

**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**PSİKOSOMATİK BOZUKLUKLAR ve ÖZ-DENETİM
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Deren DEMİREL**

**Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Ayşegül YETKİN**

İstanbul – 2017

T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Psikoloji.....Anabilim/Anasanat Dalı Klinik Psikoloji Programı Tezli Yüksek Lisans
öğrencisiDeren Demirel..... tarafından hazırlanan
“ Psikosomatik Bozukluklar ve Öz-Denetim Arasındaki
İlişkinin İncelenmesi.....”
adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Sınav Tarihi : 14.06./2017

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu) :

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Ayşe Gül YETKİN
Danışman: Halic Üniv. Fen Bilimleri Enstitüsü ASD/ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Atilla TEKİN
..... Halic Üniv. Fen Bilimleri Enstitüsü ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Ali DALLI
..... Fen Bilimleri Enstitüsü ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi:
.....Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

Jüri Üyesi:
.....Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

İmzası :

.....
.....
.....

ÖNSÖZ

Genel anlamda insan psikolojisinin bedene yansması olarak tanımlanan hastalıklar “Psikosomatik Bozukluklar” olarak bilinmekte olup günümüzde yaygın bir şekilde görülmektedir. Bu tip rahatsızlıkların yaşam kalitesini düşürdüğü ve bazen çözümü zor durumlarla karşılaşıldığı bilindiğinden; “Psikosomatik Bozukluklar ve Öz-Denetim Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” amacıyla yapılan bu tez Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı’nda yürütülmüştür.

Araştırmanın her aşamasında desteğini esirgemeyen danışmanım Haliç Üniversitesi öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Ayşegül YETKİN hocama, tez sürecinde her an yanımda olan ve tez tecrübelerini benimle paylaşıp araştırmama yardım eden annem Dr. Ziraat Yük. Müh. Funda Demirel’e, çalışmamın her aşamasında maddi ve manevi desteğini esirgemeyen babam Yavuz Cemal Demirel’e, kardeşim Gülce Demirel’e, nişanlım İbrahim KARACA’ya, araştırmamda katkısı geçen Özel Emine Örnek Eğitim kurumu çalışanlarına ve kurumda çalışma yapmama izin vererek bilime katkıda bulunmama yardımcı olan kurucu müdür Emine Örnek’e şükranlarımı sunarım.

İstanbul, 2017

Deren DEMİREL

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

KISALTMALAR LİSTESİ.....	IV
TABLolar LİSTESİ.....	V
EKLER LİSTESİ.....	VI
ÖZET.....	VII
ABSTRACT.....	IX

BÖLÜM I

1. GİRİŞ	1
1.1. Problem.....	2
1.2. Alt Problemler.....	2
1.3. Araştırmanın Amacı.....	3
1.4. Araştırmanın Önemi ve Gerekçesi.....	3
1.5. Sayıtlar.....	3
1.6. Sınırlılıklar	3
1.7. Tanımlar.....	4

BÖLÜM II

2. KURAMSAL AÇIKLAMALAR İLE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	5
2.1. Psikosomatik Bozuklukların Tarihsel Süreci.....	5
2.2. Psikosomatik Bozukluklar ile İlgili Tanımlar.....	7
2.3. Psikosomatik Bozukluklar ve Oluşum Sebepleri.....	8
2.4. Psikosomatik Bozuklukların Yaygınlığı.....	10
2.5. Psikosomatik Bozuklukların Kuramlar ile Açıklanması.....	11
2.5.1. Biyolojik Kuramlar.....	12
2.5.2. Psikolojik Kuramlar.....	12
2.6. Öz-Denetim.....	13

BÖLÜM III

3. YÖNTEM.....	16
3.1. Araştırma Modeli.....	16
3.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	16

3.3. Veri Toplama Araçları.....	16
3.3.1. Demografik Bilgi Formu.....	17
3.3.2. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)	17
(Toronto Alexithymia Scale (TAS-20))	
3.3.2.1. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)'nin Geçerliliği	18
ve Güvenilirliği	
3.3.3. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ)	18
(Somatosensory Amplification Scale (SSAS))	
3.3.3.1. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ)'nin.....	19
Geçerliliği ve Güvenilirliği	
3.3.4. Öz-Denetim Ölçeği (ÖDÖ)– (Self-Control Scale (SCS)).....	19
3.3.4.1. Öz-Denetim Ölçeği (ÖDÖ)'nin Geçerlilik ve	20
Güvenilirliği	
3.4. Verilerin Analizi.....	20
BÖLÜM IV	
4. BULGULAR.....	21
4.1. Demografik Bilgi Formu Verileri.....	21
4.2. Toronto Aleksitimi Ölçeğinin Demografik Değişkenlere Göre.....	26
Dağılımının İncelenmesi	
4.3. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ) ile	28
Demografik Veriler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	
4.4. Öz-Denetim ile Demografik Veriler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi...30	
4.5. Aleksitimi ile Bedensel Duyumları Abartma ve Öz-Denetim.....	31
Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	
4.6. Bedensel Duyumları Abartma ile Öz-Denetim Arasındaki İlişkinin.....	32
İncelenmesi	
4.7. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) ve Öz-Denetim Ölçeği	33
(ÖDÖ)'nin Alt Ölçekleri ile Demografik Değişkenler Arasındaki	
İlişkinin İncelenmesi	
BÖLÜM V	
5. TARTIŞMA.....	34
5.1. Tartışma.....	34
5.1.1. Demografik Verilere Göre Aleksitimi Oranlarının Tartışılması....	34
5.1.2. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ) ile	36

Demografik Veriler Arasındaki İlişkinin Tartışılması	
5.1.3.Öz-Denetim ile Demografik Veriler Arasındaki İlişkinin Tartışılması	36
5.1.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği, Bedensel Belirtileri Abartma	37

BÖLÜM VI

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	40
6.1.Sonuç	40
6.2.Öneriler	41
7. KAYNAKLAR	44
8. EKLER	50
9. ÖZGEÇMİŞ	67

KISALTMALAR

- ark.** : Arkadaşları
BDAÖ: Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği
çev. : Çeviren
Ed. : Editör
ÖDÖ : Öz-Denetim Ölçeği
s. : Sayfa
S. : Sayı
TAÖ : Toronto Aleksitimi Ölçeği
t.y. : Tarih yok
vb. : ve benzeri

TABLO LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 4.1 : Araştırmaya Katılanların Yaş ve Cinsiyet Dağılımları.....	21
Tablo 4.2 : Araştırmaya Katılanların Medeni Durum Dağılımları.....	22
Tablo 4.3 : Araştırmaya Katılanların Çocuk Sayısı Dağılımları.....	22
Tablo 4.4 : Araştırmaya Katılanların Meslek Dağılımları.....	23
Tablo 4.5 : Araştırmaya Katılanların Gelir Düzeyi Dağılımları.....	23
Tablo 4.6 : Araştırmaya Katılanların Birlikte Yaşamaya Göre Dağılımları	24
Tablo 4.7 : Araştırmaya Katılanların Çalışma Saatlerine Göre Dağılımları	24
Tablo 4.8 : Araştırmaya Katılanların Uyku Süresine Göre Dağılımları	25
Tablo 4.9 : Araştırmaya Katılanların Sigara Kullanımlarına Göre Dağılımları	25
Tablo 4.10 : Araştırmaya Katılanların Alkol Kullanımlarına Göre Dağılımları	25
Tablo 4.11 : Araştırmaya Katılanların İlaç Kullanımlarına Göre Dağılımları	26
Tablo 4.12 : Araştırmaya Katılanların Psikolojik Geçmelerine Göre Dağılımları	26
Tablo 4.13 : Demografik Özelliklere Göre Aleksitiminin Karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.14 : Demografik Özelliklere Göre Bedensel Abartmanın Karşılaştırılması	29
Tablo 4.15 : Demografik Özelliklere Göre Öz-Denetimin Karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.16 : Aleksitimi ile Bedensel Abartma ve Öz-Denetim Arasındaki İlişki	32
Tablo 4.17 : Bedensel Duyumları Abartma ile Öz-Denetim Arasındaki İlişki	33

EKLER

Sayfa No:

EK 1. Gönüllü Katılım Formu.....	51
EK 2. Demografik Bilgi Formu.....	52
EK 3. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20).....	53
EK 4. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ).....	55
EK 5. Öz-Denetim Ölçeği (ÖDÖ).....	56
EK6. Etik Kurul İzni.....	59
EK7. Araştırmanın Yapılmasına Yönelik Kurum İzin Belgesi.....	60
EK8. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği ile Toronto Aleksitimi Ölçeği.....	61
(TAÖ-20)'nin Kullanımı İçin İzin Belgeleri	
EK9. Öz-Denetim Ölçeğinin Kullanımı İçin İzin Belgesi.....	62
EK 10. İntihal Raporu.....	63

GENEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı : Deren DEMİREL
Anabilim Dalı : Psikoloji
Programı : Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı : Yrd.Doç.Dr. Ayşegül YETKİN
Tez Türü ve Tarihi: Yüksek Lisans – Haziran-2017

