncelerin düzenlenmesiyle ilgili olduğunu düşünmektedir. Kişilik, bireyin kendisinden kaynaklanan tutarlı davranış kalıpları ve kişisel süreçlerdir. Kişiliğin bir parçası olan tutarlı davranışlar gözlemlenebilir olmalı ve her durumda geçerliliğini

korunmalıdır. Bir diğer kısım ise kişilik içi süreçlerdir. Kişilik içi süreçler, bireyin duygu, düşünce ve davranışlarını etkileyen ve birey içinde gelişen tüm duygusal, güdüsel ve bilişsel süreçleri içermektedir. Bu bölümlerin yaşamda nasıl kullanıldığı, süreçte bireysel farklılıklar kişiliğin belirlenmesinde etkin rol oynamaktadır (Burger, 2016).

Aiken'e göre kişilik, bireyin zihinsel, fiziksel, duygusal ve sosyal özelliklerinin bir toplamıdır. Kişilik terimi daha spesifik olarak incelendiğinde, kişinin yaşamıyla birlikte gelen ve yaşam deneyimleriyle kazandığı zihinsel yetenekler, tutumlar, mizaç, duygu, düşünce ve davranışlardaki bireysel farklılıkların bileşkesinden oluşan bir bütünü ifade eder (Aiken, 1989).

Schultz ve Schultz kişilik hakkında "Herkesin bir tane vardır ve sizinki hayatınızdaki başarının, mutluluğun ve doyumun sınırlarını belirlemenize yardımcı olacaktır" ifadesini kullanmışlardır (Schultz ve Schultz, 2017). Bu araştırmacıların burada ima ettikleri, insanın sahip olduğu en değerli varlıklardan birinin kişilik olduğudur. Kişilik kavramı birçok akademisyen tarafından tanımlanmıştır. Örnek vermek gerekirse, Pervin ve John'un (2001) belirttiği gibi, kişilik, bir bireyin tutarlı duygu, düşünce ve davranış kalıplarını açıklayan özelliklerini yansıtır. Mayer'in (2007) tanımına göre kişilik bir kişinin eylemlerinde düzenlenen, gelişen ve ifade edilen bir parçalar sistemidir. Allport (1937) ayrıca kişiliği çevre için benzersiz uyumunu belirleyen bu psikolojik sistemlerin birey içindeki dinamik organizasyonu olarak tanımlamıştır.

Kişilik kavramına ilişkin daha kapsamlı bir açıklama ise kelimenin kökenini de inceleyen Schultz ve Schultz (2017) tarafından yapılmıştır. Kişilik, bir oyunda aktörler tarafından kullanılan bir maskeyi ifade eden Latince "persona" kelimesinden türemiştir. Kişinin dış görünüşe, çevremizdeki insanlara gösterdiğimiz yüze nasıl atıfta bulunduğunu görmek kolaydır. O halde türetilmesine dayanarak, kişiliğin dışsal ve görünür özelliklerimize, diğer insanların görebileceği yönlerimize atıfta bulunduğu sonucuna varabiliriz. O zaman kişiliğimiz, başkaları üzerinde bıraktığımız izlenim, yani nasıl görüldüğümüz üzerinden tanımlanmaktadır. (Schultz ve Schultz, 2017).

1.5.2. Kişilik Kuramları

1.5.2.1. Psikanalitik Kuram

Kişilik üzerine ilk çalışmaları gerçekleştiren Freud'un psikanalitik yaklaşımını anlamak için geliştirdiği topografik modeli incelemek gerekir. Freud'a göre kişilik, “bilinç, bilinç öncesi ve bilinçdışı” olmak üzere üçe ayrılır. Bilinç, kişinin bildiği ve farkında olduğu tüm davranış ve düşünceleri içerir. Bilinç öncesi bilinç kadar farkında olmayan, anımsayarak zihinde toplanan ve ulaşılabilen tüm bilgilere denmektedir. Bilinçdışı ise kişiliğin en derin, en geniş bölümüdür ve insan davranışlarından sorumlu olan bölüm olarak ifade edilir. Freud, geliştirdiği topografik modele ek olarak, insan kişiliğini anlamak için yapısal modeli de geliştirmiştir. Yapısal model “ego, id ve süperegö” olarak açıklanmıştır. İnsanlar bazen “bir yanım bir şey yapmamı istiyor, diğer yanım başka bir şey yapmamı istiyor” diye düşünebilmektedir. Freud, kişiliğin birbiriyle olan ilişkisini bu durum ile açıklamaktadır. Bu üçlü etkileşime kişiliğin psikodinamiği adı verilmiştir. Freud'un yaklaşımı bazı psikologlar tarafından çok eleştirilmiştir ve Freud'dan sonra Carl Jung ve Alfred Adler psikanalitik teoriye farklı bakış açıları ekleyerek geliştirmişlerdir. Jung ve Freud fikirleri ve hatta teorik kavramları paylaşmışlardır. Jung ruh, ego, bilinç ve bilinçsizlik hakkında yazmaya devam etmiştir. Jung, id ve içgörüyü teori analogileri dahil etmiştir. Ancak Jung, Freud ile aynı bakış açısını paylaşmamışlardır. Jung insan organizmasının fiziksel ve psikolojik işlevlerinin cinsel ve saldırgan dürtülerden daha fazlası olduğunu öne sürmüştür (Burger, 2016).

1.5.2.2. Davranışçı Kuram

Davranışçı bakış açısına göre kişilik, uyaranlara, açık davranışlara veya alışkanlık sistemlerine karşı kazanılmış tepkilerin bir koleksiyonundan başka bir şey değildir. Yalnızca nesnel olarak görülebilen ve manipüle edilebilen şeye kişilik denir. Watson geleneğini izleyen B. F. Skinner'ın çalışması, kişiliğe davranışçı yaklaşımın bir örneğidir. Watson'a göre koşullanma, bir kişinin kişiliği, davranışı, tutumu ve hemen hemen her şey üzerinde muazzam bir etkiye sahiptir. Watson, bir kişinin kişiliğini belirlemek için yeterli takviyenin kullanılabileceğini öne sürmüştür. Watson kişiliğin, bir kişinin yaşamının geçmiş deneyimlerine dayanarak tahmin edilebileceğini gösteren alışkanlık sistemlerinin sonucu olduğuna inanmaktadır. Her insanın farklı yaşam deneyimleri olmuştur ve bunlara

farklı tepkiler vermiştir. Bu nedenle olgun insanlar birbirinden farklı kişiliklere sahiptir. Tüm varsayılan iç güçler veya süreçler, Skinner tarafından önemsiz görülerek reddedilmiştir. Öncelikli üzerinde durduğu, dışa dönük davranış ve onu etkileyen faktörler olmuştur. Skinner, şimdi "kişilik" dediğimiz şeyi daha iyi kavramak için hastalarla yapılan klinik çalışmalar yerine fareler ve güvercinlerle yapılan laboratuvar araştırmalarını kullanmıştır. Öte yandan onun fikirlerinin, davranış değiştirme stratejileriyle birlikte kullanıldığında özellikle klinik ortamda faydalı olduğu kanıtlanmıştır (Schultz ve Schultz, 2013).

1.5.2.3. Varoluşçu Kuram

Varoluşçu kuram, kişiliğin aynı zamanda etik ve kişisel değer konularıyla ilgilendiğini değerlendirmektedir. Bu kuram, diğer teorilerden farklı olarak kişiliği tanımlar, determinist değildir. Kişinin davranışının ne ölçüde bilinçdışı güçler veya önceki deneyimler tarafından kontrol edildiğini vurgular. İnsancıl yaklaşımlar, insanın yaratıcı, kendiliğinden ve aktif doğasını vurgular. Bununla birlikte, varoluşçuluğun daha karmaşık felsefi temeline dayanan hümanist yaklaşımlar, insan ruhuna itibar etme konusunda daha özgürdür. Abraham Maslow bu nedenle varoluşçu psikolojiyi, davranışçılık ve psikanalizin ardından bir üçüncü güç olarak adlandırmıştır (Friedman ve Schustack, 2015).

Varoluşçu kuram, bireyin temelde iyi olduğuna ve dolayısıyla kişiliğin de iyi olduğuna inanır ve bireylerin kendilerini algılama biçimine odaklanır. Bireyin benlik algısının davranışı etkilediği belirtilmektedir. Abraham Harold Maslow ve Carl Ransom Rogers da insancıl yaklaşımın öncülerindendir. Bu yaklaşıma göre geçmişe odaklanmak yerine geçmiş çatışmalara odaklanmak kişisel gelişim için daha önemlidir ve uygun ortamlar sağlanırsa kişiliğin en yüksek gelişim noktasına ulaşacağını söylerler. İnsancıl yaklaşım, yalnızlık, kendini açığa vurma, öz saygı gibi kavramlara odaklanır. (Burger, 2016)

Roger'a (1959) göre; hümanistik psikoloji, kişinin mevcut yaşantısını, sahip olduğu temel değerleri vurgulayan, yaratıcılığını, seçim özgürlüğünü ve doğallığını destekleyen, insanların kendi psikolojik sorunlarının üstesinden gelebileceklerine dair inançlarını besleyen psikolojinin alt disiplini. Ayrıca kişinin ancak olumlu bir ortamda büyüdüğü, koşulsuz sevildiği takdirde sağlıklı bir insan olabileceğine inanır. Maslow "kendini

gerçekleştiren bireyin özgür iradesi, ortalama insanların iradesinden üstündür.” ifadesiyle kendini gerçekleştirmenin önemini ifade eder. Maslow, bu tür insanların olumsuz yönlerinin farkında olarak ve bunları aşmak için gösterdikleri çabayla kendilerini koşulsuz sevdiklerini ve kabul ettiklerini vurgular (Allen, 2019).

Kişilikte varoluşçu kuram “İnsanlar, insanoğlunun manevi ve asil yönlerini temsil eden bu tür kişilikleri, bu tür modern zaman kahramanlarını nasıl anlayacak? İnsan ruhunun doğası nedir? Neden buradayız? Neden doğduk ve neden ölmek zorundayız? İnsan başarısını ölçmek mümkün müdür? yol nedir?” gibi sorulara yanıt arar. İnsan olmanın ne anlama geldiğine dair tam bir psikolojik anlayış, bu asırlık sorulara yaklaşırken bireysel farklılıkları ele almak için psikolojik bir bakış açısı sağlamalıdır. Bu sorular, kişiliğe hümanist ve varoluşçu yaklaşımların çalışmalarının odak noktasıdır. Kişilik kavramına bakış açısı diğer yaklaşımlardan farklıdır. Varoluşçu yaklaşıma göre insanlar aktif, bilinçli, sürekli düşünen varlıklardır. Varoluşçu yaklaşımlar, yalnızca benlik kavramlarına ve bilişsel yapılar veya yalnızca çevresel olumsuzluklara odaklanma girişimlerinin eninde sonunda başarısız olması gerektiğini öne sürmektedir. Bunun yerine, insanları kendi dünyalarında inceleyerek kendi dünyalarını anlamlandırmaya çalışan insanların incelenmesi gerektiğini savunmaktadır (May, 1991).

1.5.2.4. Sosyal Bilişsel Kuram

Sosyal bilişsel kuram, 1960'larda Albert Bandura tarafından Sosyal öğrenme teorisi olarak ortaya çıkmıştır. Sosyal öğrenme kuramı 1986 yılında Sosyal bilişsel kurama dönüşmüş ve öğrenmenin, kişi, çevre ve davranışın karşılıklı etkileşimi ile sosyal temasa sahip bir ortamda gerçekleştiğini varsaymıştır. Sosyal Bilişsel Kuram, bireylerin davranışı edindiği ve sürdürdüğü benzersiz yolu dikkate alırken, aynı zamanda bireylerin davranışı gerçekleştirdiği sosyal çevreyi de dikkate almaktadır. Kuram, bir kişinin davranışsal eylemin gerçekleşip gerçekleşmeyeceğini etkileyen geçmiş deneyimlerini içerir. Bu geçmiş deneyimler, bir kişinin belirli bir davranışta bulunup bulunmayacağını ve bir kişinin bu davranışta bulunma nedenlerini şekillendiren takviyeleri, beklentileri etkiler. Sosyal bilişsel kuram, insanların kendi yaşamları üzerinde kontrol uygulayabilecekleri anlamına gelen bir kişilik görüşüne sahiptir. Bandura, insanların kendi kendini düzenlediğine, proaktif olduğuna ve kendi kendini organize ettiğine ve arzu

edilen sonuçları üretmek için kendi davranışlarını etkileme gücüne sahip olduklarına inanır. (Mischel ve Shoda, 2008).

1.5.3. Beş Faktörlü Kişilik Modeli (Beş Büyük Modeli)

Cattel (1946), faktör analizi uygulamasıyla 16 temel kişilik özelliğinden oluşan bir liste oluşturmuştur. Bunlar sırasıyla; sıcaklık, problem çözme, canlılık, kurallara bağlılık, strese karşı direnç, aciliyet, baskınlık, duyarlılık, sağduyu, soyut düşünme, kendini sorgulama, değişimlere açıklık, mükemmeliyetçilik, kendini beğenmişlik, gerginlik ve sır tutma özellikleridir. Eysenck, Cattell ile çalışmıştır. Cattell'den farklı olarak Eysenck, kişiliğin üç özellikle anlaşılabilceğini düşünmüştür. Bunlar, dışadönüklük–içedönüklük için E; nevrotiklik-istikrar için N; Psikotizm-süperego işleyişi için P olmaktadır. Bu özellikler, üç faktörlü model NEO PI-R'den oluşmaktadır (Allen, 2016).

Cattel'in çalışmasının ardından sayıları çok fazla olan 16 madde ve kişiliğin açıklanabildiği 5 temel madde üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Norman (1963) bu çalışmaları yapmış ve günümüzde kullanılan beş faktörlü model elde edilmiştir. Norman kişilik özelliklerini sıfatlara dayalı olarak belirlemeye çalışarak günümüzde kullanılan beş faktörlü modelin temellerini atmıştır. (Somer, 1988)

1985 yılına kadar McCrea ve Costa, üç faktörlü NEO PI-R modelini savunmuşlardır. Goldberg (1981), Beş Faktör Modeli terimini ilk kez kullanan kuramcıdır. 1980'lerde önde gelen dört kişilik araştırmacısı Lewis Goldberg, Naomi Takemoto-Chock, Andrew Comrey ve John M. Digman, söz konusu dönem için kişilik testleri üzerinde çalışmışlardır. Bu çalışmaların sonunda Beş Faktör Modeli'nin daha güvenilir olduğu kanaatine varmışlardır. Beş Faktör Modeli'nin kabul edilmesiyle birlikte McCrea ve Costa 1985 yılında üç faktörlü model üzerinde çalışarak beş faktörlü modele geçiş yapmışlardır. 1992 yılında revize edilen ölçek, kişiliğin beş temel boyutunu ölçen oldukça yaygın kullanılan bir ölçme aracı haline gelmiştir (Feist ve Feist, 2009).

Bu beş faktör kişilik modeli; dışadönüklük, uyumluluk, sorumluluk, nevrotiklik ve deneyime açıklık boyutlarıyla tanımlanır. Bu boyutlar literatürde “büyük beş” veya “okyanus” olarak da adlandırılmaktadır. McCrae ve Costa (1997), İngiltere, İsrail, Kore, Türkiye, Danimarka ve Kanada dahil olmak üzere 50'den fazla ülkede kültürden bağımsız olarak yapılan araştırmalarda beş faktör kişilik özelliklerinin tutarlılık gösterdiğini

belirtmişlerdir. Bu tutarlılığa rağmen, ayırt edici kişilik özellikleri hem kişisel hem de sosyal bakım değerlerinden farklıdır. Örneğin, Avustralyalılar dışadönüklük ve sorumluluğu diğer özelliklerden daha fazla önemsemektedirler. Aynı şekilde Japonların sorumlu olma özelliğine diğer özelliklerden daha fazla önem verdiği belirtilmektedir (Burger, 2016).

1.5.3.1. Deneyimlere Açıklık

Beş Büyük Modelin ilk kişilik özelliği, deneyimlere açıklıktır. Bireyin yeni fikirlere, deneyimlere açıklığını, güçlü hayal gücünü güçlü bir şekilde düşünme yeteneğini ve zihinsel merakını ifade eder. Deneyime açıklık, pek çok teorisyen için farklı tanımlamalar içerir; genellikle zeki, bilgili, kültürlü ve araştırmacı, yeni deneyimlere açık, yenilikçi, bağımsız gibi bazı sıfatları içerir. Açıklık boyutunda yüksek puan alan bireylerin bağımsız, gelenekçi olmayan görüş dışında düşüncelere sahip oldukları söylenmektedir. Aksine, bu boyuttan daha düşük puan alan kişilerin daha gelenekçi oldukları, yeni deneyimlerden kaçındıkları belirtilmektedir. Deneyimlere açıklık konusunda yüksek puan alan kişiler genellikle yaratıcı, meraklı ve liberal olmakla ilişkilidir. Açıklık boyutu, bireyin kendisini ifade edebilme ve fikirlerini açık ve doğru bir şekilde iletebilme yeteneğini ifade etmektedir. Bu yetenek, kişinin diğer insanlarla iş birliği yapmasına izin verir. Buna karşılık, deneyime açıklık konusunda düşük puan alanlar tipik olarak geleneksel, muhafazakâr ve meraktan yoksun kişilerdir (Feist ve Feist, 2009).

1.5.3.2. Sorumluluk

Beş faktörlü modelin bir diğer boyutu olan sorumluluk; kişinin ne kadar kontrollü olduğu ve ne kadar disiplinli olduğunu ifade eder. Sorumlu olmayı belirleyen özellikler genellikle iş yapma ya da başarılı olma gibi durumlarda ortaya çıkar. Yükümlülüğü yüksek kişiler, güvenilir ve zeki kişiler olarak gösterilmektedir. Öz disiplin, kişinin dış etkenler dışında çaba sarf etmesini, görev bilinciyle hareket etmesini ve başarı için çalışmasını içerir. Sorumluluk boyutundan yüksek puan alan kişiler düzenli, sorumlu, planlı ve kararlı kişiler olarak adlandırılmaktadır. Bu boyuttan daha düşük puan alanlar güvenilirmez, disiplinli, disiplinsiz kişilerdir. (Burger, 2016)

Sorumluluk hesap verebilir, disiplinli, planlı, çalışkan, azimli, başarıma ihtiyacı olan, titiz, ihtiyatlı ile ilişkilendirilmiştir. Seviyesi düşük olanlar için ise dikkatsizlik, dağınıklık, ilgisizlik gibi sıfatlarla eşleştirilir. Sorumluluk, kişilerarası iletişimle, tutarlı, sempatik, hoşgörülü, kibar, cömert ve kibar olmakla ilişkilendirilmiştir. Uyum puanı yüksek olan bireylerin iş birliği yapma olasılığı daha yüksektir ve bu boyuttan daha düşük puanları olan kişiler daha rekabetçidir (Yerlikaya ve İnanc, 2012).

1.5.3.3. Dışadönüklük

Dışadönüklük, neşeli, konuşkan, iddialı, baskın, hareketli, sosyal gibi sıfatları içerir. Dışadönüklerin sevimli, şakacı, çekici, işbirlikçi, arkadaş canlısı, konuşkan olması yanında kişilerarası iletişimi yüksek ve olumlu duyguları olan kişilerin bulunduğu bahsedilmektedir. Düşük dışadönüklük düzeyine sahip kişiler, iletişime olan mesafelilik ve soğuklukla ilişkilendirilmiştir. Dışadönüklük boyutu yüksek olan kişiler, kendilerini tanıtırken entelektüel ve sanatsal ilgilerini kullanırlar. Sosyal olmak, sanatçı olmak, konuşkan olmak, pozitif olmak, neşeli olmak, hükmetmek, heyecanlı olmak, sahiplenilmek gibi özellikler dışadönüklerin sahip olduğu kişilik özelliklerinden bazılarıdır. Tersine, içe dönükler çekingen, yalnızlığı tercih eden olarak belirtilir. Modelin ikinci boyutu olan dışadönüklük; iyimser, enerjik ve girişimci olmak gibi özelliklere sahiptir. Bu boyutun karşıtı içe dönüklüktür (Costa ve McCrae, 1992).

