



**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ**

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN ALEKSİTİMİ
DÜZEYLERİNİN, OTOMATİK DÜŞÜNCE SIKLIĞI VE
BELİRTİ YORUMLAMA DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Günay HAZIR

**Danışmanı
Doç.Dr. Çiğdem YÜKSEL**

**Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Programı**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZİRAN/2019



HİZMETE ÖZEL

TEZ KABUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanlığında
Günay HAZIR tarafından hazırlanan

"Üniversite Öğrencilerinin Aleksitimi Düzeylerinin, Otomatik Düşünce Sıklığı ve Belirti Yorumlama Düzeyleri
İle İlişkinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından
OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Dr. Öğr. Üyesi Neşe MERCAN

Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Çocuk Gelişimi
Bölümü.

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.



Danışman/Üye: Doç. Dr. Çiğdem YÜKSEL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri
Hemşireliği ABD.

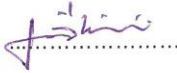
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.



Üye: Doç. Dr. Emine ÖKSÜZ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri
Hemşireliği ABD.


Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.



Tez Savunma Sınavı Tarihi: 13/06/2019

Jüri üyeleri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Ömer AZAL
Prof.Dr.
Sağ.Bil.Enst.Müdürü



HİZMETE ÖZEL

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Mevcut tez çalışmamın kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Günay HAZIR

ÖZET

Araştırma üniversite öğrencilerinin aleksitimi düzeylerinin, otomatik düşünce sıklığı ve belirti yorumlama düzeyleri ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini 2018-2019 eğitim-öğretim yılı bahar döneminde bir üniversitede öğrenim gören Hemşirelik Fakültesi dördüncü sınıf, Tıp Fakültesi altıncı sınıf ve Sağlık Meslek Yüksekokulu ikinci sınıf öğrenciler oluşturmuş ve her bir okul için 100 öğrenci olmak üzere toplam 300 öğrenci ile çalışma yürütülmüştür.

Çalışmanın verileri ‘‘Veri Toplama Formu’’, ‘‘Toronto Aleksitimi Ölçeği–20 (TAÖ–20)’’, ‘‘Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ)’’ ve ‘‘Belirti Yorumlama Ölçeği (BYÖ)’’ kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, IBM SPSS (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı) versiyon 24.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) programı, sayı ve yüzde, ortalama±standart sapma değerleri, Tek Yönlü Varyans Analizi (One-way ANOVA Testi) ve Pearson Korelasyon Testi analizi ve Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi analizleri yapılmıştır.

Tüm öğrencilerin aleksitimi düzeylerinin puan ortalamasının 46,85±9,42 ve Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinin aleksitimi puan ortalamasının 46,09±9,45; Tıp Fakültesi öğrencilerinin aleksiti puan ortalamasının 45,04±9,10 ve Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin aleksitimi puan ortalamasının 49,42±9,25 olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin Toronto Aleksitimi Ölçeği–20 ve Otomatik Düşünceler Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, kuvvetli bir ilişki saptanmıştır ($r=0.654$, $p<0.001$). Öğrencilerin Toronto Aleksitimi Ölçeği–20 ve Belirti Yorumlama Ölçeği alt boyutu olan Ruhsal Atıf düzeylerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, orta derecede kuvvetli bir ilişki saptanmıştır ($r=0,426$, $p<0.001$).

Sonuç olarak aleksitimi düzeyleri yüksek olan öğrencilerin diğer öğrencilere göre olumsuz otomatik düşünce sıklıklarının daha fazla olduğu ve yaşadıkları bedensel belirtilere daha fazla ruhsal atıfta buldukları saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aleksitimi, Otomatik Düşünceler, Belirti Yorumlama

Yazar Adı: Günay HAZIR

Danışman: Doç.Dr. Çiğdem YÜKSEL

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the relationship between alexithymia levels, automatic thought frequency and symptom interpretation levels of university students. The sample of the study consisted of the fourth grade students of the Faculty of Nursing, the sixth grade students of the Faculty of Medicine and the second grade students of the Vocational School of Health in the spring semester of the 2018-2019 academic year. For each school, 100 volunteer students; a total of 300 students were participated in the research. “Data Collection Form” which developed by the researcher, “Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20)”, “Automatic Thoughts Scale (ATS)”, “Symptom Interpretation Questionnaire (SIQ)” were used to gather data.

Data were evaluated by number and percentage, mean \pm standard deviation values, Kolmogorov-Smirnov Goodness of Fit Test, Pearson Correlation, ANOVA and SPSS 24.0 package program for correlation analysis.

The mean score of alexithymia of all students was 46.85 ± 9.42 and the mean score of alexithymia of nursing students was 46.09 ± 9.45 ; The mean score of alexithymia in students of Faculty Medicine was 45.04 ± 9.10 and the mean score of alexithymia in students of Vocational School of Health was 49.42 ± 9.25 . A statistically significant, positive and strong correlation was found between the students' scores on Toronto Alexithymia Scale-20 and Automatic Thoughts Scale ($r = 0.654$, $p < 0.001$). A statistically significant, positive and moderately strong correlation was found between the mean scores of the students' of Mental Attribution Level, which is the sub-dimension of Toronto Alexithymia Scale-20 and Symptom Interpretation Scale ($r = 0.426$, $p < 0.001$).

As a result, it was found that the students with higher alexithymia levels had higher frequency of negative automatic thoughts than the other students and they had more mental references to the physical symptoms they experienced.

Key Words: Alexithymia, Automatic Thoughts, Symptom Interpretation

Author Name: Günay HAZIR

TEŞEKKÜR

Eğitim hayatım boyunca ve tez çalışmam boyunca değerli bilgi ve tecrübeleriyle bana her zaman yol gösteren ve tezimin her aşamasında beni sabırla, anlayışla yetiştiren, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen değerli danışmanım Doç. Dr. Çiğdem YÜKSEL'e

Gülhane Hemşirelik Fakóltesi Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalının değerli öğretim üyeleri Doç. Dr. Emine ÖKSÜZ'e ve Dr. Öğr. Üyesi Gamze SARIKO'a kıymetli bilgilerini, emeklerini ve zamanlarını benimle paylaştıkları için,

Değerli bilgi ve deneyimlerini benim ile paylaşan Dr. Öğr. Üyesi Neşe MERCAN'a, Dr. Öğr. Üyesi Didem AYHAN'a, Uzm. Hem. Reyhan DOĞAN'a, Hemşire Melisa BULUT'a ve araştırmanın örnekleme katılmaya gönüllü olan tüm öğrenci arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olan, beni motive eden, hem maddi hem de manevi açıdan beni destekleyen canım aileme ve tüm süreçte yanımda olan desteğini ve zamanını benden esirgemeyen Dr. Hakan ÖGE'ye, Rumeysa ÖZÇELİK'e teşekkürü bir borç bilirim.

Günay HAZIR

ANKARA 2019

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	viii
GRAFİK LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR.....	x
GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Soruları.....	2
GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Duygular.....	3
2.1.1. Duygu ile İlgili Literatür.....	3
2.1.2. Duygunun Kuramsal Alt Yapısı.....	5
2.1.2.1. Sağduyu Kuramı.....	5
2.1.2.2. James–Lange Kuramı.....	5
2.1.2.3. Cannon-Bard Kuramı.....	5
2.1.2.4. Schachter ve Singer'in İkili Etmen Kuramı.....	6
2.1.2.5. Zajonc, LeDoux ve Lazarus'un Farkındalığı/Bilişi Olmayan Duygular Kuramı.....	6
2.1.2.6. Scherer'in Duygular Modeli.....	6
2.1.2.7. Robert Plutchik'in Çok Boyutlu Dairesel Duygu Modeli ..	7
2.1.3. Duyguların Fizyolojisi.....	7
2.1.4. Duyguların İfade Edilmesi.....	8
2.2. Aleksitimi.....	8
2.2.1. Aleksitimi Tanımı.....	8
2.2.2. Aleksitiminin Kuramsal Alt Yapısı.....	9
2.2.3. Aleksitimi Belirtileri.....	12
2.3. Otomatik Düşünceler.....	13
2.4. Belirti Yorumlama.....	15

GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. Araştırmanın Türü.....	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	16
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	16
3.4. Verilerin Toplanması.....	17
3.5. Veri Toplama Araçları.....	17
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	20
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	20
3.8. Araştırma İzni.....	20
3.8.1. Araştırmanın Etik Yönü.....	20
BULGULAR.....	21
4.1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular.....	21
4.2. Aleksitimi Düzeylerine İlişkin Bulgular.....	24
4.3. Otomatik Düşünceler Ölçeğine İlişkin Bulgular.....	27
4.4. Belirti Yorumlama Ölçeğine İlişkin Bulgular.....	29
4.5. Aleksitimi, Otomatik Düşünce Sıklığı Düzeyleri ile Belirti Yorumlama Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Analizi.....	30
TARTIŞMA.....	39
5.1. Aleksitimi Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	39
5.2. Otomatik Düşünceler Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	41
5.3. Belirti Yorumlama Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	42
5.4. Aleksitimi, Otomatik Düşünce Sıklığı Düzeyleri ile Belirti Yorumlama Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	43
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	46
KAYNAKLAR.....	47
EKLER.....	55
ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ.....	64

TABLO LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1.1. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	22
Tablo 4.2.1. Öğrencilerin Aleksitimi Öz Değerlendirme Düzeyi Ortalamalarının Eğitim Aldıkları Okul ve Toronto Aleksitimi Ölçeği Toplam Puan Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması	24
Tablo 4.2.2. Öğrencilerin Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Alt Ölçek Boyutları Puan Ortalamaları	25
Tablo 4.2.3. Toronto Aleksitimi Ölçeği Puanlarının Eğitim Aldıkları Okul Değişkenine Göre Hangi Alt Gruplar Arasında Farklılaştığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (One way ANOVA) Sonrası Post-Hoc P Değerleri Sonuçları	26
Tablo 4.2.4. Öğrencilerin Eğitim Aldıkları Okul Değişkenine Göre Toronto Aleksitimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	27
Tablo 4.3.1. Öğrencilerin Eğitim Aldıkları Okul Değişkenine Göre Otomatik Düşünceler Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	28
Tablo 4.4.1. Öğrencilerin Eğitim Aldıkları Okul Değişkenine Göre Belirti Yorumlama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	29
Tablo 4.5. Aleksitimi, Otomatik Düşünce Sıklığı Düzeyleri ile Belirti Yorumlama Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Analizi	32

GRAFİK LİSTESİ

<u>Grafik No</u>	<u>Sayfa No</u>
Grafik 4.4. Aleksitimi Düzeyi ve Otomatik Düşünce Sıklığı Arasındaki Doğrusal İlişkinin Grafiksəl Gösterimi.....	33
Grafik 4.5. Aleksitimi Düzeyi ve Ruhsal Atıf arasındaki doğrusal ilişkinin grafiksəl gösterimi.....	34
Grafik 4.6. Otomatik Düşünce Sıklığı ve Ruhsal Atıf arasındaki doğrusal ilişkinin grafiksəl gösterimi.....	35
Grafik 4.7. Normalleşen Atıf ve Ruhsal atıf arasındaki doğrusal ilişkinin grafiksəl gösterimi.....	36
Grafik 4.8. Normalleşen Atıf ve Bedensel atıf arasındaki doğrusal ilişkinin grafiksəl gösterimi.....	37
Grafik 4.9. Ruhsal Atıf ve Bedensel Atıf arasındaki doğrusal ilişkinin grafiksəl gösterimi.....	38

KISALTMALAR

- BYÖ** : Belirti Yorumlama Ölçeği
ODÖ : Otomatik Düşünceler Ölçeği
SMYO : Sağlık Meslek Yüksekokulu
TAÖ-20 : Toronto Aleksitimi Ölçeği -20



1. GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Bilişsel Davranışçı yaklaşıma göre, duygu, düşünce ve davranışlar birbiri ile ilişkilidir. Yaşanan bir durum, kişide çeşitli duyguların açığa çıkmasına, bu duygulara yanıt olarak bedensel belirtilerin oluşmasına, çeşitli düşüncelere ve tüm bunların bir sonucu olarak bazı davranışlara yol açar. Bireyler duygu, düşünce, davranış ve bedensel belirtilerin farkına vardıkları, bunlar arasındaki ilişkiyi anlayıp, yönetebildikleri ölçüde sağlıklı iletişim kurabilirler. Fakat bu ilişkiyi kurmak her zaman kolay değildir. Aleksitimi, duygu bağlamında yaşanan bu güçlüğü tanımlayan bir kavramdır. Kelime anlamı olarak Türkçe'ye "duyular için söz yokluğu" olarak çevrilmiş olmasına ilaveten, literatürde "var olan duygulara karşı sağırılık hali" olarak tanımlanmıştır (1, 2). Kısaca bireyin duygularının farkında olmaması ve duygularını tanımlamak için uygun, doğru kelimeleri bulamaması durumuna aleksitimi denir (3, 4). Aleksitimi çoğunlukla psikosomatik hastalıkların bir semptomu olarak ele alınmış olsa da, son yıllarda yapılan araştırmalar birçok kronik hastalığı olan bireyde ve sağlıklı bireyde de aleksitimik özellikler olduğunu ve bireylerin hayatlarını olumsuz etkilediğini göstermektedir (5-7). Örneğin, aleksitimi düzeyleri yüksek olan bireylerin iletişim becerileri ve empati becerileri düşük, olumsuz otomatik düşünce sıklığı yüksek bulunmuştur (8, 9). Otomatik düşünceler, bireyin karşılaştığı belli durumlarda ortaya çıkan, ani bir şekilde oluşan ve herhangi bir değerlendirme kriterine tabi tutmadan bireyin kabul ettiği bilişlerdir. Otomatik düşünceler de aleksitimi gibi iletişim becerilerini olumsuz etkilemektedir (9-11). Bilişsel kurama göre bunun nedeni; işlevsel olmayan, olumsuz otomatik düşüncelerin (Örn: Ağlırsam zayıf olduğumu düşünecekler), zaman zaman duyguların açığa vurulmasını olumsuz etkilemesi (Örn: Erkekler ağlamaz) ve aleksitimiye neden olmasıdır (2). Bireyler durum (Örn: Sahnede konuşma yapma) hakkındaki olumsuz otomatik düşüncelerini (Örn: Rezil olacağım, herkes bana gülecek) fark edemediklerinde, açığa çıkan ve duyguyu gösteren bedensel belirtilerini (kalp çarpıntısı, yüz kızarması) ayırt edemeyebilirler ve/veya duygularını sözlü olarak anlatamadıkları durumlarda da (aleksitimi)

duygularının bedensel işaretlerine de maruz kalabilirler. Özetle bedensel belirtilerin duygu ve düşünceleri ile bağlantısını kuramayabilirler (12).

Aleksitimi kişilerarası iletişimi olumsuz etkilemektedir. Bu yüzden sağlık sisteminde görev alan öğrencilerin duygularını tanıması ve tanımlamasında meydana gelen güçlük; aleksitimi, hastalarına verdikleri tedavi ve bakımı olumsuz etkileyebilmektedir (8). Bu durum çalışmanın önemini yansıtmaktadır. Bu bilgilerin ışığında aleksitimi, otomatik düşünceler ve bedensel belirtiler arasında bir ilişki olduğu öngörülmektedir. Bununla beraber şu ana kadar yapılmış araştırmalar incelendiğinde sağlık bireylerden oluşan bir örnekleme bu ilişkinin incelendiği bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmanın amacı ise üniversite öğrencilerinin aleksitimi düzeylerinin, otomatik düşünce sıklığı ve belirti yorumlama düzeyleri ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

1.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmanın hipotezleri şu şekildedir:

1. Üniversite öğrencilerinin aleksitimi düzeyleri ve otomatik düşünce sıklığı arasında ilişki var mıdır?

H_0 hipotezi: Üniversite öğrencilerinin aleksitimi düzeyleri ve otomatik düşünce sıklığı arasında ilişki yoktur.

H_1 hipotezi: Üniversite öğrencilerinin aleksitimi düzeyleri ve otomatik düşünce sıklığı arasında ilişki vardır.

2. Üniversite öğrencilerinin aleksitimi düzeyleri ve belirti yorumlama düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

H_0 hipotezi: Üniversite öğrencilerinin aleksitimi düzeyleri ve belirti yorumlama düzeyleri arasında ilişki yoktur.

H_1 hipotezi: Üniversite öğrencilerinin aleksitimi düzeyleri ve belirti yorumlama düzeyleri arasında ilişki vardır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. DUYGULAR

2.1.1. Duygu ile İlgili Literatür

Biyolojik, psikolojik, spiritüel, sosyal ve kültürel özellikleri ile bir bütün olan birey, diğer bireyler ile sürekli iletişim halindedir. Bireyin diğerleri ile iletişim kurma amacı temelde duygularını ve düşüncelerini aktarma gereksinimidir (13). İletilen mesajın amaca ulaşmasında duyguların ifade edilmesi önemli rol oynamaktadır (14). Duyguların ifade edilebilmesi için öncelikle ise bireyin yaşadığı duyguyu tanıması ve tanımlaması gereklidir (2). Duyguları tanımak ve tanımlamak yaşanan düşüncenin, davranışın ve bedensel belirtilerin yorumlanmasına yardımcı olmaktadır. Hissettiği duyguları tanıyan ve tanımlayan bireyler, bunları etkileşim halinde olduğu bireylere aktarabilir böylelikle uyum sağlayabilir, denge kurmak için uygun davranışları sergileyebilir (15). Duygularını tanımak, duyguların ruhsal işaretlerini ve bedensel işaretlerini ayırt edebilmek bireyin ruhsal ve bedensel olarak sağlıklı olmasına olanak sağlar (16). Kendi duygularını tanıyan ve tanımlayan birey aynı zamanda iletişim kurduğu bireyin duygularını da anlayabilir ve daha sağlıklı bir iletişim kurabilir (17).

Duygular bireyin dünyaya gelmesi ile birlikte hissedilmeye başlarlar, hayat boyunca gelişir ve zenginleşirler. Aynı zamanda yaşamı sürdürmek için de oldukça önemli rol oynar; örneğin bedensel bir rahatsızlığın ipuçları ağrı duygusu ile tehlikeli bir durumdan sakınma korku duygusu ile koruyucu işlev görür. Bunun nedeni temelde duyguların düşünce ve davranışlara yön vererek işlevsellik kazandırması, bireyin olayları anlamasına ve tepki vermesine katkı sağlamasıdır (18, 19).