PSİKOSOMATİK BOZUKLUKLAR VE ÖZ-DENETİM ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, psikosomatik bozukluklarla kişinin öz-denetim seviyesi arasındaki ilişkiyi incelemektir. Kişilerin öncelikle psikosomatik hastalığı olup olmadığı yapılan testlerle belirlenmiş ve sonrasında öz-denetim seviyeleri ölçülmüştür. Bilindiği gibi psikosomatik hastalıkların oluşmasında pek çok faktör etkilidir. Bunlar çevresel, aile yapısı, kişilik özelliği vb. gibi etkenler olabilmektedir. Bu bağlamda kişinin öz-denetim seviyesinin psikosomatik hastalıklarla ilişkili olup olmadığı araştırma konusu olmuştur. Yapılan çalışmada psikosomatik bozukluklar genel başlık olarak ele alınmış olup; bunun sebebi ileride yapılacak olan çalışmalara temel oluşturacak verilere ulaşmaktır. Çalışmamız sonucunda elde edilecek verilerin ışığında bu alanda daha spesifik konularda farklı çalışmalar yapılabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya Özel Emine Örnek Eğitim Kurumlarında çalışan 25-55 yaşları arasındaki 220 kişi katılmıştır. Bu katılımcıların 166'sı kadın, 57'si erkektir. Kişilerin (yaş, cinsiyet, meslek, sosyo-ekonomik düzey, uyku, ilaç kullanımı vb.) sosyodemografik özelliklerini belirlemek için "Demografik Bilgi Formu" kullanılmıştır. Çalışmaya katılan personelin öncelikle psikosomatik hastalığı olup olmadığı yapılmış olan testlerle belirlenmeye çalışılmıştır. Bu amaçla bireyin duygu ve heyecanlarını ne ölçüde tanıdığını ölçen "Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)"

ve kişinin normal bedensel duyularını abartmasını ölçen “Bedensel Duyuları Abartma Ölçeği (BDAÖ)” uygulanmıştır. Bu testlerin sonucunda yapılan “Öz-Denetim Ölçeği (ÖDÖ)” testi ile de kişinin öz-denetim seviyesinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Testler sonucunda elde edilen verilerin analizleri için kullanılmış olan program SPSS 20.0’dur. Verilerin frekans yüzde dağılımları incelenmiş olup, testler arasındaki ilişkiler çapraz tablolar ile birleştirilerek Spearman Korelasyon ile çözümlenmiştir.

Araştırmanın sonucunda Toronto Alekstim Ölçeği ile Bedensel Duyuları Abartma Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki çıkarken, Öz-Denetim arasında ilişki çıkmamıştır. Öz-denetim ile bedensel duyuları abartma ölçeği arasında ise istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: psikosomatik bozukluklar, somatizasyon, öz-denetim, aleksitimi

GENERAL KNOWLEDGE

Name and Surname : Deren DEMİREL
Field : Psychology
Program : Clinical Psychology
Supervisor : Assoc. Doc. Dr. Ayşegül YETKİN.
Degree Awarded and Date : Master – June 2017

THE INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHOSOMATIC DISORDERS AND SELF-CONTROL

ABSTRACT

The purpose of this study is to examine the relationship between psychosomatic disorders and the self-control level of the person. Initially subjects were assessed for the presence of psychosomatic disease and then self-control levels were measured. As is known, many factors are influential in the development of psychosomatic diseases. These are environmental, family structure, personality traits, etc. . In this context, the question of whether the self-control level of the person is related to psychosomatic diseases has been the subject of research. Psychosomatic disorders have been considered as a general topic in the study. The reason is to reach the data that will form the basis for future work. As a result of our work, it is thought that different kinds of studies can be done in this area on more specific topics.

220 people between the ages of 25-55 working in Emine Örnek Educational Institutions dedicated to the research were attended. 166 of these participants were female and 57 were male. "Demographic Information Form" was used to determine the sociodemographic characteristics of people (age, sex, occupation, socio-economic level, sleep, drug use, etc.). Firstly the personnel that participating in the study were tried to be determined by the tests which were whether or not they were psychosomatic diseases. For this purpose, the "Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)" which measures the level of recognition of the individual's emotions and

excitement and the "Somatosensory Amplification Scale (SSAS)" which measures the exaggeration of the normal bodily sensations of the person are applied. As a result of these tests, it is aimed to determine the self-control level of the person with the "Self-Control Scale (SCS)" test. The program used for the analysis of the data obtained as a result of the tests is SPSS 20.0. The frequency distributions of the data were examined and the relations between the tests were solved with Spearman Correlation by combining them with cross tables.

As a result of the research, there was a significant relationship between the Toronto Alexithymia Scale and the Somatosensory Amplification Scale, but no relation was found between Self-Control. There was no statistically significant relationship between somatosensory amplification, and self-control.

Key words: psychosomatic disorders, somatization, self-control, alexithymia

BÖLÜM I

1. GİRİŞ

Günümüzde insanların değişen yaşam şartları karşısında kendilerini farklı şekillerde ifade ettikleri görülmektedir. Yaşam şartları denildiğinde aile ortamından başlayıp iş çevresine kadar çok geniş bir alanda kişinin maruz kaldığı tüm kolay veya zor etkileşimler kastedilmektedir. Bazen bu maruz kalmalar süregelen hale gelir ve kişinin bedeninde kendini rahatsız edici bir şekilde gösterir. Öyle ki çoğu zaman fizyolojik bir hastalık gibi düşünülür. Aslında bu tip rahatsızlıklar günümüzde olduğu gibi çok geçmiş yıllarda da farkedilmiş ve bir çok araştırmacının konusu olmuştur. Genel anlamda insan psikolojisinin bedene yansması olarak tanımlanan bu hastalıklar “Psikosomatik Bozukluklar” olarak bilinmektedir.

Psikosomatik terimi; ruh (psiko) ve beden (soma) kelimelerinden türemiştir. Etkenleri tam olarak belli olmayan ancak, psikolojik yapının rolü gerçek olan ve bütün sistemleri ilgilendiren bedensel rahatsızlıklar psikosomatik bozukluklar olarak kabul edilmektedir. Ortaçağda, bu bozukluklara kötülüğün ve şeytanın neden olduğuna inanılıyordu. Zaman içerisinde bu rahatsızlıkların dikkati çekmesi ile yapılan araştırmalar artmış ve psikosomatik sözcüğü ilk defa 19. yüzyılda literatüre girmiştir. Bu konuda yapılan çalışmalara bakıldığında sık sık karşımıza somatizasyon terimi de çıkmaktadır. Somatizasyon terimi tıp alanında kullanılan bir terim olup psikosomatik terimle karıştırılabilmekle birlikte aslında somatizasyonun kastettiği “duygusal çatışmaların bedene yansyarak fiziksel belirtiler oluşturmaları”dır. Somatizasyon tıbbi olarak açıklanamayan semptomları işlevsel bedensel belirtiler gibi çeşitli sistemler ile tanımlamakta olup; somatitik belirtiler gösteren hastalar psikosomatik, somataform olarak kabul edilmektedir (Lipowski, 1998; Şahin, 2007).

Bu bedensel belirtiler psikosomatik özellikli tıbbi hastalıklarla bağlantılı (sindirim sistemi, deri ile ilgili rahatsızlıklar, solunum, üreme, dolaşım ve kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları) olabileceği gibi, bazen fiziksel yakınmaları açıklayacak

herhangi bir tıbbi hastalığın bulunmadığı bir grup bedensel bozukluğu içeren, “Somatoform Bozukluklar” çerçevesi içinde de değerlendirilebilir (Tunçer, 2005) .

Çalışmamızda psikosomatik bozukluklarla ilişkili olabileceği düşünülen ve zaman zaman “kendini kontrol etme” olarak da karşımıza çıkan öz-denetim, kişinin kendisi ve dünya arasında daha iyi, daha ideal uyuma sahip olması için kendini değiştirme ve uyarlama kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Kişinin öz-denetim seviyesine göre bir zorlukla karşılaştığında nasıl bir tutum sergilediği ve bunlar sonucunda kendini iyi bir şekilde gösteremediği durumlarda bedensel belirtiler gösterme ihtimali üzerinde durulmuştur. Bilindiği gibi insanların öz-denetim kapasitelerinde bireysel değişiklikler görülmekte olup; öz-denetimi düşük olan ve öz-denetimi yüksek olan insanların dünyalarını farklı biçimlerde yapılandırdıkları görülmektedir.

Genel anlamda sürekli kendini kontrol etme, kontrol gücünü tüketebilir; bu da daha sonraki kişisel kontrol çabaları için mevcut gücü azaltır. Yani, başlangıçta dış etmenlere karşı direnen bedende zamanla direncin azaldığı görülür. Örneğin, stresle başa çıkma, olumsuz etkiyi düzenleme ve baştan çıkarılmaya direnme kendini kontrol etmeyi (öz-denetim) gerektirir.

Bu çalışmada, psikosomatik bozukluklar ve öz-denetim arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla öncelikle yapılan literatür taramasıyla konu derinlemesine araştırılarak, konunun temelini oluşturan tanımlara yer verilmiştir. Yapılan araştırmalar neticesinde gerekli bulgular sonuç bölümünde yer almaktadır.

1.1. Problem

Psikosomatik bozukluklar ile kişilerin öz-denetim seviyeleri arasındaki ilişkiyi incelemek bu araştırmanın ana problemini oluşturmaktadır.