1.5.3.4. Uyumluluk

Uyumluluk, bireyin kişisel yönelim düzeyini belirler, diğer insanlarla nasıl bağlantı kurduğunu ve onların duygu ve düşüncelerine ne kadar saygı duyduğunu ifade eder. Uyum düzeyi yüksek bireyler, arkadaş canlısı, güven veren, hoşgörülü, yumuşak kalpli, motivasyonu yüksek, rekabete yatkın, ekip çalışmasına yatkın bireylerdir. Uyumluluk boyutu, kişinin iyi huylu, yumuşak kalpli, güvenilir, nazik, açık sözlü, fedakâr, uyumlu, alçakgönüllü ve şefkatli olmasıyla ilgilidir. Uyumluluk boyutunda yüksek puan alan yöneticiler, takım arkadaşlarını iyi motive eder, ihtiyaçlarını karşılamak için çalışır ve iyi iletişim becerilerine sahiptir. Bu boyuttan daha düşük puan alan kişiler, kendi ilgi ve inançlarına uygun hareket eden, şüpheli, soğuk, insanlardan uzak kişilerdir. Ayrıca bu

bireylerin daha az işbirlikçi, düşmanca tavırlara sahip bireyler olup daha az sosyal ilişkiler içinde oldukları belirtilmektedir (Schultz ve Schultz, 2013).

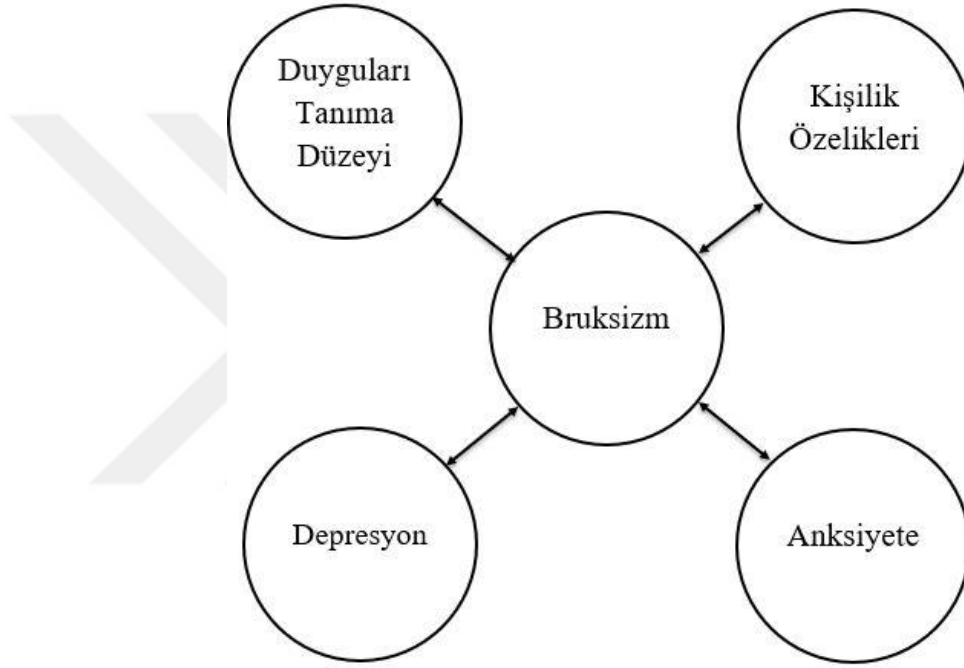
1.5.3.5. Nevrotizm

Nevrotiklik boyutu, insanların duygusal tutarlılığı, kişisel bütünlüğü gibi özelliklerin sürekliliği ile ilgilidir. Aynı zamanda bireyin strese karşı direnci ile de ilişkilidir. Diğer adı duygusal tutarsızlık olan nevrotiklik boyutundan daha yüksek puan alan kişilerde dürtüsellik, depresyona yatkınlık ve anksiyete görülmektedir. Bu boyuttan yüksek puan alan kişiler, duygusal stres yaşayan ve duygularında anlık değişimlerin sıklıkla gözlemlendiği kişilerdir. Nevrotizm boyutu yüksek olan kişiler, günlük olaylar karşısında çok fazla stres yaşarlar ve üzüntü, öfke, suçlama gibi duygulara daha yatkındırlar. Düşük puan alan kişilerin daha iyi uyum sağlamış ve uyumsuz duygusal tepkilere yakın olmayan kişiler olduğu söylenmektedir. Nevrotiklik boyutu, psikolojik rahatsızlıklara eğilimli kişiler için yüksek bir boyuttur. Nevrotizm düzeyi yüksek olan kişiler karamsar, mutsuz, stresli, güvensiz, kaygılı, problemlili, bunaltıcı, anlayışsız, karmaşık ve başa çıkılması zor kişilerdir (Yerlikaya ve İnanc, 2012).

BÖLÜM 2: YÖNTEM

2.1. Araştırma Modeli

Bu araştırmada değişkenler arasındaki ilişkinin düzeyi ve yönünün tespit edilmesi amacıyla ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. İlişkisel tarama modeli değişkenler arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyinin/ büyüklüğünün tespit edilmesi amacıyla kullanılmaktadır (Büyüköztürk ve ark., 2018). Araştırma değişkenleri ile oluşturulan araştırma modeli Şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 1: Araştırma Modeli

Şekil 1’deki bulgulara göre bu araştırma modeli bruksizmin (diş gıcırdatması olma durumu, diş gıcırdatmasının gece duyulma durumu, sabah baş ağrısı yaşama durumu, sabah çene ağrısı yaşama durumu, çenede ses olma durumu, çene problemi yaşama durumu, kötü uyku yaşama durumu, dişte aşırı duyarlılık olma durumu) kişilik özellikleri, duyguları tanıma düzeyleri, depresyon ve anksiyete ile ilişkisini ortaya koymak amacıyla oluşturulmuştur.

2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evreni İstanbul ili Esenyurt ilçesinde bulunan Esendent Ağız ve Diş Sağlığı merkezine brukisizm (diş sıkma) şikâyeti ile başvuran hastalardır. Belirtilen ağız ve diş sağlığı Merkezinin hasta kayıtları incelendiğinde araştırma evreninin yaklaşık olarak 300 hastadan oluştuğu ve bu evrenden %95 güven düzeyinde ve %5 hata payında seçilecek bir örneklemin minimum 160 hastadan oluşması gerektiği söylenilebilir. Tüm bu bulgular ve pratik şartlar doğrultusunda araştırma örneklemi belirlenmiştir. Belirtilen ağız ve diş sağlığı merkezine başvuran hastalardan basit seçkisiz örnekleme yöntemi ile 163 kişilik örneklem grubu belirlenmiştir (Büyüköztürk ve ark., 2016).

Araştırma örneklemi belirleme sürecinde İstanbul Nişantaşı Üniversitesi'nin Tez, Anket, Araştırma İnceleme ve Değerlendirme Kurulu'na başvurarak uygulanacak ölçme araçlarının etik uygunluğuna ve ölçme sürecine başlanmasına yönelik uygulama izin talebinde bulunulmuştur. İlgili kurulun 09.06.2022 tarih ve 19 sayılı kararına uygun olarak araştırma örneklemine veri toplama sürecinin ve ölçme araçlarının bilimsel etik ve değerlere uygun olduğu belirlenmiştir (Ek – 1). Bu karar doğrultusunda veri toplama sürecine başlanmıştır. Veri toplama süreci 15 Haziran 2022 tarihinde başlamıştır ve 30 Ağustos 2022 tarihinde sona erdirilmiştir. Veri toplama sürecinde hastalara etik bilgilendirme yapılmıştır ve gönüllü katılımları doğrultusunda veri toplama işlemi gerçekleştirilmiştir. Süreç sonunda oluşturulan örneklem grubuna ilişkin bilgiler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1

Araştırma örneklemi (N = 163)

		Frekans	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	121	75.2
	Erkek	40	24.8
Medeni Durum	Bekar	75	46.6
	Evli	86	53.4
Kronik Hastalık Yaşama Durumu	Yok	116	71.2
	Var	47	28.8

Tablo 1'deki bulgular incelendiğinde araştırma örnekleminin 163 hastadan oluştuğu tespit edilmiştir. Araştırma örnekleminin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde hastaların %75.2'sinin kadın (121), %24.8'inin erkek (40) olduğu söylenilebilir (2 hasta cinsiyete dair bilgilerini paylaşmak istememiştir). Araştırma örnekleminin medeni duruma göre dağılımı incelendiğinde hastaların %46.6'sının bekar (75), %53.4'ünün evli (86) olduğu söylenilebilir (2 hasta medeni durumlarına dair bilgilerini paylaşmak istememiştir). Araştırma örnekleminin kronik hastalık yaşama durumuna göre dağılımı incelendiğinde hastaların %71.2'sinin kronik hastalık yaşamadığı (116), %28.8'inin kronik hastalık yaşadığı (47) söylenilebilir.

2.3. Veri Toplama Araçları

2.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Bu form araştırmacı tarafından hastaların cinsiyet, medeni durumu ve kronik hastalık yaşayıp yaşamama durumunu belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bu form kullanılarak hastaların demografik bilgilerinin araştırmacı tarafından elde edilmesi amaçlanmaktadır.

2.3.2. Bruksizm Tanı Çizelgesi

Bu çizelge araştırmacı tarafından hastaların bruksizm (diş sıkma) düzeylerinin belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Bu formun hazırlanma sürecinde Aydın (2022) tarafından oluşturulan ve diş hekimlerinin bruksizm tanılması sürecinde kullandıkları tanı kriterleri derlenerek araştırmacı tarafından oluşturulan temel tanı kriterleri kullanılmıştır. Belirtilen tanılama sürecinde kullanılan tanı kriterleri temel alınarak oluşturulan “Bruksizm Tanı Çizelgesi” Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2
Bruksizm Tanı Çizelgesi

<i>Tanı Kriteri</i>	<i>Var (1)</i>	<i>Yok (0)</i>
1. Diş Gıcırdatması Olma Durumu		
2. Diş Gıcırdatmasının Gece Duyulma Durumu		
3. Sabah Baş Ağrısı Yaşama Durumu		
4. Sabah Çene Ağrısı Yaşama Durumu		
5. Çenede Ses Olma Durumu		
6. Çene Problemi Yaşama Durumu		
7. Kötü Uyku Yaşama Durumu		
8. Dişte Aşırı Duyarlılık Olma Durumu		

Tablo 2’deki Bruksizm Tanı Çizelgesi incelendiğinde hastaların belirtilen kriterleri yaşama durumu incelenerek hastaların bruksizm yaşama süreçleri hakkında bilgi edinilmesi hedeflenmiştir. Bu ölçme süreci sonunda her değişken için süreksiz bir veri elde edilmesi hedeflenmektedir.

2.3.3. Eysenck Kişilik Anketi – Gözden Geçirilmiş Kısa Formu

Bu araştırmada hastaların kişilik özelliklerinin tespit edilmesi amacıyla Francis, Brown ve Philipchalk (1992) tarafından geliştirilen ve Türkçeye uyarlanması Karancı, Dirik ve Yorulmaz (2007) tarafından yapılan Eysenck Kişilik Anketi – Gözden Geçirilmiş Kısa Formu kullanılmıştır. 24 maddeden oluşan bu ölçme aracı nörotisizm, dışa dönüklük, psikotisizm ve yalan söyleme olmak üzere dört temel boyut üzerinden bireylerin kişilik özelliklerini ölçmektedir. Ölçeğin nörotisizm boyutu için 0.78, dışa dönüklük boyutu için 0.65, psikotisizm boyutu için 0.42 ve yalan söyleme boyutu için 0.64 alfa güvenilirlik katsayısı değerlerine sahip olduğu tespit edilmiştir. Buna ek olarak ölçeğin nörotisizm boyutu için 0.84, dışa dönüklük boyutu için 0.82, psikotisizm boyutu için 0.69 ve yalan söyleme boyutu için 0.69 test tekrar test güvenilirlik katsayısı değerlerine sahip olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin geçerliliğine yönelik araştırmalar ilk olarak literatürde kişilik özelliklerine yakın kuramsal özellikler gösteren Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği,

Kısaltılmış Algılanan Ebeveyn Tutumları-Çocuk Formu ve Korku Tarama Envanteri kullanılarak yapılmıştır. Sonrasında ölçeğin faktör yapısı açıklayıcı faktör analizi kullanılarak incelenmiştir. Elde edilen bulgular incelendiğinde belirtilen ölçeğin bu araştırmada kullanımının geçerli ve güvenilir bulgular vereceği söylenilebilir. Ölçeğin kullanım biçimi incelendiğinde ölçeğin 24 madde için evet – Hayır şeklinde puanlandığı ve maddelere verilen cevaplar ilişkin puanlar toplanarak ölçek ve faktör toplam puanlarının elde edildiği görülmektedir. Yüksek toplam puanlar belirtilen faktörler için yüksek kişilik özelliklerine işaret etmektedir.

2.3.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği

Bu çalışmada bireylerin aleksitimi düzeylerini tespit etmek amacıyla Bagby, Parker ve Taylor (1994) ve Bagby, Taylor ve Parker (1994) tarafından geliştirilen, Türkçe uyarlaması Güleç ve Yenel (2011) tarafından yapılan Toronto Aleksitimi Ölçeği kullanılmıştır. 20 maddeden oluşan bu ölçme aracı 5 likert tipinde oluşturulmuştur (1 = Hiçbir Zaman, 2 = Nadiren, 3 = Bazen, 4 = Sık Sık, 5 = Her Zaman). Bu ölçme aracında alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan 100'dür. Yüksek puanlar yüksek aleksitimi düzeyine işaret etmektedir. Bu ölçme aracı Duyguları Tanıma Zorluğu (DTZ), Duyguları İfade Etme Zorluğu (DIEZ), Dışa Dönük Düşünce (DDD) olmak üzere 3 alt faktörden oluşmaktadır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları incelendiğinde ölçeğin tamamı için alfa güvenilirlik katsayısının 0.78, alt boyutları için ise alfa güvenilirlik katsayısının 0.57 – 0.80 aralığında değiştiği tespit edilmiştir. Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ölçeğin 26 maddelik orijinal formundaki 20 maddenin faktör dağılımının ölçeğin geçerliliğini sağladığı görülmektedir. Güleç ve Yenel (2010) 100 gönüllü katılımcıyla yaptıkları çalışma sonucunda Bagby ve arkadaşlarının geliştirmiş oldukları 20 maddelik Toronto Aleksimi Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının cut-off puanını alt değer 51 puan, üst değer 59 puan olacak şekilde belirlediler. Bu bulgular sonucunda belirtilen ölçeğin bu araştırmada kullanımının geçerli ve güvenilir olduğu söylenilebilir.

2.3.5. Beck Depresyon Envanteri

Bu çalışmada hastaların depresyon düzeyini tespit etmek amacıyla Beck (1961) tarafından geliştirilen ve Türkçe'ye uyarlaması Hisli (1988) tarafından yapılan ve sonrasında Aydın ve Demir (1989) tarafından psikometrik özellikleri belirlenen Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır. 21 maddeden oluşan bu ölçme aracı çeşitli durumlar için hastalara 1 ve 4 aralığında puanlanan durumlar sunmaktadır ve hastalar ilgili durumlar içerisinde kendine en uygun olanını seçmektedir. Ölçek sonucunda elde edilen yüksek puanların yüksek depresyon düzeyine işaret ettiği söylenilebilir. 0-9 arası puan alanlar minimal depresyon, 10-16 arası puan alanlar hafif düzey depresyon, 17-29 arası puan alanlar orta düzey depresyon ve 30-63 arası puan alanlar da şiddetli depresyon semptomları göstermektedir. Bu ölçme aracının geçerliliğine ilişkin bulgular psikiyatri servisinde yatan ve depresyon tanısı olan hastalar ve normal bireyler örnekleminde yapılmıştır. Araştırma bulgularına göre ölçeğin teorik yapı geçerliliğini sağladığı ve depresyon tanısı alan ve almayan hastaları birbirinden ayırt edebildiği görülmüştür. Ölçeğin güvenilirlik analizi sonuçları incelendiğinde ölçeğin 0.90 alfa güvenilirlik katsayısına sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular sonucunda belirtilen ölçeğin bu çalışmada kullanımının geçerli ve güvenilir olduğu söylenilebilir.

2.3.6. Beck Anksiyete Envanteri

Bu çalışmada hastaların anksiyete düzeyini tespit etmek amacıyla Beck (1988) tarafından geliştirilen ve Gümüş Avcı (1995) tarafından Türkçeye uyarlanan Beck Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır. İlgili ölçek 21 maddeden oluşmaktadır ve bu maddeler 4 durum üzerinden değerlendirilmektedir (0 = Hiç, 1 = Hafif Düzeyde, 2 = Orta Düzeyde, 3 = Ciddi Düzeyde). Bu ölçme aracında hastalar minimum 0 ve maksimum 63 aralığında puan almaktadır ve yüksek puanlar yüksek anksiyete düzeyine işaret etmektedir. 8-15 puan aralığı düşük seviyeli anksiyeteyi işaret ederken, 16-25 aralığında puan aralığı orta seviyeli anksiyete ve 26-63 puan aralığı şiddetli anksiyete biçiminde değerlendirilmektedir. Şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri bulunan kişilerin bir doktora başvurması tavsiye edilir. Bu ölçme aracına dair güvenilirlik bulguları incelendiğinde ölçeğin 0.94 test tekrar test tutarlılık katsayısı düzeyinde güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin deney ve kontrol grupları arasında grupları ayırabilme durumuna

ilişkin geçerlilik bulguları incelendiğinde ölçeğin belirtilen teorik yapıya sahip olan ve olmayan grupları birbirinden ayırabildiği gözlenmiştir ($r = - 0.59$, $p < 0.05$). Bu bulgular sonucunda belirtilen ölçeğin bu araştırmada kullanımının geçerli ve güvenilir olduğu söylenilebilir.

2.4. Veri Analizi

Araştırma sürecinde veriler SPSS 21 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz sürecinde anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir. Veriler SPSS 21 paket programına işlenmiştir. Veri girişi süreci sonrasında kayıp veriler için Kayıp Veri Analizi (Missing Value Analysis) yapılmıştır ve 163 katılımcının sürekli değişkenleri için bazı 24 maddenin random olarak kayıp olduğu tespit edilmiştir. Bu kayıp verilerin yerine madde ortalamaları atılmıştır. Bu süreç sonrasında ölçeklerin orijinal formlarına uygun olarak ters kodlanması gereken maddeler ters kodlanmıştır. Bu süreç sonunda maddeler ait oldukları faktörler ve toplam puanlara göre toplanarak sürekli değişkenler oluşturulmuştur.

Araştırma sürecinde bruksizmin (diş gıcırdatması olma durumu, diş gıcırdatmasının gece duyulma durumu, sabah baş ağrısı yaşama durumu, sabah çene ağrısı yaşama durumu, çenede ses olma durumu, çene problemi yaşama durumu, kötü uyku yaşama durumu, dişte aşırı duyarlılık olma durumu) kişilik özellikleri, duyguları tanıma düzeyleri, depresyon ve anksiyete ile ilişkisini ortaya koymak amacıyla Nokta Çift Serili Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Buna ek olarak bruksizmin alt durumları (diş gıcırdatması olma durumu, diş gıcırdatmasının gece duyulma durumu, sabah baş ağrısı yaşama durumu, sabah çene ağrısı yaşama durumu, çenede ses olma durumu, çene problemi yaşama durumu, kötü uyku yaşama durumu, dişte aşırı duyarlılık olma durumu) arasında anlamlı ilişki olup olmadığını ortaya koymak amacıyla Dörtlü (Phi) korelasyon analizi kullanılmıştır. Grup dağılımlarının birbirinden uzak olması sebebiyle bu durumun normallik varsayımını ihlal etme olasılığından dolayı bruksizmin cinsiyet, medeni hal ve kronik hastalık yaşama durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek non-parametrik testlerden amacıyla ki-kare testi kullanılmıştır. Bruksizm ile yaş arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla korelasyon analizi kullanılmıştır. Kişilik özellikleri, aleksitimi, depresyon, anksiyete ve yaş arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla

Pearson Momentler arpımı Korelasyon Analizi (r) kullanılmıştır. Kişilik zellikleri, aleksitimi, depresyon ve anksiyete düzeyinin cinsiyete, medeni duruma ve kronik hastalık yaşama durumuna göre farklılaşmasını tespit etmek amacıyla İlişkili rneklemler İçin t Test kullanılmıştır. Analizler öncesinde araştırma verilerinin analizlerin varsayımlarını (normal dağılım, varyans homojenliği, u değer varlığı vb.) sağlama durumlarını tespit etmek amacıyla değişkenlerin histogramları, arpıklık – basıklık katsayıları, Levene Testi sonuçları, frekans dağılımları incelenmiştir. Varsayımları ilişkin sonuçlar bulgular bölümünde raporlanmıştır. Elde edilen sonuçlar göre belirtilen analizlerin yapımı için veri setinin uygun olduğu tespit edilmiştir.