Duygular literatürde çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Örneğin Lazarus'a (1982) göre duygular bireyin uyarınları algılaması ve değerlendirmesi ile açığa çıkan içsel yanıtlar iken (20); Kervancı'ya (2008) göre Lazarus'un tanımına ilaveten davranışsal tepkilere neden yapılandırılmış hislerdir (21). Sadock ve Sadock (2011)

ise duyguyu, bedene ait ve davranışsal özellikleri olan bir his şeklinde tanımlanmaktadır (22). Frijda'ya (1986) göre ise duygular, hedefe yönelik eylemde bulunmada, karar vermeye yardımcı, bir durumdan kaçınma/karşılaşma seçeneklerinden birine karar kılmada önemli role sahip bir yaşantıdır (23). Goleman'a (2007) göre duygu; bir histir ve bu hisse eşlik eden bireye özgü düşüncelere, biyolojik-psikolojik tepkilere ve davranış eğilimlerine eşlik eder (24).

Bununla beraber duygu tanımları dikkate alındığında üstünde mutabakata varılmış net bir tanımının olmadığı ve fakat farklı disiplinlerin, farklı açılardan duyguyu ele aldığı görülmüştür. Biyolojik açıdan duygular incelendiğinde, duygunun yaşanmasında nörotransmitterlerin etkisi duyguların oluşumu için en temel açıklayıcıdır; ilaveten bu yaklaşım duyguların ortaya çıkmasında, çeşitliliğinde ve farklılaşmasında bireyin içinde bulunduğu çevreyi göz ardı etmeyen bir bakışa sahiptir (25). Duygular ve duygulardan kaynaklanan düşünceler, davranış eğilimimizi belirler ve davranışa geçmemizi sağlayan motivasyonel kaynaklar olarak işlev görürler (25). Duyguların davranış ve tutumları belirlemesi kadar, yaşam boyunca kazanılan kimlik ve bireyin sahip olduğu rollerin, o rollere uygun davranışların beklentilerinin de, olaylar karşısında bireyin verdiği duygusal tepkileri belirleyici özellikleri mevcuttur (26, 27). Bu sosyal ve çevresel faktörlere ek olarak bilişsel süreçler de duygunun yaşanmasını etkilemektedir (20). Çünkü bilişsel yaklaşıma göre, duygusal ve bilişsel süreçler ayrılmaz bir bütündür. Bireyin aklından geçen otomatik düşünceler, duygular üzerinde önemli bir etkiye sahiptir ve olumlu veya olumsuz duyguların açığa çıkmasına sebep olarak davranışların oluşmasında belirleyici rol oynarlar (25, 28, 29).

Duyguların ele alınmasındaki bu disiplinler arası farklılıklarla beraber duyguların ortak yönleri de vardır. Örneğin duygular önceden planlanmazlar, spontan oluşurlar. Bir duygu eş zamanlı olarak bir başka duyguya eşlik edebilir veya oluşmasına neden olabilir. Aynı ortamda bulunan bireyler ortak duyguları paylaşabilirler. Duygular dış dünyaya sözlü olarak iletildiği gibi beden dili ile de iletilirler (30, 31).

2.1.2. Duygunun Kuramsal Alt Yapısı

Bireyde oluşan duygu, düşünce, davranış ve fiziksel belirtilerin meydana gelme sıralaması kuramcılar tarafından farklı açılardan ele alınmıştır. Kimi kuramcılara göre bir durum karşısında ilk verilen tepki bir düşünce, sonrasında ona eşlik eden bir duygu iken; kimi kuramcılara göre ilk tepki bir düşüncedir ve duygu ancak düşünceden sonra oluşur. Bu ve benzeri görüş ayrılıkları sonucunda olarak duygu ile ilgili farklı kuramlar ortaya çıkmıştır.

2.1.2.1. Sağduyu Kuramı: Bu kurama göre bir durum karşısında hissedilen duygu sonucunda bireyde ilk olarak fiziksel belirti ortaya çıkmakta daha sonra ise fiziksel belirti davranışsal tepkiye dönüşmektedir (32).

2.1.2.2. James–Lange Kuramı: Sağduyu kuramının tam aksini belirten bu kuram bir durum karşısında ilk olarak fiziksel belirtinin ortaya çıktığını savunmaktadır. Fiziksel belirtinin niteliğine göre duygunun oluştuğunu söylemektedir. Örneğin ağlama eylemi gerçekleştiği için birey üzgün olduğunu veya saldırgan bir köpek ile karşılaşıldığında fizyolojik tepki olan kalp hızlı atmaya başladığında korku duygusunu hissetmektedir (33, 34).

2.1.2.3. Cannon-Bard Kuramı: Bu kuram James ve Lange kuramına karşı çıkmaktadır. Kurama göre bir uyarı ile talamus, korteks ve sempatik sinir sistemi eşzamanlı uyarılmaktadır. Böylece duygunun oluşmasının ve fiziksel uyarılmanın aynı zamanda gerçekleştiğini savunmaktadır. Aynı zamanda bu kuram bir fizyolojik belirtinin oluşma süresinin yavaş olduğunu ve oluşan fizyolojik değişikliğin birden çok duyguya eşlik edebileceğini söylemektedir. Örneğin kalbin hızlı atması öfke duygusunu oluşturabildiği gibi korku duygusuna da neden olabilmektedir (34).

2.1.2.4.Schachter ve Singer'in İkili Etmen Kuramı: Diğer kuramlara göre daha farklı bir sıralama oluşturmuş ve bilişsel yapıyı sıralamaya alan ilk kuram olmuştur. Bu kurama göre duygunun oluşması için fizyolojik belirtilerin olması ve bilişsel değerlendirmenin yapılması gerekmektedir. Bu kuramda, fizyolojik uyarılmanın duyguyu tetiklediği fakat duyguyu yönlendirenin biliş olduğu savunulmaktadır (34).

2.1.2.5. Zajonc, LeDoux ve Lazarus'un Farkındalığı/Bilişi Olmayan Duygular Kuramı: Bu kuramın çıkış noktası bireyin duyguyu deneyimlemeden önce mutlaka bilişsel bir süreçten geçirmek zorunda olmadığıdır. Yani bu kurama göre biliş duygu için gerekli değildir, biliş duygusal tepki için bir öncü değildir. Bununla beraber sadece uyarının birey için önemini anlamak amacıyla hızlı bir bilişsel süreçten geçtiğini söylemiştir. Duygunun beyinde üst yol ve alt yol olmak üzere iki farklı yol izlediği bu kuramda ifade edilmektedir. Üst yolda genellikle anlaşılması güç olan, alt yolda ise basit kabul edilen duygular işlenmektedir. Üst yolu izleyen uyarın ilk olarak talamusa uğramakta daha sonra kortekse geçmekte ve buradan da amigdalada değerlendirilmektedir. Basit uyarınların izlediği alt yol ise ilk olarak talamusa oradan direk amigdalaya geçmektedir ve bu şekilde duygu çok hızlı oluşmaktadır (34).

2.1.2.6. Scherer'in Duygular Modeli: Bu modele göre, duygunun beş komponenti vardır. Bunlar; olayların ve nesnelerin değerlendirildiği “bilişsel değerlendirme”; duygusal deneyimin fizyolojik bileşeni olan “bedensel belirtiler”; motor tepkilerin hazırlanması ve yönlendirilmesinde motivasyon niteliğinde bir bileşen olan “eylem eğilimleri”; hemen hemen her zaman duygusal bir duruma eşlik eden yüz ifadesi ve ses tonu, beden dili ve jestlerin birleşimi olan “ifade”; duygusal durumun subjektif deneyimi olan “hisler”dir. Duyguların fonksiyonları ise üç tanedir ki bunlar insanı bir davranışa hazır hale getirmek; sonraki davranışları biçimlendirmek; çevresel bağların düzenlenmesine yardımda bulunmaktır.

2.1.2.7. Robert Plutchik'in Çok Boyutlu Dairesel Duygu Modeli: Bu modelde duygunun kavramsal tanımı incelenmiş yanı sıra duygunun oluşmasında etken olan temel unsurların sınıflandırması üzerinde de durulmuştur. Kuram sekiz temel duygudan bahsetmektedir. Bu modelde sekiz temel duygu; “korkma, şaşırma, üzülme, iğrenme, öfke, ümit etme, sevinme ve benimseme” olarak tanımlanmıştır. Diğer bir sınıflandırma duyguları olumlu (heyecan, mutlu) ve olumsuz (sinirli, üzgün) duygulanım olarak iki ana başlıkta toplamıştır (35).

2.1.3. Duyguların Fizyolojisi: Bireyin herhangi bir uyaran ile karşılaşması biyolojik bir cevabı ortaya çıkarmaktadır. Duygular otonom sinir sistemi ve merkezi sinir sisteminin ortak işlevi ile oluşurlar. Otonom sinir sistemi ise sempatik ve parasempatik sinir sisteminden oluşur. Sempatik sinir sistemi vücudu alarm durumuna geçiren sistemdir ve bir uyarının sempatik sinir sistemi üzerindeki etkisi; göz bebeklerin büyümesi, kalp atış hızının artması, soluk sayısının artması ve benzeri fizyolojik belirtilerle görülmektedir. Parasempatik sinir sistemi ise genellikle birey sakin olduğunda baskın özellikler sergiler, uyarının ortadan kalkması ile göz bebekleri küçülmesini, kalp atış hızının yavaşlamasını ve solunum sayısının azalmasını sağlayarak, organizmayı uyaran öncesi haline döndürür ve iç organların çalışmasını yavaşlatır (36).

Birbirinden farklı duyguların, benzer bir fizyolojik belirtinin oluşmasına neden olduğu göz ardı edilmemelidir. Kalp atışının hızlanması öfke duygusu sonucunda olabildiği gibi aynı zamanda korku duygusu sonucunda da oluşabilmektedir. Farklı duygular sonucunda yaşanan fizyolojik belirti benzer olsada her bir duygu kendine özgü yüz kasları ve yüz ifadeleri ile ortaya çıkmaktadır. Yanısıra her bir duygunun beyinde daha fazla aktive ettiği kendine özgü bir alanı bulunmaktadır. Üzüntü, stres, tikslenme ve benzeri olumsuz duygular sağ prefrontal korteksi sola göre daha fazla aktive ederken; mutluluk, heyecan ve benzeri olumlu duyguların sol frontal lobu sağa göre daha fazla aktive ettiği bilinmektedir (34).

2.1.4. Duyguların İfade Edilmesi: Duyguları ifade etme ve yönetebilme bireyin yaşantısında önemli bir yere sahiptir. Duyguların farkına varmak, tanımak, onları yönlendirmek ve duygulara uyum sağlamak, duyguyu yönetmek anlamını taşır (37). Bireyler uyum sağlama sürecinde duygunun işlevselliğine bağlı olmaksızın baş etme gayreti gösterirler ancak burada önemli olan konu bir duyguyu hissetmiş olmaktan çok onu tanıyabilmek, işlevsel olup olmamasından bağımsız olarak varlığını kabul edebilmek, eğer işlevsel ise bu duyguyu itici bir güç olarak kullanabilmektir (38). Ancak tüm bunlar gerçekleştiğinde birey gerçekten duygularını ifade edebilir duruma gelir. Aksi takdirde birey duyguları ifade edemez ve kişilerarası ilişkileri olumsuz etkilenir (26, 27). Bireyin duygularını ifade edememesinin birçok sebebi bulunmaktadır. Duyguları tanıyan ve tanımlayan birey kendini koruma isteği ve duyguları kontrol etme düşüncesi ile duygularını ifade edemeyebilir. Bireyin amacına ulaşabilmek için, duygusal tepkilerini izleme, değerlendirme ve değiştirmeden sorumlu olan içsel ve dışsal süreçler tanımı ile ifade edilen duygu düzenleme becerilerinde eksiklikler olabilir (39). Bireyin duygularını ifade edememesinin diğer nedeni ise duyguları tanımlamada ve ifade etmede yaşadığı zorluk yani aleksitimi olabilir (2).

2.2. ALEKSİTİMİ

2.2.1. Aleksitiminin Tanımı

Aleksitimi (alexithymia) kelime anlamı olarak Yunanca'da "a=yok, lexis=söz, thymos= duygu" anlamına gelen kelimelerin birleşmesinden meydana gelmiş bir kavramdır. Türkçe karşılığında incelendiğinde birden fazla kavram karşımıza çıkmaktadır. Şahin (1991) aleksitimiye duygulara karşı hem "dilsiz" hem de "sağır" olmayı içeren "duygusal ahrazlık" kavramı ile tanımlamıştır (2). Dereboy'a göre "duygular için söz, kelime yokluğu" olarak açıklanan aleksitimi, Dökmen (2000)'e göre "düşünce köleliği" kavramı ile ifade edilmiştir (40). Aleksitimiye tanımlayan bütün kavramlar ele alındığında, aleksitimi bireyin duygularını fark etmede, tanımlamada ve ifade etmede yaşadığı güçlük olarak karşımıza çıkmaktadır (41).

Duyguyu fark etmek temelde duygu düzenlemenin bir alt bileşenidir ve duyguyu fark edebilmek için duyguyu bilmek, kavramak ya da o andaki duyguyu tanımak gerekmektedir (42). Duygusal farkındalık, bireyin kendi duygularını tanımasının yanında diğer bireylerin de duygularını anlama becerisidir ve kişiler arası ilişkilerde her ikisi de oldukça önemli bir rol oynamaktadır (43).

Aleksitimi ilk olarak 1972 yılında Sifneos psikosomatik hastalıkları olan hastaların psikolojik özelliklerini tanımlamak için kullanılmıştır (2, 44). İlk dönemlerde aleksitiminin sadece psikosomatik rahatsızlığı olan bireylerde olabileceği bilinmekteydi. Ancak yapılan çalışmalar sonucunda kültürel etkenler, kişilik özelliği ve hastalık gibi herhangi bir durumun aleksitimiye neden olabileceği ya da sağlıklı bireylerde de aleksitiminin yaşanabildiği görülmüştür (2, 5, 6, 45). Aleksitiminin etkeni ile ilgili yapılan çalışmaların yanı sıra geçici mi ya da sürekli mi olduğu konusunda yapılan birçok çalışma bulunmaktadır. Freyberger'e göre aleksitimi birincil aleksitimi ve ikincil aleksitimi olarak iki ayrı şekilde bireyde görülmektedir. Sürekliliği bulunan birincil aleksitimi psikosomatik hastalarda görülmektedir. Travma, hastalık ve kayıp gibi yaşanan durum karşısında ortaya çıkan ikincil aleksitimi ise geçicidir ve durum ortadan kalktığında aleksitimi yaşantısı sona ermektedir (46). Ortiz-soria ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın sonucu ise aleksitimin sürekli yaşanan bir durumun olduğunu ve herhangi bir yaşantının aleksitimiye geçici hale getirmediğini göstermiştir (47).

2.2.2. Aleksitiminin Kuramsal Alt Yapısı

2.2.2.1. Nörofizyolojik Yaklaşım: Nörofizyolojik yaklaşım aleksitiminin hemisferler arasındaki nöron iletiminin etkin olmamasından kaynaklı olabileceğini savunmaktadır. Aleksitimin diğer bir nörofizyolojik açıklamasında medial prefrontal kortekste var olan hipoaktivite durumudur (48). Bu yaklaşımın bir başka savı ise limbik sistemden neokortekse giden duysal uyarıların bloke olması ile bilinçli duysal yaşantının olamamasıdır. Bilinçli duysal yaşantının olmaması ile duyguları tanıma, tanımlama ve ifade etmede sorun yaşanabilmektedir (48).

2.2.2.2. Psikoanalitik Yaklaşım: Psikoanalitik yaklaşım aleksitimiği savunma mekanizmaları ve anne-çocuk ilişkisi ile açıklamıştır (49-51). Bu yaklaşımda immatür savunma düzeneklerine sahip olan bireylerin aleksitimik olduğu ifade edilmektedir (49). Aleksitimik kişilik özelliğinin oluşma nedenleri arasında anne-çocuk ilişkisinin kurulamaması, bu ilişkide yaşanan kaygı ve çocukluk döneminde yaşanan olumsuz olay ve yıkıcı anne-çocuk ilişkileri yer almaktadır (50, 52). Luminet de benzer bir şekilde aleksitimiği anne-çocuk ilişkisi ile açıklamıştır. Luminet'e göre annenin çocuğun bedensel belirtilerine aşırı koruyucu ve kontrolcü yaklaşması çocuğun yetişkinlik döneminde bedensel belirtilerini tanımamasına neden olmaktadır. Bu nedenle bu bireyde aleksitimi meydana gelmektedir (51). Bunların yanısıra Von Rad ise aleksitimiği, nesne kuramından yola çıkarak değerlendirmiştir ve ayrılma-birleşme aşamasındaki aksamaya bağlı olarak, öz temsil ve kimlik duygusunun eksik gelişmesi nedeni ile aleksitimi belirtilerinin ortaya çıktığını söylemiştir (53).

2.2.2.3. Sosyal Öğrenme- Davranışçı Yaklaşım: Bu yaklaşıma göre bireyin içinde bulunduğu sosyo-kültürel ortam bireyin aleksitimik özelliğe sahip olmasını etkilemektedir. Bu yaklaşım sosyo-kültürel yaşantının bireyin iletişim ve kendini ifade etme becerilerini öğrenmesine katkı sağlaması ile bireyin aleksitimik olmayacağını savunmaktadır. Bu öğrenmenin gerçekleşmemesi ile birey duygularını tanıma/tanımlama yerine duygularını bastırmayı ve bedenselleştirmeyi tercih edebilmektedir. Bu açıdan bakıldığında bireyin içinde büyüdüğü sosyo-kültürel çevrede öğrendiği beceriler aleksitimik özelliklerin ortaya çıkmasını engelleyebilmektedir (2).

2.2.2.4. Bilişsel Yaklaşım: Aleksitimi bilişsel ve affektif bir defisittir ve bireyin kendisinin ve diğerinin duygularını deneyimleme ve sembolize etme kabiliyetindeki bozulmalarla karakterize çok yönlü bir kişilik değişkeni olarak kabul edilmektedir. Aleksitiminin yapısı, bilişsel ve duygusal süreçler, duygusal farkındalık ve sosyal etkileşim mekanizmalarının anlaşılması ile sıkı sıkıya bağlantılı olduğu için duygusal, sosyal ve bilişsel nörobilimsel araştırmalar için büyük bir

öneme sahiptir (54). Aleksitimiye ele alan modeller, bireylerin bilişsel süreçlerinde ve duyguların düzenlenmesinde bazı önemli eksiklikler olduğunu; bunlara ek olarak, yönetici işlevsellik ve sözel yetenekler de dahil olmak üzere diğer bilişsel yeteneklerde eksiklikler olduğunu ortaya koymaktadır (55, 56).