1.2. Alt Problemler

1. İncelemenin yapıldığı grubun cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, gelir düzeyi, kim/kimler ile yaşadığı, uyku süresi, çalışma saatleri, ilaç kullanımı, sigara ve alkol kullanımı, psikolojik destek alıp almadıklarına göre Toronto Aleksitimi Ölçeğinin alt ölçekleri olan; duyguları tanımlamada güçlük, duyguları söze dökmede güçlük, dışa dönük düşünme arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

2. İncelemin yapıldığı grubun cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, gelir düzeyi, kim/kimler ile yaşadığı, uyku süresi, çalışma saatleri, ilaç kullanımı, sigara ve alkol kullanımına göre bedensel duyumları abartma ölçeği arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

3. İncelemin yapıldığı grubun cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, gelir düzeyi, kim/kimler ile yaşadığı, uyku süresi, çalışma saatleri, ilaç kullanımı, sigara ve alkol kullanımına göre öz-denetim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı, psikosomatik bozukluklarla kişinin öz-denetim seviyesi arasındaki ilişkiyi incelemektir. Kişilerin öncelikle psikosomatik hastalığı olup olmadığı yapılan testlerle belirlenmiş ve sonrasında öz-denetim seviyeleri ölçülmüştür. Bu çalışmada psikosomatik bozukluklar genel başlık olarak ele alınmış olup; bunun sebebi ileride yapılacak olan çalışmalara temel oluşturacak verilere ulaşmaktır. Çalışmamız sonucunda elde edilecek verilerin ışığında bu alanda daha spesifik konularda farklı çalışmalar yapılabileceği düşünülmektedir.

1.4. Araştırmanın Önemi ve Gerekçesi

Bilindiği gibi psikosomatik hastalıkların oluşmasında pek çok faktör etkilidir. Bunlar çevresel faktörler, aile yapısı, kişilik özelliği vb. gibi etkenler olabilmektedir. Psikosomatik bozukluklar, günümüzde çeşitli kavramlarla ve kuramlarla ele alınmaktadır. Yapılan araştırmaların incelenmesi sonucunda psikosomatik bozuklukların öz-denetim ile olan ilişkisini direk olarak inceleyen bir çalışmanın ele alınmadığı görülmüştür. Bu bağlamda kişinin öz-denetim seviyesinin psikosomatik hastalıklarla ilişkili olup olmadığı araştırmamızın konusu olmuştur. Psikosomatik hastalıkların yaygın fakat keşfinin hala sürdüğü düşünülürse çalışmamız ileride bu alanda yapılacak olan araştırmalara ışık tutacaktır.

1.5. Sayıtlar

Bu çalışmada eğitim kurumundaki çalışanlar (öğretmenler, personel ve yöneticiler) veri toplama amaçlı olan ölçme araçlarını doğru olarak ve içtenlik ile cevaplamışlardır.

1.6. Sınırlılıklar

1- Araştırma, Bursa ili Mudanya ilçesinde bulunan Özel Emine Örnek Eğitim Kurumları'ndaki çalışan personel ile sınırlıdır.

2- Araştırma, 2016-2017 eğitim-öğretim yılı, Mart-Nisan ayları içerisindeki süre ile sınırlıdır.

3- Araştırma için kullanılan veriler Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ) , Öz-Denetim Ölçeği ve Demografik Bilgi Formu ile sınırlıdır.

1.7. Tanımlar

Psikosomatik Bozukluk: Psikosomatik sözcüğünü bahseden ilk kişi JCA Heinroth'tur (1818). Yunancada "ruh" (psiko) ve "beden" (soma) anlamına gelen iki kelimenin birleşmesinden oluşmuştur. Beden ve ruh arasındaki ilişkiyi ifade eder. Bedensel belirtiler tıbbi problemlerle ilişkili olabilir veya olmayabilir bu semptomların tıbbi aıdan açıklanmasına gerek yoktur, ancak kişinin aşırı derecede düşünceleri, duyguları ve endişeleri vardır. Hastalar temelde zihinsel problemlerinden habersizdirler (Dimsdale, 2016). "Psikosomatik" terimi, kişinin zihin ve beden de dahil olmak üzere iki temel bileşenini birleştirmektedir (Montalvo ve Robinson, 2016). Temelde tıbbi bir hastalığın varlığını düşündürebilir, bununda sebebi fiziksel yakınmaların ön planda olmasıdır. Fakat yapılan araştırmalara bakıldığında bu tür bedensel yakınmaları açıklayacak boyutta herhangi bir fiziksel ya da tıbbi bir hastalık söz konusu değildir ve bu durum psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanabilir.

Öz-Denetim: Kişinin benliği üzerinde benlik tarafından kontrol edilme çabası olarak tanımlayabiliriz. Başka bir deyişle kişinin kendi kendini kontrolden geçirme ve/veya kontrol etme çabası olarak da tanımlanabilir.

BÖLÜM II

2. KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Bu bölümde, psikosomatik bozukluk kavramı anlatılmıştır. Psikosomatik bozukluğun tarihsel süreci, yaygınlığı, nedenleri, tanısı, kuramlar ile açıklamaları üzerinde durulmuştur. Ayrıca, öz-denetim kavramı ve öz-denetim düzeyleri hakkındaki incelemeler ile konuyla alakalı çeşitli kaynakların araştırmalarına da yer verilmiştir.

2.1. Psikosomatik Bozuklukların Tarihsel Süreci

Ortaçağda psikosomatik bozukluğun, şeytanın sahip olduğu bir bozukluk olduğuna inanılıyordu. 17. yüzyılda Sydenham, histerinin herhangi bir tıbbi hastalığı taklit edebileceğini belirtmektedir. 19. yüzyılda, 430 vak'a ile histerinin ilk sistematüğini tanımlayan kişi Briquet'tir. Breur ve Freud "Histeri Üzerine Araştırmalar" (Studies on Hysteria) (1893-95) konulu kitabında histerinin sendromunu "duygusal sıkıntının fiziksel belirtilere dönüştürülmesi" olarak açıklamışlardır. "Somatizasyon" terimi ise Stekl tarafından duygusal sıkıntıyı bedensel belirtiler olarak ifade etme olarak tanımlanmıştır. Görüldüğü gibi histeri ve somatizasyon terimi farklı araştırmacılar tarafından benzer şekilde tanımlanmaktadır.

Somatizasyon bozukluğu, uzun zamandır bilinmektedir. 19. yüzyılda bu bozukluğu ilk kez tarif eden kişi Fransız bir doktor olan Paul Briquet'tir. İlk olarak Briquet sendromu denmiştir. 1920'lerde ise Psikosomatik bozukluklar Avrupada yaygın bir şekilde tartışılmaya başlanmıştır. Daha sonra da Amerikada "Psychosomatic Medicine" dergisi yayınlanmıştır (Tunçer, 2005).

Dünya çapında kabul edilmiş ve halen kullanılan ruh sağlığı bozukluklarını tanımlama sistemleri vardır. Bunlardan ilki 1952 yılında yayınlanan DSM (Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders; Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatiksel El kitabı)'dir. Diğerleri ise Dünya Sağlık Örgütünün sistemi olan ICD

(International Classification of Diseases)'nin ruh sağlığını ilgilendiren beşinci bölümüdür. 1968'de yayınlanan DSM-II kitabında psikosomatik bozukluklar psikofizyolojik bozukluklar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Benzer bir sendrom olarak psikosomatik bozukluklar DSM III'de somatizasyon bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Psikosomatik bozukluklar içinde yer alan Somatoform bozukluklar terimi de "organik faktörlerle açıklanmayan, fiziksel semptomlarla karakterize edilen bir grup hastalık" için DSM III'de tanımlanmıştır (Kallivayalil ve Punnoose, 2010). "Somatoform" terimi, fiziksel semptomların psikolojik bir kökene sahip olduğu anlamına gelmektedir ve somatizasyonun, DSM-IV-TR'de somatoform bozukluklar kategorisine dahil edildiği The Encyclopedia of Mental Disorders (2017)'da belirtilmektedir.

Somatoform kategorisi histeri, hipokondriyazis, somatizasyon gibi psikiyatrik bozuklukları içermektedir. DSM IV'e göre, somatoform bozukluklarda ortak özellikler;

-genel tıbbi duruma işaret eden tıbbi durumlardır,

-madde kullanımı veya başka bir zihinsel bozukluk ile açıklanamayan fiziksel belirtilerin varlığıdır. Aynı zamanda, sosyal ve mesleki alanlarda klinik açıdan önemli sıkıntı yaratmaktadır.

Konversiyon bozukluğunda da ayırıcı tanı; somatoform bölümünde bulunmaktadır (Kallivayalil ve Punnoose, 2010).

Psikosomatik bozukluklara en son güncellenen DSM-V'e göre "Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozuklukları" da diyebiliriz. DSM-V'de bu bozukluklar; Bedensel Belirti Bozukluğu, Hastalık Kaygısı Bozukluğu, Dönüştürme (Konversiyon) Bozukluğu (İşlevgören Nöroloji Belirtisi Bozukluğu), Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Ruhsal Etkenler, Yapay Bozukluk (Kendine Yüklenen Yapay Bozukluk), Bir Başkasına Yüklenen Yapay Bozukluk (Önceki adı Bakım Verenin Yapay Bozukluğu), Tanımlanmamış Diğer Bir Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluğudur. DSM-IV-TR'de ise tüm bu bozukluklar Somatoform Bozukluklar başlığı ile karşımıza çıkmaktadır (Kallivayalil ve Punnoose, 2010).

"Hastane Odaklı Psikiyatri El Kitabında" bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar tanı soruları (DSM-5 yönelimli) bölümünde "Belirtilerle ilgili kaygı önde geliyorsa, bedensel belirti bozukluğu tanı ölçütleriyle ilerleyin ya da hasta olmakla ilgili kaygı önde geliyorsa, hastalık kaygısı bozukluğu tanı ölçütleriyle ilerleyin" şeklinde yönlendirmede bulunmaktadır. Bu bozukluklar iki başlıkta ele

almıştır. 1. Bedensel Belirti Bozukluğu, 2. Hastalık Kaygısı Bozukluğu. 1. sindeki kriterlerden birtanesi sıkıntı veren en az bir bedensel belirti olmasıdır. 2. sindeki ise kısaca, düşünüp durmadır. Yani “Ağır bir hastalığınız olduğunu ya da olacağını düşünüp durmaktan kendinizi alıkoyamıyor musunuz?” sorusuna verilen cevaptır (Koroğlu, 2015).