BÖLÜM 3: BULGULAR

Bu araştırmada bruksizmin (diş gıcırdatması olma durumu, diş gıcırdatmasının gece duyulma durumu, sabah baş ağrısı yaşama durumu, sabah çene ağrısı yaşama durumu, çenede ses olma durumu, çene problemi yaşama durumu, kötü uyku yaşama durumu, dişte aşırı duyarlılık olma durumu) kişilik özellikleri, duyguları tanıma düzeyleri, depresyon ve anksiyete ile ilişkisini ortaya koymak amacıyla Nokta Çift Serili Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Analiz öncesinde analiz varsayımlarının sağlanıp sağlanamama durumu tespit edilmiştir. Tablo 3'te araştırma sürecine katılan değişkenlerin normal dağılım varsayımını sağlayıp sağlayamadığını tespit etmek için değişkenlerin betimsel istatistikleri incelenmiştir.

Tablo 3
Sürekli Değişkenler İçin Betimsel İstatistikleri (N=163).

	Değişken	Ortalama	Standart Sapma	Çarpıklık Katsayısı	Basıklık Katsayısı
Kişilik Özellikleri	Dışa Dönüklük	3.79	1.98	-0.61	-0.82
	Yalan Söyleme	3,71	1.64	-0.33	-0.82
	Nörotizm	3.23	1.52	-0.06	-0.98
	Psikotizm	1.36	0.88	0.49	0.26
	Toplam Puan	12.10	2.95	-0.05	-0.09
Aleksitimi	DTZ	16.10	5.02	0.48	0.03
	DIEZ	12.14	3.79	0.66	0.05
	DDD	20.57	3.56	-0.07	-0.37
	Toplam Puan	48.82	10.27	0.48	0.13
	Depresyon	12.98	8.47	1.15	1.21
	Anksiyete	11.54	8.94	0.93	0.43

DTZ = Duyguları Tanıma Zorluğu, DIEZ = Duyguları İfade Etme Zorluğu, DDD = Dışa Dönük Düşünce

Tablo 3'teki bulgular incelendiğinde araştırmaya katılan tüm değişkenlerin normal dağılım varsayımından çok fazla sapma göstermediği tespit edilmiştir. Büyüköztürk (2016) çarpıklık ve basıklık katsayısı -1 ve +1 arasında değişen değişkenlerin normal dağılıma uygun olduğunu belirtmektedir. Ancak tabloda bulunan sonuçlar incelendiğinde

depresyon değişkeninin bu aralığın dışında olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde Tabachnik ve Fidel (1983) tarafından çarpıklık ve basıklık katsayısı -1.5 ve $+1.5$ arasında olan değişkenlerin de normal dağılıma uygun olduğu belirtilmektedir. Bu sebeple depresyon değişkeninin de normal dağılıma uygun olduğu varsayılmıştır. Ek-X'te verilen değişkenlere ait histogram grafikleri incelendiğinde bu durum desteklenmektedir.

Nokta çift serili korelasyon analizinin temel varsayımı sürekli değişkenlerin gerçek grup değişkenlerine göre alt gruplarına göre varyanslarının homojen olmasıdır. Bu sebeple ilgili değişkenler için Levene Testi yapılarak varyans homojenliği incelenmiştir. Sonuçlar Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4
Sürekli Değişkenlerin Gerçek Grup Değişkenlerin Alt Gruplarına Göre Levene Testi Sonuçları.

		<i>Değişkenler</i>	<i>Levene İstatistiği</i>	<i>sd1</i>	<i>sd2</i>	<i>p</i>	
Dış Gıcırdatması Olma Durumu	Kişilik Özellikleri	Dışa Dönüklük	0.05	1	161	0.82*	
		Yalan Söyleme	0.24	1	161	0.61*	
		Nörotizm	0.01	1	161	0.92*	
		Psikotizm	1.62	1	161	0.20*	
		Toplam Puan	2.20	1	161	0.14*	
	Aleksizimi	DTZ	0.16	1	161	0.68*	
		DIEZ	0.63	1	161	0.42*	
		DDD	0.26	1	161	0.60*	
		Toplam Puan	1.06	1	161	0.30*	
			Depresyon	2.44	1	161	0.12*
			Anksiyete	0.00	1	161	0.95*
Dış Gıcırdatmasının Gece Duvulma Durumu	Kişilik Özellikleri	Dışa Dönüklük	0.47	1	155	0.49*	
		Yalan Söyleme	0.47	1	155	0.49*	
		Nörotizm	3.20	1	155	0.14*	
		Psikotizm	2.73	1	155	0.10*	
		Toplam Puan	1.42	1	155	0.23*	
	Aleksiziti mi	DTZ	0.18	1	155	0.66*	
		DIEZ	2.45	1	155	0.11*	
		DDD	0.07	1	155	0.77*	

Sabah Baş Ağrısı Yaşama Durumu		Toplam Puan	0.19	1	155	0.66*
		Depresyon	3.29	1	155	0.05*
		Anksiyete	0.09	1	155	0.76*
	Kişilik Özellikleri	Dışa Dönüklük	0.29	1	155	0.58*
		Yalan Söyleme	0.86	1	155	0.35*
		Nörotizm	3.89	1	155	0.10*
		Psikotizm	3.23	1	155	0.14*
		Toplam Puan	0.05	1	155	0.81*
	Aleksizimi	DTZ	4.06	1	155	0.45*
		DIEZ	0.13	1	155	0.71*
		DDD	0.16	1	155	0.68*
		Toplam Puan	0.78	1	155	0.37*
		Depresyon	0.20	1	155	0.65*
		Anksiyete	0.85	1	155	0.35*
Sabah Çene Ağrısı Yaşama Durumu	Kişilik Özellikleri	Dışa Dönüklük	1.67	1	156	0.19*
		Yalan Söyleme	1.61	1	156	0.20*
		Nörotizm	0.53	1	156	0.46*
		Psikotizm	1.89	1	156	0.17*
		Toplam Puan	0.01	1	156	0.92*
	Aleksizimi	DTZ	3.59	1	156	0.34*
		DIEZ	0.56	1	156	0.45*
		DDD	0.77	1	156	0.37*
		Toplam Puan	3.42	1	156	0.66*
		Depresyon	0.15	1	156	0.69*
		Anksiyete	0.22	1	156	0.63*
Çenede Ses Olma Durumu	Kişilik Özellikleri	Dışa Dönüklük	0.16	1	156	0.68*
		Yalan Söyleme	0.23	1	156	0.62*
		Nörotizm	0.50	1	156	0.47*
		Psikotizm	5.52	1	156	0.20*
		Toplam Puan	0.49	1	156	0.48*
	Aleksizimi	DTZ	3.88	1	156	0.29*
		DIEZ	0.72	1	156	0.39*
		DDD	1.07	1	156	0.30*
		Toplam Puan	3.66	1	156	0.18*
		Depresyon	1.49	1	156	0.22*
		Anksiyete	0.22	1	156	0.63*
Çene Kiri		Dışa Dönüklük	0.01	1	161	0.90*

Kötü Uykü Yaşama Durumu	Aleksizimi	Yalan Söyleme	2.55	1	161	0.11*
		Nörotizm	3.85	1	161	0.29*
		Psikotizm	3.48	1	161	0.40*
		Toplam Puan	0.01	1	161	0.92*
		DTZ	1.33	1	161	0.25*
		DIEZ	1.00	1	161	0.31*
		DDD	2.63	1	161	0.10*
		Toplam Puan	0.64	1	161	0.42*
		Depresyon	1.73	1	161	0.19*
		Anksiyete	0.33	1	161	0.56*
	Kişilik Özellikleri	Dışa Dönüklük	3.16	1	160	0.24*
		Yalan Söyleme	0.39	1	160	0.52*
		Nörotizm	0.00	1	160	0.99*
		Psikotizm	2.61	1	160	0.10*
		Toplam Puan	0.00	1	160	0.96*
		DTZ	0.11	1	160	0.73*
		DIEZ	0.11	1	160	0.74*
		DDD	1.26	1	160	0.26*
		Toplam Puan	1.33	1	160	0.25*
		Depresyon	1.04	1	160	0.30*
		Anksiyete	3.05	1	160	0.50*
Dişte Aşırı Duyarlılık Olma Durumu	Kişilik Özellikleri	Dışa Dönüklük	0.09	1	158	0.75*
		Yalan Söyleme	0.85	1	158	0.35*
		Nörotizm	0.06	1	158	0.80*
		Psikotizm	1.24	1	158	0.26*
		Toplam Puan	1.08	1	158	0.29*
	Aleksizimi	DTZ	0.02	1	158	0.87*
		DIEZ	0.04	1	158	0.83*
		DDD	0.58	1	158	0.44*
		Toplam Puan	0.08	1	158	0.77*
		Depresyon	3.90	1	158	0.05*
		Anksiyete	0.28	1	158	0.59*

DTZ = Duyguları Tanıma Zorluğu, DIEZ = Duyguları İfade Etme Zorluğu, DDD = Dışa Dönük Düşünce, *= p>0.05

Tablo 4'te bulunan bulgular incelendiğinde araştırma sürecine katılan sürekli değişkenlerin gerçek grup değişkenlerin alt gruplarına göre oluşturulan grupların

varyansları arasında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir. Bu sebeple değişkenlerin Nokta Çift Serili Korelasyon Analizi yapmaya uygun olduğu söylenilebilir.

Bruksizmin kişilik özellikleri ile ilişkisini ortaya koymak amacıyla Nokta Çift Serili Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Tablo 5’te kişilik özellikleri ile araştırmanın gerçek grup değişkenleri arasındaki ilişki Nokta Çift Serili Korelasyon Analizi kullanılarak incelenmiştir.



Tablo 5
Kişilik Özellikleri İçin Nokta Çift Serili Korelasyon Analizi Sonuçları (N=163)

	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>F</i>	<i>G</i>	<i>H</i>	<i>J</i>	<i>K</i>	<i>L</i>	<i>M</i>	<i>N</i>
<i>A</i>	1												
<i>B</i>	0.34*	1											
<i>C</i>	0.33*	0.20*	1										
<i>D</i>	0.50*	0.23*	0.33*	1									
<i>E</i>	0.25*	0.07	0.22*	0.30*	1								
<i>F</i>	0.13	0.01	0.07	0.06	0.07	1							
<i>G</i>	0.24*	0.18*	0.23*	0.16*	0.07	-0.11	1						
<i>H</i>	0.28*	0.22*	0.16*	0.23*	0.16*	0.06	0.30*	1					
<i>J</i>	-0.05	-0.01	-0.01	-0.10	-0.13	-0.00	-0.18*	-0.01	1				
<i>K</i>	-0.04	-0.13*	0.05	-0.01	-0.05	0.06	-0.09	0.01	-0.02	1			
<i>L</i>	0.19*	0.21*	0.30*	0.12	0.00	0.11	0.27*	0.11	-0.02	-0.08	1		
<i>M</i>	-0.06	0.04	-0.11	-0.19*	-0.14	0.13	-0.08	-0.17*	0.04	-0.14	-0.01	1	
<i>N</i>	0.02	0.03	0.14	-0.06	-0.15*	0.13	-0.05	0.00	0.65*	0.45*	0.45*	0.24*	1

A = Diş Gıcırdatması Olma Durumu, B = Diş Gıcırdatmasının Gece Duyulma Durumu, C = Sabah Baş Ağrısı Yaşama Durumu, D = Sabah Çene Ağrısı Yaşama Durumu, E = Çenede Ses Olma Durumu, F = Çene Problemi Yaşama Durumu, G = Kötü Uyku Yaşama Durumu, H = Dişte Aşırı Duyarlılık Olma Durumu, J = Dışa Dönüklük, K = Yalan Söyleme, L = Nörotizm, M = Psikotizm, N = Kişilik Özellikleri Toplam Puan, *= p<0.05

Tablo 5’te bulunan bulgulara göre dışa dönüklük ile kötü uyku yaşama durumu arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki olduğu ($r_b = -0.18, p < 0.05$) tespit edilmiştir. Ancak dışa dönüklük ile diş gıcırdatması olma durumu ($r_b = -0.05, p > 0.05$), diş gıcırdatmasının gece duyulma durumu ($r_b = -0.01, p > 0.05$), sabah baş ağrısı yaşama durumu ($r_b = -0.01, p > 0.05$), sabah çene ağrısı yaşama durumu ($r_b = -0.10, p > 0.05$), çenede ses olma durumu ($r_b = -0.13, p > 0.05$), çene problemi yaşama durumu ($r_b = 0.00, p > 0.05$) ve dişte aşırı duyarlılık olma durumu ($r_b = -0.01, p > 0.05$) arasında anlamlı ilişki tespit edilememiştir.

Yalan söyleme ile diş gıcırdatmasının gece duyulması durumu arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki olduğu ($r_b = -0.13, p < 0.05$) tespit edilmiştir. Ancak yalan söyleme ile diş gıcırdatması olma durumu ($r_b = -0.04, p > 0.05$), sabah baş ağrısı yaşama durumu ($r_b = 0.05, p > 0.05$), sabah çene ağrısı yaşama durumu ($r_b = -0.01, p > 0.05$), çenede ses olma durumu ($r_b = -0.05, p > 0.05$), çene problemi yaşama durumu ($r_b = 0.06, p > 0.05$), kötü uyku yaşama durumu ($r_b = -0.09, p > 0.05$) ve dişte aşırı duyarlılık olma durumu ($r_b = 0.01, p > 0.05$) arasında anlamlı ilişki tespit edilememiştir.

Nörotizm ile diş gıcırdatması olma durumu ($r_b = 0.19, p < 0.05$), diş gıcırdatmasının gece duyulma durumu ($r_b = 0.21, p < 0.05$), sabah baş ağrısı yaşama durumu ($r_b = 0.30, p < 0.05$) ve kötü uyku yaşama durumu ($r_b = 0.27, p < 0.05$) arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ancak nörotizm ile sabah çene ağrısı yaşama durumu ($r_b = 0.12, p > 0.05$), çenede ses olma durumu ($r_b = 0.00, p > 0.05$), çene problemi yaşama durumu ($r_b = 0.11, p > 0.05$) ve dişte aşırı duyarlılık olma durumu ($r_b = 0.11, p > 0.05$) arasında anlamlı ilişki tespit edilememiştir.

Psikotizm ile sabah çene ağrısı yaşama durumu ($r_b = -0.19, p < 0.05$) ve dişte aşırı duyarlılık olma durumu ($r_b = -0.17, p < 0.05$) arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ancak psikotizm ile diş gıcırdatması olma durumu ($r_b = -0.06, p > 0.05$), diş gıcırdatmasının gece duyulma durumu ($r_b = 0.04, p > 0.05$), sabah baş ağrısı yaşama durumu ($r_b = -0.11, p > 0.05$), çenede ses olma durumu ($r_b = -0.14, p > 0.05$), çene problemi yaşama durumu ($r_b = 0.13, p > 0.05$) ve kötü uyku yaşama durumu ($r_b = -0.08, p > 0.05$) arasında anlamlı ilişki tespit edilememiştir.

Kişilik özellikleri toplam puanı ile çenede ses olma durumu arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r_b = -0.15$, $p < 0.05$). Ancak kişilik özellikleri toplam puanı ile dış gıcırdatması olma durumu ($r_b = 0.02$, $p > 0.05$), dış gıcırdatmasının gece duyulma durumu ($r_b = 0.03$, $p > 0.05$), sabah baş ağrısı yaşama durumu ($r_b = 0.14$, $p > 0.05$), sabah çene ağrısı yaşama durumu ($r_b = 0.06$, $p > 0.05$), çene problemi yaşama durumu ($r_b = 0.13$, $p > 0.05$), kötü uyku yaşama durumu ($r_b = 0.05$, $p > 0.05$) ve dişte aşırı duyarlılık olma durumu ($r_b = 0.00$, $p > 0.05$) arasından anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 6’da aleksitimi (duyguları tanıma düzeyi) değişkenleri ile araştırmanın gerçek grup değişkenleri arasındaki ilişki Nokta Çift Serili Korelasyon Analizi kullanılarak incelenmiştir.

Tablo 6
Aleksitimi İçin Nokta Çift Serili Korelasyon Analizi Sonuçları (N=163)

	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>F</i>	<i>G</i>	<i>H</i>	<i>J</i>	<i>K</i>	<i>L</i>	<i>M</i>
<i>A</i>	1											
<i>B</i>	0.34*	1										
<i>C</i>	0.33*	0.20*	1									
<i>D</i>	0.50*	0.23*	0.33*	1								
<i>E</i>	0.25*	0.07	0.22*	0.30*	1							
<i>F</i>	0.13	0.01	0.07	0.06	0.07	1						
<i>G</i>	0.24*	0.18*	0.23*	0.16*	0.07	-0.11	1					
<i>H</i>	0.28*	0.22*	0.16*	0.23*	0.16*	0.06	0.30*	1				
<i>J</i>	0.02	0.23*	0.11	0.05	0.03	0.13	0.22*	0.14	1			
<i>K</i>	0.00	0.22*	0.05	-0.01	0.00	0.15*	0.09	0.00	0.70*	1		
<i>L</i>	-0.03	0.12	0.08	0.03	-0.13	0.05	0.11	-0.12	0.37*	0.47*	1	
<i>M</i>	0.00	0.24*	0.10	0.03	-0.02	0.14	0.18*	0.02	0.88*	0.87*	0.70*	1

A = Dış Gıcırdatması Olma Durumu, B = Dış Gıcırdatmasının Gece Duyulma Durumu, C = Sabah Baş Ağrısı Yaşama Durumu, D = Sabah Çene Ağrısı Yaşama Durumu, E = Çenede Ses Olma Durumu, F = Çene Problemi Yaşama Durumu, G = Kötü Uyku Yaşama Durumu, H = Dişte Aşırı Duyarlılık Olma Durumu, J = Duyguları Tanıma Zorluğu, K = Duyguları İfade Etme Zorluğu, L = Dışa Dönük Düşünce, M = Aleksitimi Toplam Puan, * = $p < 0.05$

Tablo 6’da bulunan bulgulara göre duyguları tanıma zorluğu ile dış gıcırdatmasının gece duyulma durumu ($r_b = 0.23$, $p < 0.05$) ve kötü uyku yaşama durumu ($r_b = 0.22$, $p < 0.05$)

arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ancak duyguları tanıma zorluğu ile diş gıcırdatması olma durumu ($r_b = 0.02, p>0.05$), sabah baş ağrısı yaşama durumu ($r_b = 0.11, p>0.05$), sabah çene ağrısı yaşama durumu ($r_b = 0.05, p>0.05$), çenede ses olma durumu ($r_b = 0.03, p>0.05$), çene problemi yaşama durumu ($r_b = 0.13, p>0.05$) ve dişte aşırı duyarlılık olma durumu ($r_b = 0.14, p>0.05$) arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Duyguları ifade etme zorluğu ile diş gıcırdatmasının gece duyulma durumu ($r_b = 0.22, p<0.05$) ve çene problemi yaşama durumu ($r_b = 0.15, p<0.05$) arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ancak duyguları ifade etme zorluğu ile diş gıcırdatması olma durumu ($r_b = 0.00, p>0.05$), sabah baş ağrısı yaşama durumu ($r_b = 0.05, p>0.05$), sabah çene ağrısı yaşama durumu ($r_b = -0.01, p>0.05$), çenede ses olma durumu ($r_b = 0.00, p>0.05$), kötü uyku yaşama durumu ($r_b = 0.09, p>0.05$) ve dişte aşırı duyarlılık olma ($r_b = 0.00, p>0.05$) durumu arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Dışadönük düşünce ile diş gıcırdatması olma durumu ($r_b = -0.03, p>0.05$), diş gıcırdatmasının gece duyulma durumu ($r_b = 0.12, p>0.05$), sabah baş ağrısı yaşama durumu ($r_b = 0.08, p>0.05$), sabah çene ağrısı yaşama durumu ($r_b = 0.03, p>0.05$), çenede ses olma durumu ($r_b = -0.13, p>0.05$), çene problemi yaşama durumu ($r_b = 0.05, p>0.05$), kötü uyku yaşama durumu ($r_b = 0.11, p>0.05$) ve dişte aşırı duyarlılık olma durumu ($r_b = -0.12, p>0.05$) değişkenleri arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Aleksitimi toplam puanı ile diş gıcırdatmasının gece duyulma durumu ($r_b = 0.24, p<0.05$) ve kötü uyku yaşama durumu ($r_b = 0.18, p<0.05$) arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ancak duyguları tanıma zorluğu ile diş gıcırdatması olma durumu ($r_b = 0.00, p>0.05$), sabah baş ağrısı yaşama durumu ($r_b = 0.10, p>0.05$), sabah çene ağrısı yaşama durumu ($r_b = 0.03, p>0.05$), çenede ses olma durumu ($r_b = -0.02, p>0.05$), çene problemi yaşama durumu ($r_b = 0.14, p>0.05$) ve dişte aşırı duyarlılık olma durumu ($r_b = 0.02, p>0.05$) arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 7’de bruksizim ile depresyon ve anksiyete değişkenleri arasındaki ilişki Nokta Çift Serili Korelasyon Analizi kullanılarak incelenmiştir.