Koven ve Thomas (2010), bütün olarak yapıdan ziyade aleksitiminin bazı yönlerinin yürütücü işlevsellik eksiklikleri ile ilişkili olabileceğini; aleksitimi ile ilişkili yönetici işlev bozukluğunun, duyguları izlemek ve katılmak yerine duyguları anlama ve etiketleme konusundaki eksiklikten kaynaklanabileceğini öne sürdüler. Sözel biliş ayrıca beynin doğru işleyişine de bağlı olduğundan dikkate alınması gereken diğer bir husus da aleksitimdeki sembolik dil işlev bozukluğudur zira aleksitimi etkilerini sembolik olarak gösterememek genel olarak zayıf sözel yeteneklerden kaynaklanmaktadır (55). Wood ve Williams (2007) sözel yeteneklerdeki eksikliklerin, sözel bilişsel eksiklik ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır, bunun zayıf sözel gelişime işaret eden gelişimsel bir aleksitimi modeli ile tutarlı olabileceğini işaret etmişlerdir (56).

Dil gelişiminin yanı sıra çocukluktan başlayarak gerçekleşen sosyalleşme süreci, bireyin kendi yaşantılarından elde ettiği yeni bilgilere dayanarak bazı temel inançlar, varsayımlar, düşünceler ve genellemeler yapmasına neden olur. Her bir yeni deneyim ile bu temel varsayımlar şemaya dönüşmekte ve bireyin olayları, dış dünyayı, diğer kişileri algılamasında ve yorumlamasında kullanılmaktadır (57). Çocukluktan bu yana gelişmekte olan şemalar, esnek olmayan, duruma göre fazla değişmeyen, sabit ve katı düşünme kalıplarıdır ve işlevselliği ve uyum sağlamayı olumsuz etkilerler. Temel inançlar/şemalar “kötü biriyim”, ”değersizim” “kimse beni sevmez” gibi abartılı ifadeler olarak ortaya çıkma eğilimindedir (57, 58). Şemalar bireyler tarafından kolaylıkla fark edilir özellikte değildir ve ara inançlar/kuralların arkasında gizlidirler. Örneğin bir bireyin temel inancı “yetersizim, zayıfım”; ara inancı “bir erkeğin güçlü olması gerekir” veya “ağlamak zayıflıktır” şeklinde olabilir. Bilişsel yapıda yer alan işlevsiz inançlar bireyin düşüncesini biçimlendirirler ve psikopatolojiye özgü bilişsel hatalara yol açarlar. Bilişsel hatalar bilgi işleme sürecindeki özgün yanlışlıklar veya eğilimler olarak tanımlanabilir. Bilişsel hatalar bilginin hatalı işlenmesi sonucunda duruma uygun olmayan ve

duygusal sıkıntıya neden olan otomatik düşüncelere yol açarlar. Otomatik düşünceler ise zihin akışı içerisinde yer alan ve daha çok duygusal sıkıntı anlarına eşlik eden ortama, duruma özgü bilişlerdir. Kendiliğinden ortaya çıkarlar, yönlendirilmiş, güdülenmiş düşünce ürünü değillerdir. Sıklıkla fark edilmezler, sadece eşlik eden duygu fark edilir, içerik ve anlamlarına göre belirli duygularla birleşirler. Bunlar kişi belirli bir durum içine girdiğinde hızla ortaya çıkan ve incelenmeksizin doğru kabul edilen bilişlerdir. Zaten bu nedenle de yoğun duygusal tepkilere yol açarlar. Duruma uygun olmayan, olumsuz otomatik düşüncelerde görülen özelliklerin sınıflandırılması ile çeşitli bilişsel çarpıtma kategorileri ortaya çıkar (59). Bireylerin sıklıkla yaptıkları bilişsel çarpıtmalar arasında değersizlik, yetersizlik, keyfi çıkarsama, kişiselleştirme, aşırı genelleme, abartma küçümseme, kendini suçlama, başarısızlık ve ikili düşünme bulunmaktadır. Bu bağlamda aleksitimik özellikler, bilişsel şemalarda yer alan işlevsel olmayan bilişsel çarpıtmaların bir sonucu olabilmektedir (2, 59). Bu bireyler ilkel bilişsel şemalar kullanırlar ve duygularının farkında olmazlar, onun yerine somatik tepkiler verme eğiliminde olurlar.

2.2.3. Aleksitimi Belirtileri:

Aleksitimi duyguları tanıma ve tanımlamak da yaşanan güçlüğü dışında da bazı farklı belirtiler gösterebilmektedir (2, 60). Aleksitimi belirtilerinin neler olduğunun tanımlanmasında farklı görüşler bulunmaktadır. Var olan farklı görüşler 4 başlık altında toplanabilir (2, 61-63).

- 1- Duyguları fark etme, ayırt etme ve ifade etme güçlüğü,
- 2- Hayal kurma, düşlem yaşantısında kısıtlılık,
- 3- İşe vuruk - işlemsel düşünme eğilimi,
- 4- Dış merkezli-uyum sağlamaya yönelik bilişsel yapı.

2.2.3.1. Duyguları Fark Etme, Ayırt Etme ve İfade Etme Güçlüğü:

Aleksitimik kişilik özelliği olan bireyler duygularını tanıma ve tanımlamak da güçlük yaşarlar. Dereboy (1990)'a göre aleksitimi belirtisine sahip bir bireye yaşadığı tatsız bir olayda duygusunu tanımlaması istenmiştir. Birey neler düşündüğünü ve neler yapmak istediğini veya söylemek istediğini ayrıntılı olarak anlatmış ve yaşadığı

duyguyu bedenselleştirerek gergin olduğunu ifade etmiştir. Bu durum duyguları fark etme, ayırt etme ve ifade etme güçlüğü'nün aleksitimi belirtisi olduğunu göstermektedir (2, 61, 62)

2.2.3.2. Hayal Kurma, Düşlem Yaşantısında Kısıtlılık: Aleksitimik bireyler genellikle donuk, sıkıcı, kaba ve duygusuz olarak tanımlanabilirler. Bu durumun nedeni hayal kurma ve düşlem yaşantısında kısıtlılığın var olmasından dolayı çok detaycı ve işlem odaklı düşümlerinden kaynaklı olabilir. Hayal kurmanın zaman kaybı olduğunu düşünen bu bireyler sınırlı yaratıcılık özelliğine sahiptirler (61, 62).

2.2.3.3. İşe Vuruk-İşlemsel Düşünme Eğilimi: Aleksitimi belirtilerine sahip bireyler iç dünyasından uzak yaşamaktadır. Son derece sade, mekanik bir yaşantıya sahiptirler. İç dünyalarından uzak olan bu bireyler karşılaştıkları sorunları derinlemesine değil yüzeysel ve somut olarak çözümlerler. Bu sorunlara neden olan duyguları ve çatışmaları çözmekle uğraşmazlar. Bu özelliklerden dolayı aleksitimi belirtilerine sahip bireyler çevreleri ile büyük ölçüde uyumlu ve sorunsuz insanlar gibi görünürler (50, 63, 64)

2.2.3.4. Dış Merkezli-Uyum Sağlamaya Yönelik Bilişsel Yapı: Aleksitimik bireyler çevresi ile olan ilişkisine dış uyaranlar ile yön verirler. Bireyler sergiledikleri tutum ve davranışlarında iç etmenler ve bu etmenlere bağlı duygularını yansıtmazlar. Çevresi ile olan ilişkisinde uyum içinde olmayı istemelerinden dolayı mekanik ve pragmatik düşünme eğilimindedirler. Bu bireyler kendi içsel gerçekleriyle çok az bir bağlantı kurarlar (50). Bireyin dışa dönük bilişsel yapısının sağladığı uyum sonucunda çevresi ile sorunu olmayan bireyler olarak bilinirler (63).

2.3. OTOMATİK DÜŞÜNCELER

Bilişsel model, bir durum karşısında bireylerin verdikleri tepkilerin birbirinden farklı olduğunu, bunun nedenin ise her bir bireyin olayı yorumlamalarında meydana gelen farklılıklar olduğunu; bu bireysel farklılıkların ise

temelde bir olaylar karşısında bireyin aklından geçen düşüncelerin, bireyin duygu ve davranışlarını etkilediğini öne sürmektedir (57). Kuramın geliştirilmesi oldukça geriye dayanmaktadır, Beck 1967- 1976 tarihleri arasında klinik çalışmaları sırasında bilişsel şemayı, bilişsel çarpıtmayı, bilişsel üçlüyü ve otomatik düşünceleri kapsayan bilişsel bir model oluşturmuştur (65, 66). Kuramın bir tedavi aracı olarak kullanıldığı terapilerde hedef, bireyin karşılaştığı olaylar esnasında ortaya çıkan otomatik düşünceleri fark etmeleri, bu düşüncelerini alternatif oluşturabilecek farklı düşüncelerle değiştirmeleridir.

Ellis, duygu, düşünce ve davranışları birbirinden bağımsız olmadıklarını açıkladığı ABC modelinde;. **A**, ortaya çıkarıcı olay; **B** bilişsel değerlendirme sistemi; **C**, duygusal ve davranışsal olarak ortaya çıkan sonuçlar ya da bireyin duruma verdiği tepkiyi ele almak gerektiğini önermektedir (67). Karşılaştığı her olay bireyin bazı temel inançlar, varsayımlar, düşünceler ve genellemeler yapmasına neden olur. B varsayımlar zaman içerisinde pekişmekte ve şemaya dönüşerek, kendini, dünya ve yaşantıları ve geleceği olumsuz olarak algılamalarına neden olmaktadır. Şemalar da kendi içinde ara inançlar ve temel inançlar olarak iki gruba ayrılmaktadır. Bu şemaların oluşmasına neden olan ise otomatik düşüncelerdir. Otomatik Düşünceler, bir durum karşısında hızla bireyin aklından geçen, bireyin bilinçli bir çaba olmaksızın fark edemediği ortama ve duruma has bilişler şeklinde açıklanmaktadır. (57, 67).

Bu modelin içinde yer alan otomatik düşünce, seansları sırasında düşüncelerini sansürlemeden ifade etmeleri üzerine çalışırken danışanlarının ifade edemedikleri düşünce akışlarının olduğunu fark etmesiyle ortaya çıkmıştır. Otomatik düşünceler belli bir duruma özgüdür, somuttur ve amaca yönelik mantıksal adımları takip etmedikleri için hızlı bir şekilde ortaya çıkarlar. Birey oluşan bu düşüncelerin gerçeklik düzeyini sorgulamadan kabul etme eğilimindedir. Düşüncelerin gerçekliği sorgulandığında bile otomatik düşüncelere inanmaya devam edilebilir (2, 57-59).

Temelde otomatik düşünceler bireyin karşılaştığı basit hataları veya referans fikirlerini genelleştirmesinden kaynaklanmaktadır. Otomatik düşünceler bireyin duygu ve davranışlarını etkileyebilir. Otomatik düşünce duygu ve davranış

arasındaki ilişki göz ardı edilemez. Otomatik düşünceler bireyde üzüntü, suçluluk ve kaygı gibi duygular meydana getirebilir. Bu duygularda bireyin davranışlarını etkilemekte ve yön vermektedir (2, 68).

2.4. BELİRTİ YORUMLAMA

Bedenselleştirme organik bir sağlık sorununa bağlı olmadan bireyin yaşadığı ruhsal sıkıntılar nedeniyle bedensel belirti olarak ortaya çıkabilir (69). Bireyler bedenselleştirmenin altında yatan nedeni genellikle fark edemezler. Bedensel belirtinin oluşma nedeni psikososyal stresler olabilir. Psikososyal strese karşı ruhsal bir tepki olarak bedensel bir tepki verdiğini birey reddedebilir (70).

Robinson ve Kirmayer bedensel belirtilerin 3 farklı yol ile atıf edildiğini söylemiştir. Birey yaşadığı belirtileri nedenini içinde bulunduğu çevrenin fiziksel şartlarına bağlayarak normalleştirebilir, psikolojik nedenlere yorabilir veya fizyolojik bir rahatsızlığın neden olduğunu düşünebilir (71).

Bedenselleşmenin nedenleri arasında çevresel ve benzeri birçok faktör bulunmaktadır. Çevresel faktörler arasında psikososyal stres, travma, aile ortamı, ihmal ve istismar durumları yer almaktadır.

Çocukluk döneminin yaşanılan bu olumsuz durumlar bireyin duygularını ifade etme yeteneklerinin gelişmesini engelleyebilir. Ve bireyde aleksitimik kişilik özelliklerinin oluşmasına neden olabilir (70, 72). Beden duygumunu fark etme, bedendeki belirtileri yorumlama, bireyin en temel düzeyde duygusal farkındalığa sahip olması anlamına gelir, fakat yine de bu bireyler daha karmaşık ve farklılaşmış duygusal deneyimleri fark edebilmek ve isimlendirebilmek için daha yüksek düzeyde bir duygusal farkındalığa gereksinim duyarlar (42).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma üniversite öğrencilerinin aleksitimi düzeylerinin, otomatik düşünce sıklığı ve belirti yorumlama düzeyleri ile ilişkisini değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Gülhane Tıp Fakültesi ve Gülhane Sağlık Meslek Yüksekokulunda yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi 135 son sınıf (dördüncü sınıf) öğrenciye; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi 128 son sınıf (altıncı sınıf) öğrenciye; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Meslek Yüksekokulu 478 son sınıf (ikinci sınıf) öğrenciye sahiptir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Gülhane Tıp Fakültesi ve Gülhane Sağlık Meslek Yüksekokulunda öğrenim gören öğrenciler oluşturmaktadır. Örneklem sayısını belirlemede “MedicRes e-Picos Power” uygulaması ile güç analizi yapılmıştır. Korelasyon katsayı $r = 0.30$ alınarak hesaplanan güç analizinde örneklem büyüklüğü her bir okul için minimum 85, toplamda 255 öğrenci olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın örneklemini 2018-2019 eğitim-öğretim yılı bahar döneminde öğrenim gören Hemşirelik Fakültesi dördüncü sınıf, Tıp Fakültesi altıncı sınıf ve Meslek Yüksekokulu ikinci sınıf öğrenciler oluşturmuştur. Literatür taraması ve uzman görüşleri doğrultusunda araştırmanın örneklemini bu okullarda öğrenim gören son sınıf öğrencilerin olmasına karar verilmiştir (8, 73-75). Her bir okuldan 100 öğrenci olmak üzere toplam 300 öğrenci ile araştırma tamamlanmıştır.

Dâhil Olma Kriterleri;

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Gülhane Sağlık Meslek Yüksekokulu bölümlerinden herhangi birinde öğrenim görmek,

- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak.

Dahil Olmama Kriterleri;

- Araştırmaya katılmada iletişim kurmayı engelleyecek düzeyde Türkçe dil becerisine sahip olmak.

3.4. Verilerin Toplanması

Dâhil olma kriterlerine uyan katılımcılara, araştırmanın amacı, kullanılacak ölçekler, hangi verilerin toplanacağı ve bu verilerin ne amaçla kullanılacağı hakkında bilgi verilmiştir. Katılımcılar araştırmaya gönüllü oldukları ve araştırmaya katılmayı kabul ettikleri takdirde araştırmaya alınmışlardır. Veriler her bir öğrenci ile 15 dakikalık yüz yüze görüşme sürecinde araştırmacı tarafından toplanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Veri Toplama Formu (Bkz EK 1)

Veri toplama formu araştırmacılar tarafından literatür taraması ve uzman görüşü sonucunda hazırlanmıştır. 17 sorudan oluşan bu form yaş, medeni durum, ebeveyn eğitim durumu, aile yapısı, kardeş sayısı ve benzeri sosyo-demografik verilere yönelik olup aynı zamanda psikiyatrik bir hastalığa sahip olma, herhangi bir kulübe üye olma ve benzeri soruları içermektedir. Aynı zamanda bu formda bireylerin duygularının farkında olma ve duygularını tanımlamak için uygun, doğru kelimeleri bulma konusunda kendilerini değerlendirmeleri için ek bir soru yer almaktadır. Bu sorunun değerlendirmesini birey 0'dan 10'a kadar

numaralandırılmış 10 cm'lik bir cetvel üzerinden yapmaktadır. Bireylerin bu cetvel üzerinde işaretlediği 0 puan bireylerin duygularının farkında olma ve duygularını tanımlamak için uygun, doğru kelimeleri bulma konusunda kendilerini yetersiz hissettikleri, 10 puan tam olarak yeterli hissettikleri anlamına gelmektedir. Bu verinin değerlendirilmesi toplam puanın ortalaması ile yapılmıştır.

3.5.2. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) (Bkz EK 2)

Toronto Aleksitimi Ölçeği bireylerin aleksitimi düzeylerini belirlemek amacıyla 1985 yılında Taylor ve arkadaşları tarafından 26 maddelik bir ölçme aracı olarak geliştirilmiştir (76). 1994 yılında Bagby ve arkadaşları tarafından faktör analizi çalışması sonucunda 20 madde olarak güncellenmiştir (77).

Bu ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması 2009 yılında, Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek "Duygularını Tanımada Güçlük, Duygularını İfade Etmede Güçlük, Dışa Dönük Düşünce" olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bu ölçek "Duyguları Tanımada Güçlük" alt boyutunda 7 madde (1, 3, 6, 7, 9, 13, 14), "Duyguları İfade Etmede Güçlük" alt boyutunda 5 madde (2, 4, 11, 12, 17) ve "Dışa Dönük Düşünme" alt boyutunda 8 madde (5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20)" olmak üzere toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışmasında Cronbach Alfa katsayısının 0.78 olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ise ölçek toplam Cronbach Alfa katsayısı 0,79 olduğu görülmüştür. "Hiç zaman"(1) ve "Her zaman"(5) arasında değişen beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçek toplam puan tüm ölçek maddelerin toplanması ile hesaplanmaktadır. Ölçeğin 4., 5., 10., 18. ve 19. maddeleri ters kodlanan maddelerdir ve hesaplanırken ters kodlanarak toplanması gerekmektedir (78). Ölçeğin psikometrik özelliklerinin değerlendirildiği bir sonraki çalışmada kesme noktası 59 olarak belirlenmiştir. Bireylerin aleksitimik olarak değerlendirilebilmesi için 59 ve üstü puan almaları gerekmektedir (79).

3.5.3. Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ) (Bkz EK 3)

Otomatik Düşünceler Ölçeği, bireylerin kendine yönelik olumsuz değerlendirmelerinin sıklığını belirlemek amacı ile Hollan ve Kendal tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir (80). Bu ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 1992 yılında Şahin ve Şahin tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada ölçek 30 madde ve beş alt boyutludur. Bu alt boyutlar; “Kişinin Kendine Yönelik Negatif Düşünceleri” (keşke daha iyi bir insan olsaydım) 2, 3, 7, 8, 17, 18, 21, 23, 24, 27 numaralı ölçek maddeleri ile ölçülür; “Şaşkınlık ve Kaçma Fantezileri” (bir türlü harekete geçemiyorum) 13, 14, 15, 19, 20, 22 numaralı ölçek maddeleri ile ölçülür; “Kişisel Uyumsuzluk ve Değişme İstekleri” (hayatım istediğim gibi gitmiyor) 9, 26, 29 numaralı ölçek maddeleri ile ölçülür; “Yalnızlık ve İzolasyon” (tüm dünya bana karşıymış gibi geliyor) 1, 4, 10, 28 ölçek maddeleri ile ölçülür ve “Ümitsizlik” (devam edebileceğimi sanmıyorum) 6, 11, 12, 25 ölçek maddeleri ile ölçülür. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısının 0.93 olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ise ölçek toplam katsayısı 0,95 olduğu görülmüştür. “Hiç” (1) ve "Her zaman" (5) arasında değişen seçeneklerden oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin otomatik olumsuz düşüncelerinin sıklıkla ortaya çıktığını göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 30, en yüksek puan 150'dir (81).