2.2. Psikosomatik Bozukluklar ve İlgili Tanımlar

Psikosomatik bozukluklar; sosyal işlev bozukluklarına neden olarak, kişilerin sorunlarına çözüm bulmak amacıyla sağlık kurumlarına (hastane, sağlık ocakları vb.) başvurularında artışa sebep olabilmektedir (Ekici, t.y.).

Psikosomatik kelimesi; psikolojik nedenlerle ortaya çıkmaktadır ve fiziksel belirtilere işaret etmektedir (Pintrich ve De Groot, 1990).

Psikofizyolojik bozuklukların etkiledikleri organlar Oltmanns (2013) tarafından basit şekilde sınıflandırılmıştır. Bunlar sık görülme oranlarına göre;

- Cilt Rahatsızlıkları: Neurodermanists, hyperhidrosis (cilt kuruması) ve egzama,
- Solunum Yolları Rahatsızlıkları: Bronşiyal Astım, hiperventilasyon (anormal derin ve hızlı hızlı nefes almak),
- Kalp ve Damar Rahatsızlıkları: migren ağrıları, yüksek kan basıncı gibi,
- Gastrointestinal (mide ve barsak sistemleri) rahatsızlıkları: Ülser, gastrit, mideden kaynaklı göğüste yanma, diyare.

Görüldüğü gibi fizyolojik belirtiler psikosomatik özellikleri gösteren tıp ile bağlantılı hastalıklar olarak karşımıza çıkabiliyor (Oltmanns, 2013). Dikkat edilmesi gereken başka bir nokta ise bazen fiziksel belirtilerini veya kişinin bedensel yakınmalarını açıklayabilen her hangi bir hastalık durumunun bulunmadığı zamanlar olabilir. Bu tip durumları araştırma kaynaklarında da görüldüğü gibi Somataform Bozukluklar başlığında inceleyebiliriz (Tunçer, 2005).

Somataform bozukluklar ilk başta tıbbi bir rahatsızlık durumunu akıllara getirsede yapılan tıbbi muayeneler sonucunda herhangi bir hastalık durumunun söz konusu olmadığı psikolojik bir durumdur. Elbette hiç bir tıbbi hastalığın belirlenmemesi tıbbi hiç bir hastalığın bulunmadığı anlamına da gelmez.

Somataform Bozukluklar grubunun içinde:

Somatizasyon Bozukluğu, Konversiyon Bozukluğu, Hipokondriasis, Beden Dismorfik Bozukluğu ve Somataform Ağrı Bozukluğu bulunmaktadır (Tunçer, 2005). Bu çalışmamızda genel başlık olarak psikosomatik bozukluklar ele alınmıştır.

2.3. Psikosomatik Bozukluklar ve Oluşum Sebepleri

Birçok kişi hayatlarının bir bölümünde veya hayat boyu strese maruz kalabilir, fakat her strese maruz kalan kişi psikosomatik belirti göstermez.

İnsanlar sinirlendiklerinde ya da gergin bir ruh halindeyken kalp atışları, nefes alıp vermeleri hızlanabilir ve kan basıncı değişebilir. Bunlar gibi pek çok fizyolojik değişim gözlemlenebilmektedir. Bazı insanlarda bu fizyolojik durumlar geçiçi olabiliyorken, bazılarında ise kalıcı bir rahatsızlık olarak ortaya çıkabilir. Bu durum uzun süre devam ettiğinde ise psikofizyolojik durumlara yol açabilir (Oltmanns, 2003).

Başka araştırmalarda oluşum sebeplerinin içinde; kişinin fizyolojik yapısı, kişilik özellikleri, psikodinamik faktörler, cinsel ve fiziksel istismar, sosyo-kültürel faktörler ve cinsiyet yer almaktadır.

Fizyolojik yapılar; otonomik uyarılma, kas gerginliği, hiperventilasyon, vasküler değişiklikler, serebral bilgi işleme süreci ve uyku bozukluğudur.

Psikolojik yapılar; algısal faktörler, kişisel inançlar, duygu durumları ve kişilik faktörleridir.

Kişiler arası yapılar; akraba ve arkadaş ilişkilerini (sosyal ilişkiler) başlatma, sürdürme, sağlık sistemi ve engellilik kazanımlarını içerir (Kallivayalil ve Punnoose, 2010).

Psikosomatik semptomun ortaya çıkışında demografik özellikleri de göz önünde bulundurmak gerekmektedir (Wijk, 1997).

Araştırmalarda karşımıza benzer olarak somatizasyon terimi de çıkmaktadır. Kallivayalil ve Punnoose (2010) somatizasyonun, temel olarak strese cevap vermenin bir yolu olduğunu belirtmişlerdir.

Somatizasyon terimi; bedenselleştirme demektir. Beden ve zihin bütün davranışlarımızda olduğu gibi bize yansımada bulunur. Bedende yaşanan fizyolojik bir bozukluk olarak sanılsada, özünde psikolojik ve/veya sosyal alanda yaşanan problemler ile ilişkilidir (Ünal, 1999). Somatik bozukluklar da bununla özdeşleşen birşeydir. Ünal (2014)'ın Çukurova Üniversitesi Psikiyatri Ders Notları 7'de bildirdiğine göre; süregelen hastalıkların yaygınlığının; toplumsal bozukluklar, yaşam şartları, kararsızlık, dengesiz bir yaşam ile gelişen uyumsuzluklarla doğru orantıda arttığı vurgulanmıştır. Güleç ve ark. (2007)'nin yapmış olduğu diğer bir araştırmada ise somatizasyon psikososyal stres karşısında bedensel bir yanıt ve buna bağlı olarak tıbbi yardım arama davranışı olarak tanımlanmaktadır.

Somatizasyon bozukluğu, tıbbi olarak açıklanamayan çok sayıda fiziksel veya somatik belirtiyeye işaret eden psikolojik bir hastalıktır. Kişiyi temelde tıbbi bir hastalığın varlığını düşündürebilir. Bunun sebebi ise fiziksel yakınmaların ön planda olmasıdır. Fakat yapılan muayene, tetkikler ve araştırmalara bakıldığında bu tür bedensel yakınmaları açıklayacak boyutta herhangi bir fiziksel ya da tıbbi bir hastalığın söz konusu olmadığı görülmektedir. Yakınmalar bedensel bölgelerde olduğundan kişi bedensel bir hastalığı olduğunu düşünür ve bu yakınmalarını gidermek için tıbbi alandaki gerekli alanlara başvurur (Tunçer, 2005).

Somatizasyon bozukluğunu teşhis edebilmek için şikayetlerin, kişinin iş, okul veya aile gibi önemli faaliyetlerini gerçekleştirme ve toplumsal sorumluluklarını yerine getirmeye önemli derecede etkili olabilecek kadar ciddi olması ya da semptomların yaşayan kişiye tıbbi yardım isteyecek kadar etkili olması gerekir.

Bedensel huzursuzluk, sağlıklı bireyleri de etkileyebildiğinden her somatik belirtiyi de patolojik olarak değerlendirmek yanlış olacaktır. Tıbbi açıdan açıklanamayan semptomları olan hastalar, tüm birinci basamak sağlık konsültasyonlarının %15 ile %30'unu oluşturmaktadır (Kirmayer ve ark., 2004). Göz yaşları ve kızarmalar bunun birer örneği ancak hastalık göstermeyen normal tepkilerdir (Pintrich ve De Groot, 1990). Elbette, tıbbi açıdan açıklanamayan bir belirti mutlaka psikosomatik değildir. Bazı insanların, araştırmalar sonucunda kendini göstermeyen geçici hastalıklara sahip olduğu görülmüştür. Örnek verecek olursak viral enfeksiyonların birçoğu rutin testlere girmemektedir (Pintrich ve De Groot, 1990).

Somatizasyonun süresi, şiddeti, duygu durumu, bireyin duygularını tanıma ve anlatma becerisi kişiler arasında büyük değişkenlik göstermektedir (Lipowski, 1990). Araştırmalarda somatizasyon farklı şekillerde karşımıza çıkmaktadır. Örnek verecek olursak; psikosomatik bozukluk, depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ya da herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan kişilerde de geçici yakınmalar görülebilmektedir. Bu kişilerin ortak bir özelliği vardır. Bunların, strese ve duygusal uyaranlara yanıtları, duygusal ve bilişsel olmaktan çok bedenseldir (Stoudemire, 1991; Kesebir, 2004).

Tanımlanamayan duygular bedensel belirtilerle kendini göstermektedir. Bir araştırmada fiziksel hastalığı olanların sayısının sağlıklı olanlara oranının düşük olduğu durumda kadınların fiziksel belirtileri daha sık ve daha yüksek puanladıkları belirtilmiştir. Bununla birlikte yapılan bazı araştırmalarda somatizasyonun evrensel

olduğu, cinsiyete ve belli bir sosyokültürel sınıfa ya da etnik gruba özgü olmadığı savunulmaktadır (Kesebir, 2004)

Bireyler bazı durumlarda duygularını söze dökemeyebilirler. Bu noktada “aleksitimi” kavramına değinilmelidir.

Aleksitimi kelime anlamı olarak Yunanca'da a: yok, lexis: söz, thymos: duygu anlamına gelen kelimelerin birleşmesinden meydana gelmiş bir kavramdır. Literatürde değişik kavramlarla açıklanmaya çalışılan aleksitimi en basit tanımıyla; duyguları fark etme, tanıma, ayırt etme ve ifade etme güçlüğüdür (Dereboy, 1990). Aleksitimi, bir hastalık değil daha çok bir kişilik yapısıdır (Erden, 2005).