Tablo 7
Depresyon ve Anksiyete İçin Nokta Çift Serili Korelasyon Analizi Sonuçları
(N=163)

	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>F</i>	<i>G</i>	<i>H</i>	<i>J</i>	<i>K</i>
<i>A</i>	1									
<i>B</i>	0.34*	1								
<i>C</i>	0.33*	0.20*	1							
<i>D</i>	0.50*	0.23*	0.33*	1						
<i>E</i>	0.25*	0.07	0.22*	0.30*	1					
<i>F</i>	0.13	0.01	0.07	0.06	0.07	1				
<i>G</i>	0.24*	0.18*	0.23*	0.16*	0.07	-0.11	1			
<i>H</i>	0.28*	0.22*	0.16*	0.23*	0.16*	0.06	0.30*	1		
<i>J</i>	0.17*	0.30*	0.13	0.18*	0.17*	0.04	0.33*	0.10	1	
<i>K</i>	0.15*	0.26*	0.27*	0.16*	0.20*	0.06	0.32*	0.20*	0.61*	1

A = Diş Gıcırdatması Olma Durumu, B = Diş Gıcırdatmasının Gece Duyulma Durumu, C = Sabah Baş Ağrısı Yaşama Durumu, D = Sabah Çene Ağrısı Yaşama Durumu, E = Çenede Ses Olma Durumu, F = Çene Problemi Yaşama Durumu, G = Kötü Uyku Yaşama Durumu, H = Dişte Aşırı Duyarlılık Olma Durumu, J = Depresyon, K = Anksiyete, *= p<0.05

Tablo 7’de bulunan bulgulara göre depresyon ile diş gıcırdatması olma durumu ($r_b = 0.17$, $p < 0.05$), diş gıcırdatmasının gece duyulma durumu ($r_b = 0.30$, $p < 0.05$), sabah çene ağrısı yaşama durumu ($r_b = 0.18$, $p < 0.05$), çenede ses olma durumu ($r_b = 0.17$, $p < 0.05$) ve kötü uyku yaşama durumu ($r_b = 0.33$, $p < 0.05$) arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ancak depresyon ile sabah baş ağrısı yaşama durumu ($r_b = 0.13$, $p > 0.05$), çene problemi yaşama durumu ($r_b = 0.04$, $p > 0.05$) ve dişte aşırı duyarlılık olma durumu ($r_b = 0.10$, $p > 0.05$) arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Anksiyete ile diş gıcırdatması olma durumu ($r_b = 0.15$, $p < 0.05$), diş gıcırdatmasının gece duyulma durumu ($r_b = 0.26$, $p < 0.05$), sabah baş ağrısı yaşama durumu ($r_b = 0.27$, $p < 0.05$), sabah çene ağrısı yaşama durumu ($r_b = 0.16$, $p < 0.05$), çenede ses olma durumu ($r_b = 0.20$, $p < 0.05$), kötü uyku yaşama durumu ($r_b = 0.32$, $p < 0.05$) ve dişte aşırı duyarlılık olma durumu ($r_b = 0.20$, $p < 0.05$) arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ancak anksiyete değişkeni ile çene problemi yaşama durumu arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($r_b = 0.06$, $p > 0.05$).

Bruksizmin alt durumları (diş gıcırdatması olma durumu, diş gıcırdatmasının gece duyulma durumu, sabah baş ağrısı yaşama durumu, sabah çene ağrısı yaşama durumu, çenede ses olma durumu, çene problemi yaşama durumu, kötü uyku yaşama durumu, dişte aşırı duyarlılık olma durumu) arasında anlamlı ilişki olup olmadığını ortaya koymak amacıyla Dörtlü (Phi) korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları tablo X’de gösterilmiştir.

Tablo 8
Bruksizmin Alt Durumları Arasındaki İlişki.

	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>F</i>	<i>G</i>	<i>H</i>
<i>A</i>	1							
<i>B</i>	0.34*	1						
<i>C</i>	0.33*	0.20*	1					
<i>D</i>	0.50*	0.23*	0.33*	1				
<i>E</i>	0.25*	0.07	0.22*	0.30*	1			
<i>F</i>	0.13	0.01	0.07	0.06	0.07	1		
<i>G</i>	0.24*	0.18*	0.23*	0.16*	0.07	-0.11	1	
<i>H</i>	0.28*	0.22*	0.16	0.23*	0.16*	0.06	0.30*	1

A = Diş Gıcırdatması Olma Durumu, B = Diş Gıcırdatmasının Gece Duyulma Durumu, C = Sabah Baş Ağrısı Yaşama Durumu, D = Sabah Çene Ağrısı Yaşama Durumu, E = Çenede Ses Olma Durumu, F = Çene Problemi Yaşama Durumu, G = Kötü Uyku Yaşama Durumu, H = Dişte Aşırı Duyarlılık Olma Durumu, * = $p < 0.05$

Tablo 8’de bulunan bulgulara göre diş gıcırdatması olma durumu ile sabah baş ağrısı yaşama durumu ($r_{\text{phi}} = 0.33$, $p < 0.05$), çenede ses olma durumu ($r_{\text{phi}} = 0.25$, $p < 0.05$), kötü uyku yaşama durumu ($r_{\text{phi}} = 0.24$, $p < 0.05$) ve dişte aşırı duyarlılık olma durumu ($r_{\text{phi}} = 0.28$, $p < 0.05$) arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Buna ek olarak diş gıcırdatması olma durumu ile diş gıcırdatmasının gece duyulma durumu ($r_{\text{phi}} = 0.34$, $p < 0.05$) ve sabah çene ağrısı yaşama durumu ($r_{\text{phi}} = 0.50$, $p < 0.05$) arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ancak diş gıcırdatması olma durumu ile çene problemi yaşama durumu arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($r_{\text{phi}} = 0.13$, $p > 0.05$).

Diş gıcırdatmasının gece duyulma durumu ile sabah baş ağrısı yaşama durumu ($r_{\text{phi}} = 0.20$, $p < 0.05$), sabah çene ağrısı yaşama durumu ($r_{\text{phi}} = 0.23$, $p < 0.05$), kötü uyku yaşama durumu ($r_{\text{phi}} = 0.18$, $p < 0.05$) ve dişte aşırı duyarlılık olma durumu ($r_{\text{phi}} = 0.22$, $p < 0.05$) arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ancak diş

gıcırdatmasının gece duyulma durumu ile çenede ses olma durumu ($r_{\text{phi}} = 0.07, p>0.05$) ve çene problemi yaşama durumu ($r_{\text{phi}} = 0.01, p>0.05$) arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Sabah baş ağrısı yaşama durumu ile sabah çene ağrısı yaşama durumu ($r_{\text{phi}} = 0.33, p<0.05$), çenede ses olma durumu ($r_{\text{phi}} = 0.22, p<0.05$) ve kötü uyku yaşama durumu ($r_{\text{phi}} = 0.23, p<0.05$) arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ancak sabah baş ağrısı yaşama durumu ile çene problemi yaşama durumu ($r_{\text{phi}} = 0.07, p>0.05$) ve dişte aşırı duyarlılık olma durumu ($r_{\text{phi}} = 0.16, p>0.05$) arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Sabah çene ağrısı yaşama durumu ile çenede ses olma durumu ($r_{\text{phi}} = 0.30, p<0.05$), kötü uyku yaşama durumu ($r_{\text{phi}} = 0.16, p<0.05$) ve dişte aşırı duyarlılık olma durumu ($r_{\text{phi}} = 0.23, p<0.05$) arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ancak sabah çene ağrısı yaşama durumu ile çene problemi yaşama durumu arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($r_{\text{phi}} = 0.06, p>0.05$).

Çenede ses olma durumu ile dişte aşırı duyarlılık olma durumu arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r_{\text{phi}} = 0.16, p<0.05$). Ancak çenede ses olma durumu ile çene problemi yaşama durumu ($r_{\text{phi}} = 0.07, p>0.05$) ve kötü uyku yaşama durumu ($r_{\text{phi}} = 0.07, p>0.05$) arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Çene problemi yaşama durumu ile kötü uyku yaşama durumu ($r_{\text{phi}} = -0.11, p>0.05$) ve dişte aşırı duyarlılık olma durumu ($r_{\text{phi}} = 0.06, p>0.05$) arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Kötü uyku yaşama durumu ile dişte aşırı duyarlılık olma durumu arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r_{\text{phi}} = 0.30, p<0.05$).

Bruksizmin (diş gıcırdatması olma durumu, diş gıcırdatmasının gece duyulma durumu, sabah baş ağrısı yaşama durumu, sabah çene ağrısı yaşama durumu, çenede ses olma durumu, çene problemi yaşama durumu, kötü uyku yaşama durumu, dişte aşırı duyarlılık olma durumu) alt faktörlerinin cinsiyete, medeni duruma ve kronik hastalık yaşama durumuna göre farklılaşmasını tespit etmek için ki-kare testi kullanılmıştır. Analiz öncesinde değişkenlerin hücresel dağılımları incelenerek veri setinin ki-kare testi yapmaya uygun olup olmadığı tespit edilmiştir. Yapılan inceleme sonucunda veri setinin ki-kare testi yapılmaya uygun olduğu tespit edilmiştir.

Bruksizmin cinsiyet durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla ki-kare testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9
Bruksizmin Cinsiyet Durumuna Göre Farklılaşması.

	Cinsiyet		Toplam	X ²	sd	p
	Kadın	Erkek				
Diş Gıcırdatması Olma Durumu	121	40	161	1.36	1	0.16
Diş Gıcırdatmasının Gece Duyulma Durumu	116	40	156	0.66	1	0.27
Sabah Baş Ağrısı Yaşama Durumu	116	40	156	1.54	1	0.15
Sabah Çene Ağrısı Yaşama Durumu	117	40	157	10.56	1	0.02*
Çenede Ses Olma Durumu	117	40	157	0.00	1	1.00
Çene Problemi Yaşama Durumu	121	40	161	0.02	1	1.00
Kötü Uyku Yaşama Durumu	121	40	161	1.77	1	0.12
Dişte Aşırı Duyarlılık Olma Durumu	119	40	159	0.16	1	0.41

*= p<0.05

Tablo 9’daki bulgulara göre sabah çene ağrısı yaşama durumu cinsiyete göre farklılaşmaktadır. Yapılan Ki Kare Analizi sonucunda kadınların erkeklere göre daha fazla sabah çene ağrısı yaşadığı tespit edilmiştir ($X^2 = 10.56$, $p < 0.05$). Ancak diş gıcırdatması olma durumu ($X^2 = 1.36$, $p > 0.05$), diş gıcırdatmasının gece duyulma durumu ($X^2 = 1.54$, $p > 0.05$), sabah baş ağrısı yaşama durumu ($X^2 = 0.00$, $p > 0.05$), çenede ses olma durumu ($X^2 = , p > 0.05$), çene problemi yaşama durumu ($X^2 = 0.02$, $p > 0.05$), kötü uyku yaşama durumu ($X^2 = 1.77$, $p > 0.05$) ve dişte aşırı duyarlılık olma durumunun ($X^2 = 0.16$, $p > 0.05$) cinsiyete göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir.

Bruksizmin medeni duruma göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla ki-kare testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10
Bruksizmin Medeni Duruma Göre Farklılaşması.

	Medeni Durum		Toplam	X ²	sd	p
	Bekâr	Evli				
Diş Gıcırdatması Olma Durumu	75	86	161	1.66	1	0.13
Diş Gıcırdatmasının Gece Duyulma Durumu	75	81	156	3.02	1	0.06
Sabah Baş Ağrısı Yaşama Durumu	75	81	156	3.65	1	0.04*
Sabah Çene Ağrısı Yaşama Durumu	74	83	157	0.51	1	0.40
Çenede Ses Olma Durumu	74	83	157	0.66	1	0.26
Çene Problemi Yaşama Durumu	75	86	161	5.23	1	0.02*
Kötü Uyku Yaşama Durumu	75	86	161	0.09	1	0.44
Dişte Aşırı Duyarlılık Olma Durumu	73	86	161	0.87	1	0.46

*= p<0.05

Tablo 10'daki bulgulara göre sabah baş ağrısı yaşama durumu ve çene problemi yaşama durumu medeni duruma göre farklılaşmaktadır. Yapılan Ki Kare Analizi sonucunda evli bireylerin bekâr bireylere göre daha çok sabah baş ağrısı yaşadıkları ($X^2 = 3.65$, $p < 0.05$) ve çene problemi yaşadıkları ($X^2 = 5.24$, $p < 0.05$) tespit edilmiştir. Ancak diş gıcırdatması olma durumu ($X^2 = 1.66$, $p > 0.05$), diş gıcırdatmasının gece duyulma durumu ($X^2 = 3.02$, $p > 0.05$), sabah çene ağrısı yaşama durumu ($X^2 = 0.51$, $p > 0.05$), çenede ses olma durumu ($X^2 = 0.66$, $p > 0.05$), kötü uyku yaşama durumu ($X^2 = 0.09$, $p > 0.05$) ve dişte aşırı duyarlılık olma durumunun ($X^2 = 0.87$, $p > 0.05$) medeni duruma göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir.

Bruksizmin kronik hastalık yaşama durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla ki-kare testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11
Bruksizmin Kronik Hastalık Yaşama Durumuna Göre Farklılaşması.

	Kronik Hastalık		Toplam	X ²	sd	p
	Var	Yok				
Diş Gıcırdatması Olma Durumu	116	47	163	5.54	1	0.01*
Diş Gıcırdatmasının Gece Duyulma Durumu	113	44	157	0.10	1	0.44

Sabah Baş Ağrısı Yaşama Durumu	112	45	157	0.27	1	0.37
Sabah Çene Ağrısı Yaşama Durumu	113	45	158	0.77	1	0.24
Çenede Ses Olma Durumu	113	45	158	0.79	1	0.24
Çene Problemi Yaşama Durumu	116	47	163	0.63	1	0.30
Kötü Uyku Yaşama Durumu	116	46	162	0.26	1	0.37
Dişte Aşırı Duyarlılık Olma Durumu	115	45	160	0.73	1	0.25

*= p<0.05

Tablo 11'deki bulgulara göre diş gıcırdatması olma durumunun kronik hastalık yaşama durumuna göre farklılaşmaktadır. Yapılan Ki Kare Analizi sonucunda kronik hastalık yaşayan bireylerin yaşamayan bireylere göre daha çok diş gıcırdatması yaşadıkları tespit edilmiştir ($X^2 = 5.54$, $p<0.05$). Ancak kronik hastalık yaşama durumunun diş gıcırdatmasının gece duyulma durumu ($X^2 = 0.10$, $p>0.05$), sabah baş ağrısı yaşama durumu ($X^2 = 0.27$, $p>0.05$), sabah çene ağrısı yaşama durumu ($X^2 = 0.77$, $p>0.05$), çenede ses olma durumu ($X^2 = 0.79$, $p>0.05$), çene problemi yaşama durumu ($X^2 = 0.63$, $p>0.05$), kötü uyku yaşama durumu ($X^2 = 0.26$, $p>0.05$) ve dişte aşırı duyarlılık olma durumuna ($X^2 = 0.73$, $p>0.05$) göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir.

Bruksizm ile yaş arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla korelasyon analizi kullanılmıştır. Bruksizm ve yaş arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla Nokta Çift Serili Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12
Bruksizm ve Yaş Arasındaki İlişki.

	A	B	C	D	E	F	G	H	J
A	1								
B	0.34*	1							
C	0.33*	0.20*	1						
D	0.50*	0.23*	0.33*	1					
E	0.25*	0.07	0.22*	0.30*	1				
F	0.13	0.01	0.07	0.06	0.07	1			
G	0.24*	0.18*	0.23*	0.16*	0.07	-0.11	1		
H	0.28*	0.22*	0.16	0.23*	0.16*	0.06	0.30*	1	
J	0.13	0.05	-0.04	0.06	0.00	-0.05	-0.08	0.09	1

A = Diş Gıcırdatması Olma Durumu, B = Diş Gıcırdatmasının Gece Duyulma Durumu, C = Sabah Baş Ağrısı Yaşama Durumu, D = Sabah Çene Ağrısı Yaşama Durumu, E = Çenede Ses Olma Durumu, F =

Çene Problemi Yaşama Durumu, G = Kötü Uyku Yaşama Durumu, H = Dişte Aşırı Duyarlılık Olma Durumu, J = Yaş, *= $p < 0.05$

Tablo 12'deki bulgulara göre yaş ile diş gıcırdatması olma durumu ($r_b = 0.13$, $p > 0.05$), diş gıcırdatmasının gece duyulma durumu ($r_b = 0.05$, $p > 0.05$), sabah baş ağrısı yaşama durumu ($r_b = -0.04$, $p > 0.05$), sabah çene ağrısı yaşama durumu ($r_b = 0.06$, $p > 0.05$), çenede ses olma durumu ($r_b = 0.00$, $p > 0.05$), çene problemi yaşama durumu ($r_b = -0.05$, $p > 0.05$), kötü uyku yaşama durumu ($r_b = -0.08$, $p > 0.05$) ve dişte aşırı duyarlılık olma durumu ($r_b = 0.09$, $p > 0.05$) arasında anlamlı ilişki tespit edilememiştir.

Kişilik özellikleri, aleksitimi, depresyon, anksiyete ve yaş arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13
Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi Sonuçları

	A	B	C	D	E	F	G	H	J	K	L	M
A	1											
B	-0.02	1										
C	-0.02	-0.08	1									
D	0.04	-0.14	-0.01	1								
E	0.65*	0.45*	0.45*	0.24*	1							
F	-0.18*	-0.16*	0.40*	0.04	0.00	1						
G	-0.32*	-0.10	0.33*	0.01	-0.15	0.70*	1					
H	-0.27*	0.05	0.35*	0.09	0.00	0.37*	0.47*	1				
J	-0.32*	-0.10	0.40*	0.06	-0.05	0.88*	0.87*	0.70*	1			
K	-0.22*	-0.11	0.40*	-0.11	-0.03	0.50*	0.46*	0.30*	0.52*	1		
L	-0.06	-0.19*	0.34*	-0.08	-0.00	0.49*	0.38*	0.18*	0.43*	0.61*	1	
M	0.06	0.07	-0.06	-0.11	0.01	-0.20*	-0.22*	-0.22*	-0.26*	-0.22*	-0.13	1

A = Dışa Dönüklük, B = Yalan Söyleme, C = Nörotizm, D = Psikotizm, E = Kişilik Özellikleri Toplam Puan, F = Duyguları Tanıma Zorluğu, G = Duyguları İfade Etme Zorluğu, H = Dışa Dönük Düşünce, J = Aleksitimi Toplam Puan, K = Depresyon, L = Anksiyete, M = Yaş, *= $p < 0.05$

Tablo 13'deki bulgulara göre dışa dönüklük ile kişilik özellikleri toplam puan arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = 0.65$, $p < 0.05$). Buna ek olarak dışa dönüklük ile duyguları tanıma zorluğu ($r = -0.18$, $p < 0.05$), duyguları ifade etme zorluğu ($r = -0.32$, $p < 0.05$), dışa dönük düşünce ($r = -0.27$, $p < 0.05$), aleksitimi

toplam puan ($r = -0.32, p < 0.05$) ve depresyon ($r = -0.22, p < 0.05$) değişkenleri arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ancak dışa dönüklük ile yalan söyleme ($r = -0.02, p > 0.05$), nörotizm ($r = -0.02, p > 0.05$), psikotizm ($r = 0.04, p > 0.05$), anksiyete ($r = -0.06, p > 0.05$) ve yaş ($r = 0.06, p > 0.05$) arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Yalan söyleme ile kişilik özellikleri toplam puan arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = 0.45, p < 0.05$). Buna ek olarak yalan söyleme ile duyguları tanıma zorluğu ($r = -0.16, p < 0.05$) ve anksiyete ($r = -0.19, p < 0.05$) arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ancak yalan söyleme ile nörotizm ($r = -0.08, p > 0.05$), psikotizm ($r = -0.14, p > 0.05$), duyguları ifade etme zorluğu ($r = -0.10, p > 0.05$), dışa dönük düşünce ($r = 0.05, p > 0.05$), aleksitimi toplam puan ($r = -0.10, p > 0.05$), depresyon ($r = -0.11, p > 0.05$) ve yaş ($r = 0.07, p > 0.05$) arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Nörotizm ile kişilik özellikleri toplam puan ($r = 0.45, p < 0.05$), duyguları tanıma zorluğu ($r = 0.40, p < 0.05$), duyguları ifade etme zorluğu ($r = 0.33, p < 0.05$), dışa dönük düşünce ($r = 0.35, p < 0.05$), aleksitimi toplam puan ($r = 0.40, p < 0.05$), depresyon ($r = 0.40, p < 0.05$) ve anksiyete ($r = 0.34, p < 0.05$) arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ancak nörotizm ile psikotizm ($r = -0.01, p > 0.05$) ve yaş ($r = -0.06, p > 0.05$) arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Psikotizm ile kişilik özellikleri toplam puan arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = 0.24, p < 0.05$). Ancak psikotizm ile duyguları tanıma zorluğu ($r = 0.04, p > 0.05$), duyguları ifade etme zorluğu ($r = 0.01, p > 0.05$), dışa dönük düşünce ($r = 0.09, p > 0.05$), aleksitimi toplam puan ($r = 0.06, p > 0.05$), depresyon ($r = -0.11, p > 0.05$), anksiyete ($r = -0.08, p > 0.05$) ve yaş ($r = -0.11, p > 0.05$) arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Kişilik özellikleri toplam puan ile duyguları tanıma zorluğu ($r = 0.00, p > 0.05$), duyguları ifade etme zorluğu ($r = -0.15, p > 0.05$), dışa dönük düşünce ($r = 0.00, p > 0.05$), aleksitimi toplam puan ($r = 0.05, p > 0.05$), depresyon ($r = -0.03, p > 0.05$), anksiyete ($r = -0.00, p > 0.05$) ve yaş ($r = 0.01, p > 0.05$) arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Duyguları tanıma zorluğu ile duyguları ifade etme zorluğu ($r = 0.70, p < 0.05$) ve aleksitimi toplam puan arasında ($r = 0.88, p < 0.05$) yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki

olduğu tespit edilmiştir. Buna ek olarak duyguları tanıma zorluğu ile dışa dönük düşünce ($r = 0.37, p < 0.05$), depresyon ($r = 0.50, p < 0.05$) ve anksiyete ($r = 0.49, p < 0.05$) arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Son olarak duyguları tanıma zorluğu ile yaş arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = -0.20, p < 0.05$).