3.5.4. Belirti Yorumlama Ölçeği (BYÖ) (Bkz EK 4)

Belirti Yorumlama Ölçeği bireylerin bedensel belirtilerinin yorumlamasını değerlendirmek amacı ile Robbins ve Kirmayer tarafından 1991 yılında geliştirilmiştir (71). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 2004 yılında Duman ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Bu ölçek 13 maddelik “Bedensel Atıf”, “Ruhsal Atıf” ve “Normalleştirilen Atıf” olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Her bir ölçek için Cronbach Alfa katsayısı 0.85'in üzerinde bulunmuştur. Bu çalışma için Cronbach Alfa katsayısı 0,92 olduğu görülmüştür. "Hiç (1) ve "Pek Çok" (5) arasında değişen beşli likert tipi olan bu ölçeğin toplam puanı tüm maddelerin puanlarının toplanması ile hesaplanmaktadır. Ölçekten alınan puanlar bireylerin son üç ayda yaşadıkları belirtileri hangi şekilde (bedensel atıf, ruhsal atıf ve normalleştirilen atıf)

tanımladığını belirlemeyi sağlar. Bedensel atıfta bulunan bireyler yaşadıkları belirtileri fiziksel bir hastalık veya rahatsızlık nedeniyle olduğu atfeder. Ruhsal atıfta ruhsal nedenlerden (örneğin yaşanan duygulardan) kaynaklandığı düşünür. Normalleştiren atıfta çevresel uyaranların neden olduğunu atfetmektedir (82).

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, gönüllü katılımı sağlayan, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Gülhane Tıp Fakültesi ve Gülhane Sağlık Meslek Yüksekokulu'nda eğitim-öğretim gören son sınıf öğrenciler ile sınırlıdır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma, kategorik veriler sayı ve yüzde şeklinde ifade edilmiştir. Sürekli değişkenlerin gruplar arası analizinde Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi ile normallik analizleri yapılmıştır. Normal dağılıma uyan verilerin üç grup arasında karşılaştırmaları için Tek Yönlü Varyans Analizi (One-way ANOVA Testi) kullanılmıştır. Bu karşılaştırmalarda ileri testler (post-hoc) Bonferroni testi ile yapılmıştır. Ölçekler arası doğrusal ilişki Pearson Korelasyon Testi kullanılarak yapılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare Testi kullanılmıştır. Analizler IBM SPSS (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı) versiyon 24.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) ile yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak ele alınmıştır.

3.8. Araştırma İzni

3.8.1. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmayı yapmak için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'ndan; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Ardından Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 46718926 sayılı ve 26.02.2019 tarihli toplantıda 19\45 kayıt numaralı araştırma için gerekli yazılı izin ve onayı alınmıştır (Bkz. EK5)

4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde 300 öğrenciden elde edilen verilere ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve verilere uygulanan analiz yöntemleri sonucu elde edilen bulgular yer almaktadır.

4.1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Analizlerde cinsiyet, medeni durumu, yaşadığı yer, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, ebeveyn ilişki durumu, aile yapısı, kardeş sayısı, kulüp üyeliği, kronik hastalık varlığı, psikiyatrik hastalık varlığı, sosyal aktivite yapma durumu ve eğitim aldıkları okul değişkenleri kullanılmıştır.

Öğrencilerin yaş ortalaması $22,38 \pm 1,84$ yıldır ve okullara göre dağılımı hemşirelik fakültesi için $22,07 \pm 0,25$, tıp fakültesi için $24,24 \pm 0,57$, sağlık meslek yüksekokulu için $20,83 \pm 1,97$ ($p < 0.001$) şeklindedir. Öğrencilerin %62,7'si (n:188) kadın, %37,3'ü (n:112) erkektir. Öğrencilerin %96,7'si (n:290) bekârdır ve %36,7'si (n:110) ev arkadaşı ile yaşamaktadır. %92,7'sinin (n:278) ebeveynleri evli ve birlikte yaşarken, %85,3'ü (n:256) çekirdek aileye sahiptir ve %38,0'inin (n:256) bir kardeşi vardır (Tablo 4.1.1.).

Tablo 4.1.1. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

		Hemşirelik Fakültesi		Tıp Fakültesi		SMYO	Toplam		<i>p</i>	
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	91	91,0	15	15,0	82	82,0	188	62,7	<0.001*
	Erkek	9	9,0	85	85,0	18	18,0	112	37,3	
Medeni Durum	Evli	1	1,0	4	4,0	5	5,0	10	3,3	0.261*
	Bekar	99	99,0	96	96,0	5	95,0	290	96,7	
Yaşadığı Yer	Yalnız	1	1,0	3	3,0	2	2,0	6	2,0	<0.001*
	Akraba	1	1,0	1	1,0	4	4,0	6	2,0	
	Yurt	26	26,0	11	11,0	54	54,0	91	30,3	
	Ev Arkadaşı	41	41,0	65	65,0	4	4,0	110	36,7	
	Aile	31	31,0	20	20,0	35	35,0	86	28,7	
	Diğer	0	0,0	0	0,0	1	1,0	1	0,3	
Anne Eğitim Durumu	Okur yazar değil	3	3,0	4	4,0	11	11,0	15	5,0	0.001*
	Okur yazar	37	37,0	3	3,0	2	2,0	8	2,7	
	İlkokul	17	17,0	50	50,0	34	34,0	121	40,3	
	Ortaokul	33	33,0	11	11,0	26	26,0	54	18,0	
	Lise	10	10,0	18	18,0	19	19,0	70	23,3	
	Üniversite ve üstü	3	3,0	14	14,0	8	8,0	32	10,7	
Baba Eğitim Durumu	Okur yazar değil	0	0,0	0	0,0	2	2,0	2	0,7	0.013*
	Okur yazar	1	1,0	1	1,0	0	0,0	2	0,7	
	İlkokul	24	24,0	27	27,0	30	30,0	81	27,0	
	Ortaokul	13	13,0	18	18,0	30	30,0	61	20,3	
	Lise	33	33,0	22	22,0	21	21,0	76	25,3	
	Üniversite ve üstü	29	29,0	32	32,0	16	16,0	77	25,7	
TOPLAM		100	100,0	100	100,0	100	100,0	300	100,0	
* Ki-kare Testi										

Tablo 4.1.1. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (Devam)

		Hemşirelik Fakültesi		Tıp Fakültesi		SMYO		Toplam		<i>p</i>
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Ebeveyn İlişki Durumu	Anne vefat	0	0,0	1	1,0	1	1,0	2	0,7	0.054*
	Baba vefat	2	2,0	2	2,0	1	1,0	5	1,7	
	Boşanmış	1	1,0	1	1,0	9	9,0	11	3,7	
	Evli, birlikte yaşıyor	95	95,0	94	94,0	89	89,0	278	92,7	
	Evli, ayrı yaşıyor	2	2,0	2	2,0	0	0,0	4	1,3	
Aile Yapısı	Çekirdek aile	90	90,0	79	79,0	87	87,0	256	85,3	0.110*
	Geniş aile	10	10,0	21	21,0	13	13,0	44	14,6	
Kardeş Sayısı	Yok	4	4,0	2	2,0	3	3,0	9	3,0	0.012*
	Bir kardeş	51	51,0	37	37,0	26	26,0	114	38,0	
	İki kardeş	33	33,0	34	34,0	34	34,0	101	33,7	
	Üç ve üzeri	12	12,0	27	27,0	37	37,0	76	25,3	
Kulüp Üyeliği	Yok	80	80,0	88	88,0	71	71,0	239	79,7	0.002*
	Var	20	20,0	12	12,0	29	29,0	61	20,3	
Kronik Hastalık Varlığı	Yok	93	93,0	87	87,0	87	87,0	267	89,0	0.294*
	Var	7	7,0	13	13,0	13	13,0	33	11,0	
Psikiyatrik Hastalık Varlığı	Yok	99	93,0	97	97,0	93	93,0	289	96,3	0.071*
	Var	1	7,0	3	3,0	7	7,0	11	3,7	
Sosyal Aktivite Yapma Durumu	Yetersiz	11	11,0	14	14,0	24	24,0	49	16,3	0.036*
	Kısmen	63	63,0	67	67,0	49	49,0	179	59,7	
	Yeterli	26	26,0	19	19,0	27	27,0	72	24,0	
TOPLAM		100	100,0	100	100,0	100	100,0	300	100,0	
* Ki-kare Testi										

4.2. Aleksitimi Düzeylerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde öğrencilerin aleksitimi öz değerlendirme düzeyi ortalamalarının eğitim aldıkları okul değişkenine göre karşılaştırılması, öğrencilerin Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt ölçek boyutları puan ortalamaları ve öğrencilerin eğitim aldıkları okul değişkenine göre Toronto Aleksitimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması yer almaktadır.

Öğrencilerin toplam “duyguların farkında olma ve duyguları tanımlama için uygun kelimeleri bulma” (aleksitimi öz değerlendirme) düzeyi ortalaması $7,02 \pm 1,83$ olarak bulunmuştur. Okullara göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde aleksitimi öz değerlendirme düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.2.1.)

Tablo 4.2.1. Öğrencilerin Aleksitimi Öz Değerlendirme Düzeyi Ortalamalarının Eğitim Aldıkları Okul ve Toronto Aleksitimi Ölçeği Topla Puan Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması

Aleksitimi Öz Değerlendirme Düzeyi (Ort±Ss)	Hemşirelik Fakültesi (n=100)	Tıp Fakültesi (n=100)	SAMYO (n=100)	Toplam (n=300)	p
TAÖ <59	6,85±1,46**	7,45±1,66	7,51±1,89**	7,27±1,69	0,018*
TAÖ 59 ve üzeri	5,75±2,05	5,57±1,98	4,94±1,58	5,32±1,81	0,465*
Toplam	6,72±1,57	7,32±1,74	7,03±2,08	7,02±1,82	0.356*

* Tek Yönlü Varyans Analizi (One way ANOVA)
** Post-hoc Bonferroni testi ($p=0,037$)

Öğrencilerin Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Alt Ölçek Boyutları Puan Ortalamaları Tablo 4.2.2.’de gösterilmiştir. Öğrencilerin toplam aleksitimi düzeyi ortalaması $46,85 \pm 9,42$ ’dir. Okullara göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde; sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerinin aleksitimi düzeyi ortalamaları ($49,42 \pm 9,25$) hemşirelik fakültesi ve tıp fakültesi öğrencilerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur ($p < 0,05$). Aleksitimi alt boyut incelemesinde; duyguları tanımda güçlük alt boyutu ortalamalarının sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerinde hemşirelik fakültesi ve tıp fakültesi öğrencilerine göre istatistiksel

olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanırken, duyguları ifade etmede güçlük ve dışsal odaklı düşünce alt boyutlarında okullar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4.2.2.).

Tablo 4.2.2. Öğrencilerin Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Alt Ölçek Boyutları Puan Ortalamaları

	Hemşirelik Fakültesi (n=100)	Tıp Fakültesi (n=100)	SMYO (n=100)	Toplam (n=300)	p
Aleksitimi Düzeyi (Ort±Ss)	46,09±9,45	45,04±9,10	49,42±9,25	46,85±9,42	0.003*
Duyguları Tanımada Güçlük Alt Boyutu (Ort±Ss)	14,22±4,73	12,69±4,36	16,32±5,12	14,41±4,96	<0.001*
Duyguları İfade Etmede Güçlük Alt Boyutu (Ort±Ss)	12,14±2,84	11,79±3,40	12,58±3,58	12,17±3,29	0.238*
Dışa Dönük Düşünce Alt Boyutu (Ort±Ss)	19,73±3,65	20,56±3,89	20,52±4,16	20,27±3,91	0.240*
* Tek Yönlü Varyans Analizi (One way ANOVA, Bonferroni düzeltmeli)					

Toronto Aleksitimi Ölçeği puanlarının eğitim aldıkları okul değişkenine göre hangi alt gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (One way ANOVA) sonrası post-hoc p değerleri sonuçları dikkate alındığında farkın sağlık meslek yüksekokulunun Toronto Aleksitimi Ölçeği Puanının yüksekliğinden kaynaklandığı saptanmıştır. Tıp fakültesi ve hemşirelik fakültesi arasında fark anlamlı değildir (Tablo 4.2.3).

Tablo 4.2.3. Toronto Aleksitimi Ölçeği Puanlarının Eğitim Aldıkları Okul Değişkenine Göre Hangi Alt Gruplar Arasında Farklılaştığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (One way ANOVA) Sonrası Post-Hoc P Değerleri Sonuçları

Bağımlı Değişken	(I) Eğitim Aldıkları Okul	(J) Eğitim Aldıkları Okul	Ortalama Farkı (I-J)	Standart Hata	Sig.	95% Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
TAÖ Toplam	Hemşirelik Fakültesi	Tıp Fakültesi	1,05000	1,31119	1,000	-2,1068	4,2068
		SMYO	-3,33000*	1,31119	,035	-6,4868	-,1732
	Tıp Fakültesi	Hemşirelik Fakültesi	-1,05000	1,31119	1,000	-4,2068	2,1068
		SMYO	-4,38000*	1,31119	,003	-7,5368	-1,2232
	SAMYO	Hemşirelik Fakültesi	3,33000*	1,31119	,035	,1732	6,4868
		Tıp Fakültesi	4,38000*	1,31119	,003	1,2232	7,5368
TAÖ Duyguları Tanımada Güçlük Alt Boyutu	Hemşirelik Fakültesi	Tıp Fakültesi	1,53000	,67171	,070	-,0872	3,1472
		SMYO	-2,10000*	,67171	,006	-3,7172	-,4828
	Tıp Fakültesi	Hemşirelik Fakültesi	-1,53000	,67171	,070	-3,1472	,0872
		SMYO	-3,63000*	,67171	,000	-5,2472	-2,0128
	SAMYO	Hemşirelik Fakültesi	2,10000*	,67171	,006	,4828	3,7172
		Tıp Fakültesi	3,63000*	,67171	,000	2,0128	5,2472
TAÖ Duyguları İfade Etmeye Güçlük Alt Boyutu	Hemşirelik Fakültesi	Tıp Fakültesi	,35000	,46587	1,000	-,7716	1,4716
		SMYO	-,44000	,46587	1,000	-1,5616	,6816
	Tıp Fakültesi	Hemşirelik Fakültesi	-,35000	,46587	1,000	-1,4716	,7716
		SMYO	-,79000	,46587	,273	-1,9116	,3316
	SAMYO	Hemşirelik Fakültesi	,44000	,46587	1,000	-,6816	1,5616
		Tıp Fakültesi	,79000	,46587	,273	-,3316	1,9116
TAÖ Dışa Dönük Düşünce Alt Boyutu	Hemşirelik Fakültesi	Tıp Fakültesi	-,83000	,55300	,403	-2,1614	,5014
		SMYO	-,79000	,55300	,463	-2,1214	,5414
	Tıp Fakültesi	Hemşirelik Fakültesi	,83000	,55300	,403	-,5014	2,1614
		SMYO	,04000	,55300	1,000	-1,2914	1,3714
	SAMYO	Hemşirelik Fakültesi	,79000	,55300	,463	-,5414	2,1214
		Tıp Fakültesi	-,04000	,55300	1,000	-1,3714	1,2914

*. Ortalama fark 0,05 düzeyinde anlamlı.

Öğrencilerin Eğitim Aldıkları Okul Değişkenine Göre Toronto Aleksitimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Tablo 4.2.4’de gösterilmiştir. Sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerinin %19,0’u 59 ve üzeri Aleksitimi düzeyine

sahipken, hemşirelik fakültesi öğrencilerinde bu oran %12,0 ve tıp fakültesi öğrencilerinde ise %7,0'dır ($p<0.05$) (Tablo 4.2.4.)

Tablo 4.2.4. Öğrencilerin Eğitim Aldıkları Okul Değişkenine Göre Toronto Aleksitimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

			Hemşirelik Fakültesi (n=100)	Tıp Fakültesi (n=100)	SMYO (n=100)	Toplam (n=300)	<i>p</i>	
TAÖ	<59	n	88	93	81	262	0.037*	
		Satır yüzdesi	%33,6	%35,5	%30,9	%100,0		
		Sütun yüzdesi	%88,0	%93,0	%81,0	%87,3		
	59 ve üzeri	n	12	7	19	38		
		Satır yüzdesi	%31,6	%18,4	%50,0	%100,0		
		Sütun yüzdesi	%12,0	%7,0	%19,0	%12,7		
	Toplam	n	100	100	100	300		
		Satır yüzdesi	%33,3	33,3%	%33,3	%100,0		
		Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	%100,0		
* Ki-kare Testi								

4.3. Otomatik Düşünceler Ölçeğine İlişkin Bulgular

Bu bölümde öğrencilerin Otomatik Düşünceler Ölçeği ve alt ölçek boyutları puan ortalamalarının ve öğrencilerin eğitim aldıkları okul değişkenine göre karşılaştırılması yer almaktadır.

Öğrencilerin toplam otomatik düşünceler ölçeği ortalaması $56,00\pm 20,56$ 'dır. Okullara göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde; sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerinin otomatik düşünceler ölçeği ortalamaları ($61,40\pm 21,34$), hemşirelik fakültesi ve tıp fakültesi öğrencilerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur ($p<0.05$). Otomatik düşünceler ölçeği alt boyut

incelemedesinde; bütün alt boyutlarda ortalamaların sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerinde hemşirelik fakültesi ve tıp fakültesi öğrencilerine göre yüksek olduğu, bu yüksekliklerin kendine yönelik negatif düşünceler alt boyutu hariç diğer alt boyutlar için istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.3.1.)