Aleksitimi kavramı 1972'de Sifneos tarafından literatüre kazandırılmıştır. “Duygular için söz yoksunluğu” anlamına gelen aleksitimi, düşlem ve fantezi yaşamındaki kısıtlılık; duygu, düşünce ve fizyolojik tepkileri ayırt etmedeki yetersizlik ve duyguları tanıma ve ifade etmedeki güçlükler olarak tanımlanmaktadır (Şaşıoğlu ve ark., 2014). Aleksitiminin kişinin içsel duygularını tanımlama ve detaylandırma, soyut düşünme ve somatik belirtilerin psikolojik sıkıntının bir ifadesi olabileceğini kabul etme yetilerini engellediği düşünöldüğünden; aleksitimik hastalarla yürütölen psikoterapi, klinisyenler için genellikle zorlu bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Şaşıoğlu ve ark., 2014). Bir başka deyişle, aleksitimik bireyler, duygularını psikolojik bir takım olayların sinyali olarak görememekte ve duygularını bedenlerinde meydana gelen fizyolojik uyarımlar şeklinde yaşamaktadırlar (Taylor ve ark., 1991).

Somatik özellikler gösteren bireyler duygularını tanımakta zorluklar yaşayabilmektedir. Yemez (1991) ve Çelikel ve Saatçioğlu (2002), araştırmalarında duygularını söze dökmekte veya dışa vurmakta zorlanan ve aleksitimik kişilik yapısında olanların, stres ve çatışmalarla başa çıkamayacaklarından fizyolojik belirtiler gösterebileceklerini belirtilmiştir.

Psikosomatik hastalarla yapılan klinik gözlemler sonucu ortaya çıkması sebebiyle, kavramın kullanılmaya başladığı ilk yıllarda aleksitimi ile ilgili daha çok farmakolojik tedavi yaklaşımları önerilmiştir. Ancak daha sonraları aleksitiminin sosyokültürel ve bilişsel yönlerinin keşfedilmesi ile birlikte psikoterapi yaklaşımları da sahneye çıkmıştır (Şaşıoğlu ve ark., 2014).

2.4. Psikosomatik Bozuklukların Yaygınlığı

Kirmayer ve Young (1998), somatizasyonun bugüne kadar incelenen toplumlarda yaygın olduğunu belirtmektedir.

Bilim adamları her yıl önceden açıklanamayan tıbbi şikayetlerin sebebini keşfetmişlerdir. Ancak, hastalıklarına kesin tanı konulmamış bir çok insan vardır. Tıbbi açıdan açıklanamayan belirtiler, psikolojik veya davranışsal nedenlerden dolayı tamamen veya kısmen mevcuttur (Weinstein ve Mayer, 1986; Pintrich ve De Groot, 1990).

Kuzey Amerika'da yaşayan mülteci ve göçmenlerde major depresyon ve anksiyete bozukluklarının prevalansı yüksektir. Bu gözlemden yola çıkarak yapılan epidemiyolojik çalışmalarda bu kişilerin tıbbi yardım için başvurularının en sık nedeninin somatik yakınmalar olduğu saptanmıştır (Hsu, 1999; Kesebir, 2004).

Sağlıklı bireylerin yaklaşık %80'ninin her hangi bir hafta içerisinde en az bir somatik (bedensel) belirti yaşadığı söylenmektedir (Şahin, 2007).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada bu olguların çoğunlukla kadınlarda olduğu belirtilmiştir (Şahin, 2007). Sağlıklı bir populasyonda yapılan bir çalışmada kadınlarda somatizasyon sıklığının mevsime bağlı olduğu belirlenmekle birlikte, bu erkeklerde görülmemiştir. Bu çalışmada somatik bozukluk ile gün ışığı süresi arasında pozitif bir korelasyon olduğu belirtilmiştir (Schlager ve ark., 1993; Kesebir 2004). Başka bir çalışmanın sonuçlarına göre ise erkekler depresyundayken ortaya çıkan somatik belirtilerden kadınlara göre iki kat daha fazla yakınmaktadır (Köroğlu, 1998).

Somatizasyonun toplumun düşük sosyo ekonomik ve düşük eğitim düzeyine sahip kesiminde, göç etmiş ve azınlık gruplarında daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Kirmayer, 1984; Cloninger ve ark., 1986; Kesebir, 2004).

Araştırmalar somatik bozukluğu olan kadın hastalarda aleksitimi oranının yüksek olduğunu göstermiştir (Cloninger ve ark., 1986; Çelikel ve Saatçioğlu, 2002).

2.5. Psikosomatik Bozuklukların Kuramlar İle Açıklanması

Fizyolojik ağrıların altında yatan etkenler psikolojik durumdan kaynaklanabilir. Günümüzde bu tip rahatsızlıklar sıklıkla görülmekte olup, bu konuda pek çok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaların çoğunda ruhsal ya da psikolojik durumumuzun bedenimize yansımalarının mümkün olduğu belirtilmektedir.

Psikosomatik bozuklukları açıklayan birçok kuram mevcut olup, bu kuramlar farklı açılardan konuyu incelemiştir.

2.5.1. Biyolojik Kuramlar

Oltmanns ve ark. (2003), psikosomatik bozuklukları biyolojik kuram olarak, bedensel zayıflık kuramı (somatic weakness theory), özgül tepki kuramı (specific-reaction theory) ve evrim kuramı ile açıklamaktadır. Buna göre;

Bedensel Zayıflık Kuramı: Genetik sebepler, yetersiz beslenme ya da hastalıktan zayıf düşmüş olmak bireyi stresten etkilenmeye daha yatkın hale getirir. Medical bir hastalık herhangi bir organı zayıflatabilir

Özgül Tepki Kuramı: Bazı insanlar genetik yapılarından dolayı stres ile karşılaştıklarında daha fazla tepki gösterirler. Kimisinin aynı koşullar ve stres altındayken kan basıncı yükselirken bir başka kişinin midesinde normalden fazla asit salgılanır. Birinde hipertansiyona yakalanma durumu var iken diğerinde ülsera yakalanabilme durumu vardır.

Evrin Kuramı: İnsanlığın geçmişten günümüze kadar gelen evrimi ile açıklanan bu teori tehlike durumunda kaç ya da savaş (fight or flight) tepkilerini göster şeklinde belirtilir. İnsanlar sadece fiziksel değil psikolojik tehditlerle karşılaştığında da bu sistemi devreye sokabilir. Bazen düşsel kurgularımız bile otonom sinir sistemimizi uyarıp kaç ya da savaş sistemini devreye sokabilir.

2.5.2. Psikolojik Kuramlar

Psikanalitik kuram somatizasyonu incelemiştir. “Acıyan Beden” adlı kitapta Derleyen Cengiz Y.’nin önsözde bildirdiğine göre, psikosomatik hastalıklarda acısını dışarı vuran, acıyı görünür kılan bedendir. Beden kendi duyuları ve dış dünyadan gelen uyarılar karşısında korunmasızdır, ruhsallığın temsili yetisi yeterince gelişmemiştir (Cengiz, 2015).

Tehlikeli durumlarda ruhsal yapı ilkel bir ruhsal mesajla dili atlayıp bedene bir uyarı gönderir. Bedensel uyarılar psikosomatik işlev bozukluğuyla sonuçlanabilir. Örneğin, ülseratif kolitte olduğu gibi beden içeriğini acilen boşaltma ihtiyacı, nefes tutma ihtiyacı (bronşiyal astımda olduğu gibi) egzama ve ürtikerde olduğu gibi şiddetli deri reaksiyonları ortaya çıkar (McDougall, 1989). Yine McDougall (1989)’ın belirttiği gibi beden de aynen zihin gibi tekrarlama zorlantısına mahkumdur. Freud “Haz İlkesinin Ötesinde” makalesinde, bunu yıkıcı itkilere bağlamıştır. Bedensel alanda uygun uyarılar karşısında ya da önemli bir ilişkide tehdit sinyali alınırca, bu tür beden-zihin tepkisi tekrarlanır (McDougall, 1989).

Psikanalistler fiziksel bozuklukları, bastırılmış ya da çözümlenmemiş çatışmaların dışavurumu olarak belirtirler. Örnek verecek olursak, ülserin

doyurulmamış anne-baba sevgisinin bastırılmasından kaynaklandığı belirtilmektedir (Oltmanns, 2003).

Psikosomatik bozukluklar bilişsel ve davranışsal kuramlar ile de açıklanabilmektedir. Biyolojik kuramlarda bahsedilmiş olan evrime dayalı kuramda, düşüncelerin de insanı olumlu ya da olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir. Bu sebeple, fiziksel ya da gözle görülür duyulur bir tehlike olmasa da, insan tamamen düşüncelerinden dolayı strese girebilir. Kişilerin hayata bakış şekilleri önemlidir çünkü, bazı durumları bir kişi tehlikeli olarak algıırken, diğer bir kişi heyecanlı veya ilginç olarak yorumlayabilir. Bu tür psikosomatik bozuklukları anlamak için olaya çok yönlü bakış açısı ile yaklaşmak gerekmektedir (Oltmanns, 2003).

Aile içinde öğrenilmiş davranışların psikosomatik belirtilerin görülmesindeki etkisi davranışçı yaklaşıma göre açıklanabilir (Tunçer, 2005).