Duyguları ifade etme zorluğu ile aleksitimi toplam puan arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = 0.87, p < 0.05$). Buna ek olarak duyguları ifade etme zorluğu ile dışa dönük düşünce ($r = 0.47, p < 0.05$), depresyon ($r = 0.46, p < 0.05$) ve anksiyete ($r = 0.38, p < 0.05$) arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Son olarak duyguları ifade etme zorluğu ile yaş arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = -0.22, p < 0.05$).

Dışa dönük düşünce ile aleksitimi toplam puan arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = 0.70, p < 0.05$). Buna ek olarak dışa dönük düşünce ile depresyon ($r = 0.30, p < 0.05$) ve anksiyete ($r = 0.18, p < 0.05$) arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Son olarak dışa dönük düşünce ile yaş arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = -0.22, p < 0.05$).

Aleksitimi toplam puan ile depresyon ($r = 0.52, p < 0.05$) ve anksiyete ($r = 0.43, p < 0.05$) arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Buna ek olarak aleksitimi toplam puan ile yaş arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = -0.26, p < 0.05$).

Depresyon ile anksiyete ($r = 0.61, p < 0.05$) arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Buna ek olarak depresyon ile yaş arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = -0.22, p < 0.05$). Ancak yaş ve anksiyete arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($r = -0.13, p > 0.05$).

Kişilik özellikleri, aleksitimi, depresyon ve anksiyete düzeyinin cinsiyete göre farklılaşmasını tespit etmek amacıyla İlişkili Örneklem İÇİN t Test kullanılmıştır. Analiz öncesinde t test analizi varsayımları incelenmiştir ve veri setinin t test yapmaya uygun olduğuna karar verilmiştir. Örneklemde 40 erkek bireyin olması normallik varsayımının ihlal edilebileceğine dair endişe yaratsa da Shavelson (2022) 30 ve üstü örneklem grupları için normallik varsayımının sağlandığının kabul edilebileceğini

belirtmiştir. Bu sonuçlar ile t test analizi yapılmıştır ve analiz sonuçları Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14
Cinsiyete Göre T Test Analizi Sonuçları.

		<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>Ortalama</i>	<i>Standart Sapma</i>	<i>t</i>	<i>sd</i>
Kişilik Özellikleri	Dışa Dönüklük	Kadın	121	3.82	1.94	0.42	159
		Erkek	40	3.67	2.15		
	Yalan Söyleme	Kadın	121	3.84	1.64	1.65	159
		Erkek	40	3.35	1.64		
	Nörotizm	Kadın	121	3.41	1.52	2.31	159
		Erkek	40	2.77	1.42		
	Psikotizm	Kadın	121	1.30	0.88	-1.35	159
		Erkek	40	1.52	0.90		
	Toplam Puan	Kadın	121	12.39	2.85	1.98	159
		Erkek	40	11.32	3.18		
Aleksitimi	DTZ	Kadın	121	16.13	5.04	0.02	159
		Erkek	40	16.11	5.09		
	DIEZ	Kadın	121	12.14	3.67	-0.12	159
		Erkek	40	12.22	4.27		
	DDD	Kadın	121	20.55	3.48	-0.20	159
		Erkek	40	20.68	3.89		
	Toplam Puan	Kadın	121	48.83	9.96	-0.10	159
		Erkek	40	49.03	11.41		
	Depresyon	Kadın	121	13.53	8.10	1.39	159
		Erkek	40	11.37	9.60		
	Anksiyete	Kadın	121	12.06	8.94	1.25	159
		Erkek	40	10.00	9.08		

DTZ = Duyguları Tanıma Zorluğu, DIEZ = Duyguları İfade Etme Zorluğu, DDD = Dışa Dönük Düşünce, *= p<0.05

Dışa dönüklük puan ortalamalarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t_{159}= 0.42$, $p>0.05$).

Yalan söyleme puan ortalamalarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t_{159}= 1.65$, $p>0.05$).

Nörotizm puan ortalamalarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği tespit edilmiştir ($t_{159}= 2.31$, $p<0.05$). Sonuçlar, kadınların ($\bar{X}_K=3.41$) erkeklere ($\bar{X}_E=2.77$) göre nörotizm eğilimi taşıdığına işaret etmektedir.

Psikotizm puan ortalamalarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t_{159}=-1.35$, $p>0.05$).

Kişilik özellikleri toplam puan ortalamalarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği tespit edilmiştir ($t_{159}=1.98$, $p<0.05$). Sonuçlar, kadınların ($\bar{X}_K=12.39$) erkeklere ($\bar{X}_E=11.32$) göre daha yüksek kişilik özelliği taşıdığına işaret etmektedir.

Duyguları tanıma zorluğu puan ortalamalarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t_{159}=0.02$, $p>0.05$).

Duyguları ifade etme zorluğu puan ortalamalarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t_{159}=-0.12$, $p>0.05$).

Dışa dönük düşünce puan ortalamalarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t_{159}=-0.20$, $p>0.05$).

Aleksitimi puan ortalamalarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t_{159}=-0.10$, $p>0.05$).

Depresyon puan ortalamalarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t_{159}=1.39$, $p>0.05$).

Anksiyete puan ortalamalarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t_{159}=1.25$, $p>0.05$).

Kişilik özellikleri, aleksitimi, depresyon ve anksiyete düzeyinin medeni duruma göre farklılaşmasını tespit etmek amacıyla ilişkili Örneklem İçin t Test kullanılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 15'te gösterilmiştir.

Tablo 15
Medeni Duruma Göre T Test Analizi Sonuçları.

		<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>Ortalama</i>	<i>Standart Sapma</i>	<i>t</i>	<i>sd</i>
Kişilik Özellikleri	Dışa Dönüklük	Bekâr	75	3.65	2.12	-0.81	159
		Evli	86	3.91	1.87		
	Yalan Söyleme	Bekâr	75	3.64	1.57	-0.54	159
		Evli	86	3.79	1.72		
	Nörotizm	Bekâr	75	3.46	1.50	1.62	159
		Evli	86	3.07	1.52		
	Psikotizm	Bekâr	75	1.39	0.91	0.42	159
		Evli	86	1.33	0.87		
	Toplam Puan	Bekâr	75	12.15	3.18	0.10	159
		Evli	86	12.10	2.78		
Aleksitimi	DTZ	Bekâr	75	16.49	5.50	0.85	159
		Evli	86	15.81	4.61		
	DIEZ	Bekâr	75	12.17	4.19	0.03	159
		Evli	86	12.15	3.47		
	DDD	Bekâr	75	20.67	3.70	0.27	159
		Evli	86	20.51	3.48		
	Toplam Puan	Bekâr	75	49.33	11.21	0.52	159
		Evli	86	48.47	9.50		
	Depresyon	Bekâr	75	12.55	8.37	-0.62	159
		Evli	86	13.38	8.68		
	Anksiyete	Bekâr	75	12.64	9.75	1.45	159
		Evli	86	10.59	8.21		

DTZ = Duyguları Tanıma Zorluğu, DIEZ = Duyguları İfade Etme Zorluğu, DDD = Dışa Dönük Düşünce, *= $p<0.05$

Dışa dönüklük puan ortalamalarının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t_{159} = -0.81, p > 0.05$).

Yalan söyleme puan ortalamalarının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t_{159} = -0.54, p > 0.05$).

Nörotizm puan ortalamalarının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği tespit edilmiştir ($t_{159} = 1.62, p > 0.05$).

Psikotizm puan ortalamalarının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t_{159} = 0.42, p > 0.05$).

Kişilik özellikleri toplam puan ortalamalarının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği tespit edilmiştir ($t_{159} = 0.10, p > 0.05$).

Duyguları tanıma zorluğu puan ortalamalarının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t_{159} = 0.85, p > 0.05$).

Duyguları ifade etme zorluğu puan ortalamalarının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t_{159} = 0.03, p > 0.05$).

Dışa dönük düşünce puan ortalamalarının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t_{159} = 0.27, p > 0.05$).

Aleksitimi puan ortalamalarının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t_{159} = 0.52, p > 0.05$).

Depresyon puan ortalamalarının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t_{159} = -0.62, p > 0.05$).

Anksiyete puan ortalamalarının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t_{159} = 1.45, p > 0.05$).

Kişilik özellikleri, aleksitimi, depresyon ve anksiyete düzeyinin kronik hastalık yaşama durumuna göre farklılaşmasını tespit etmek amacıyla İlişkili Örneklemeler İçin t Test kullanılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16

Kronik Hastalık Yaşama Durumuna Göre T Test Analizi Sonuçları.

		<i>Grup</i> <i>(Kronik Hastalık)</i>	<i>N</i>	<i>Ortalama</i>	<i>Standart</i> <i>Sapma</i>	<i>t</i>	<i>sd</i>	<i>p</i>
Kişilik Özellikleri	Dışa Dönüklük	Yok	116	3.80	1.98	0.12	161	0.90
		Var	47	3.76	1.99			
	Yalan Söyleme	Yok	116	3.69	1.67	-0.27	161	0.78
		Var	47	3.79	1.59			
	Nörotizm	Yok	116	3.13	1.58	-1.36	161	0.17
		Var	47	3.49	1.33			
	Psikotizm	Yok	116	1.35	0.87	-0.15	161	0.87
		Var	47	1.38	0.92			
	Toplam Puan	Yok	116	11.98	3.02	-0.81	161	0.41
		Var	47	12.40	2.79			
Aleksitimi	DTZ	Yok	116	15.99	4.90	-0.42	161	0.67
		Var	47	16.36	5.35			
	DIEZ	Yok	116	12.23	3.93	0.44	161	0.65
		Var	47	11.93	3.47			
	DDD	Yok	116	20.58	3.60	0.08	161	0.92
		Var	47	20.53	3.49			
	Toplam Puan	Yok	116	48.81	10.32	-0.01	161	0.99
		Var	47	48.84	10.23			
	Depresyon	Yok	116	13.47	8.64	1.16	161	0.24
		Var	47	11.77	8.00			
	Anksiyete	Yok	116	11.58	8.99	0.08	161	0.92
		Var	47	11.44	8.90			

DTZ = Duyguları Tanıma Zorluğu, DIEZ = Duyguları İfade Etme Zorluğu, DDD = Dışa Dönük Düşünce, *= p<0.05

Dışa dönüklük puan ortalamalarının kronik hastalık yaşama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t_{159}= 0.12$, $p>0.05$).

Yalan söyleme puan ortalamalarının kronik hastalık yaşama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t_{159}= -0.27$, $p>0.05$).

Nörotizm puan ortalamalarının kronik hastalık yaşama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği tespit edilmiştir ($t_{159}= -1.36$, $p>0.05$).

Psikotizm puan ortalamalarının kronik hastalık yaşama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t_{159}= -0.15$, $p>0.05$).

Kişilik özellikleri toplam puan ortalamalarının kronik hastalık yaşama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği tespit edilmiştir ($t_{159}= -0.81$, $p>0.05$).

Duyguları tanıma zorluğu puan ortalamalarının kronik hastalık yaşama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t_{159}= -0.42$, $p>0.05$).

Duyguları ifade etme zorluğu puan ortalamalarının kronik hastalık yaşama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t_{159} = 0.44$, $p > 0.05$).

Dışa dönük düşünce puan ortalamalarının kronik hastalık yaşama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t_{159} = 0.08$, $p > 0.05$).

Aleksitimi puan ortalamalarının kronik hastalık yaşama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t_{159} = -0.01$, $p > 0.05$).

Depresyon puan ortalamalarının kronik hastalık yaşama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t_{159} = 1.16$, $p > 0.05$).

Anksiyete puan ortalamalarının kronik hastalık yaşama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($t_{159} = 0.08$, $p > 0.05$).

TARTIŞMA

Araştırma kapsamında elde edilen bulgular konuyla alakalı alanyazın çerçevesinde tartışılarak değerlendirme yapılmıştır. Bu araştırmada bruksizmin (diş gıcırdatması olma durumu, diş gıcırdatmasının gece duyulma durumu, sabah baş ağrısı yaşama durumu, sabah çene ağrısı yaşama durumu, çenede ses olma durumu, çene problemi yaşama durumu, kötü uyku yaşama durumu, dişte aşırı duyarlılık olma durumu) kişilik özellikleri, duyguları tanıma düzeyleri, depresyon ve anksiyete ile ilişkisi; cinsiyet, medeni durum, kronik hastalık ve yaş değişkenleri bakımından incelenmiştir. Bulgular, psikoloji literatüründe aleksitimi, kişilik özellikleri, anksiyete ve depresyon kavramlarına dair bilgilerle desteklenmiştir.

Çalışmada bruksizimli bireylerde kişilik özellikleri alt faktörlerinden dışa dönüklük ile kötü uyku yaşama arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki görülmüştür. Dışadönük kişilerde kötü uyku yaşama durumu daha düşüktür.

Kişilik özellikleri alt faktörlerinden yalan söyleme ile diş gıcırdatmasının gece duyulması durumu arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Yalan söyleme yapısına sahip kişilerde gece diş gıcırdatmanın duyulması daha düşüktür.

Bir diğer kişilik alt faktörü olan nörotizm ile bruksizmin alt durumlarından diş gıcırdatması olma durumu, diş gıcırdatmasının gece duyulma durumu, sabah baş ağrısı yaşama durumu ve kötü uyku yaşama durumu arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Nevrotik bireylerde bruksizm problemleri görebilmekteyiz.

Sonuncu kişilik özellikleri alt faktörümüz olan psikotizm ile bruksizmin alt durumlarından sabah çene ağrısı yaşama durumu ve dişte aşırı duyarlılık olma durumu arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Psikotik kişilikteki bireylerde bruksizmle ilgili durumlar daha az da olabilir ya da bruksizm ifadeleri de düşük olduğu için negatif sonuç çıkmış olabilir.

Magdalena ve arkadaşları (2023) kişilik tipinin temporomandibular bozuklukların oluşumu üzerindeki etkisini saptamak amacıyla 75 gönüllü katılımcıyla yaptıkları kesitsel çalışmada beş büyük kişilik özelliklerinden deneyime açıklık alt faktörünün, bruksizm alt

durumlarından sabah baş ağrılarının varlığıyla anlamlı bir ilişkisi olduğunu tespit etmişlerdir (Magdalena ve ark., 2023). Mohn ve arkadaşları ise temporomandibular eklem bozukluğu olan hastalarda olmayan kişilere göre kişilik özellikleri açısından dışadönüklük ve deneyime açıklık alt faktörlerinin daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir (Mohn ve ark., 2010).

Çalışmada bruksizmlı bireylerde aleksitimi alt faktörlerinden duyguları tanıma zorluğu ile diş gıcırdatmasının gece duyulma durumu ve kötü uyku yaşama durumu arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Duyguları tanıma zorluğu yaşayan bireylerde uyku kalitesi düşmektedir.

Aleksitimi alt faktörlerinden duyguları ifade etme zorluğu ile bruksizm alt durumlarından diş gıcırdatmasının gece duyulma durumu ve çene problemi yaşama durumu arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Duygularını ifade etmekte zorlanan bireylerde bruksizm semptomlarını daha sık görebiliriz.

Dışadönük kişilik yapısına sahip bireylerde bruksizmin daha az olması beklenmektedir. Aleksitimisi olan bireylerde, diş gıcırdatmasının gece duyulması ve kötü uyku yaşama durumu vardır.

Çevlik ve arkadaşları (2020) 51'i kadın 30'u erkek toplam 81 bruksizm hastasıyla gerçekleştirdikleri çalışmada bruksizm ile aleksitimi arasındaki ilişkiyi incelemiş ancak katılımcılardan hiçbirinin aleksitimik olmadığını saptamışlardır (Çevlik ve ark., 2020). Przysańska ve arkadaşları (2019) 52 gönüllü bruksizm hastasıyla yaptıkları araştırma çerçevesinde katılımcıların büyük bölümünün aleksitimik olmadığını ancak hepsinin yüksek veya orta düzeyde stres gösterdiğini ortaya koymuşlardır (Przysańska ve ark., 2019).

Çalışma kapsamında bruksizmlı bireylerde depresyon ile bruksizmin alt durumlarından diş gıcırdatması olma durumu, diş gıcırdatmasının gece duyulma durumu, sabah çene ağrısı yaşama durumu, çenede ses olma durumu ve kötü uyku yaşama durumu arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Depresyon yaşayan bireylerde bruksizm görülme potansiyeli bulunmaktadır.

Ülkemizde bir diş kliniği kapsamında yapılan bir araştırmada bruksizimli ya da bruksizmi olmayan bireylere yönelik anksiyete ve depresyon saptanmaya çalışılmış ancak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Kılıçoğlu ve Pekkan, 2009).

Çalışmada bruksizimli bireylerde anksiyete ile bruksizmin alt durumlarından diş gıcırdatması olma durumu, diş gıcırdatmasının gece duyulma durumu, sabah baş ağrısı yaşama durumu, sabah çene ağrısı yaşama durumu, çenede ses olma durumu, kötü uyku yaşama durumu ve dişte aşırı duyarlılık olma durumu arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Anksiyetik bireylerde bruksizm görülme potansiyeli yüksektir.

Destekler nitelikte Ohayon ve arkadaşları (2001) Avrupa’da bulunan üç ülke çerçevesinde 13057 katılımcılı büyük bir çalışma gerçekleştirmiş, bruksizmi olan bireylerde anksiyeteyi de içeren birçok ruhsal bozukluğun ilişkisini araştırmış ve bruksizimli bireylerde anksiyete görülme sıklığını bruksizmi olmayan bireylere göre daha fazla olarak bildirmişlerdir (Ohayon ve ark., 2001). Buna karşın Taşsöker ve arkadaşları (2020) 68 bruksizimli ve 32 bruksizmi olmayan katılımcıyla yaptıkları araştırmada anksiyete ve aleksitiminin uyku bruksizmiyle ilişkili olmadığını tespit etmişlerdir (Taşsöker ve ark., 2020).