Tablo 4.3.1. Öğrencilerin Eğitim Aldıkları Okul Değişkenine Göre Otomatik Düşünceler Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Hem. Fak. (n=100)	Tıp Fak. (n=100)	SMYO (n=100)	Toplam (n=300)	p
Otomatik Düşünceler Ölçeği Puanları (Ort±Ss)	53,21±20,89	53,41±18,46	61,40±21,34	56,00±20,56	0.005*
Kendine Yönelik Negatif Düşünceler (Ort±Ss)	15,44±7,17	15,96±6,03	16,98±6,50	16,12±6,59	0.244*
Şaşkınlık/Kaçma Fantezileri (Ort±Ss)	11,67±4,74	11,42±4,37	13,29±5,79	12,12±5,06	0.017*
Kişisel Uyumsuzluk ve Değişim İstekleri (Ort±Ss)	6,69±2,69	6,85±2,54	8,18±3,10	7,24±2,86	<0.001*
Yalnızlık/İzolasyon (Ort±Ss)	7,83±3,19	7,24±2,81	9,26±3,39	8,11±3,24	<0.001*
Ümitsizlik (Ort±Ss)	6,27±2,94	6,37±2,73	7,65±3,60	6,76±3,17	0.003*
* Tek Yönlü Varyans Analizi (One way ANOVA, Bonferroni düzeltmeli)					

4.4. Belirti Yorumlama Ölçeğine İlişkin Bulgular

Bu bölümde öğrencilerin Belirti Yorumlama Ölçeği puanı ve alt ölçek boyutları puan ortalamalarının ve öğrencilerin eğitim aldıkları okul değişkenine göre karşılaştırılması yer almaktadır.

Öğrencilerin geneli için normalleştiren atıf ortalaması $41,43 \pm 10,39$ iken, ruhsal atıf ortalaması $33,49 \pm 11,46$; bedensel atıf ortalaması $30,23 \pm 8,69$ ve BYÖ-belirti sayısı ortalaması $6,56 \pm 3,45$ olarak saptanmıştır. Normalleştiren atıf ve bedensel atıf ortalamaları sağlık meslek yüksekokulu, hemşirelik fakültesi ve tıp fakültesi öğrencileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar ortaya koymazken ($p > 0.05$), Ruhsal atıf ve BYÖ-belirti sayısı ortalamalarının tıp fakültesi öğrencilerinde sağlık meslek yüksekokulu ve hemşirelik fakültesi öğrencilerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu ($p < 0.001$); sağlık meslek yüksekokulu ve hemşirelik fakültesi öğrencileri arasında ise anlamlı bir fark yaratmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.4.1.).

Tablo 4.4.1. Öğrencilerin Eğitim Aldıkları Okul Değişkenine Göre Belirti Yorumlama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Hem .Fak. (n=100)	Tıp Fak. (n=100)	SMYO (n=100)	Toplam (n=300)	p
Normalleştiren Atıf (Ort±Ss)	42,20±10,40	42,49±10,58	39,61±10,04	41,43±10,39	0.097*
Ruhsal Atıf (Ort±Ss)	34,83±12,26	29,38±9,37*	36,25±11,48	33,49±11,46	<0.001*
Bedensel Atıf (Ort±Ss)	30,03±8,42	30,06±8,89	30,61±8,73	30,23±8,69	0.869*
Belirti Yorumlama Ölçeği-Belirti Sayısı (Ort±Ss)	6,63±3,29	5,30±3,35*	7,75±3,28	6,56±3,45	<0.001*
* Tek Yönlü Varyans Analizi (One way ANOVA, Bonferroni düzeltmeli)					

4.5. Aleksitimi, Otomatik Düşünce Sıklığı ile Belirti Yorumlama

Düzeyleyleri Arasındaki Korelasyon Analizi

Bu bölümde öğrencilerin aleksitimi düzeyleri, otomatik düşünceler sıklığı ile belirti yorumlama düzeyleri arasındaki korelasyon analiz sonuçları yer almaktadır.

Aleksitimi, otomatik düşünce sıklığı ile belirti yorumlama düzeyleri arasındaki korelasyon analizine ilişkin sonuçlar Tablo 4.5.'de gösterilmiştir. Aleksitimi düzeyi ve otomatik düşünce sıklığı düzeyleri arasında pozitif yönde, iyi derecede (kuvvetli) ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0.654$, $p<0.001$) (Tablo 4.5) (Grafik 4.4). Aleksitimi düzeyi ve normalleştirilen atıf arasında pozitif yönde, düşük veya çok önemsiz derecede ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0,060$, $p=0,297$) (Tablo 4.5).

Aleksitimi Düzeyi ve ruhsal atıf arasında pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0,426$, $p<0.001$) (Tablo 4.5) (Grafik 4.5). Aleksitimi ve bedensel atıf arasında pozitif yönde, düşük veya çok önemsiz derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0,284$, $p<0.001$) (Tablo 4.5). Aleksitimi ve BYÖ-Belirti Sayısı arasında pozitif yönde, düşük veya çok önemsiz derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0,261$, $p<0.001$) (Tablo 4.5).

Otomatik düşünce sıklığı düzeyleri ve ruhsal atıf arasında pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0,490$, $p<0.001$) (Tablo 4.5) (Grafik 4.6). Otomatik düşünce sıklığı düzeyleri ve bedensel atıf arasında pozitif yönde, düşük-orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0,314$, $p<0.001$) (Tablo 4.5). Otomatik düşünce sıklığı düzeyleri ve BYÖ-Belirti Sayısı arasında pozitif yönde, düşük veya çok önemsiz derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0,294$, $p<0.001$) (Tablo 4.5).

Normalleştirilen atıf ve ruhsal atıf arasında pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0,506$, $p<0.001$) (Tablo 4.5) (Grafik 4.7).

Normalleştirilen atıf ve bedensel Atıf arasında pozitif yönde, iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0,600$, $p<0.001$) (Tablo 4.5) (Grafik 4.8).

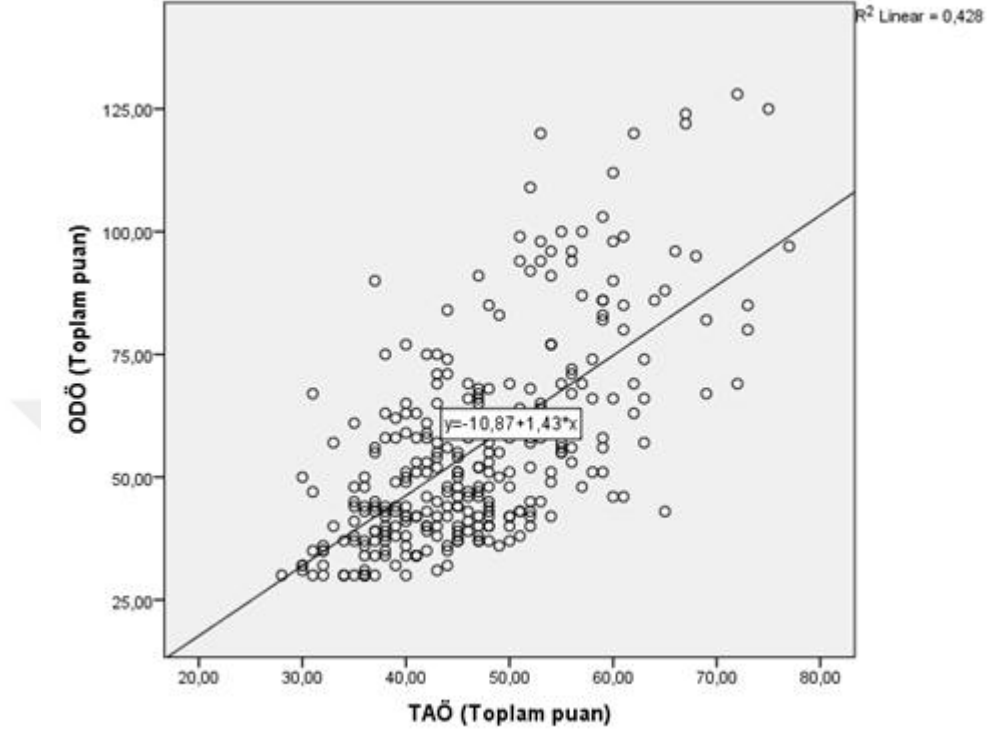
Ruhsal atıf ve bedensel atıf arasında pozitif yönde, iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0,600$, $p<0.001$) (Tablo 4.5) (Grafik 4.9). Ruhsal Atıf ve BYÖ-Belirti Sayısı arasında pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0,434$, $p<0.001$) (Tablo 4.5).



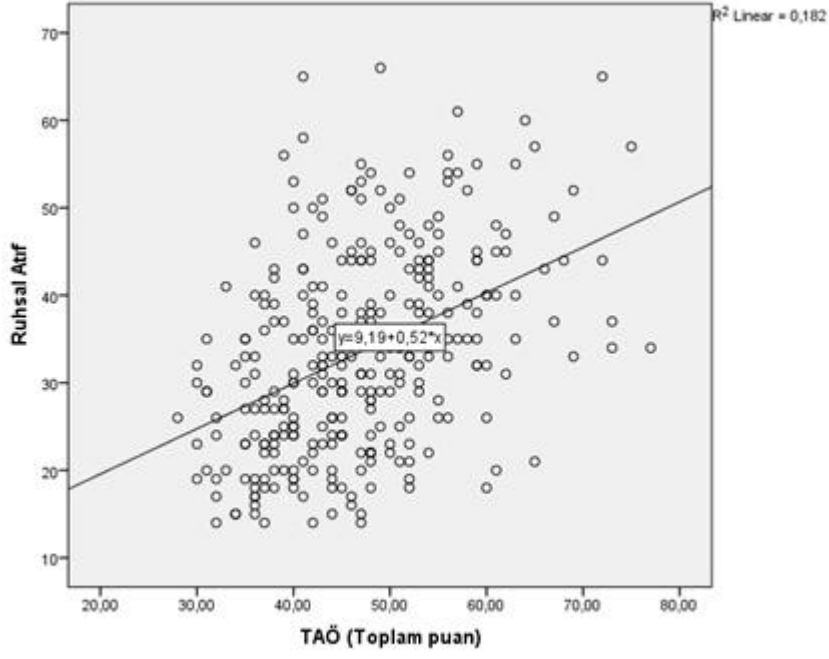
Tablo 4.5. Aleksitimi, Otomatik Düşünce Sıklığı ile Belirti Yorumlama Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Analizi

Korelasyonlar							
		TAÖ	ODÖ	Normalleştiren Atf	Ruhsal Atf	Bedensel Atf	BYÖ-Belirti Sayısı
TAÖ	r						
	p						
	N						
ODÖ	r	0,654**					
	p	0,000					
	N	300					
Normalleştiren Atf	r	0,060	0,157**				
	p	0,297	0,006				
	N	300	300				
Ruhsal Atf	r	0,426**	0,490**	0,506**			
	p	0,000	0,000	0,000			
	N	300	300	300			
Bedensel Atf	r	0,284**	0,314**	0,600**	0,600**		
	p	0,000	0,000	0,000	0,000		
	N	300	300	300	300		
BYÖ-Belirti Sayısı	r	0,261**	0,294**	0,215**	0,434**	0,239**	
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
	N	300	300	300	300	300	
** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).							

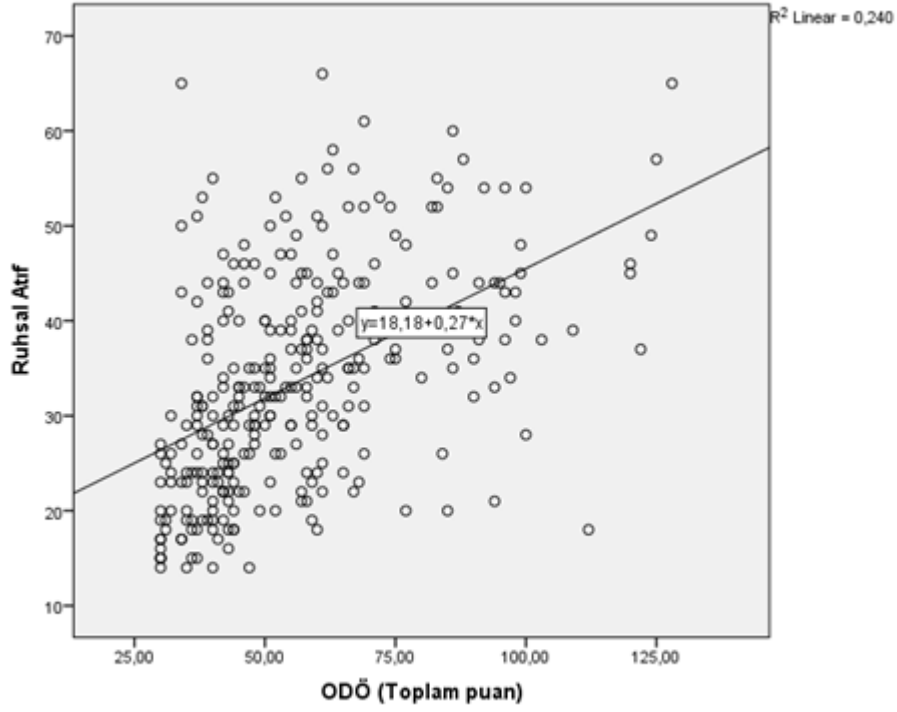
Grafik 4.4. Aleksitimi Düzeyi ve Otomatik Düşünce Sıklığı Arasındaki Doğrusal İlişkinin Grafikselleştirilmesi



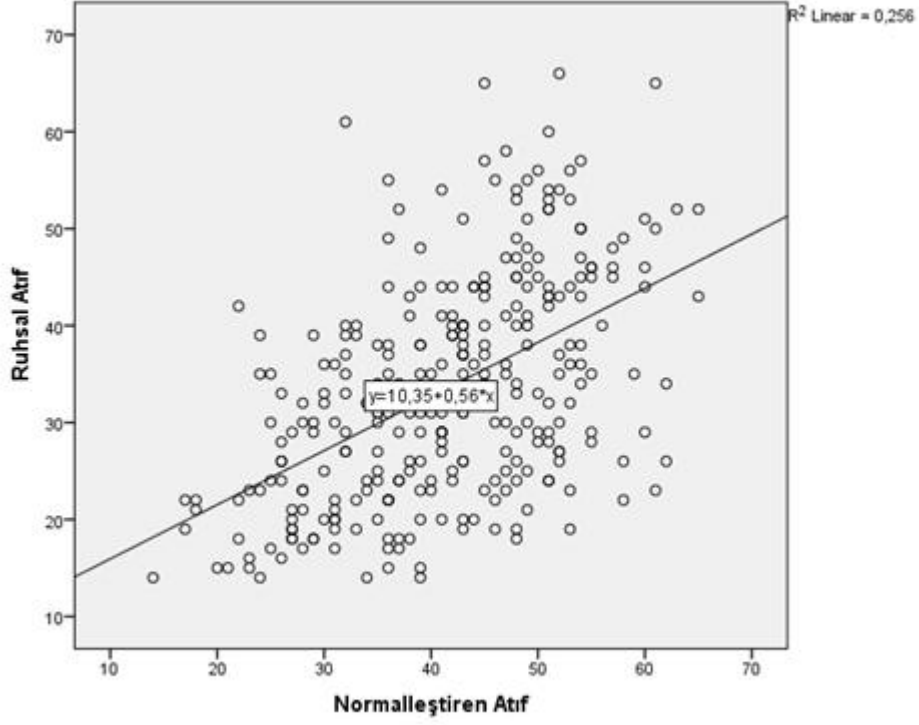
Grafik 4.5. Aleksitimi Düzeyi ve Ruhsal Atf arasındaki doğrusal ilişkinin grafiksel gösterimi



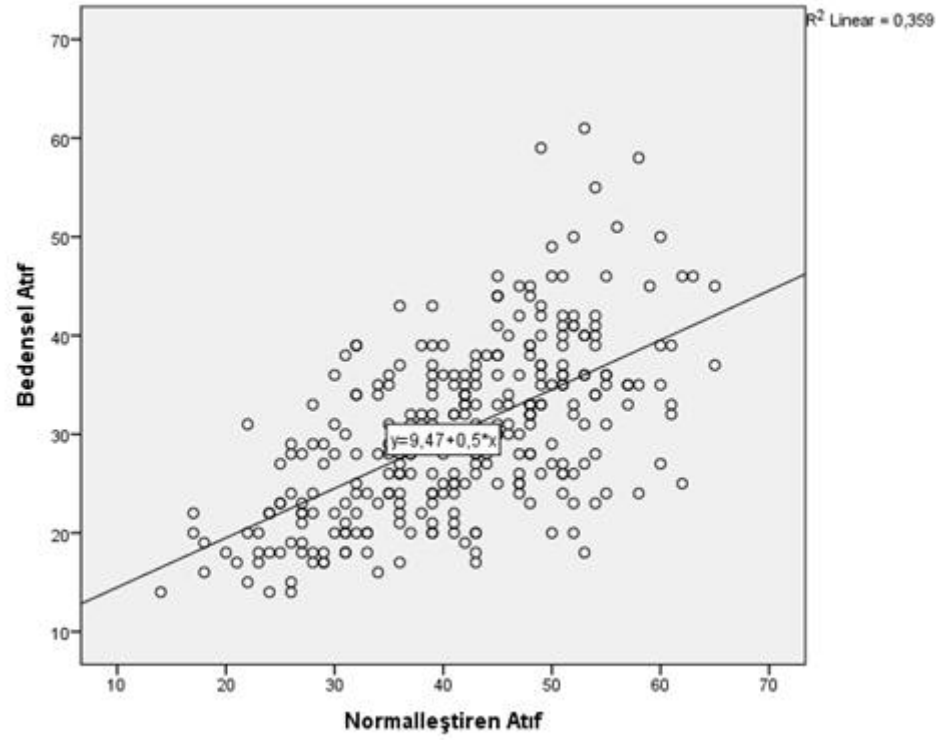
Grafik 4.6. Otomatik düşünce Sıklığı ve Ruhsal Atıf arasındaki doğrusal ilişkinin grafiksel gösterimi



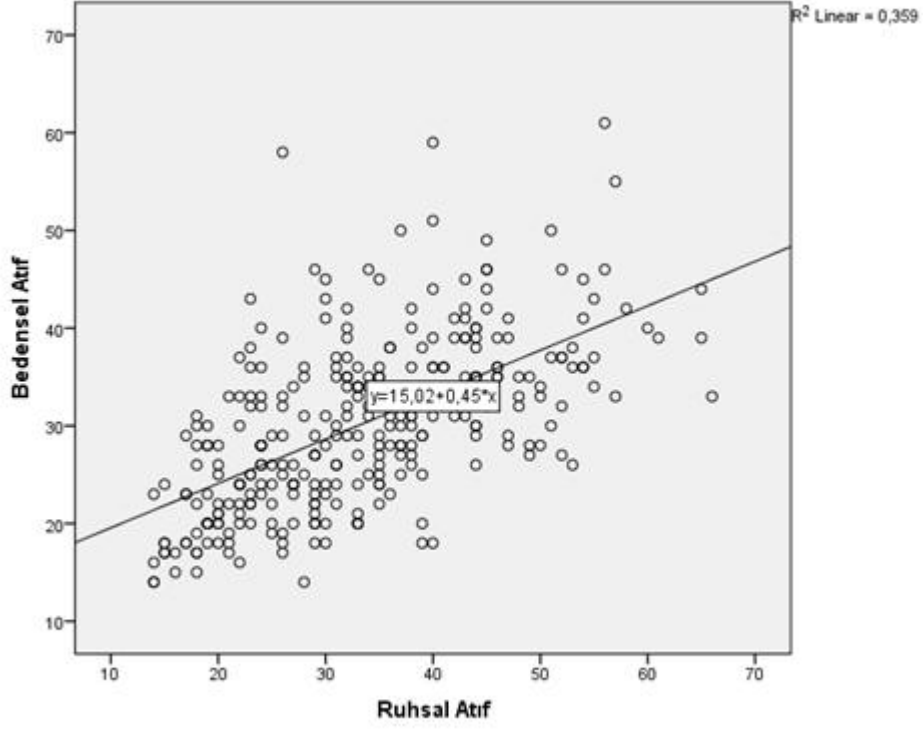
Grafik 4.7. Normalleşen Atıf ve Ruhsal Atıf arasındaki doğrusal ilişkinin grafiksel gösterimi



Grafik 4.8. Normalleşen Atıf ve Bedensel Atıf arasındaki doğrusal ilişkinin grafiksel gösterimi



Grafik 4.9. Ruhsal Atıf ve Bedensel Atıf arasındaki doğrusal ilişkinin grafiksel gösterimi



5. TARTIŞMA

Araştırma üniversite öğrencilerinin aleksitimi düzeylerinin, otomatik düşünce sıklığı ve belirti yorumlama düzeyleri ile ilişkisini değerlendirmek amacı ile toplam 300 öğrenci ile yapılmıştır. Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulguların tartışmaları aşağıdaki başlıklar altında sunulmuştur.