2.6. Öz-Denetim

İnsanlar, doğası gereği hoşlandıkları deneyimlerin peşinde koşarlar. İnsanların olumlu deneyimlerini tekrarlarırken, olumsuz olanlarını tekrarlamama eğiliminde olması insan psikolojinin gereğidir (Alicke ve Sedikides, 2009; Duyan ve ark., 2013).

Öz-denetim, kişinin kendisi ve çevresi ile daha iyi bir uyuma ulaşması için kendini değiştirme ve/veya adapte etme özelliği olarak değerlendirilmektedir. Her insanların farklı öz-denetim seviyesine sahiptir. Öz-denetimi düşük olan ve öz-denetimi yüksek olan insanlar, farklı yaşam biçimlerine sahiptir (Duyan ve ark., 2012).

Öz-denetimi düşük insanlar için davranışların çoğunluğu zordur. Öz-denetimi yüksek olan insanlar için ise çoğu davranış sıkıntısız ve kolaydır (Mehta, 2010; Duyan ve ark., 2012).

İyi bir öz kontrolde daha az agresyon ve suçluluk, daha iyi psikolojik uyum, zihinsel sağlık, akademik performans, daha başarılı karşılıklı ilişkiler, daha az finansal ve dürtü kontrol problemi görülür. Örneğin, daha az yeme bozukluğu, alkol, nikotin ve diğer kötü maddelerin kullanımı görülür (Friese ve Holfmann, 2009).

Zaman zaman kendini kontrol etme şeklinde tanımlanan öz-denetimin gücü zamanla azalabilir. Bu da daha sonraki kişisel kontrol çabalarını başarısız kılabilir. Stresle başa çıkma, olumsuz etkiyi düzenleme ve baştan çıkarılmaya direnme kendini kontrol etmeyi (öz-denetim) gerektirir ve bu tür öz-denetim çabalarından sonra, kendi kendini kontrol etme girişimlerinin başarısızlığa uğraması daha olasıdır.

Örneğin, insanın sürekli kendini kontrol çabaları dikkat gibi bazı özelliklerin zamanla bozulmasına sebep olabilir. Bu azalmaların sebebi, muhtemelen, kendini kontrol girişimi tarafından üretilen olumsuz ruh halleri veya öğrenilmiş çaresizlikten kaynaklanmamaktadır. Bu azalmalar, kendine hakimiyeti içeren davranışlara özgü görünmektedir. Kendini kontrol etmeye ihtiyaç duymayan davranışlarda ne kendini tüketme ne de kontrolde güç gerekir (Muraven ve Baumeister, 2000).

Çoğu zaman insanlar sabahları uyandıktan sonra tekrar uykularına geri dönmek, yasak gıdalar yememek, iş yerinde oyun oynamamak, uygunsuz cinsel ilişki ya da şiddet içeren eylemlerde bulunmamak veya saygısız şeyler yapmamak için direnirler. Bu davranışlar belki kişiyi kısa süreli iyi hissettirebilir veya işlerini kolaylaştırabilir, ancak uzun vadede bu davranışlarda bulunmuş olmak bedel taşıyan, doğru davranış kurallarını ve diğer kuralları ihlal eden davranış türleridir. Öz kontrol, özellikle ideal değerler, ahlak ve sosyal beklentiler gibi standartlara uyma ve uzun vadeli hedeflerin peşinde olma kapasitesini ifade eder. Birçok araştırmacı, kendi kendine kontrol ve kendi kendini düzenleme kavramlarını birbirinin yerine kullanır, ancak ayırım yapmak isteyenler tipik olarak benlik denetimini, kendi kendini düzenleme konusunun kasıtlı, bilinçli ve çaba gösteren alt kümesi olarak kabul eder (Baumeister ve ark., 2007).

Öz-denetim başka bir literatürde karşımıza, benlik üzerinde kendi kendini kontrol etme çabası olarak ortaya çıkmaktadır. İnsanlar, kurallara uyduğunda kendilerini kontrol altına alır veya hazlarını ertelerler (Hayes ve ark., 1996). Kişi kendi kendine kontrol olmaksızın, normal, tipik veya istenen davranışı gerçekleştirir. Kendini kontrol etme, rekabet eden dürtüleri, davranışları veya arzuları geçersiz kılmayı veya engellemeyi içerir (Baumeister ve ark., 1994). Birçok davranış (matematik problemlerini çözmek gibi) zordur ve çaba gerektirir. Ancak, dürtüleri, davranışları, arzuları veya duyguları asgariye indiren veya engelleyen bir gerekliliktir. Dolayısıyla, tüm çabalı davranışlar kendi kendini kontrol davranışları değildir (Muraven ve Baumeister, 2000).

Duygusal açıdan bakıldığında sinir biliminin amaçları, beyin mekanizmalarının zevklerini ve isteklerini nasıl oluştuğunu anlamak ve buna göre bu tarz durumlar için daha etkili tedaviler bulmaktır (Haber ve Knutson, 2010; Kringelbach ve Berridge, 2010; Panksepp, 2011; Damasio ve Carvalho, 2013; Heller ve ark. , 2013; Anderson ve Adolphs, 2014; Berridge ve Kringelbach, 2015). Duygu bozuklukları zevk reaksiyonlarının (klinik anhedoniada olduğu gibi) patolojik yokluğu veya aşırı

hoşnutsuzluğun (ağrı, tiksinti, depresyon, kaygı veya korku gibi disforik duygular) varlığına neden olabilir (Berridge ve Kringelbach, 2015). Öz-denetim, insanın kişilik yapısındaki en önemli ve faydalı süreçlerden biri olarak belirtilmiştir (Mehta, 2010).

Özetle, düşük ve yüksek öz denetimli insanlar kendi dünyalarını farklı şekillerde yorumlarlar. Düşük öz-denetimli kişiler birçok davranışı, özellikle de düzenleyici davranışlarını, külfet olarak algılamaktadır. Sabır gerektiren veya zor bir davranışın tamamlanmasının ardından, kendinden kontrollü olmayan bir kişinin başarısızlık göstermesi daha olasıdır. Yüksek öz-denetimli kişiler, birçok davranışını zorlu ve ödüllendirici olarak algılamaktadır. Zorlu bir davranışın tamamlanmasının ardından, kendi kendini kontrol eden (öz-denetimi yüksek olan) kişi, muhtemelen davranışını sürdürecektir (Laran ve Janiszewski, 2010; Mehta, 2010).



BÖLÜM III

3. YÖNTEM

Bu bölümde sırasıyla araştırma modeli, araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve verilerin analizi ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

3.1. Araştırma Modeli

Psikosomatik bozukluklar ile öz-denetim arasındaki ilişkinin düzeyini inceleyen bu çalışma ilişki tarama modeli ile gerçekleştirilmiştir. Bilindiği gibi ilişki tarama modelinde değişkenler arasındaki düzeyi belirlemek iki şekilde yapılabilmektedir. Bunlar korelasyon ve karşılaştırmalardır. Ayrıca, ilişki tarama modelinin yapılabilmesi için en az iki değişkenin olması şarttır (Karasar, 2015).

3.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Çalışmanın evreni Bursa ili Mudanya ilçesinde bulunan Özel Emine Örnek Eğitim Kurumlarında çalışan öğretmen, yönetici ve hizmetli gruplarından oluşmaktadır.

Araştırmanın örnekleme için, kolay ulaşılabilir örnekleme modeli kullanılmıştır.

Örnekleme, bu okuldaki çalışan personelden gönüllülük ilkesiyle doldurulan ve elden yapılan test yoluyla uygulanan ölçeklerden alınmıştır. Örnekleme oluşturan katılımcılar 25-55 yaş arasındaki çalışan yetişkinlerdir. Kurumda 398 kişi çalışmakta olup, bu çalışmada %55 ile 220 kişiye ulaşılmıştır. Sayının tüm çalışanlar olmamasının nedeni yaş sınırlaması ve bazı çalışanların doğal olarak ankete katılımı reddetmesidir. Bu 220 kişiden %75,5 ile 166'sı kadın, %24,5 ile 54'ü erkek çalışanlardır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmanın amacı doğrultusunda gönüllülük ilkesi ile yapılmış olan anketler kullanılmıştır.

Bu kapsamda gönüllü katılımcılara çalışmanın sonucuna etkisinin olabileceğini düşündüğümüz demografik özelliklerini belirlemek amacı ile

arařtırmacı tarafından hazırlanan “Demografik Bilgi Formu” anketi uygulanmıřtır. Psikosomatik bozuklukların varlıđını belirlemede etkisinin olabileceđi dűřünűlen aleksitimi düzeyinin ۆlçűlmesi amacıyla yirmi soruluk “Toronto Aleksitimi ۆlçűđi (TAÖ-20)”, bedensel duyularını abartma seviyelerini ۆlçmek için “Bedensel Duyularını Abartma ۆlçűđi (BDAÖ)” uygulanmıřtır. Psikosomatik bozukluklarla iliřkisini ۆlçtüđűműz öz-denetim seviyesini belirlemek için ise “Öz-Denetim ۆlçűđi (ÖDÖ)” uygulanmıřtır.

3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Katılımcıları değerlendirirken onları tanımlayacak sorular sorulmuştur. Bu soruların cevaplarının yazılı bir şekilde testör tarafından belirlenen kağıtlara not edilmesi istenmiştir. Bu sorular katılımcının cinsiyet, yaş, medeni durumu, çocuk var mı?/yok mu?, yaşadığı şehir, meslek, ekonomik durumu, kimle veya kimlerle yaşadığı ve bunlara ek olarak günlük çalışma saati, uyku saati, sigara, alkol ve ilaç kullanımı, daha önceden bir ruh sağlığı profesyonelinden psikolojik bir destek aldı mı? gibi sorulardan oluşmaktadır. Bu sorular öncelikle kişinin yaşam şeklinin anlaşılması ve araştırmaya destek olması için hazırlanmıştır.