Çalışmada elde edilen bulgular neticesinde sabah çene ağrısı yaşama durumunun cinsiyete göre farklılaştığı görülmektedir. Kadınlar erkeklere nazaran daha fazla sabah çene ağrısı yaşamaktadır.

Çevlik ve arkadaşları (2020) 51’i kadın 30’u erkek toplam 81 bruksizm hastasıyla gerçekleştirdikleri çalışmada cinsiyetin sürekli kaygı ölçeğini etkileyen istatistiksel olarak anlamlı bir faktör olduğunu saptamışlar ve elde ettikleri bulgular doğrultusunda bruksizmin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve medeni durum üzerine anlamlı etkisinin olduğu belirtmişlerdir (Çevlik ve ark., 2020).

Çalışmada elde edilen bulgular neticesinde medeni durumun sabah baş ağrısı yaşama durumu ve çene problemi yaşama durumuna etkisi olduğu görülmektedir. Evli bireyler bekâr bireylere göre daha çok sabah baş ağrısı ve çene problemi yaşamaktadırlar.

Kronik hastalık yaşama durumu bulgular doğrultusunda değerlendirildiğinde, bruksizmin alt durumlarından diş gıcırdatması olma durumu üzerinde bir farklılaşma oluşturduğu

görülmektedir. Kronik hastalık yaşayan bireyler yaşamayanlara göre daha çok dış gıcırdatması yaşamaktadırlar.

Çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda yaş faktörü ile bruksizmin hiçbir alt durumu arasında anlamlı ilişki bulunmadığı görülmüştür.

Sonuç olarak araştırma sürecinde elde edilen bulgular incelendiğinde bruksizmin alt durumlarının kişilik özellikleri, duyguları tanıma düzeyleri, depresyon ve anksiyete ile çeşitli düzeylerde ve yönlerde anlamlı ilişkiler taşıdığı görülmektedir.

Çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda kişilik özellikleri alt faktörlerinden dışa dönüklük ile duyguları tanıma zorluğu, duyguları ifade etme zorluğu, dışa dönük düşünce, aleksitimi toplam puan ve depresyon değişkenleri arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki görülmüştür. Dışadönük kişilerde aleksitimi ve depresyon durumlarına rastlanma ihtimali düşmektedir.

Nörotizm ile kişilik özellikleri toplam puan, duyguları tanıma zorluğu, duyguları ifade etme zorluğu, dışa dönük düşünce, aleksitimi toplam puan, depresyon ve anksiyete, arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Nevrotik kişilerde hem depresyon, hem aleksitimi, hem de anksiyeteye rastlanma potansiyeli yüksektir.

Dışa dönük düşünce ile aleksitimi toplam puan arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna ek olarak duyguları ifade etme zorluğu ile depresyon ve anksiyete arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu ve dışa dönük düşünce ile yaş arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Aleksitimi toplam puan ile depresyon ve anksiyete arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu da bulunmuştur. Ve ayrıca aleksitimi toplam puan ile yaş arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki olduğu da görülmüştür. Buradan hareketle aleksitimik bireylerde depresyon, anksiyete görülmesi muhtemel olabilmekte ve ayrıca yaş ilerledikçe özellikle dış merkezli düşünce biçimi azalmaktadır diyebiliriz.

Nörotizm puan ortalamalarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği görülmüştür. Kadınlar erkeklere göre daha fazla nörotizm eğilimi taşımaktadırlar.

Kişilik özellikleri toplam puan ortalamalarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği bulunmuştur. Kadınlar erkeklere göre daha yüksek kişilik özelliği taşımaktadır diyebilmekteyiz.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak bruksizmin alt durumlarının, özellikle de nörotizmin, çeşitli kişilik özelliği alt faktörleriyle anlamlı ilişki gösterdiği görülmektedir. Ayrıca bruksizmin alt durumlarının aleksitimi alt faktörlerinden özellikle duyguları tanıma zorluğu ve duyguları ifade zorluğu ile anlamlı ilişkisi bulunduğu görülmektedir. Son olarak bruksizmin alt durumlarının araştırma sürecinde en yoğun ilişkiselliği depresyon ve anksiyete ile gösterdiği söylenilebilir. Bu durum bruksizmin çeşitli biçimlerini ve durumlarını yaşayan bireylerin başta depresyon ve anksiyete olmak üzere çeşitli psikolojik sorunları yaşayabileceğine işaret etmektedir.

Araştırma soruları karşısında oluşan yanıtlar ise şu şekildedir;

Bruksizmin anksiyete ve stres etkisiyle arttığı görülmüştür.

Depresyon bruksizmi arttıran etkenler arasındadır.

Duyguları tanıma düzeyleri düşük olan bireylerde, psiko-somatizasyon olarak bruksizm görülme sıklığı da artmaktadır.

İçedönük kişiliğe sahip bireyler ele alındığında; ölçekler kapsamında tam olarak aynı sonucu elde etmesek de paralel bir sonuç olarak dışadönük bireylerde bruksizm görülme sıklığının daha az olduğu belirlenmiştir. Buradan çıkarım yaparak içedönük bireylerde bruksizm görülme sıklığının daha çok olduğu ortaya çıkmaktadır.

Alanyazın incelemesinde bruksizm ve alt durumlarını, depresyon, anksiyete, kişilik özellikleri ve alt faktörleri ile aleksitimi alt faktörlerini birlikte ele alarak inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Elde edilen veriler ışığında gelecek araştırmalara yönelik önerilerde bulunulmuştur.

- Elde edilen bulgular değerlendirildiğinde görülmektedir ki bruksizmin depresyon ile anksiyete başta olmak üzere aleksitiminin alt faktörleri ve kişilik özellikleriyle bağlantısı bulunmaktadır. Dolayısıyla bruksizm gibi psikosomatik bir bozukluk hakkında literatüre katkı sağlayacak daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.
- Bu araştırmada elde edilen bulgular yalnızca İstanbul ili Esenyurt ilçesinde bir diş kliniğini ziyaret eden bruksizimli bireyleri baz almaktadır. Araştırma kapsamının

genişletilmesi daha geniş bir örneklem ile katılımcı sayısının artırılması ve ülke kapsamında değerlendirilmesi faydalı olacaktır.

- Bruksizmin kişilik özelliklerinin yanı sıra yalnızca aleksitimi, depresyon, anksiyete değil, daha çok ruhsal bozuklukla da ilişkisinin incelenerek psikolojik etkilerinin belirlenmesi yararlı olabilir.



KAYNAKLAR

- Ağargün Y., L. Beşiroğlu, Ü. Kıran, Ö. Özer ve H. Kara (2005). Cope (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik Özelliklere İlişkin Bir Ön Çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 6, 221-6.
- Ahrens, S. ve G. Deffner (1986). Empirical Study Of Alexithymia: Methodology And Results. *American Journal Of Psychotherapy*, 40(3), 430-447.
- Aiken, L. R. (1989). *Assessment Of Personality*. Allyn & Bacon.
- Allen, P. (2016). *Personality Development And Prejudice: Gordon Allport. In Personality Theories Development, Growth, And Diversity 5th. Edition* (414–418). United Kingdom: Routledge.
- Allen, G. (2019). *Interaction Concepts Of Personality* (R. C. Carson (Ed.); 1s Tediton.). United Kingdom: Routledge.
- American Psychiatric Association. (2013). “*Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders 5th Edition*”. Arlington, Va: American Psychiatric Publishing
- Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi (2005). “*International Classification Of Sleep Disorders Second Edition*”. Westchester(II): American Academy Of Sleep Medicine, 89-92.
- Antony, M.M. ve R. P. Swinson (2008). “*The Shyness& Social Anxiety Workbook*”. United States Of America: New Harbinger Publications.
- Attanasio R. (1991) “Nocturnal Bruxism And Its Clinical Management”. *Dental Clinics Of North America* 35, 245–252.
- Attanasio R. (1997) “An Overview Of Bruxism And Its Management”. *Dental Clinics Of North America* 41(2), 229–41.
- Aydın G. ve A. Demir (1989). “Odtü Öğrencilerinde Depresif Belirtilerin Yaygınlığı”. *İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1), 27-40.
- Bader G. ve G. Lavigne (2000). “Sleep Bruxism; An Overview Of An Oromandibular Sleep Movement Disorder: Review Article”. *Sleep Medicine Reviews*; 4, 27-43

- Bagby M., J. Parker ve J. Taylor (1994). “The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-I: Item Selection And Cross-Validation Of The Factor Structure”. *Journal Of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Bakırcıoğlu, R. (2012). “*Duygu, Ansiklopedik Eğitim ve Psikoloji Sözlüğü*” (1. Baskı, S. 414).
- Beck, A. T., C. Ward, M. Mendelson, J. Mock ve J. Erbaugh (1961). “An Inventory For Measuring Depression”. *Archives Of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- Beck, A. T., N. Epstein, G. Brown ve R. Steer (1988). “An Inventory For Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties”. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 56(6), 893–897.
- Beck, A. T ve B. Alford (2009). “*Depression: Causes And Treatment*”. Pennsylvania: University Of Pennsylvania Press.
- Berenbaum, H ve T. James (1994). “Correlates And Retrospectively Reported Antecedents Of Alexithymia”. *Psychosomatic Medicine*, 56(4), 353–359.
- Blazer G., R. Kessler, K. Mcgonagel ve M. Swartz (1994). “The Prevalence And Distribution Of Major Depression In A National Community Sample: The National Comorbidity Survey”, *American Journal Of Psychiatry*, 151(7), 979-986.
- Bowlby, J. (1958). “The Nature Of The Childs Tie To His Mother”. *International Journal Of Psychoanalysis*, 39, 350-371
- Burger, J. M. (2016). *Personality (5th Edition)*. Kaknüs Publishier.
- Büyüköztürk, Ş., E. Çakmak, Ö. Akgün, Ş. Karadeniz ve F. Demirel (2016). “*Bilimsel Araştırma Yöntemleri*”. Ankara: Pegem Akademi.
- Carra M. C., P. Ropre ve T. Kato (2011). “Sleep Bruxism And Sleep Arousal: An Experimental Challenge To Assess To Role Of Cyclic Alternating Pattern”. *Journal Of Oral Rehabilitation*.
- Carlsson G. ve Leresche L. (1995). “Epidemiology Of Temporomandibular Disorders”. *Progress In Pain Research Management*, 4, 211-216.

- Cheifetz A. T., K. Osganinan ve N. Allred (2005). “Prevalance Of Bruxism And Associated Correlates In Children As Reported By Parents”. *Journal Of Dentistry For Children* 72(2), 67-73.
- Christensen L. (1981). “Progressive Jaw Muscle Fatigue Of Experimental Tooth Clenching In Man”. *Journal Of Oral Rehabilitation*, 8(5), 413–420.
- Clark T., L. Beemsterboer, K. Solberg ve D. Rugh (1979). “Nocturnal Electromyographic Evaluation Of Myofascial Pain Dysfunction In Patients Undergoing Occlusal Splint Therapy”. *The Journal Of The American Dental Association*. 99, 607–11.
- Clark T. ve S. Ram (2007). “Four Oral Motor Disorders: Bruxism, Dystonia, Dyskinesia And Drug-Induced Dystonic Extrapyramidal Reactions”. *Dental Clinics Of North America*, 51, 225-43.
- Costa, P. ve R. McCrae (1992). “Four Ways Five Factors Are Basic”. *Personality And Individual Differences*, 13(6), 653–665.
- Çevlik T., A. Demetoğlu, R. Çevik ve Ş. Akyıl (2020). “Bruksizimli Hastalarda Aleksitimi, Kaygı ve Yalnızlık Durumunun İncelenmesi”, *Meandros Medical And Dental Journal*, (21), 182-189.
- Dawson P. (1974). *“Evaluation, Diagnosis And Treatment Of Occlusal Problems”*. Missouri: Usa. C.V. Mosby Publishing Company. S. 101.
- Demir A., T. Uysal, E. Güray ve F. Başçıftı (2004). “The Relationship Between Bruxism And Oclusal Factors Among Seven To Nineteen Year Old Turkish Children”. *Angel Orthodontics*. 74, 672-676.
- Denollet J., I. Nyklicek ve J. Vingerhoets (2008). *“Introduction: Emotions, Emotion Regulation, And Health, Emotion Regulation”*. Boston, Ma: Springer Publishing
- Dereboy, İ. (1990). “Aleksitimi: Bir Gözden Geçirme”. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1(3), 157-165.
- Dökmen, Ü. (2000). *“Yarına Kim Kalacak? Evrenle Uyumlaşma Sürecinde Varolmak Gelişmek Uzlaşmak.”* Sistem Yayıncılık.

- Dube C., H. Rompre, C. Manzini, F. Guitard, P. De Grandmont ve J. Lavigne (2004). "Quantitative Polygraphic Controlled Study On Efficacy And Safety Of Oral Splint Devices In Tooth-Grinding Subjects". *Journal Of Dental Research*. 83, 398–403.
- Feist, J. ve G. Feist (2009). *Theories Of Personality (7th Ed.)*. Mc Graw Hill
- Fischer W. ve E. O'toole (1993). "Personality Characteristics Of Chronic Bruxers". *Journal Of Behavioral Medicine*. 19, 82-6.
- Flueraşu M., C. Bocsan, A. Tig, M. Iacob, D. Popa ve S. Buduru (2022). "The Epidemiology Of Bruxism In Relation To Psychological Factors". *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 19, 691.
- Foran, H. ve D. O'leary. (2013). "The Role Of Relationships In Understanding The Alexithymia–Depression Link". *European Journal Of Personality*, 27(5), 470-480.
- Francis, L. J., L. Brown ve R. Philipchalk (1992). "The Development Of An Abbreviated Form Of The Revised Eysenck Personality Questionnaire (Epqr—A): Its Use Among Students In England, Canada, The U.S.A. And Australia". *Personality And Individual Differences*, 13(4), 443–449.
- Frank E., J. Karp ve A. Rush (1993). "Efficacy Of Treatments For Major Depression", *Psychopharmacology Bulletin*, 29, 457-75.
- Friedman, S. ve W. Schustack (2006). "*Personality: Classic Theories And Modern Research*". Boston: Pearson/Allyn And Bacon
- Garvey M., R. Wesner ve R. Godes (1988). "Comparison Of Seasonal And Non-Seasonal Affective Disorders". *American Journal Of Psychiatry*, 145, 100–102
- Geçtan, E. (2012). *İnsan Olmak*. 11. Baskı. İstanbul: Metis Yayıncılık
- Goleman, D. (2004). "*Duygusal Zekâ: Neden İq'dan Daha Önemlidir?*" İstanbul: Varlık Yayınları
- Grabe, H. J., J. Mahler, C. Spitzer ve J. Freyberger (2008). "Familial Transmission Of Alexithymia". *European Psychiatry*, 23, 38
- Gross J., C. Rivera ve N. Gale (1988). "A Prevalence Study Of Symptoms Associated With Temporomandibular Disorders". *Journal Of Craniomandibular Disorders* 2, 191-195

- Guttman, H. ve L. Laporte (2002). "Alexithymia, Empathy, And Psychological Symptoms In A Family Context". *Comprehensive Psychiatry*, 43(6), 448-455.
- Güleç H. ve A. Yenel (2010). "20 Maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği Türkçe Uyarlamasının Kesme Noktalarına Göre Psikometrik Özellikleri". *Klinik Psikiyatri*, 13, 108-112.
- Gümüş-Avcı M. (1995). "*Beck Anksiyete Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması.*" Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi.
- Hartman E. (1979). "Alcoholol And Bruxism". *The New England Journal Of Medicine*. 301, 333-334.
- Hisli, N. (1989). "Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği, Güvenirliği". *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 3-13.
- Holder, M., A. Love ve L. Timoney (2015). "The Poor Subjective Well-Being Associated With Alexithymia Is Mediated By Romantic Relationships". *Journal Of Happiness Studies*, 16(1), 117-133.
- Honkalampi, K., J. Hintikka, A. Tanskanen, J. Lehtonen ve H. Viinamäki (2000). "Depression Is Strongly Associated With Alexithymia In The General Population". *Journal Of Psychosomatic Research*, 48(1), 99-104.
- Horney, K. (1952). "The Paucity Of Inner Experiences". *The American Journal Of Psychoanalysis*, 12(1), 3-9.
- Hublin C. ve J. Kaprio (2003). "Genetic Aspects And Genetic Epidemiology Of Parasomnia". *Sleep Medicine Reviews*, 7, 413-421.
- Işık, E. ve Y. Taner (2006). "*Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları.*" İstanbul: Asimetrik Parellel Kitabevi
- Kampe T., G. Edman, G. Bader, T. Tagdae ve S. Karlsson (1997). "Personality Traits In A Group Of Subjects With Long-Standing Bruxing Behaviour". *Journal Of Oral Rehabilitation*, 24(8), 588-93.
- Karancı, A. N., G. Dirik ve O. Yorulmaz (2007). "Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formunun (Eka-Ggk) Türkiye’de Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması". *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 254-261.

- Karolyi M. (1901). "Beobachtungen Iiber Pyorrhea Alverolaris". *Vierteljahrsschrift Für Zahnheilkunde*. 17, 279.
- Kato T., M. Thie, Y. Montplaisir ve J. Lavigne (2001). "Bruxism And Orofacial Movements During Sleep". *Dental Clinics Of North America* 45, 657-84.
- Kato T., M. Thie ve N. Huynh (2003). "Topical Review: Sleep Bruxism And The Role Of Peripheral Sensory İnfluences". *The Journal Of Oral & Facial Pain And Headache* 17(3), 191-213.
- Kench S. ve H. Irwin (2000). "Alexithymia And Childhood Family Environment". *Journal Of Clinical Psychology*, 56(6), 737-745
- Kılıçoğlu A. ve G. Pekkan (2009). "Diş Kliniğine Başvuran Hastalarda Bruksizmi Olan ve Olmayanların Depresyon ve Anksiyete Açısından Karşılaştırılması". *Klinik Psikiyatri*, 12, 68-71.
- Klerman, G., M. Weissman, B. Rounsaville ve E. Chevron (1984). "*Interpersonal Psychotherapy O F Depression*". New York: Basic Books.
- Koçak, R. (2002). "Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve, Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar". *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 35(1-2), 183- 212
- Krystal, H. (1979). "Alexithymia And Psychotherapy". *American Journal Of Psychotherapy*, 33(1), 17-31.
- Kulaksızoğlu, A. (2002). *Ergenlik Psikolojisi*. 5. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi
- Laible, D. (2007). "Attachment With Parents And Peers In Late Adolescence: Links With Emotional Competence And Social Behavior". *Personality And Individual Differences*, 43(5), 1185-1197.
- Lavigne J. ve Y. Montplaisir (1994). "Restless Legs Syndrome And Sleep Bruxism: Prevelenace And Associations Among Canadians". *Sleep* 17, 739-743.
- Lavigne J., P. Rompre ve G. Poirier (2001). "Ryhtmic Mascitacory Muscle Activity During Sleep In Humans". *Journal Of Dental Research*, 80(2), 443-448.
- Lavigne J., C. Manzini ve T. Kato (2005). "*Sleep Bruxism In: Principles And Practice Of Sleep Medicine*". Philadelphia, Pa: Elsevier Saunders, S. 946-959.

- Lebowitz B., J. Pearson, L. Schneider, C. Reynolds, G. Alexopoulos, M. Bruce, Y. Conwell, I. Katz, B. Meyers, M. Morrison, J. Mossey, G. Niederehe ve P. Parmelee (1997). "Diagnosis And Treatment Of Depression In Late Life: Consensus Statement Update", *Journal Of The American Medical Association*, 278, 1186-90
- Lesser, I. (1981). "A Review Of The Alexithymia Concept". *Psychosomatic Medicine*, 43(6), 531-543.
- Lesser, I. (1985). "A Critique Of Contributions To The Alexithymia Symposium". *Psychotherapy And Psychosomatics*, 44, 82-88.
- Lobbezoo F., J. Lavigne, T. Tanguay ve Y. Montplaisir (1997). "The Effect Of Cathecolamine Precursor L-Dopa On Sleep Burxism: A Controlled Clinical Trial". *Movement Disorders*. 12, 73-78.
- Lobbezoo F., J. Van Der Zaag, C. Visscher ve M. Naeije (2004). "Oral Kinesiology A New Postgraduate Program In The Netherlands". *Journal Of Oral Rehabilitation*. 31, 191-198.
- Lobbezoo F., K. Van Selms ve M. Naeije (2006). "Masticatory Muscle Pain And Disordered Jaw Motor Behavior". *Archives Of Oral Biology*, 51(9).
- Lumley A., C. Mader, J. Gramzow ve K. Papineau (1996). "Family Factors Related To Alexithymia Characteristics. *Psychosomatic Medicine*", 58(3), 211-216.
- Lumley A., C. Neely ve A. Burger (2007). "The Assessment Of Alexithymia In Medical Settings: Implications For Understanding And Treating Health Problems". *Journal Of Personality Assessment*, 89(3), 230-246.
- Macaluso G.M, P. Guerra, G. Di Giovanni, M. Boselli, L. Parrino ve M. Terzano (1998). "Sleep Bruxism Is A Disorder Related To Periodic Arousals During Sleep". *Journal Of Dental Research*, 77, 565–73.
- Magdalena M. G., G. Magdalena, J. Kinga, D. Bartosz, L. Pałka, C. Magdalena ve E. Sobolewska (2023). "Effect Of Personality Type On The Occurrence Of Temporomandibular Disorders—A Cross-Sectional Study" *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 20(1) – 352.