5.1. Aleksitimi Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. Otomatik Düşünceler Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3. Belirti Yorumlama Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.4. Aleksitimi, Otomatik Düşünce Sıklığı Düzeyleri ile Belirti Yorumlama Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

5.1. Aleksitimi Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada sosyo-demografik özelliklerin toplandığı veri formunda ayrıca öğrencilerin duygularının farkında olma ve duygularını tanımlamak için uygun, doğru kelimeleri bulma (Aleksitimi öz değerlendirme skalası) konusunda kendilerini değerlendirmeleri için ek bir soruya yer verilmiş ve bu sorunun değerlendirmesinin 0'dan (duygularını tanımada ve tanımlamada kendilerini yetersiz hissetme) 10'a (duygularını tanımada ve tanımlamada kendilerini yeterli hissetme) kadar numaralandırılmış 10 cm'lik bir cetvel üzerinden yapılması istenmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre öğrencilerin Aleksitimi Öz Değerlendirme düzeyi ortalaması $7,02 \pm 1,83$ olarak bulunmuştur. Aleksitimi düzeyi yüksek olan öğrencilerin Aleksitimi Öz Değerlendirme puan ortalamaları $5,32 \pm 1,81$ olarak bulunmuştur. Bu veri göstermektedir ki aleksitimi düzeyi yüksek olan bireylerin duygularının farkına varmada ve tanımlamak için uygun doğru kelimeleri bulabilmede diğer öğrencilere göre zorluk yaşadıklarının farkındadırlar. Diğer öğrencilerin Aleksitimi Öz Değerlendirme puan ortalamaları ise $7,27 \pm 1,69$ olarak bulunmuştur. Bu veriye dayanarak aleksitimi düzeyi düşük olan öğrenciler, duygularının farkına varabildiklerini ve tanımlamak için uygun doğru kelimeleri bulabildiklerini düşünmektedirler. Bununla beraber araştırmamızın Toronto Aleksitimi ölçeği ile elde

edilen sonuçlarına göre öğrencilerin toplam aleksitimi düzeyi ortalaması $46,85 \pm 9,42$ 'dir. Okullara göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde; sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerinin aleksitimi düzeyi ortalamaları ($49,42 \pm 9,25$) hemşirelik fakültesi ve tıp fakültesi öğrencilerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olarak bulundu ($p < 0.05$). Aleksitimi alt boyut incelemesinde; duyguları tanımada güçlük alt boyutu ortalamalarının sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerinde hemşirelik fakültesi ve tıp fakültesi öğrencilerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Bu veriler aleksitimik bireylerin duygularını tanımada güçlük çekiyor olmalarına rağmen duygularının farkında olduklarını ve tanımlamak için doğru kelimeleri bulduklarını düşündüklerini göstermektedir. Aleksitimiyi inceleyen çalışmalarda genellikle benzer ölçekler kullanılmaktadır. Bununla beraber aleksitimi yapısının en temel sorun her zaman ölçümü olmuştur (83,84). Aleksitimin bilişsel boyutunu değerlendiren ve bizim de araştırmamızda kullandığımız Toronto Aleksitimi Ölçeğinin yanı sıra, aleksitimi ölçümünde bilişsel olduğu kadar affektif komponentin de önemli olduğunu vurgulayan ve bu minvalde ölçek geliştirildiğini gösteren araştırmalar da mevcuttur (85,86.) Fakat en önemli sorun aleksitimin değerlendirilmesinde kendini değerlendirme araçlarının geçerliliği hakkında duyulan şüphe dir zira ölçüm araçlarının ölçmeyi hedeflediği durum bireyin duygusal düzeyini doğru şekilde tanımlamasına ilişkin yaşadığı güçlüğü değerlendirme yeteneğini gerektirmektedir ve yüksek düzeyde aleksitimik bireylerin bu defisitleri hakkında geçerli bir değerlendirme yapması oldukça güçtür (83). Rosenberg ve ark. yapmış oldukları çalışmalarında aleksitimi ve mükemmeliyetçilik arasında olabileceğini, mükemmeliyetçilik nedeniyle olumsuz bilişsel önyargıya bağlı olarak kendini değerlendirmenin güçleştiğini bildirmektedirler. Yani, kişisel standartları yüksek olan insanların, duygularını tanımlamadaki yeteneklerinin bozulmuş olabileceğini, algılanan yetersizlikleri nedeniyle, öz bildirim anketlerinin eksiklik yönelimli maddelerine daha sık katılabilirler göstermektedirler (83). Yağcı (2019) tarafından yürütülen bir araştırmanın sonuçlarına göre ise bireylerin yedi farklı duygu ifadesini tanımlamalarını değerlendiren Ekman Yüz İfadeleri Testi ile yapılan bir değerlendirmede bireylerin tamamı mutlu yüz ifadesini doğru tanımlamış; bunla beraber yalnızca %10'u üzgün yüz ifadesini, %60'ı kızgın yüz ifadesini, %72,5'i

şaşırması yüz ifadesini, %35'i iğrenmiş yüz ifadesini, %70 nötral yüz ifadesini doğru tanımlayabilmiştir. Literatürdeki sonuçlar bizim araştırmamızda elde ettiğimiz bulguları doğrular niteliktedir (87).

Araştırmamızdan elde edilen bu sonuçlara göre ise aleksitimi düzeyleri karşılaştırılan üç okul arasında aleksitimi düzeyi en düşük olan bölüm tıp fakültesi olmuştur. 2010 yılında yapılan farklı bölümlerden öğrencilerin yer aldığı bir araştırmanın sonuçlarına göre tıp öğrencilerinin aleksitimi düzeyleri diğer bölümlere göre düşük çıkmıştır. Bu durumun sebebi öğrencilere verilen eğitime, bir duruma karşı bir duygunun oluşmasının hem istenen hem de istenmeyen bir sonuç olduğu düşüncesinin yansıtılması olduğu öne sürülmüştür. Bu etki sonucunda öğrencilerin hastalara karşı yaklaşımı daha objektif olabilmektedir (88).

5.2. Otomatik Düşünceler Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Okullara göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde; sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerinin otomatik düşünceler ölçeği ortalamaları ($61,40 \pm 21,34$) hemşirelik fakültesi ve tıp fakültesi öğrencilerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur ($p < 0.05$). Bütün alt boyutlarda ortalamaların sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerinde hemşirelik fakültesi ve tıp fakültesi öğrencilerine göre yüksek olduğu, bu yüksekliklerin kendine yönelik negatif düşünceler alt boyutu hariç diğer alt boyutlar için istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu bulguların sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerinin iki yıllık programın son sınıfında bulunmalarından ve mezuniyet sonrası iş bulma konusunda diğer iki okulun öğrencilerine göre daha dezavantajlı hissetmelerinden ve kaygı duymalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca mesleğin yüksek düzeyde sorumluluk gerektirmesi ve sınırlı yetkiye sahip olmaları meslekle ilgili stres kaynaklarını akla getirmektedir. Bu öğrencilerin mezuniyet sonrası stresli ortamlarda çalıştıkları ve hem mesleğe hem kendilerine yönelik olumsuz duygular besledikleri düşünülmektedir. Oluşan olumsuz duygu durum ve stres düzeyi ise olumsuz otomatik düşünce düzeyinin yüksek olmasını açıklamaktadır. Bireylerin kaygı yaşamaları ve ile negatif otomatik düşüncelerin ilişkili olduğuna yönelik hipotezleri doğrulayan literatürde çok sayıda kaynak yer almaktadır (80,89-94). Türkiye'de 220 üniversite öğrencisinin katıldığı çalışmada, ODÖ ile ölçülen negatif otomatik

düşüncelerin durumluk anksiyete üzerindeki açıklayıcılık gücü %39 bulunmuştur (89).

5.3. Belirti Yorumlama Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmamızın sonuçlarına göre öğrencilerin belirti yorumlama ölçeği geneli için normalleştiren atıf ortalaması $41,43 \pm 10,39$ iken, ruhsal atıf ortalaması $33,49 \pm 11,46$, bedensel atıf ortalaması $30,23 \pm 8,69$ ve BYÖ-belirti sayısı ortalaması $6,56 \pm 3,45$ olarak saptanmıştır. Normalleştiren atıf ve bedensel atıf ortalamaları sağlık meslek yüksekokulu, hemşirelik fakültesi ve tıp fakültesi öğrencileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar ortaya koymazken ($p > 0.05$), Ruhsal atıf ve BYÖ-belirti sayısı ortalamaların karşılaştırıldığında tıp fakültesi öğrencilerinin daha az atıfta bulunduğu bulunmuştur ($p < 0.001$), Bireyler yaşadıkları belirtileri bedenselleştirme konusundaki çalışmaların temelini oluşturan atıf kuramı bireyin önemsiz bedensel belirtiler yaşadığı durumlarda bu durumu ya uyku yoksunluğu, yetersiz ve düzensiz gıda tüketimi, aşırı egzersiz yapma, yeteri kadar dinlenmemiş olma, çevresel uyaranlar gibi konulara atfetmek yolu ile normalleştirdiğini, ya da bu şüpheli belirtileri ruhsal veya bedensel anormal kişisel özelliklerine atfederek sorunlu (patolojik) olarak algıladığını göstermektedir (71). Görünen o ki tıp fakültesi öğrencileri daha az sayıda belirti yorumlama eğilimindedirler ve bedenlerinde meydana gelen belirtilere ruhsal atıflarda bulunmamaktadırlar. Bedenselleştirme ile ilgi yapılan araştırmalar bedensel belirtilerin fark edilip yorumlanmasında içsel ve dışsal uyaranlarının dengesinin önemli olduğunu, fazla sayıda dışsal uyaranın mevcut olduğu ortamlarda bireylerin daha az sayıda bedensel atıfta bulduklarını göstermektedir (95). Tıp fakültesi öğrencilerinin aldıkları eğitimin yoğun bir programa sahip olması, intörn oldukları son sınıfta nöbet/vardiye usulü ile çalışmaları, çok sayıda dışsal uyarana maruz kalmaları dikkate alındığında literatür araştırmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir. Araştırmamıza katılan tıp fakültesi öğrencilerinin çoğunun erkek cinsiyete sahip olduğu verisi dikkate alınarak konuya ilişkin yapılan çalışmalar incelendiğinde erkek cinsiyete sahip bireylerin içsel ve fizyolojik işaretlere; kadın cinsiyete sahip bireylerin dışsal ve çevresel işaretlere karşı daha hassas olduklarını gösterdiği çalışmalar bulunmuştur (95).

Son olarak Ruhsal Atıf ve BYÖ-Belirti Sayısı arasında pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0,434$, $p<0.001$). Yani bireylerin bedenlerinde hissettikleri belirtilere yaptıkları ruhsal atıfların arttıkça ile bu belirtileri yaşama sıklıkları artmaktadır.

5.4. Aleksitimi, Otomatik Düşünce Sıklığı Düzeyleri ile Belirti Yorumlama Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Araştırmamızın sonuçlarına göre aleksitimi ve olumsuz otomatik düşünce sıklığı düzeyleri arasında pozitif yönde, iyi derecede (kuvvetli) ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0.654$, $p<0.001$). Yani olumsuz otomatik düşünceler arttıkça aleksitimi düzeyi artmaktadır. Koçak (2002), makalesinde bireylerin içinde yaşadığı toplumun kültürel özellikleri, aile yaşantısı ve daha önce deneyimlediği olumsuz olaylara bağlı olarak işlevsel olmayan, mantık dışı düşüncelerinin geliştirdiklerini ve bu durumun da olumsuz otomatik düşüncelerinin oluşmasına neden olduğunu belirtmiştir. Örneğin toplumda kültürel olarak yerleşmiş "erkekler ağlamaz" savı ile büyütülen erkek çocuk, üzüntü verici bir durum karşısında yoğun duygular yaşadığında "ağlırsam duygularımı açığa vurmuş olurum ve toplum tarafından hor görülürüm" otomatik düşüncesine sahip olabilir. Benzer şekilde tekrar eden yeni deneyimler bireylerin otomatik düşüncelerini pekiştirir ve duygularını ayırt etme ve ifade etmelerinin önüne geçebilir. Böylece bireylerin otomatik düşüncelerinin sıklığı aleksitimi düzeylerini üzerinde etki oluşturabilmektedir (2). Bu bilgiler bizim yaptığımız araştırmanın sonuçlarını destekler niteliktedir.

Araştırmamızın bir diğer bulgusu aleksitimi ve ruhsal atıf arasında pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı ($r=0,426$, $p<0.001$); Aleksitimi ve bedensel atıf arasında pozitif yönde, düşük veya çok önemsiz derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ($r=0,284$, $p<0.001$) bir korelasyon olduğudur. Aleksitimi düzeyi yüksek olan bireyler, yaşadığı duygunun neden olduğu bedensel belirtileri abartabilirler veya bu belirtileri yanlış yorumlayabilirler (95,97). Bireyler yaşadıkları bu belirtileri bedenselleştirebilir, ruhsallaştırabilir ya da normalleştirebilirler (71). Aleksitimi kavramı her ne kadar önceleri psikosomatik rahatsızlığı olan bireylerde kullanılmış olsa da (44); sonraları sağlıklı bireylerde de

kullanılmaya başlanmış, konu ile ilgili literatüre incelendiğinde her iki grupta da bireylerin aleksitimi düzeyleri ve bedensel belirtilerini yorumlamaları arasında ilişki olduğu bulunmuştur.

Aleksitimi ile bedensel belirtilerin, ruhsal ve bedensel atıflarının ilişkisine bakıldığında aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulgusu araştırmalarda gösterilmiştir. Literatürde aleksitimi ile ruhsal ve bedensel atıf ilişkisi çoğunlukla psikiyatrik rahatsızlığı olan katılımcılar ile yapılan çalışmalarda incelenmiştir (98-100). Bununla beraber sağlıklı bireylerle yürütülen çalışmalar da mevcuttur. Örneğin üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada aleksitimi düzeyi yükselen bireylerin psikolojik belirtilerinin arttığı sonucuna varılmıştır (101). Literatür bizim araştırmamızın sonucu olan bireylerin aleksitimi düzeyleri ile ruhsal ve bedensel belirtileri arasındaki ilişkiye dair verilerini destekler niteliktedir.

Aleksitimi ve BYÖ-Belirti Sayısı arasında pozitif yönde, düşük veya çok önemsiz derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0,261$, $p<0.001$) Ruhsal yakınmaların ve psikososyal stresin bedensel belirtilerle ifade edilmesi yüzyıllardır bilinen bir konudur ve bedenselleştirme duyguların sözlü ifade ile değil bedene yansiyarak açığa çıkarılması şeklinde tanımlanmıştır (97).

Çalışmamızda, otomatik düşünce sıklığı ile; BYÖ-Belirti Sayısı arasında pozitif yönde, düşük veya çok önemsiz derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu ($r=0,294$, $p<0.001$); ruhsal atıf arasında pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon ($r=0,490$, $p<0.001$) olduğu; bedensel atıf arasında yine pozitif yönde, düşük-orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon ($r=0,314$, $p<0.001$) olduğu; normalleştiren atıf arasında pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu ($r=0,506$, $p<0.001$) saptanmıştır. Yani otomatik düşünceler arttıkça belirti yorumlama ölçeğinde yer alan belirti sayıları, ruhsal ve bedensel atıflar artmaktadır.

2017 yılında 18 yaş üstü 323 erkek, madde kullanım öyküsü olan bireylerle yapılan bir çalışmada bedenselleştirme düzeylerini değerlendirmek için bizim çalışmamızdan farklı ölçek kullanılmıştır. Fakat elde edilen bulgular benzerlik göstermektedir. Yapılan bu çalışmanın bulgularına göre olumsuz otomatik düşüncelerin ve bedenselleştirmenin ilişkili olduğu bulunmuştur (102). Sayar'ın 2002 yılında yaptığı çalışmasında ise somatizasyon bozukluğu olan bireylerin tedavisinde

bilişsel davranışçı yaklaşımı kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlarda bilişsel davranışçı yaklaşımın bedenselleştirme bozukluğu olan bireylerin tedavisinde orta derecede etkili olduğu görülmüştür (96).

Son olarak bedensel atıf ile normalleştiren atıf arasında pozitif yönde, iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon ($r=0,600$, $p<0.001$) olduğu; ruhsal atıf arasında ise pozitif yönde, iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu ($r=0,600$, $p<0.001$) saptanmıştır. Eyüpoğlu'nun (2018) algılanan ebeveynlik biçimleri, erken dönem uyumsuz şemalar, aleksitimi ve bedenselleştirme arasındaki ilişkileri incelediği çalışmasında, klinik olmayan örnekleme çeşitli yaş ve meslek gruplarına mensup 422 gönüllü katılımcıdan edinilen verilere göre bedenselleştirmenin, aleksitiminin baş etme biçimi olarak da ortaya çıkabileceği ve bedenselleştirme alt boyutlarından bedensel atıf ile psikolojik yakınmaya sahip olma durumu arasında negatif yönde anlamlı düzeyde ilişki olduğu gösterilmiştir (72). Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar literatür ile uyumluluk göstermektedir (71).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma, üniversite öğrencilerinin aleksitimi düzeylerinin, otomatik düşünce sıklığı ve belirti yorumlama düzeyleri ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir:

Öğrencilerin yaş ortalaması $22,38 \pm 1,84$ yıldır ve %62,7'si (n: 188) kadın, %37,3'ü (n:112) erkektir. %96,7'si (n: 290) bekârdır ve %36,7'si (n:110) ev arkadaşı ile yaşamaktadır. %92,7'sinin (n:278) ebeveynleri evli ve birlikte yaşarken, %85,3'ü (n:256) çekirdek aileye sahiptir ve %38,0'inin (n:256) bir kardeşi vardır (Tablo 4.1.1.).