3.3.2. Toronto Aleksitimi ۆlçűđi (TAÖ-20) (Toronto Alexithymia Scale (TAS-20))

Aleksitimi, bireyin duygu ve heyecanlarını farkedememesi olarak tanımlanan bir ۆlçektir. Güvenilirliđi Güleç ve ark. (2009) tarafından yapılmış olan Toronto Aleksitimi ۆlçűđi, Bagby ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir.

Ölçek likert tipidir. 1 ile 5 arasında (1= hiçbir zaman, 2= nadiren, 3= bazen, 4= sık sık, 5= her zaman) puanlanan toplam 20 maddeden oluşmaktadır.

61 puan ve üstű gibi yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyesini gösterir. Aleksitiminin olmaması ya da yokluđu için ise 51 puan ve altının alınması gereklidir (Güleç ve Yenel, 2010). Bu ۆlçek üç alt ۆlçek ile deđerlendirilmektedir. Bunlar; (TAÖ-F1) duygularını tanımlamada güçlük, (TAÖ-F2) duygularını söze dökmede güçlük ve (TAÖ-F3) dıřa vuruk (dönűk) dűřünceden oluřmaktadır.

Alt ۆlçeklerdeki; duygularını tanıma zorluğunun soruları; 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14, duygularını ifade etme zorluğu soruları; 2, 4 (ters), 11, 12, 17 ve dışa dönűk dűřünce soruları; 5 (ters), 8, 10 (ters), 15, 16, 18(ters), 19 (ters), 20 numaralandırılmış sorular olarak belirlenmiştir (Güleç ve ark., 2009; Güler, 2014:34, Yıldırım ve ark., 2016:77).

3.3.2.1. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)'nin Geçerliliği ve Güvenilirliği

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) başlangıçta Türkçeye Kemal Sayar tarafından çevrilmiştir. Bu çeviride orijinal maddeleri gözden kaçırıldığından, Samet Köse Türkçeye yeniden çevirmiştir. Sonradan orijinal versiyonu ile yeniden yapılan çeviri versiyonunun hata ve tutarsızlıkları karşılaştırılmış ve uzlaşılana kadar çevirileri yapılmıştır. Toronto Aleksitimi Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği Güleç ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılmıştır.

Bagby ve ark. (1994 a), gelişimsel çalışmalarda ölçeğin iç tutarlık kat sayısını $r = 0.81$ olarak bulmuşlardır. Ayrıca üç haftalık bir süreç içerisinde yapılan tekrar test güvenilirliğininin $r = 0.77$ olduğunu söylemişlerdir. Faktör çalışmalarında, üç faktörlü toplam varyansın %31.0'ini oluşturan bir çözümdür. İlk faktör (TAÖ-1), toplam varyansın %12.6'sını (iç tutarlılık, $r = 0.78$); ikinci faktör (TAÖ-2) toplam varyansın %10.0'u (iç tutarlılık, $r = 0.75$); üçüncü faktör (TAÖ-3) ise toplam varyansın %8.80'ini (iç tutarlılık, $r = 0.66$) açıklamaktadır.

Toplam ölçek cronbach alfa değeri 0.78, alt ölçeklerinde ise duygularını tanıma zorluğu: 0.80, duygularını söze dökmede güçlük: 0.57 ve dışa vuruk düşünce: 0.63 olarak bulunmuştur (Güleç ve ark., 2009).

Aleksitiminin varlığından söz edilmek istenir ise 61 puan ve üstünün alınması aleksitimi yokluğu için ise 51 ve altının alınması uygun görülmüştür (Güleç ve Yenel, 2010). 51 ve 61 puanları arasındakiler ise “borderline” yani sınır olarak adlandırılmıştır (Taylor ve ark., 1997) .

3.3.3. Bedensel Duyuları Abartma Ölçeği (BDAÖ) (Somatosensory Amplification Scale (SSAS))

Bedensel Duyuları Abartma Ölçeği (Somatosensory Amplification Scale), Barsky ve ark. (1998) tarafından geliştirilmiştir. BDAÖ, 10 maddeden oluşmaktadır. Likert tipi, 1-5 arasında puanlar verilerek uygulanır. Bu maddeler genelde bir hastalık belirtisi olmayan fakat bedeni rahatsız eden belirtileri içermektedir. Alınan puanlara göre büyütme ya da abartma puanı oluşur (Güleç ve ark., 2007). Yani, büyütme ya da abartma puanı toplam puanı oluşturmaktadır.

3.3.3.1. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ) Geçerliliği ve Güvenilirliği

Bu ölçek, Barsky ve ark. (1990) tarafından geliştirilmiş olup, ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini Güleç ve ark. (2007) yapmıştır. Çalışma Karadeniz Teknik Üniversitesi'nde, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon merkezine, ayaktan başvuran aynı zamanda FMS tanısı ile Göğüs Hastalıkları Polikliniğine başvurarak astım tanısı konan kişilerle yapılmıştır. İlk grup 86 üniversite öğrencisi; 46 kadın ve 40 erkekten oluşmaktadır. Bir diğer grup ise 42 hasta; 32 kadın ve 10 erkek olmak üzere toplam 128 kişiden oluşmaktadır.

Cronbach's alfa değeri; 0.60 ve üstü kabul edilebilir sınır olarak alınmıştır. Madde-toplam korelasyon düzeyi; 0.15 üst olarak alınmıştır. Geçerliliğin ölçümünde de Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmıştır. Toplam puanı ve her sorunun tutarlılığı Pearson ve Spearman korelasyon yöntemleri ile hesaplanmıştır. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeğinin Türkçeye uyarlamasının korelasyonu; 0.73 düzeyinde belirtilmiştir. Aynı şekilde her bir soruya tek tek bakıldığında ise en düşük korelasyon; 0.51, en yüksek korelasyon ise 0.66 olarak belirlenmiştir (Güleç ve ark., 2007).

3.3.4. Öz-Denetim Ölçeği (ÖDÖ) (Self-Control Scale (SCS))

Öz-Denetim Ölçeği (Self-Control Schedule), Rosenbaum (1980) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Duyan ve ark. (2012) tarafından yapılmıştır.

Bu ölçek insanların öz-denetim davranışlarına ilişkin yapılarını ve bu davranış şeklinin günlük yaşamda sorunlarla karşılaşıldığında kullanma eğilimini üç farklı boyutta belirlemeye yönelik bir ölçektir. Öz-denetimin üç işlevinden bahsedilmiştir bunlar; onarıcı öz-denetim (redressive), yenileyici öz-denetim (reformative) ve yaşantısal özdenetim (experiential) (Rosenbaum, 1993). Onarıcı öz-denetim kişinin hedefleri için yaptığı davranışları üzerinde etkisi olan duyguları, acıları denetleyebildiği davranışlarıdır. Kısaca bu denge kurmaya yardımcı olur. Yenileyici öz-denetim; kişideki değişim sürecini içermektedir. Yaşantısal öz-denetim, bireyin cognitive denetim sürecinin sonuçlarının üstesinden gelip gelemediği ve yapmaktan zevk aldığı hobilerini içermektedir (Duyan ve ark., 2012).

Ölçekte toplam 36 madde bulunmaktadır. Öz-Denetim Ölçeği ilk olarak tek boyutlu, fakat sonradan üç farklı boyut ile uygulanmıştır. Bu üç alt ölçeğin puan aralığı şöyledir; Yaşantısal Öz-Denetim ve Onarıcı Öz-Denetim bunlardan

alınabilecek puan -33 ile +33 arasındadır; Yenileyici Öz-Denetim alt ölçeğinden alınabilecek toplam puan -42 ile +42 arasındadır. Bu ölçeğin tamamından alınabilecek puanlarsa -108 ile +108 arasında değişmektedir (Duyan ve ark., 2012).

Maddelerde belirtilen ifadelere, kişilerden “Bana tamamen uyuyor ise (+3)”, ile “Bana tamamen uymuyor ise (-3)” arasındaki derecelere göre görüş bildirmeleri istenmektedir (Duyan ve ark., 2012). ÖDÖ’deki yüksek puanlar öz-denetim düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Düşük alınan puanlar öz-denetim seviyesinin düşük olduğunu gösterir (Duyan ve ark., 2012).

3.3.4.1. Öz-Denetim Ölçeği (ÖDÖ) Geçerlilik ve Güvenilirliği

Öz-denetim ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1796 üniversite öğrencisi üzerinde Duyan ve ark. (2012) tarafından gerçekleştirilmiştir.

Ölçekte 36 madde bulunmaktadır. Yaşantısal Öz-Denetim boyutunun toplam korelasyon puanı; 0.371 ile 0.617, Yenileyici Öz-Denetim boyutunun korelasyon puanı; 0.262 ile 0.500 ve son olarak üçüncü faktörü olan Onarıcı Öz-Denetim boyutunun korelasyon puanı; 0.249 ile 0.503 arasında değişmektedir. Tekrar test yöntemi ile güvenilirlik, tutarlıkları ve homojenliklerini ölçmek için kullanılmıştır. Öz-denetim ölçeğinin tamamının cronbach alpha katsayısı: 0.809, Yaşantısal Öz-Denetim boyutunun cronbach alpha katsayısı: 0.836; Yenileyici Öz-Denetim boyutunun cronbach alpha katsayısı: 0.758 ve Onarıcı Öz-Denetim boyutunun cronbach alpha katsayısı: 0.725’dir.