- Mandelli, L. A. Serretti, E. Marino, A. Pirovano, R. Calati ve C. Colombo (2007). "Interaction Between Serotonin Transporter Gene, Catechol-Omethyltransferase Gene And Stressful Life Events In Mood Disorders", *The International Journal Of Neuropsychopharmacology*, 10, 437-444.
- Manzano F., I. Granero ve T. Masiero Dos-Maria (2004). "Treatment Of Muscle Spasticity In Patients With Cerebral Palsy Using Btx-A: Apilot Study". *Special Care Dentist*, 24, 235-239.
- Marty, P. ve M. De M'uzan (1963). La Pensee Operatoire. *Revue Française De Psychanalyse*, 6, 197-207
- Martin, J., ve R. Pihl (1986). "Influence Of Alexithymia Characteristics On Psychological And Subjective Stress Responses In Normal Individuals". *Psychotherapy And Psychosomatics*, 45, 66-77.
- Martin, M. ve M. Anderson (1998). "The Cognitive Flexibility Scale: Three Validity Studies". *Communication Reports*, 11(1), 1-9.
- May, R. (1991). *"The Cry For Myth"*. New York: Norton.
- Michael H., T. Peter ve N. Barry (2000). *"Current Diagnosis & Treatment In Psychiatry"*, Lange Medical Books/Mcgraw-Hill, Isbn: 0.838.514.626,9.780.838.514.627.
- Michalowicz B., B. Pihlstorm, J. Hodges ve T. Bouchard (2000). "No Heritability Of Temporomandibular Joint Signs And Symptoms", *Journal Of Dental Research*, 79, 1573-1578.
- Miller V., Z. Yoeli, E. Barnea ve C. Zeltser (1998). "The Effect Of Parafunction On Condylar Asymetry In Patients With Temporomandibular Disorders". *Journal Of Oral Rehabilitation*, 25, 721.
- Milosević A., N. Agrawal, P. Redfearn ve L. Mair (1999). "The Occurence Of Toothwear In Users Of Exctasy". *Community Dentistry And Oral Epidemiology*, 27, 283-287.
- Mischel, W. ve Y. Shoda (2008). "Toward A Unified Theory Of Personality: Integrating Dispositions And Processing Dynamics Within The Cognitive-Affective Processing System" *Handbook Of Personality: Theory And Research* (208–241). The Guilford Press.

- Mohn, C., O. Vassend, K. Schie ve S. Knardahl (2010). “Kadın Temporomandibular Hastalarında ve Sağlıklı Kontrollerde Kişilik Özellikleri ve Öznel Sağlık Şikayetleri”. *The Open Pain Journal* 3, 134–143.
- Monroe, S., L. Torres, J. Guillaumot, K. Harkness, J. Roberts ve E. Frank (2006). “Life Stress And The Long-Term Treatment Course Of Recurrent Depression: Iı. Nonsevere Life Events Predict Recurrence For Medicated Patients Over 3 Years”. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 74, 112-120.
- Monroe, S., G. Slavich, L. Torres ve I. Gotlib (2007). “Severe Life Events Predict Specific Patterns Of Change In Cognitive Biases in Major Depression”. *Psychological Medicine*, 37, 863-871.
- Montebarocci O., M. Codispoti, B. Baldaro ve N. Rossi (2004). “Adult Attachment Style And Alexithymia”. *Personality And Individual Differences*, 36(3), 499-507.
- Nadler S. (1957). “Bruxism, A Classification: Critical Review”, *The Journal Of The American Dental Association*. 54, 615-622.
- Nemiah, J. C. ve P. Sifneos (1970). “Psychosomatic Illness: A Problem In Communication”. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 18(1-6), 154–160.
- Nemiah, J. C., H. Freyberger ve P. Sifneos (1976). “Alexithymia: A View Of The Psychosomatic Process”. In O. W. Hill (Ed.), *Modern Trends In Psychosomatic Medicine*, 3, 430-439.
- Nemiah, J.C. (2000). “A Psychodynamic View Of Psychosomatic Medicine”. *Psychosomatic Medicine*, 62, 299-303
- Nicholson R., C. Lakatos ve S. Gramling (1999). “Emg Reactivity And Oral Habits Among Facial Pain Patients In A Scheduled-Waiting Competitive Task”. *Applied Psychophysiology And Biofeedback*, 24, 234-247.
- Ocaktan, E., A. Keklik ve M. Çöl (2002). “Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığına Bağlı Sağlık Ocaklarında Çalışan Sağlık Personelinin Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyi”. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 55(1) 21- 29.
- Ohayon M., K. Li ve C. Guilleminault (2001). “Risk Factors For Sleep Bruxism In The General Population”. *Chest*, 119(1), 53-61.

- Olkinuora M. (1972). "Psychosocial Aspects In A Series Of Bruxists Compared With A Group Of Nonbruxists". *Proceedings Of The Finnish Dental Society*, 68(4), 200–8. 53.
- Özmen, E., Ö. Aydemir ve E. Bayraktar (1997). "Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar", *Hekimler Yayın Birliği*, 203-209
- Paesani D. (2010). "*Bruxism Theory And Practice First Edition*". Quintessence Publishing Company Incorporated.
- Pierce C.J., K. Chrisman, M. Bennett ve J. Close (1995). "Stress, Anticipatory Stress, And Psychologic Measures Related To Sleep Bruxism". *Journal Of Oral & Facial Pain And Headache*. 9(1), 51–6.
- Protez Terimleri Sözlüğü (2005). "The Glossary Of Prosthodontic Terms". *Journal Of Prosthetic Dentistry*, 94(1), 10–92.
- Przystańska A, A. Jasielska, M. Ziarko, M. Pobudek-Radzikowska, Z. Maciejewska-Szaniec ve A. Prylińska-Czyżewska (2019). "Psychosocial Predictors Of Bruxism". *Biomed Research International*, 2069716.
- Ramjford S. (1961). Bruxism A Clinical And Electromiographic Study. *The Journal Of The American Dental Association*, 62, 21-44.
- Reading G., W. Rubright ve S. Zimmermann (1966). "Incidence Of Bruxism". *Journal Of Dental Research* 45, 1198-1204.
- Reding G. (1964). "Sleep Patterns Of Tooth Grinding: Its Relationship To Dreaming". *Science*. 145, 725.
- Rief, W., J. Heuser ve M. Fichter (1996). "What Does The Toronto Alexithymia Scale Tas-R Measure?" *Journal Of Clinical Psychology*, 52(4), 423-429.
- Robert W. G. (1997). "*Neural Control Of Oral Behavior And Its Impact On Occlusion, Science And Practice Of Occlusion*". Quintessence Publishing Company; Batavia, Il S. 59-60.
- Rossetti L. ve C. Araujo (2008). "Association Between Rhythmic Masticatory Muscle Activity During Sleep And Masticatory Myofascial Pain: A Polysomnographic Study". *The Journal Of Oral & Facial Pain And Headache*. 22, 190-200.

- Rubinow D., P. Schmidt ve C. Roca (1998). "Estrogen-Serotonin Interactions: Implications For Affective Regulation", *Biological Psychiatry*, 44(9), 839-50.
- Ruesch, J. (1948). "The Infantile Personality; The Core Problem Of Psychosomatic Medicine". *Psychosomatic Medicine*, 10, 134-144.
- Rugh J.D. ve J. Robbins (1982). "Oral Habit Disorders. Behavioral Aspects In Dentistry". Appleton-Century-Crofts, New York; S. 179.
- Rugh J. D. ve S. Ramjford (1984). "Experimental Occlusal Discrepancies And Nocturnal Bruxism". *Journal Of Prosthetic Dentistry*, 51, 548-553.
- Sasaguria K., M. Kikuchia, N. Horib ve N. Uyamac (2005). "Suppression Of Stress Immobilization Induced Phosphorylation Of Perk $\frac{1}{2}$ By Biting In The Rat Hypotalamic Paraventricular Nucleus". *Neuroscience Letters*, 383, 160-164.
- Schultz, D. ve S. Schultz (2013). *Theories Of Personality (10th Edition)*. 1-500.
- Schultz, D. ve S. Schultz (2017). *Theories Of Personality*. Wadsworth Publishing
- See S. ve E. Tan (2003). "Severe Ampethamine Induced Bruxism: Treatment With Botulium Toxin". *Acta Neurologica Scandinavica* 107, 161-163.
- Shimuzu D., G. Macho ve L. Spears (2005). "Effect Of Prism Orientation And Loading Direction On Contact Stresses In Prismatic Enamel Of Primates: Implications For Interpreting Wear Patterns". *American Journal Physical Anthropology*, 126(4), 427-34.
- Sifneos, P. E. (1972). "Short Term Psychotherapy And Emotional Crisis". Cambridge: Harward University Press.
- Sifneos, P. E. (1973). "The Prevalence Of Alexithymic Characteristics In Psychosomatic Patients". *Psychotherapy And Psychosomatics*, 22(6), 255-262.
- Sifneos, P. E. (1988). "Alexithymia And Its Relationship To Hemispheric Specialization, Affect And Creativity". *Psychiatric Clinics Of North America*, 11(3), 287-292.
- Simola P., M. Niskakangas ve K. Liukkonen (2010). "Sleep Problems And Daytime Tiredness In Finnish Pre-School Aged Children-A Community Survey". *Child: Care, Health And Development*. 36, 805-811.
- Somer, O. (1988). "Türkçede Kişilik Özelliğın Tanımlayan Sıfatların Yapısı ve Beş Faktör Modeli". *Türk Psikoloji Dergisi*, 42(13), 18-32.

- Srivastava T., M. Ahuja, M. Srivastava ve A. Trivedi (2002). "Bruxism As Presenting Feature Of Parkinson's Disease". *Journal Of The Association Of Physicians Of India*. 50, 457.
- Suslow, T. ve K. Junghanns (2002). "Impairments Of Emotion Situation Priming In Alexithymia". *Personality And Individual Differences*, 32(3), 541-550.
- Şahin, A.R. (1992). "Peptik Ülserli Hastalarda Aleksitimik Özellikler". *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3 (1), 26-30.
- Takemura T., T. Takahashi, M. Fukuda, T. Ohnuki, T. Asunuma ve Y. Masuda (2006). "A Psychological Study On Patients With Masticatory Muscle Disorder And Sleep Bruxism". *Cranio* 24, 191-6
- Taşsöker M., S. Özcan ve M. Ak (2020). "Kadınlarda Uyku Bruksizminin Stresle Başa Çıkma, Anksiyete ve Aleksitimi ile İlişkisi", *Meandros Medical And Dental Journal*, (21), 73-9.
- Taylor, G. J., D. Ryan ve M. Bagby (1985). "Toward The Development Of A New Self-Report Alexithymia Scale". *Psychotherapy And Psychosomatics*, 44(4), 191-199.
- Thorberg, F. A., M. Young, K. Sullivan ve M. Lyvers (2011). "Parental Bonding And Alexithymia: A Meta-Analysis". *European Psychiatry*, 26(3), 187-193.
- Thorpy M., J. (1990). *Parasomnias In: International Classification Of Sleep Disorders Diagnostic And Coding Manual*. Rochester Mn: Allen Press S. 142-185.
- Trenouth M., J. (1979). "The Relationship Between Bruxism And Temporomandibular Joint Dysfunction As Shown By Computer Analysis Of Nocturnal Tooth Contact Patterns". *Journal Of Oral Rehabilitation*. 6, 81-87.
- Tucker M. (1981). "Lateral Brain Function, Emotion, And Conceptualization". *Psychological Bulletin*, 89(1), 19-46.
- Türkçapar, H. (2009). "*Depresyon: Klinik Uygulamalarda Bilişsel Davranışçı Terapi*". Ankara: Hyb.
- Valera, E. M. ve H. Berenbaum (2001). "A Twin Study Of Alexithymia". *Psychotherapy And Psychosomatics*, 70(5), 239-246.

- Van Der Kolk, B. A. (2018). “*The Body Keeps The Score: Brain, Mind, And Body In The Healing Of Trauma*”. New York: Viking.
- Vanheule S., M. Desmet, R. Meganck ve S. Bogaerts (2007). “Alexithymia And Interpersonal Problems”. *Journal Of Clinical Psychology*, 63(1), 109-117
- Van Selms M. K. A., F. Lobbezoo, D. Wicks, H. Hamburger ve M. Naieje (2004). “Craniomandibular Pain, Oral Parafunctions And Psychological Stress In Longitudinal Case Study”. *Oral Rehabilitation*, 32, 738-745.
- Veznedaroğlu B. (1996). Nokturnal Bruksizm. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 1, 95-105
- Ware J. ve J. Rugh (1988). “Destructive Bruxism: Sleep Stage Relationship”. *Sleep*. 11, 172-181.
- Wise, T. N. ve S. Mann (1995). “The Attribution Of Somatic Symptoms In Psychiatric Outpatients”. *Comprehensive Psychiatry*, 36(6), 407-410.
- World Health Organization. (2018). *International Classification Of Diseases 11th Revision*. Geneva: World Health Organization.
- Yavuzer, H. (2008). *Çocuk Psikolojisi*. 31. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Yerlikaya, E. ve Y. İnanc (2012). *Beş Faktör Kuramının Kişilik Kuramları 6th Edition* (286–287)
- Zeidner, M. ve G. Matthews (2010) *Anxiety 101*. New York: Springer Publishing Company.

EKLER

EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Katıldığınız bu çalışma bilimsel nitelikte bir araştırma olup konusu “Bruksizmin Duyguları Tanıma Düzeyleri ve Kişilik Özellikleri ile İlişkisi” olmaktadır. Araştırmanın amacı, diş sıkma ve/veya gıcırdatma şeklinde tanımlanan bruksizmin duyguları tanıma düzeyleri ve kişilik özellikleri ile ilişkisini incelemektir. Bu araştırma bruksizm rahatsızlığı nedeniyle kliniğe başvuran hastalar kapsamında 15 Haziran - 31 Ağustos 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilecektir. Çalışma süreci öncesi ve çalışma süreci bitiminde size değerlendirme yapabilmek için bazı ölçekler verilecek ve bu ölçekleri doldurmanız beklenecektir.

Bu araştırma, İstanbul Nişantaşı Üniversitesi Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans programı kapsamında, Prof. Dr. Devran Tan danışmanlığında, yüksek lisans öğrencisi Diş Hekimi Sema Saçlı tarafından yapılmaktadır.

Bu çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama ve çalışmanın herhangi bir aşamasında, hiçbir yaptırıma maruz kalmaksızın, çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacak ve sizden de hiçbir ücret talep edilmeyecektir. Araştırma hakkında daha fazla bilgi almak için araştırmacı Sema Saçlı ile aşağıda belirtilen iletişim bilgilerinden elektronik posta yoluyla iletişim kurabilirsiniz.

"Araştırmanın bilgilendirilmiş gönüllü onam formundaki tüm açıklamalarını okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili açıklama aşağıda belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum."

Katılımınız için teşekkür ederim.

Araştırma hakkındaki yukarıdaki ve istenen diğerk bilgiler katılımcıya tarafımdan açıklanmış ve yazılı onamını alınmıştır.

Araştırmacının Adı – Soyadı: Sema Saçlı

İletişim Bilgileri: sacli.sema@gmail.com



EK 2: SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Yaş:

2. Sınıfınız _____

3. Bölümünüz _____

4. Cinsiyet:

1. Kadın ()

2. Erkek ()

5. Medeni durum:

1. Evli ()

2. Bekâr ()

3. Dul ()

6. Sosyo-ekonomik düzey:

1. Düşük ()

2. Orta ()

3. Yüksek ()

7. Kimle yaşıyorsunuz:

1. Yalnız ()

2. Eşimle ()

3. Çocuklarımla birlikte ()

4. Bakım evinde ()

5. Ailem ile birlikte evde ()

6. Arkadaşlarımla birlikte evde ()

7. Yurtta ()

8. Diğer ()

8. Kronik bir hastalık tanısı

1. Evet ()

2. Hayır ()

9. Psikiyatrik bir hastalık tanısı var mı? Varsa nedir?

1. Evet ()

2. Hayır ()

10. Ailede psikiyatrik bir hastalık tanısı olan var mı? Varsa nedir?

1. Evet ()

2. Hayır ()

11. Psikiyatrik bir ilaç kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız adı nedir?

1. Evet ()

2. Hayır ()

12. Diş gıcırdatma/sıkma alışkanlığınız var mı? Varsa ne zamandan beri olduğunu yazınız.

1. Evet ()

2. Hayır ()

13. Geceleri diş gıcırdatığınızı duyan var mı?

1. Evet ()

2. Hayır ()

14. Sabahları donuk bir baş ağrısıyla mı uyanıyorsunuz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

15. Uyandıktan sonra çene eklemi çevresinde ağrı hissediyor musunuz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

16. Çene eklemınızı açıp kapattığınızda ses oluyor mu?

1. Evet ()

2. Hayır ()

17. Çene eklemınızı açıp kapattığınızda ağrı hissediyor musunuz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

18. Daha önce çene eklemınızle ilgili bir problem yaşadınız mı? Cevap evetse ne olduğunu belirtiniz.

1. Evet ()

2. Hayır ()

19. Kötü uyku/yorgun uyanma alışkanlığınız var mı?

1. Evet ()

2. Hayır ()

20. Diş aşırı duyarlılığınız var mı?

1. Evet ()

2. Hayır ()

EK 3: TAÖ-20 TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ

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 duyular oluyor.	1	2	3	4	5
4. Duygularımı kolayca tanımlayabilirim.	1	2	3	4	5
5. Sorunları yalnızca tanımlamaktansa onları çözümlemeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
6. Keyfim kaçtığı anda, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.	1	2	3	4	5
7. Bedenimdeki duyular çoğu kez kafamı karıştırır.	1	2	3	4	5
8. Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri oluruna bırakmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
9. Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.	1	2	3	4	5
10. İnsanların duygularını tanıması zorunludur.	1	2	3	4	5
11. İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tanımlamak benim için zordur.	1	2	3	4	5
12. İnsanlar duygularım hakkında daha çok konuşmamı isterler.	1	2	3	4	5
13. İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
14. Çoğu zaman neden öfkeli olduğumu bilmem.	1	2	3	4	5
15. İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.	1	2	3	4	5
16. Psikolojik dramalar yerine eğlence programları izlemeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
17. İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.	1	2	3	4	5
18. Sessizlik anlarında bile kendimi birisine yakın hissedebilirim.	1	2	3	4	5
19. Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.	1	2	3	4	5
20. Film ya da tiyatro oyunlarında gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.	1	2	3	4	5

EK 4: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1** (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2** (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3** (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4** (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5** (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6** (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7** (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8** (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

- 9** (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10** (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11** (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12** (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13** (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14** (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15** (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16** (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17** (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18** (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

- 19** (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20** (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla seke ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21** (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayısı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

EK 5: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A Skoru:.....

EK 6: EYSENCK KİŞİLİK ANKETİ – GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ KISA FORMU

Bu test Eysenck kişilik kuramı çerçevesinde kişiliğin nörotizim-stabilite, dışa dönüklük içe dönüklük ve psikotizizm gibi boyutlarının değerlendirilmesini ve ölçülmesini sağlar. Lütfen aşağıdaki her bir soruyu, ‘Evet’ ya da ‘Hayır’ı işaretleyerek cevaplayınız. Doğru veya yanlış cevap ve çeldirici soru yoktur. Hızlı cevaplayınız ve soruların tam anlamları ile ilgili çok uzun düşünmeyiniz.