Tüm öğrencilerin aleksitimi düzeylerinin puan ortalaması $46,85 \pm 9,42$ 'dir. Sağlık meslek yüksekokulu öğrencileri $49,42 \pm 9,25$ aleksitimi düzeyi puan ortalaması ile en yüksek ortalamaya, tıp fakültesi öğrencileri $45,04 \pm 9,10$ aleksitimi düzeyi puan ortalaması ile en düşük aleksitimi düzeyi puan ortalamasına sahiptir.

Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 ile Otomatik Düşünceler Ölçeği, Belirti Yorumlama Ölçeği ve alt boyut arasında korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 ve Otomatik Düşünceler Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, kuvvetli bir ilişki saptanmıştır ($r=0.654$, $p<0.001$). Öğrencilerin Toronto Aleksitimi Ölçeği -20 ve Belirti Yorumlama Ölçeği alt boyutu Ruhsal Atıf düzeylerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, orta derecede kuvvetli bir ilişki saptanmıştır ($r=0,426$, $p<0.001$).

Elde edilen bu bulgular sonucunda ki önerilerimiz şu şekildedir:

- 1- Aleksitimi kavramının literatürde genellikle klinik alanda araştırıldığı görülmüştür. Fakat aleksitimi sağlıklı popülasyonda da görülebilmektedir. Bu durumda sağlıklı bireylerin aleksitimi düzeyleri deneysel araştırmalarla da değerlendirilmelidir.
- 2- Araştırmanın sonuçları yalnızca örneklem ile sınırlıdır. Daha farklı örneklem grubunda ve sayıda benzer araştırmanın yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

7. KAYNAKÇA

1. Jordan, K. D., & Smith, T. W. (2017). The interpersonal domain of alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 110, 65–69
2. Koçak, R. (2002). Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 35(1–2), 184–212.
3. Çam, O., & Engin, E. (2014). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı* (1.Baskı). İstanbul: Tıp Kitapevleri.
4. Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. (13. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
5. Blanchard, E. B., Arena, J. G., & Pallmeyer, T. P. (1981). Psychometric Properties of a Scale to Measure Alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 35(1), 64–71.
6. Mei, S., Xu, G., Gao, T., Ren, H., & Li, J. (2018). The relationship between college students ' alexithymia and mobile phone addiction : Testing mediation and moderation effects, *BMC psychiatry*, 18(1), 329.
7. Karakaş, S. A., Karabulutlu, E. Y., Akyıl, R. Ç., Erdem, N., & Turan, G. B. (2016). Hipertansiyon ve astım hastalarında aleksitimi ve sosyal desteğin incelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(2), 68-74.
8. Aksoy, M., & İpek Çoban, G. (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Aleksitimi Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(1), 45–51.
9. Yalnızoğlu Çaka, S., Topal, S., Nemut, T., & Çınar, N. (2018). Relationship between alexithymia and empathy in nursing and midwifery students. *Journal of Human Sciences*, 15(2), 996.
10. Choon, M. W., Abu Talib, M., Yaacob, S. N., Awang, H., Tan, J. P., Hassan, S., & Ismail, Z. (2015). Negative automatic thoughts as a mediator of the relationship between depression and suicidal behaviour in an at-risk sample of Malaysian adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(2), 89–93.
11. Riley, K. E., Lee, J. S., & Safren, S. A. (2017). The Relationship Between Automatic Thoughts and Depression in a Cognitive-Behavioral Treatment for People Living with HIV/AIDS: Exploring Temporality and Causality. *Cognitive Therapy and Research*, 41(5), 712–719.

12. Güleç, H., Sayar, K., & Özkorumak, E. (2005). Depresyonda Bedensel Belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(2), 90–96.
13. Öz, F. (2010). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar (Yenilenmiş Basım)*. Ankara: Mattek Matbaacılık.
14. Wearden, A. J., Tarrrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T. R., & Rahill, A. A. (2000). A Review of Expressed Emotion Research in Health Care. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 633–666.
15. Plutchik, R. (1982). A Psychoevolutionary Theory of Emotions. *Social Science Information*, 21(4–5), 529–553.
16. Şener, Ö. (2018). *Duygu Ahrazlığı (Aleksitimi) Yaşayan Üniversite Öğrencilerinin Duygu İfadeleri Ve Spontanlıkları Üzerine Psikodramanın Etkisi (Yayınlanmamış Doktora Tezi)*. T.C. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı.
17. Yalçın, B., & Hamarta, E. (2013). Üniversite Öğrencilerinin Duygularını İfade Edebilmelerinin Aleksitimi ve Psikolojik İhtiyaçlarına Göre. *OPUS © Türkiye Sosyal Politika ve Çalışma Hayatı Araştırmaları Dergisi*, 3(4), 36–82.
18. Kuzucu, Y. (2011). *Duyguları Fark Etme ve İfade Etme Psiko-Eğitim Programı*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
19. Greenberg, L. S. (2012). *Duygu Odaklı Terapi*. (Çeviren: Serpil Kızıлтаş), İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
20. Lazarus, R. S. (1982). Thoughts on The Relation Between Emotion and Cognition. *American Psychologist*, 37(9), 1019-1024.
21. Kervancı, F. (2008). *Büro Çalışanlarının Duygu Yönetimi Yeterlilik Düzeylerinin Geliştirilmesinde Duygu Yönetimi Eğitimi Programının Etkisi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Büro Yönetimi Eğitimi Anabilim Dalı, Ankara.
22. Sadock, B. J. ve Sadock, V. A. (2011). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. Lippincott Williams and Wilkins.
23. Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. New York: Cambridge University Press.
24. Goleman, D., (2007). *Duygusal Zekâ (Çeviren: Banu Seçkin Yüksel)*. İstanbul: Varlık Yayınları.
25. Goleman, D., (2012). *Duygusal Zeka Neden IQ'dan daha önemlidir?* İstanbul: Varlık Yayınları.

26. Aktepe, Ü. (2015). Ergenlerin Sahip Oldukları Değerleri İle Duyguları İfade Etme Ve Problem Çözme Becerileri Arasındaki Yordayıcı İlişkiler (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Konya.
27. Öksüz, Y. (2012). The Impact of Emotional Disclosure Training on Emotional Expression of University Students. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 5(2), 421-438.
28. Gökçakan, Z., & Gökçakan, N. (2005). Depresyonda Bilişsel Terapi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(1), 91-101.
29. Leahy, R. (2010). *Bilişsel Terapi Yöntemleri*. (Çeviren: H. Türkçapar, & E. Köroğlu) Ankara: HYB Yayıncılık.
30. Konrad, S. & Hendl, C. (2003). *Duygularla Güçlenmek. Duygusal Zeka Sayesinde Başarılı Bir Hayat*. (Çeviren. Meral Taştan). İstanbul: Hayat Yayıncılık.
31. Dael N, Mortillaro M, Scherer KR., (2012). Emotion Expression in Body Action and Posture. *Emotion*.12(5):1085-101.
32. Sayar, D., Dinç, M. (2008) *Psikolojiye Giriş*. İstanbul: Dem Yayınları.
33. Cüceloğlu, D. (2008). *İnsan ve Davranışı*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
34. Myers, D. G., & DeWall, C. N. (2017). *Psikoloji*.(11. Baskı) (Çeviri Editörü: Aşegül Durak Batıgün). İstanbul: Palme Yayıncılık.
35. Tellegen, A., Watson,D. and Clark, L. A. (1999). On The Dimensional And Hierarchical Structure Of Affect. *American Psychological Society* . 10(4). 297-299.
36. Larsen, J.T., Berntson, Gary & Poehlmann, K.M., Ito, T.A., Cacioppo, John. (2000). The psychophysiology of emotion. *Handbook of Emotions*.
37. Töremen, F., Çankaya, İ. (2008). Yönetimde Etkili Bir Yaklaşım: Duygu Yönetimi. *Kuramsal Eğitimbilim*, 1 (1), 33-47, 2008
38. Leahy, R. L., Tirsch, D. ve Napolitano, L. A. (2011). Why is Emotion Regulation Important? *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide* içinde. Guilford Press.
39. Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52.
40. Dereboy, F. (1990). Aleksitimi: Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1(3), 157-165.

41. Öksüz, Emine & Mersin, Sevinç & Tangül Özcan, Celale. (2018). Childhood traumatic experiences, alexithymia, and resilience in patients with adjustment disorder. *Gulhane Med Journal*. (60) ,97-102.
42. Croyle, K.L. ve Waltz, J. (2002). Emotional awareness and couples' relationship satisfaction. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 435-444.
43. Lane, R. D. ve Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: a cognitive- developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.
44. Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 22(2):255-62.
45. Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment. *American Journal of Psychiatry*. 141(6):725-32.
46. Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 337-342.
47. Ortiz-soria, B., Martínez-sánchez, F., & Ato-garcía, M. (2003). Alexithymia – State or Trait? *Spanish Journal of Psychology*, 6(1), 178-187.
48. Şaşıoğlu, M., Gülol, Ç., & Tosun, A. (2013). Aleksitimi Kavramı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 507-527.
49. Bogutyn, T., Pałczyński, J., Kokoszka, A., & Holas, P. (1999). Defense Mechanisms in Alexithymia. *Psychological Reports*, 84(1), 183.
50. McDougall, J. (1982). Alexithymia: A psychoanalytic viewpoint. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38(1-4), 81-90.
51. Luminet, D. (1994). Psychosomatic medicine the future of an illusion. *Psychosom Med Psychol*, 44(11), 367-371.
52. Krystal, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33(1), 17-31.
53. Von Rad, M. (1984). Alexithymia and Symptom Formation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 42(1-4), 80-89.
54. Teixeira, R.J., Bermond, B., Moormann, P.P. (2018). Current developments in alexithymia: A cognitive and affective deficit. New York : Nova Science Publisher.
55. Koven, N. S., & Thomas, W. (2010). Mapping facets of alexithymia to executive dysfunction in daily life. *Personality and Individual Differences*, 49(1), 24-28.

56. Wood, R. L., & Williams, C. (2007). Neuropsychological correlates of organic alexithymia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13(3), 471-479.
57. Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2. Basım). New York, NY, US: Guilford Press.
58. Stallard P (2014). *Anxiety: Cognitive Behaviour Therapy with Children and Young People*. London: Routledge.
59. Türkçapar, H. (2014). *Bilişsel Terapi*. (7. Basım). Boylam Psikiyatri Enstitüsü, Ankara: HYB Yayıncılık.
60. Ghiabi, B., & Besharat, M. A. (2011). Emotional intelligence, alexithymia, and interpersonal problems. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 98–102.
61. Lesser, I.M. (1981). A Review of the Alexithymia Concept, *Psychosomatic Medicine*, 43, (6), 531-543.
62. Sifneos, P.E. (1988). Alexithymia and Its Relationship to Hemispheric Specialization Affect and Creativity”, *Psychiatric Clinics of North America*, 11(3),287-293.
63. Taylor,G. J., Bagby, R. M. and Parker, J. D. (1991). Alexithymia Construct, A Potential Paradigm for Psychosomatic Medicine”, *The Academy of Psychosomatic Medicine*, 32 (2), 153-163.
64. Lesser, I. M. (1985). A Critique Of Contributions to The Alexithymia Symposium. *Psychotherapy Psychosomatic*, 44: 82-88.
65. Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
66. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G.(1987). *Cognitive Therapy of Depression*. New York:The Guilford Press.
67. Türkçapar, H. (2008) *Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Uygulama*.(1. Basım). Ankara: HYB Yayın.
68. Duran, S., Karadaş, A., & Kaynak, S. (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Olumsuz Otomatik Düşünceleri ve Akademik Başarıları Arasındaki İlişki. *Kocaeli Medical J*, 6(2), 30–37.
69. Sağlar, A. (2016). Şiddet Gören Ve Görmeyen Kadınların Otomatik Düşünce Ve Somatizasyon Düzeylerinin İncelenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) T.C Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı.

70. Babacan, S. S. (2003). Hastalıkta Ruh Ve Beden Etkileşimi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 11(2), 519–524.
71. Robbins, J. M., & Kirmayer, L. J. (1991). Attributions of common somatic symptoms. *Psychological Medicine*, 21(4), 1029–1045.
72. Eyüpoğlu, H. B. (2018). Erken Dönem Yaşantılar, Aleksitimi Ve Bedenselleştirme Arasındaki İlişkiler: Şema Terapi Modeli Çerçevesinde Bir İnceleme. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Şehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı.
73. Tychev, C., Garnier, S., Lighezzolo-Alnot, J., Claudon, P., & Rebourg-Roesler, C. (2010). An accumulation of negative life events and the construction of alexithymia: A longitudinal and clinical approach. *Journal of Personality Assessment*, 92(3), 189–206.
74. Kara, D. (2016). Psikoloji Öğrencilerinde Stresle Başa Çıkma Stratejileri, Olumsuz Otomatik Düşünceler Ve Depresyon Belirtileri İlişkisi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Bölümü.
75. Martin, J. B., & Pihl, R. O. (1986). Influence of Alexithymic Characteristics on Physiological and Subjective Stress Responses in Normal Individuals. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45(2), 66–77.
76. Taylor, G. J, Ryan D. and Bagby, M. (1985). Toward the development of a new self-report Alexthymia Scale. *Psychother Psychosom*, 43: 202-208.
77. Bagby, R. M., Parker, J. D. A., and Taylor, G. J. (1994). The 20-item Toronto alexithymia scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38: 23–32.
78. Güleç, H., Köse, S., Güleç, M. y., Çitak, S., Evren, C., Borckardt, J., & Sayar, K. (2009). Reliability and Factorial Validity of the Turkish Version of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 19(3), 214–220.
79. Güleç, H., & Yenel, A. (2010). 20 Maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği Türkçe Uyarlamasının Kesme Noktalarına Göre Psikometrik Özellikleri. *Klinik Psikiyatri*, 13, 108–112.
80. Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4(4), 383–395.

81. Şahin, N. H., & Şahin, N. (1992). Reliability and validity of the Turkish version of the automatic thoughts questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 48(3), 334–340.
82. Yener Duman, Ö., Usubütün, S., & Göka, E. (2004). Belirti Yorumlama Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 26–40.
83. Rosenberg, N., et al. (2016). Observer-Rated Alexithymia and its Relationship with the Five-Factor-Model of Personality. *Psychologica Belgica*, 56(2), 118–134.
84. Taylor, G.J., Bagby, R.M., Luminet, (2000) O. Assessment of alexithymia: Self-report and observer-rated measures. In *The handbook of emotional intelligence: theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* Bar-On (R, Parker JDA, Eds). San Fransisco: Jossey-Bass.
85. Vorst, H. C. M., & Bermond, B. (2001). Validity and reliability of the Bermond - Vorst Alexithymia Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 30, 413–434.
86. Bagby, R. M., Taylor, G. J., Parker, J. D. A., & Dickens, S. E. (2006). The development of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: item selection, factor structure, reliability and concurrent validity. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(1), 25–39.
87. Günay Yağcı, Z. (2019) Şizofreni, Bipolar Affektif Bozukluk I Hastalarında Zihin Kuramı, Duygu Tanıma, Bilişsel İşlev Ve Düşünce-Dil Özelliklerinin Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi) Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
88. Hošková-Mayerová, Š., & Mokrý, T. (2010). Alexithymia among students of different disciplines. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 9, 33–37.
89. Aydın, K. B. (2009). Automatic thoughts as predictors of turkish university students' state anxiety. *Social Behaviour and Personality*, 37 (8), 1065-1072.
90. Ulusoy, M., Şahin, N., and Erkmen, H., (1998). Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 163-172.
91. Yolaç Yarpuz, A., Demirci Saadet, E., Erdi Şanlı, H., & Devrimci Özgüven, H. (2008). Akne Vulgaris Hastalarında Sosyal Kaygı Düzeyi ve Bunun Klinik Değişkenler İle İlişkisi. *Türk psikiyatri dergisi*, 19(1) 29-37.
92. Eremsoy, C. E., Çelimli, Ş., & Gençöz, T. (2005). Students under academic stress in a Turkish University: Variables associated with symptoms of depression and anxiety. *Current psychology*, 24(2), 123-133.

93. Joseph, S. (1994). Subscales of the automatic thoughts questionnaire. *The Journal of genetic psychology*, 155(3), 367-368.
94. Calvete, E., & Connor-Smith, J. K. (2005). Automatic thoughts and psychological symptoms: A cross-cultural comparison of American and Spanish students. *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 201-217.
95. Pennebaker JW, Watson D (1991) *The Psychology of Somatic Symptoms, Current Concepts of Somatization*, LJ Kirmayer, JM Robbins (Eds), Washington DC, American Psychiatric Press Inc, 21-36.
96. Sayar, K. (2002). Tıbben Açıklanamayan Belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(3), 222–231.
97. Spinhoven P, van der Does AJ. Somatization and somatosensory amplification in psychiatric outpatients: An explorative study. *Compr Psychiatry* 1997; 38:93-97.
98. Aydin, A., Selvi, Y., & Özdemir, P. G. (2013). Depresyon hastalarında aleksitiminin bedenselleştirme ve uyku kalitesi üzerine etkisi. *Noropsikiyatri Arsivi*, 50(1), 65–69.
99. Güleç, H., Sayar, K., & Özkorumak, E. (2005). Depresyonda Bedensel Belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(2), 90–96.
100. Taycan, O., Özdemir, A., & Erdoğan Taycan, S. (2017). Alexithymia and somatization in depressed patients: The role of the type of somatic symptom attribution. *Noropsikiyatri Arsivi*, 54(2), 99–104.
101. Kahramanol, B., Dağ, İ.(2018). Psikolojik Belirtilerin Yordayıcıları Olarak Aleksitimi, Öfke Ve Öfke İfade Tarzları. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, (31), 30-39.
102. Gamsız, Ö., Aypay, A. (2018). Madde Kullanım Geçmiş Olan Tedbir Altındaki Bireylerin Yalnızlık Yaşantısının Ve Olumsuz Otomatik Düşüncelerinin Psikolojik Belirti Düzeylerini Yordaması. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 765–788.