1.Duygu durumunuz sıklıkla mutlulukla mutsuzluk arasında değişir mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

2.Konuşkan bir kişi misiniz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

3.Borçlu olmak sizi endişelendirir mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

4.Oldukça canlı bir kişi misiniz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

5.Hiç sizin payınıza düşenden fazlasını alarak açgözlülük yaptığınız oldu mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

6.Garip ya da tehlikeli etkileri olabilecek ilaçları kullanır mısınız?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

7.Aslında kendi hatanız olduğunu bildiğiniz bir şeyi yapmakla hiç başka birini suçladınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

8.Kurallara uymak yerine kendi bildiğiniz yolda gitmeyi mi tercih edersiniz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

9.Sıklıkla kendinizi her şeyden bıkmış hisseder misiniz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

10. Hiç başkasına ait olan bir şeyi (toplu iğne veya düğme bile olsa) aldınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

11. Kendinizi sinirli bir kişi olarak tanımlar mısınız?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

12. Evliliğin modası geçmiş ve kaldırılması gereken bir şey olduğunu düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

13. Oldukça sıkıcı bir partiye kolaylıkla canlılık getirebilir misiniz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

14. Kaygılı bir kişi misiniz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

15. Sosyal ortamlarda geri plânda kalma eğiliminiz var mıdır?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

16. Yaptığınız bir işte hatalar olduğunu bilmeniz sizi endişelendirir mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

17. Herhangi bir oyunda hiç hile yaptınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

18. Sinirlerinizden şikâyetçi misiniz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

19. Hiç başka birini kendi yararınıza kullandınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

20. Başkalarıyla birlikte iken çoğunlukla sessiz misinizdir?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

21. Sık sık kendinizi yalnız hisseder misiniz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

22. Toplum kurallarına uymak, kendi bildiğini yapmaktan daha mı iyidir?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

23. Diğer insanlar sizi çok canlı biri olarak düşünürler mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

24. Başkasına önerdiğiniz şeyleri kendiniz her zaman uygular mısınız?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

EK 7: ETİK KURUL RAPORU

T.C. NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU KARAR SURETİ

Toplantı Tarihi : 09.06.2022

Toplantının Yeri: Nişantaşı Üniversitesi Toplantı Odası

Toplantı Sayısı : 2022/23

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Uğur YOZGAT	Başkan
Doç. Dr. Umut BAŞOĞLU	Başkan Yardımcısı
Prof. Dr. Yılmaz GÖBENEZ	Üye
Prof. Dr. Ömer Cüneyt BİNATLI	Üye
Prof. Dr. Ahmet İrfan YÜKLER	Üye
Prof. Dr. Serkan KESKİN	Üye
Öğr. Gör. Erkul BULUT	Üye
Demet ÖVELEK	Raportör

Gündem:

Gündem1. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Sultan Ağartmış'ın "Hastanelerde Stratejik Stok Yönetimi; Bir İlçe Hastanesi Örneği" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem2. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Ömürcaz Bozkuş'un "Yetişkinlerde Sosyal Medya Bağımlılığının Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Yalnızlık Düzeylerine Etkisi: İstanbul Örneği" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem3. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Lale Köse'nin "Covid-19 Pandemisinin Sağlık Kurumlarında Çalışan İdari Personel Üzerindeki Etkisinin Yönetim Sürecine Yansımaları" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem4. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Gülsüm Yıldız Budak'ın "Hastane Yönetiminde Sürdürülebilir Yaklaşım Uygulamalarına Bir Örnek: Yeşil Yönetim Uygulamalarının Etkilerinin İncelenmesi" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem5. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Duygu Kaplan'ın "Bir Kamu Kurumda Kullanılan Hıms Emram Modeli Kullanımında Sağlık Çalışanlarının Hizmet Sunumuna Etkileri Konusunda Bilgi, Tutum ve Beklentilerinin İncelenmesi" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem6. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Sevinç Sevinç'in "Dijitalleşmenin ve Yapay Zekanın Serbest Muhasebeci Mali Müşavir ve Uygulamalarına Etkileri" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem7. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Uğur Aydın'ın "10 Yaş grubu sporcu lisanslı olan kız ve erkek çocukların bağıl yaş ortalamalarının seçilmiş bazı biyomotorik özellikler ile karşılaştırılması" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem8. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Cemre İnik'in "Tez Başlığı / Title of Thesis olan Sağlık Alanında Çalışan Akademisyenlerin Örgütsel Sinizm Düzeyleri ile Presenteizim Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem9. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Gülşah İnanç'ın "Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Personelin Beş Faktör Kişilik Özellikleri ile Ekip Çalışması Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem10. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Nesrin Özkılıç'ın "Kurum Kültürünün Oluşmasında İnsan Kaynaklarının Önemi: Bankacılık Sektöründe Bir Araştırma" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem11. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Ebru Koçkara'nın "Covid-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin Mesleki Motivasyonları Üzerine Etkisi: Erzincan İli Örneği" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem12. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi İlayda Şanlı'nın "Depresyon algısı yüksek gönüllülere uygulanan BDT (Bilişsel Davranışçı Terapi)'nin ve Çözüm Odaklı Terapinin Karşılaştırılması" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem13. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Harun Karakaya'nın "Gençlik ve Spor İl Müdürlüğü Performans Sporcularının Spor İşletmeleri Üzerindeki Memnuniyet Düzeylerinin incelenmesi (Kayseri İli Örneği)" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem14. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Burcu Seden Çiftci'nin "Covid-19 Tanısı Almış Hastalarda Travma sonrası Stres Bozuklukları ve Ölüm Kaygısının Kendilik Algısıyla İlişkisi" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem15. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Hidaye Özge Sarıkaya'nın "Depresyon Belirtileri Gösteren Yetişkinlerin Sosyal ve Duygusal Yalnızlıklarının Toplumsal Aidyet Duygusuyla İlişkisi" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem16. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Barış Karahan'ın "Takım ve Bireysel Branşlardaki Antrenörlerin Liderlik Özelliklerinin Karşılaştırılması İbb Spor İstanbul Örneği" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem17. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Müge Ağır Sezgin'nin "Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Bir Çocukta DIR/Floortime Müdahalesinin Sosyal ve Duygusal Beceriler Üzerine Etkisi: Olgu Sunumu" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem18. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Zilan Kaki'nin "Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Bireylerde Dans ve Hareket Temelli Çalışmanın İşlevsellik, Kaygı Düzeyleri ve Baş Etme Tutumlarına Etkisi" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem19. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Sema Saçlı'nın "Bruksizmin Duyguları Tanıma Düzeyleri ve Kişilik özellikleri ile ilişkisi" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem20. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Tolga Salar'ın "Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarının Karşılaştığı Mesleki Riskler ve Risk Yönetimi, Kırıkkale İli Örneği" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem21. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Dilek Kuyumcu'nun "Sağlık Sektöründe Mobbing ve İş Doyumuna Etkisi" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem22. Üniversitemiz Meslek Yüksekokulu bünyesinde görev yapmakta olan Öğr. Gör. Ebru Şen'in "Türk Toplumunun Ulusal Kanser Tarama Standartları Konusunda Bilgisinin Değerlendirilmesi" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem23. Eskişehir Üniversitesi Öğr. Üyesi Doç. Dr. Mehmet Kale ile Üniversitemizin Yüksekokulu Antrenörlük Eğitimi bölümü Arş. Gör. Ali Berkay Tolalı'nın "Ayak Değiştirmeden Yapılan Tekrarlı Lunge Hareketi Sırasında Öndeki Baskın Öndeki Baskın Bacağa ve Sonrasında Baskın Olmayan Bacağa Uygulanan Titreşimin Sprint, Denge ve Sıçramaya Akut Etkisi" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem24. Eskişehir Üniversitesi Öğr. Üyesi Doç. Dr. Mehmet Kale ile Üniversitemizin Yüksekokulu Antrenörlük Eğitimi bölümü Arş. Gör. Ezgi Uyar'ın "Tekrarlı İzoinersiyal Lunge Hareketinin Sprint, Denge ve Sıçramaya Akut Etkileri" konulu çalışmasının görüşülmesi.

Gündem25. Eskişehir Üniversitesi Öğr. Üyesi Doç. Dr. Mehmet Kale ile Üniversitemizin Yüksekokulu Egzersiz ve Spor Bölümü Arş. Gör. Yeliz Yol'un "Motorize Olmayan Koşu Bandında Yapılan Tekrarlı Sprint Uygulamasının Sprint, Denge ve Sıçramaya Akut Etkisi" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem26. Üniversitemiz İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Gözde Mert'in "Örgütsel Politika ve Stratejik Planlama Performansı İlişkisinde İş Etiğinin Moderatör Etkisi" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem27. Trakya Üniversitesi Uzunköprü Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu Yönetim Bilişim Sistemleri öğretim elemanı Dr. Öğr. Üyesi Özgür Kayapınar'ın "Direct and Indirect Effects of E-Learning Quality Perception on Academic Performance in the Covid-19 Pandemic (Covid-19 Pandemisinde E-Öğrenme Kalite Algısının Akademik Performans Üzerindeki Doğrudan ve Dolaylı Etkileri)" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem28. Akdeniz Üniversitesi Korkuteli Meslek Yüksekokulu Bitkisel ve Hayvansal Üretim Bölümü Mantarcılık Programında görev yapan Öğr. Gör. Dr. Esen Eyiler Kaya ve Öğr. Gör. Dr. Nurhan Öztürk'ün tarafından yapılan ve Üniversitemiz Fen ve Mühendislik Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından uygun görülen "Türkiye'de en fazla tüketilen Mantar türlerinin (Agaricus bisporus ve Pleurotus ostreatus) tüketim alışkanlıkları" konulu çalışmasının görüşülmesi.

Gündem29. Karabük Üniversitesi Enstitü İşletme Anabilim Dalı Doktora program öğrencisi İlknur Zeydan'ın, Öğr. Üyesi Prof. Dr. Ahmet Gürbüz'ün danışmanlığında yürüttüğü "Küresel Salgın Hastalıkların Turizm İşletmeleri ve Tüketici Tatil Karar Sürecine Etki" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem30. Yeditepe Üniversitesi Küresel Eğitim ve Kültür Araştırmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi tarafından yürütülen ve YAP projesi kapsamında değerlendirilen YAP-AP-SOB-22023 numaralı "COVID-19 Sürecinde Üniversite Öğrencilerinin Eğitim ve Toplumsal Uyum" adlı anket çalışmasının görüşülmesi.

Gündem31. Gümüşhane Üniversitesi Enstitü öğrencisi Gönül Mete'nin, Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Ahmet Tüzen'in danışmanlığında yürüttüğü "Sosyal Hizmet Öğrencileri Gözünden Etik ve Müracaatçılara Yönelik Etik Sorumluluklar" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem32. Muş Alparslan Üniversitesi Enstitü öğrencisi Beyzanur Elaldı Aksu'nun, Dr. Öğr. Üyesi Oylum Çavdar'ın danışmanlığında yürüttüğü "Fen Bilgisi Öğretmen Adaylarının Yaşam Becerileri Hakkındaki Görüşlerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Kararlar:

Karar1. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Sultan Ağırtmış'ın "Hastanelerde Stratejik Stok Yönetimi; Bir İlçe Hastanesi Örneği" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar2. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Ömürcahan Bozkuş'un "Yetişkinlerde Sosyal Medya Bağımlılığının Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Yalnızlık Düzeylerine Etkisi: İstanbul Örneği" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar3. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Lale Köse'nin "Covid-19 Pandemisinin Sağlık Kurumlarında Çalışan İdari Personel Üzerindeki Etkisinin Yönetim Sürecine Yansımaları" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın konu, yöntem, anket soruları itibarı ile sakınca yok ancak Erzincan İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınması şartıyla **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar4. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Gülsüm Yıldız Budak'ın "Hastane Yönetiminde Sürdürülebilir Yaklaşım Uygulamalarına Bir Örnek: Yeşil Yönetim Uygulamalarının Etkilerinin İncelenmesi" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar5. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Duygu Kaplan'ın "Bir Kamu Kurumunda Kullanılan Hıms Emram Modeli Kullanımında Sağlık Çalışanlarının Hizmet Sunumuna Etkileri Konusunda Bilgi, Tutum ve Beklentilerinin İncelenmesi" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar6. Üniversitemiz Lisansüstü Enstitüsü öğrencisi Sevinç Sevinç'in "Dijitalleşmenin ve Yapay Zekanın Serbest Muhasebeci Mali Müşavir ve Uygulamalarına Etkileri" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar7. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Uğur Aydın'ın "10 Yaş grubu sporcu lisansı olan kız ve erkek çocukların bağıl yaş ortalamalarının seçilmiş bazı biyomotorik özellikler ile karşılaştırılması" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar8. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Cemre İnik'in "Tez Başlığı / Title of Thesis olan Sağlık Alanında Çalışan Akademisyenlerin Örgütsel Sinizm Düzeyleri ile Presenteizin Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın konu, yöntem, anket soruları itibarı uygunluğuna ancak çalışma için öncelikle belirtilen fakülte yöntemlerinde izin alınıp, hasta tanımlama formunda yer alan KVKK kapsamında olan kişisel verilere ilişkin sorumluluk araştırmacıya ve çalışmada belirtilen mezkur izin alınacak üniversitelere ait olması şartıyla **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar9. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Gülşah İnanç'ın "Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Personelin Beş Faktör Kişilik Özellikleri ile Ekip Çalışması Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın İl Sağlık Müdürlüğünde izin alınması şartıyla **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar10. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Nesrin Özkılıç'ın "Kurum Kültürünün Oluşmasında İnsan Kaynaklarının Önemi: Bankacılık Sektöründe Bir Araştırma" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar11. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ebru Koçkara'nın "Covid-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin Mesleki Motivasyonları Üzerine Etkisi: Erzincan İli Örneği" adlı çalışmasının görüşülmesi. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar12. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İlayda Şanlı'nın "Depresyon algısı yüksek gönüllülere uygulanan BDT (Bilişsel Davranışçı Terapi)'nin ve Çözüm Odaklı Terapinin Karşılaştırılması" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Aydınlatılmış Onam Formuna ilişkin kişisel veri sorumluluğu Araştırmacıya ait olmak şartıyla **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar13. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Harun Karakaya'nın "Gençlik ve Spor İl Müdürlüğü Performans Sporcularının Spor İşletmeleri Üzerindeki Memnuniyet Düzeylerinin incelenmesi (Kayseri İli Örneği)" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar14. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Burcu Seden Çiftci'nin "Covid-19 Tanısı Almış Hastalarda Travma sonrası Stres Bozuklukları ve Ölüm Kaygısının Kendilik Algısıyla İlişkisi" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar15. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Hidaye Özge Sarıkaya'nın "Depresyon Belirtileri Gösteren Yetişkinlerin Sosyal ve Duygusal Yalnızlıklarının Toplumsal Aidiyet Duygusuyla İlişkisi" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Onay Formuna ilişkin kişisel veri sorumluluğu Araştırmacıya ait olmak şartıyla **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar16. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Barış Karahan'ın "Takım ve Bireysel Branşlardaki Antrenörlerin Liderlik Özelliklerinin Karşılaştırılması İbb Spor İstanbul Örneği" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar17. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Müge Ağır Sezgin'nin "Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Bir Çocukta DIR/Floortime Müdahalesinin Sosyal ve Duygusal Beceriler Üzerine Etkisi: Olgu Sunumu" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Onam formundaki kişisel bilgilere ilişkin sorumluluk araştırmacıya ait olmak şartıyla **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar18. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Zilan Kaki'nin "Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Bireylerde Dans ve Hareket Temelli Çalışmanın İşlevsellik, Kaygı Düzeyleri ve Baş Etme Tutumlarına Etkisi" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Onam Formlarındaki kişisel verilere ilişkin sorumluluk Araştırmacıya ait olmak şartıyla **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar19. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Sema Saçlı'nın "Bruksizmin Duyguları Tanıma Düzeyleri ve Kişilik özellikleri ile ilişkisi" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Onam Formlarındaki kişisel verilere ilişkin sorumluluk Araştırmacıya ait olmak şartıyla **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar20. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Tolga Salar'ın "Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarının Karşılaştığı Mesleki Riskler ve Risk Yönetimi, Kırıkkale İli Örneği" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın İl Sağlık Müdürlüğünden ilgili izin yazısını alması şartıyla **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar21. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Dilek Kuyumcu'nun "Sağlık Sektöründe Mobbing ve İş Doyumuna Etkisi" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Telif haklarına ilişkin gerekli izinler araştırmanın sorumluluğunda olmak şartıyla **uygunluğuna** karar verildi.

Karar22. Üniversitemiz Meslek Yüksekokulu bünyesinde görev yapmakta olan Öğr. Gör. Ebru Şen'in "Türk Toplumunun Ulusal Kansere Tarama Standartları Konusunda Bilgisinin Değerlendirilmesi" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar23. Eskişehir Üniversitesi Öğr. Üyesi Doç. Dr. Mehmet Kale ile Üniversitemizin Yüksekokulu Antrenörlük Eğitimi bölümü Arş. Gör. Ali Berkay Tolalı'nın "Ayak Değiştirmeden Yapılan Tekrarlı Lunge Hareketi Sırasında Öndeki Baskın Öndeki Baskın Bacağa ve Sonrasında Baskın Olmayan Bacağa Uygulanan Titreşimin Sprint, Denge ve Sıçramaya Akut Etkisi" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar24. Eskişehir Üniversitesi Öğr. Üyesi Doç. Dr. Mehmet Kale ile Üniversitemizin Yüksekokulu Antrenörlük Eğitimi bölümü Arş. Gör. Ezgi Uyar'ın "Tekrarlı İzoinersiyal Lunge Hareketinin Sprint, Denge ve Sıçramaya Akut Etkileri" konulu çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar25. Eskişehir Üniversitesi Öğr. Üyesi Doç. Dr. Mehmet Kale ile Üniversitemizin Yüksekokulu Egzersiz ve Spor Bölümü Arş. Gör. Yeliz Yol'un "Motorize Olmayan Koşu Bandında Yapılan Tekrarları Sprint Uygulamasının Sprint, Denge ve Sıçramaya Akut Etkisi" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar26. Üniversitemiz İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Gözde Mert'in "Örgütsel Politika ve Stratejik Planlama Performansı İlişkisinde İş Etiğinin Moderatör Etkisi" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar27. Trakya Üniversitesi Uzunköprü Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu Yönetim Bilişim Sistemleri öğretim elemanı Dr. Öğr. Üyesi Özgür Kayapınar'ın "Direct and Indirect Effects of E-Learning Quality Perception on Academic Performance in the Covid-19 Pandemic (Covid-19 Pandemisinde E-Öğrenme Kalite Algısının Akademik Performans Üzerindeki Doğrudan ve Dolaylı Etkileri)" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar28. Akdeniz Üniversitesi Korkuteli Meslek Yüksekokulu Bitkisel ve Hayvansal Üretim Bölümü Mantarcılık Programında görev yapan Öğr. Gör. Dr. Esen Eyiler Kaya ve Öğr. Gör. Dr. Nurhan Öztürk'ün tarafından yapılan ve Üniversitemiz Fen ve Mühendislik Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından uygun görülen "Türkiye'de en fazla tüketilen Mantar türlerinin (Agaricus bisporus ve Pleurotus ostreatus) tüketim alışkanlıkları" konulu çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın anketteki linkinde google üye girişi yapılmadan ulaşılamıyor, bu durum KVKK hükümlerine aykırılık teşkil edeceğinden **uygun olmadığına** oy birliği ile karar verildi.

Karar29. Karabük Üniversitesi Enstitü İşletme Anabilim Dalı Doktora program öğrencisi İlknur Zeydan'ın, Öğr. Üyesi Prof. Dr. Ahmet Gürbüz'ün danışmanlığını yürüttüğü "Küresel Salgın Hastalıkların Turizm İşletmeleri ve Tüketici Tatil Karar Sürecine Etki" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar30. Yeditepe Üniversitesi Küresel Eğitim ve Kültür Araştırmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi tarafından yürütülen ve YAP projesi kapsamında değerlendirilen YAP-AP-SOB-22023 numaralı "COVID-19 Sürecinde Üniversite Öğrencilerinin Eğitim ve Toplumsal Uyumu" adlı anket çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar31. Gümüşhane Üniversitesi Enstitü öğrencisi Gönül Mete'nin, Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Ahmet Tüzen'in danışmanlığında yürütülen "Sosyal Hizmet Öğrencileri Gözünden Etik ve Müracaatçılara Yönelik Etik Sorumluluklar" adlı çalışması görüşülmesi. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar32. Muş Alparslan Üniversitesi Enstitü öğrencisi Beyzanur Elaldı Aksu'nun, Dr. Öğr. Üyesi Oylum Çavdar'ın danışmanlığında yürüttüğü "Fen Bilgisi Öğretmen Adaylarının Yaşam Becerileri Hakkındaki Görüşlerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