8.EKLER

EK 1: Veri Toplama Formu

EK 2: Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)

EK 3: Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ)

EK 4: Belirti Yorumlama Ölçeği (BYÖ)

EK 5: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Onayı



EK 1: Veri Toplama Formu

Üniversite Öğrencilerinin Aleksitimi Düzeylerinin, Otomatik Düşünce Sıklığı ve Belirti Yorumlama Düzeyleri ile İlişkinin Değerlendirilmesi

Sayın katılımcı;

“Üniversite Öğrencilerinin Aleksitimi Düzeylerinin, Otomatik Düşünce Sıklığı ve Belirti Yorumlama Düzeyleri ile İlişkinin Değerlendirilmesi” adlı çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Bu araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsüne bağlı, bilimsel bir araştırma olarak yürütülmektedir. Çalışmanın amacı; bireylerin duygularını fark etme, duygularını tanımlamada zorluk yaşama düzeylerinin (Aleksitimi); bireylerin aklından geçen otomatik düşüncelerinin sıklığı ve vücudunda oluşan belirtileri yorumlama düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile Sağlık Bilimleri Üniversitesinde eğitim gören öğrenciler ile yapılmaktadır. Sizlerin katılımları ile bu araştırmanın sonucunda bireylerin duygularını adlandırmada yaşadığı bu sorun ile otomatik düşünceler ve belirtilerin yorumlanması arasındaki ilişkiyi belirlemiş olacağız ve bu aynı zamanda ileri araştırmalarımıza da ışık tutmuş olacak.

Bu çalışma kapsamında bilgilerinizin gizliliği korunacaktır, hiçbir kurum veya kuruluş ile paylaşılmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz halinde sizinle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Çalışmanın seyri hakkında bilgi almak isterseniz formun üstüne eposta adresinizi yazmanız yeterli olacaktır. Formu doldurmanız yaklaşık olarak 15 dakikanızı alacaktır. İçten katılımınız ve sabrınız için teşekkürler.

Günay Hazır

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermeme için yeterince zaman tanıdı. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

İmza/Tarih

Katılımcının Adı/Soyadı:

İmza/Tarih

Günay Hazır
SBÜ Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans
Öğrencisi

Araştırmaya katılmayı kabul ediyor musunuz?

Evet (Lütfen diğer sayfaya geçiniz.) Hayır (Alttaki soruya geçiniz)

Araştırmaya katılmama nedeniniz nedir?

Zamanım yok Ankete güvenmiyorum
İlgimi çekmedi Diğer

ANKET FORMU**1- Doğum tarihiniz:**

...../...../.....

2-Cinsiyetiniz:Kadın Erkek **3-Medeni durumunuz:**Evli Bekâr **4- Kaçınıcı sınıftasınız?**1 2 3 4 5 6**5- Eğitim aldığınız okulu seçiniz:**Hemşirelik Fakültesi Tıp Fakültesi Sağlık Meslek Okulu (Bölümünüzü belirtiniz.....) **6- Mezun olduğunuz lise türünü seçiniz:**Anadolu Lisesi Sağlık Meslek Lisesi Anadolu Öğretmen Lisesi Düz Lise Fen Lisesi Diğer..... **7- Eğitim-öğretim dönemi sırasında kiminle/nerede yaşıyorsunuz?**Yalnız Akrabalarımda Yurtta Ev arkadaşlarımla Ailemle Diğer..... **8- Kaç kardeşiniz var? (Kendinizi saymayınız)**

Kardeş sayısı.....

9- Annenizin en son mezun olduğu okul hangisidir?Okuryazar değil Okuryazar İlkokul Diğer Ortaokul Lise Üniversite ve üstü **10- Babanızın en son mezun olduğu okul hangisidir?**Okuryazar değil Okuryazar İlkokul Diğer Ortaokul Lise Üniversite ve üstü

11- Anne babanız ile ilgili aşağıdakilerden uygun olanı işaretleyiniz.

Annemi kaybettim Babamı kaybettim Boşandılar
 Evliler, birlikte oturuyorlar Evliler, ayrı yaşıyorlar

12- Nasıl bir aile yapısında büyüdünüz?

Çekirdek aile (anne, baba, kardeşler) ile
 Geniş aile (anne, baba, kardeşler, yakın akrabalar) ile
 Akrabalarının yanında
 Kurum ve kuruluşlarda
 Diğer.....

13- Üye olduğunuz kulüp var mı?

Hayır Evet (Sayısını belirtiniz.....)

14- Kronik bir hastalığınız var mı?

Hayır Evet (Adını belirtiniz.....)

15- Psikiyatrik bir bozukluğunuz var mı?

Hayır Evet (Adını belirtiniz.....)

16- Sosyal aktivitelerinizin size göre yeterlilik düzeyini nasıl değerlendirirsiniz?

Yetersiz Kısmen yeterli Yeterli

17- Lütfen “duygularınızın farkında olma ve duygularınızı tanımlamak için uygun, doğru kelimeleri bulma” düzeyinizi aşağıdaki çubuk üzerinde işaretleyiniz.

EK 2: Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)

TAÖ-20 Toronto Aleksitimi Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

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

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.....	1	2	3	4	5
2- Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.....	1	2	3	4	5
3- Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor.....	1	2	3	4	5
4- Duygularımı kolayca tarif edebilirim.....	1	2	3	4	5
5- Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlmeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
6- Keyfim kaçtığımda, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.....	1	2	3	4	5
7- Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır.....	1	2	3	4	5
8- Neden öyle sonuçlandığımı anlamaya çalışmaksızın, işleri olurlarına bırakmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
9- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.....	1	2	3	4	5
10- İnsanların duygularını tanıması gerekir.....	1	2	3	4	5
11- İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tarif etmek bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
12- İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.	1	2	3	4	5
13- İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.....	1	2	3	4	5
14- Çoğu zaman neden kızgın 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 eğlendirici programlar 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 dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim.....	1	2	3	4	5
19- Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.....	1	2	3	4	5
20- Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.....	1	2	3	4	5

EK 3: Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ)

OTOMATİK DÜŞÜNCELER ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin zaman zaman aklına gelen bazı düşünceler sıralanmıştır. Lütfen her birini okuyarak, bu düşüncelerin SON BİR HAFTA içinde aklınızdan ne kadar sıklıkla geçtiğini işaretleyiniz. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyunuz ve maddelerin yanındaki uygun sayıyı aşağıdaki şıkları dikkate alarak işaretleyiniz.

- | | |
|--------------------------------|---------------------------|
| 1. Hiç aklımdan geçmedi | 4. Sık sık aklımdan geçti |
| 2. Ender olarak aklımdan geçti | 5. Hep aklımdan geçti |
| 3. Arada sırada aklımdan geçti | |

Ne kadar aklınızdan geçti?	Hiç	Ender	Ara-Sıra	Sık Sık	Her Zaman
1. Tüm dünya bana karşıymış gibi geliyor	1	2	3	4	5
2. Hiç bir işe yaramıyorum	1	2	3	4	5
3. Neden hiç başarılı olamıyorum	1	2	3	4	5
4. Beni hiç kimse anlamıyor	1	2	3	4	5
5. Başkalarını düş kırıklığına uğrattığım oldu	1	2	3	4	5
6. Devam edebileceğimi sanmıyorum	1	2	3	4	5
7. Keşke daha iyi bir insan olsaydım	1	2	3	4	5
8. Öyle güçsüzüm ki ...	1	2	3	4	5
9. Hayatım istediğim gibi gitmiyor	1	2	3	4	5
10. Kendimi düş kırıklığına uğrattım	1	2	3	4	5
11. Artık hiçbir şeyin tadı kalmadı	1	2	3	4	5
12. Artık dayanamayacağım	1	2	3	4	5
13. Bir türlü harekete geçemiyorum	1	2	3	4	5
14. Neyim var benim	1	2	3	4	5
15. Keşke başka bir yerde olsaydım	1	2	3	4	5
16. Hiçbir şeyin iki ucunu bir araya getiremiyorum	1	2	3	4	5
17. Kendimden nefret ediyorum	1	2	3	4	5
18. Değersiz bir insanım	1	2	3	4	5
19. Keşke birden yok olabilseydim	1	2	3	4	5
20. Ne zorum var benim	1	2	3	4	5
21. Hayatta hep kaybetmeye mahkûmum	1	2	3	4	5
22. Hayatım karmakarışık	1	2	3	4	5
23. Başarısızım	1	2	3	4	5
24. Hiç bir zaman başaramayacağım	1	2	3	4	5
25. Kendimi çok çaresiz hissediyorum	1	2	3	4	5
26. Bir şeylerin değişmesi gerek	1	2	3	4	5
27. Bende mutlaka bir bozukluk olmalı	1	2	3	4	5
28. Geleceğim kasvetli	1	2	3	4	5
29. Hiçbir şey için uğraşmaya değmez	1	2	3	4	5
30. Hiçbir şeyi bitiremiyorum	1	2	3	4	5

EK 4: Belirti Yorumlama Ölçeği (BYÖ)

Belirti Yorumlama Ölçeği (BYÖ)

Aşağıda sıralanan durumlar daha önce yaşadığınız durumlar olabileceği gibi daha önce hiç başınıza gelmemiş de olabilir. Her bir durum için aşağıda verilmiş olan her bir nedenin karşısında yer alan rakamları, bu nedenin sizin durumunuzu ne kadar açıkladığını düşünerek yuvarlak içine alınız. Ayrıca bu durumu son 3 ay içinde yaşayıp yaşamadığınızı da **A (evet) ya da B (hayır)** seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtiniz. Lütfen tüm soruları her bir seçenek için tek tek yanıtlayınız. **1 (Hiç) 2 (Biraz) 3 (Orta) 4 (Çok) 5 (Pek çok)**

	Hiç	Biraz	Orta	Çok	Pek çok
1- Uzun süren baş ağrım olursa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
1a Duygusal olarak sıkıntılıyım	1	2	3	4	5
1b Kaslarım, sinirlerim ya da beynimde bir sorunum var	1	2	3	4	5
1c Yüksek bir ses, parlak bir ışık ya da benzer bir şeyler beni huzursuz etmiş olmalı Son üç ay içinde uzun süren baş ağrınız oldu mu? A- Evet B- Hayır	1	2	3	4	5
2- Çok terlersem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
2a Ateşim ya da bir enfeksiyonum olmalı	1	2	3	4	5
2b Endişeli ya da sinirliyim	1	2	3	4	5
2c Oda çok sıcak, üstüm kalın ya da çok çalışıyor olmalıyım Son üç ay içinde çok terlediğinizi fark ettiğiniz oldu mu? A- Evet B- Hayır	1	2	3	4	5
3- Aniden başım dönerse muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
3a Kalbim ya da tansiyonum var	1	2	3	4	5
3b Yeteri kadar yemedim ya da çok hızlı ayağa kalktım	1	2	3	4	5
3c Çok stres altında olmalıyım Son üç ay içinde aniden başınız döndü mü? A- Evet B- Hayır	1	2	3	4	5
4- Ağzı kuruluğum olduğunu fark edersem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
4a Tükürük bezlerim ile ilgili bir sorun olmalı	1	2	3	4	5
4b Bir şeylerden kaygılanmış ya da korkmuş olmalıyım	1	2	3	4	5
4c Daha çok su almaya ihtiyacım var Son üç ay içinde ağız kuruluğunuz oldu mu? A- Evet B- Hayır	1	2	3	4	5
5- Kalbim göğsümden fırlayacak gibi çarparsa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
5a Kendimi çok yordum ya da çok kahve içtim	1	2	3	4	5
5b Gerçekten heyecanlanmış ya da korkmuş olmalıyım	1	2	3	4	5
5c Kalbimde bir sorun olmalı Son üç ay içinde çarpıntınız oldu mu? A- Evet B- Hayır	1	2	3	4	5
6- Kendimi yorgun hissem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
6a Duygusal olarak tükenmişim ya da cesaretim kırılmış	1	2	3	4	5
6b Kendimi yordum ya da yeterince hareket yapmıyorum	1	2	3	4	5
6c Kansızım ya da kanım yetersiz Son üç ay içinde kendinizi yorgun hissettiniz mi? A- Evet B- Hayır	1	2	3	4	5
7- Elimin titrediğini fark edersem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
7a Sinir sistemimle ilgili bir sorunum olabilir	1	2	3	4	5
7b Çok sinirliyim	1	2	3	4	5
7c El kaslarımı yordum Son üç ay içinde elinizin titrediğini fark ettiniz mi? A- Evet B- Hayır	1	2	3	4	5

	Hiç	Biraz	Orta	Çok	Pek çok
8- Uyuma güçlüğü çekiyorsam muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
8a Ağrı ya da fiziksel rahatsızlık beni uyutmuyor	1	2	3	4	5
8b Yorgun değilim ya da çok kahve içtim	1	2	3	4	5
8c Çok endişeliyim ya da bir şeylere sinirlenmiş olmalıyım	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde uyuma güçlüğünüz oldu mu? A- Evet B- Hayır					
9- Midem ağırırsa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
9a Kendimi endişeden hasta ettim	1	2	3	4	5
9b Grip ya da mide rahatsızlığım var	1	2	3	4	5
9c Bana dokunacak bir şeyler yedim	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde mide ağrınız oldu mu? A- Evet B- Hayır					
10- İştahım kaçarsa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
10a Çok yiyordum ya da şu an vücudumun eskisi kadar besine ihtiyacı yok	1	2	3	4	5
10b Öylesine endişeliyim ki eskisi gibi yemeklerin tadını alamıyorum	1	2	3	4	5
10c Midede ya da bağırsaklarımda bir sorun var	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde iştahsızlığınız oldu mu? A- Evet B- Hayır					
11- Nefessiz kalırsam muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
11a Akciğerlerimde ya da kalbimde bir sorun var	1	2	3	4	5
11b Oda havasız ya da hava kirliliği var	1	2	3	4	5
11c Çok heyecanlı ya da kaygılıyım	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde nefessiz kaldığınız oldu mu? A- Evet B- Hayır					
12- Ellerimde ya da ayaklarımda uyuşma, karıncalanma hissedersen muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
12a Duygusal stres altındayım	1	2	3	4	5
12b Sinir sistemimde ya da kan dolaşımda bir sorun var	1	2	3	4	5
12c Üşüyorum ya da elim ayağım dondu	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde ellerinizde ya da ayaklarınızda uyuşma, karıncalanma hissettiniz mi? A- Evet B- Hayır					
13- Kabızlığım ya da bağırsak düzensizliğim olursa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
13a Yediklerim arasında yeterince meyve ve lifli besinler yok	1	2	3	4	5
13b Sinirsel gerilimim düzenli tuvalete çıkmama engel oluyor	1	2	3	4	5
13c Bağırsaklarımla ilgili bir sorun var	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde kabızlık ya da bağırsak düzensizliğiniz oldu mu? A- Evet B- Hayır					
14- Göğsümden bir sıkışma hissedersen muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
14a Kalp krizi geçiriyorum	1	2	3	4	5
14b Çok korktum ya da heyecanlandım	1	2	3	4	5
14c Kendimi çok yordum	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde göğsünüzde bir sıkışma hissiniz oldu mu? A- Evet B- Hayır					

EK 5: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Onayı



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926

Konu : Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 26 ŞUBAT 2019 SALI
TOPLANTI NO : 2019/04
PROJE/ KARAR NO : 19/45 (Değerlendirilme Tarihi: 26.02.2019)

Üniversitemiz Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında görevli Doç. Dr. Çiğdem YÜKSEL'in sorumlu araştırmacı, Yük. Lis. Öğr. Günay HAZIR'ın yardımcı araştırmacı olduğu, 19/45 kayıt numaralı, "**Üniversite Öğrencilerinin Aleksitimi Düzeylerinin, Otomatik Düşünce Sıklığı ve Belirti Yorumlama Düzeyleri ile İlişkinin Değerlendirilmesi**" başlıklı yüksek lisans tezi önerisi, araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

BAŞKAN

Ahmet COŞAR
Prof. Dr.

ÜYE

Alper GÖZÜBÜYÜK
Prof. Dr.

ÜYE

Ayhan KILIÇ
Prof. Dr.

ÜYE

Levent KENAR
Prof. Dr.

ÜYE

Ömer Cumhuri AYDIN
Prof. Dr.

ÜYE

Cemal Nuri ERÇİN
Prof. Dr.

ÜYE

Kazım Emre KARAŞAHİN
Prof. Dr.

ÜYE

Yusuf İZCI
Prof. Dr.

ÜYE

Murat ÇELİK
Doç. Dr.

ÜYE

Ali Kağan COŞKUN
Doç. Dr.

ÜYE

Ceyhan ALTUN
Doç. Dr.

ÜYE

Dişek YILDIZ
Doç. Dr.

ÜYE

Gülten GÜVENÇ
Doç. Dr.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
Etik-Ankara
Telefon: 0 (312) 304 6135

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Günay Hazır

Doğum yeri ve tarihi: Denizli- 01.01.1995

Uyruğu: T.C.

Medeni durumu: Bekar

İletişim adresi ve telefonu: 05355178279

Yabancı dili: İngilizce 2019 YÖKDİL notu: 76.25

II- Eğitimi

2001-2009: Müftü Ahmet Hulusi İ.Ö.O

2009-2013: Nalan Kaynak Anadolu Lisesi

2013-2016: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu

2016-2017: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Yüksekokulu

2017-2019: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans

III- Ünvanları: Hemşire

IV- Mesleki Deneyimi: -

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar: -

VI-Bilimsel İlgi Alanları: Kanıt değeri yüksek bilimsel makaleleri okumak ve analiz etmek, aleksitimi, bilişsel davranışçı yaklaşım, psiko-eğitim konularında araştırmalar yapmak

Yayımları:

1.Uluslararası 2. Ulusal Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi "Şizofreni Tanılı Bir Hastanın NANDA-I, NIC ve NOC Sınıflamasına Göre Hazırlanmış Hemşirelik Bakım Planı Örneği" sözel bildiri sunumu. (02.05.2019)

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Katıldığı paneller (panelist olarak):

VIII- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu Hipotez Geliştirme ve Araştırma Kursu (Kurs ve Katılım Belgesi 19.12.2013)

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Hayat Boyu Öğrenme Genel Müdürlüğü İşaret dili Kursu

(Kurs Bitirme Belgesi 03.03.2015- 09.06.2015)

TEMAS Derneği Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Kursu (T.C. Sağlık Bakanlığı onaylı katılım belgesi 06.05.2017)

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ulusal Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi (Katılım Belgesi 12.05.2017)

BD Preanalitik Hataların Azaltılması ve Kan Alma Teknikleri Eğitimi (Katılım Belgesi 22.05.2017)

T.C. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı, Afet ve Acil Durum Eğitim Merkezi Müdürlüğü ‘Olağanüstü Koşullarda Hemşirelik ve Arama-Kurtama Tatbikatı’ (Katılım Belgesi 01.06.2017)

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi İletişim: Benden Ötekine Yolculuk Kursu. (25.12.2018)

1.Uluslararası 2. Ulusal Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi (Katılım Belgesi: 2-3.05.2019)