Dil geçerliliği için ölçek, Türkçe ve İngilizce formlarının aynı anlama gelip gelmediğini test etmek amacıyla iyi düzeyde İngilizce bilen üniversite öğrencilerine uygulanmıştır. Bunların sonucunda Pearson Momentler Çarpım Korelasyonunun Katsayısı 0.895 ($p= 0.000$) olarak bulunmuştur (Duyan ve ark., 2012).

3.4. Verilerin Analizi

Veriler, Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (IBM SPSS 20.0 versiyonu) programı ile incelenmiş olup verilerin frekans dağılımlarına bakılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde çapraz tablolar, ki-kare, spearman’s rho korelasyon uygulanmıştır

BÖLÜM IV

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçların istatistiksel analizleri, bulguları ve bunlarla bağlantılı olarak yorumları yer almaktadır. Araştırmaya katılan kurum çalışanlarının sayısı 220'dir. 220 çalışan personelin de anketi geçerli sayılmıştır. Bu durum ile ölçeklerin yanıtlanma oranı %100 olmuştur.

4.1. Demografik Bilgi Formu Verileri

Bu formdaki bilgiler kişiyi tanıma amaçlı olup; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, meslek, gelir, birlikte yaşama, çalışma saati, uyku, alkol, sigara, ilaç kullanımı ve psikolojik geçmişleri ile alakalı bilgilerden oluşmaktadır.

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılanların Yaş ve Cinsiyet Dağılımları

Değişkenler	Frekans	Yüzde
YAŞ		
25-30	34	15,5
31-35	36	16,4
36-40	66	30,0
41-45	38	17,3
46-50	25	11,4
51-55	21	9,5
CİNSİYET		
KADIN	166	75,5
ERKEK	54	24,5
Toplam	220	100,0

Tablo 4.1'de görüldüğü gibi ankete katılan toplam kişi sayısı 220'dir. Bunların cinsiyet dağılımına bakıldığında 166'sı (%75,5) kadın, 54'ü (%24,5) erkek

çalışanlardan oluşmaktadır. Bu katılımcıların en büyük grubu kadınlardan oluşmakta olup, cinsiyete göre en küçük grup dağılımı ise erkeklerden oluşmaktadır.

Yine aynı tabloda ankete katılanların 34'ünün (%15,5) 25-30 yaş grubunda, 36'sının (%16,4) 31-35 yaş grubunda, 66'sının (%30,0) 36-40 yaş grubunda, 38'inin (%17,3) 41-45 yaş grubunda, 25'inin (%11,4) 46-50 yaş grubunda, 21'inin (%9,5) 51-50 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Görüldüğü gibi en fazla yaş dağılımı 36-40 yaşları arasında olup, en az yaş dağılımı olan grup ise 51-55 yaşları arasındaki örneklem grubudur.

Tablo 4.2. Araştırmaya Katılanların Medeni Durum Dağılımları

	Frekans	Yüzde
Bekar	54	24,5
Evli	166	75,5
Toplam	220	100,0

Tablo 4.2'de görüldüğü gibi demografik bilgilerdeki medeni durumu incelediğimizde; bekar olanların sayısı 54 (%24,5), evli olanların sayısı ise 166 (%75,5) kişidir. Medeni durum açısından evli olan grup en büyük grubu, bekar olanlar ise en küçük grubu oluşturmaktadır.

Tablo 4.3. Araştırmaya Katılanların Çocuk Sayısı Dağılımları

	Frekans	Yüzde
Çocuksuz	59	26,8
1 Çocuklu	62	28,2
2 Çocuklu	84	38,2
3 Çocuklu	14	6,4
4 Çocuklu	1	0,5
Toplam	220	100,0

Anketi geçerli sayılan 220 kişinin çocuk sayılarına bakıldığında, çocuksuz kişi sayısı 59 (%26,8), 1 çocuğu olan kişi sayısı 62 (%28,2), 2 çocuğu olanların sayısı 84 (%38,2), 3 çocuğu olanların sayısı 14 (%6,4) ve 4 çocuğu olanların kişi sayısı 1'dir (%0,5) (Tablo 4.3). Bunlar incelendiğinde en büyük çocuk dağılımı grubunu 2 çocuk sahibi olanlar oluşturmakta, en küçük grubu ise 4 çocuk sahibi olanlar oluşturmaktadır.

Tablo 4.4. Araştırmaya Katılanların Meslek Dağılımları

	Frekans	Yüzde
Hizmetli	104	47,3
Öğretmen	99	45,0
Öğretmen (Yönetici)	17	7,7
Toplam	220	100,0

Araştırmaya katılanların meslek gruplarının dağılımlarını incelediğimizde 104'ü (%47,3) hizmetli, 99'u (%45,0) öğretmen, 17'si (%7,7) yönetici konumundaki öğretmenden oluşmaktadır (Tablo 4.4). Araştırmada meslek gruplarındaki en büyük grubu hizmetliler, en küçük grubu da yöneticiler oluşturmaktadır.

Tablo 4.5. Araştırmaya Katılanların Gelir Düzeyi Dağılımları

	Frekans	Yüzde
1.000TL ve altı	21	9,5
1.050-3.000TL	151	68,6
3.050-5.000TL	36	16,4
5.050-7.000TL	6	2,7
10.000TL ve üzeri	6	2,7
Toplam	220	100,0

Araştırmamızda katılımcıların tümünün gelir düzeyleri incelendiğinde 21'i (%9,5) 1.000 TL ve altı çalışanlardan (bu grup part time çalışanlardan oluşmaktadır), 151'i (68,6) 1.050-3.000 TL arasındaki çalışanlardan, 36'sı (%16,4) 3.050-5.000 TL gelirlisi, 6'sı (%2,7) 5.050-7.000 TL gelirlisi ve yine 6'sı (%2,7) 10.000 TL ve üzeri gelirlisi çalışanlardan oluşmaktadır (Tablo 4.5). Görüldüğü gibi ankete katılanlar gelir bakımından en fazla 3.050 – 5.000 TL arasında gelire sahip olanlardan oluşmaktadır.

Tablo 4.6. Araştırmaya Katılanların Birlikte Yaşamaya Göre Dağılımları

	Frekans	Yüzde
Çekirdek aile	182	82,7
Büyük aile	27	12,3
Arkadaş ile	5	2,3
Yalnız	5	2,3
Diğer	1	0,5
Toplam	220	100,0

Araştırmaya katılanların kim ya da kimler ile yaşadıklarının oranlarına bakacak olursak; çekirdek ailede yaşayan kişi sayısı 182 (%82,7), büyük ailede yaşayanların sayısı 27 (%12,3), arkadaş ile yaşayanların sayısı 5 (%2,3), yalnız yaşayanların sayısı ve oranı 5 (%2,3) ve diğer grubunu yanıtlayanların sayısı 1'dir (%0,5) (Tablo 4.6). En büyük birlikte yaşama dağılımı çekirdek ailededir. En küçük birlikte yaşam dağılımı ise diğer grubunda bulunmaktadır.

Tablo 4.7. Araştırmaya Katılanların Çalışma Saatlerine Göre Dağılımları

	Frekans	Yüzde
1-2 saat	10	4,5
3-5 saat	14	6,4
6-8 saat	55	25,0
9-10 saat	120	54,5
10+ saat	21	9,5
Toplam	220	100,0

Katılımcıların çalışma saatlerini Tablo 4.7'de incelediğimizde; 1-2 saat arası çalışan sayısı 10 (%4,5), 3-5 saat arası çalışan sayısı 14 (%6,4), 6-8 saat arası çalışan sayısı 55 (%25,0), 9-10 saat arası çalışan sayısı 120 (54,5), 10 saat ve fazlasını çalışanların sayısı ise 21'dir (%9,5) . En büyük çalışma saati dağılımı 9-10 saat arasında bulunmaktadır. En küçük çalışma saati dağılımı grubu ise 1-2 saat arası çalışanlardır.

Tablo 4.8. Araştırmaya Katılanların Uyku Süresine Göre Dağılımları

	Frekans	Yüzde
4-6 saat	37	16,8
6-8 saat	180	81,8
9-10 saat	3	1,4
Toplam	220	100,0

Araştırmaya katılan kurum çalışanlarının uyku saatlerini Tablo 4.8’de incelediğimizde; 4-6 saat arası uyuyan kişi sayısı 37 (%16,8), 6-8 saat arası uyuyanların sayısı 180 (%81,8), 9-10 saat arası uyuyanların sayısı 3’dür (%1,4). En büyük uyuma saati dağılımı 6-8 saatleri arasında görülmektedir. En küçük uyku saati dağılımı ise 9-10 saatleri arasındadır.

Tablo 4.9. Araştırmaya Katılanların Sigara Kullanımlarına Göre Dağılımları

	Frekans	Yüzde
Hiç kullanmıyorum	141	64,1
1-10 adet arası	60	27,3
10-20 adet arası	17	7,7
20-30 adet arası	2	0,9
Toplam	220	100,0

Tablo 4.9’u incelediğimizde araştırmaya katılanların 141’inin (%64,1) hiç sigara kullanmadığı, 60’ının (%27,3) 1-10 adet arasında sigara, 17’sinin (%7,7) 10-20 adet arasında sigara ve sadece 2’sinin (%0,9) 20-30 adet arasında sigara tükettiği görülmektedir. Bu bulgulara göre; en büyük grubu hiç sigara kullanmayanlar, en küçük grubu ise 20 ile 30 adet arasında sigara tüketenler oluşturmaktadır.

Tablo 4.10. Araştırmaya Katılanların Alkol Kullanımlarına Göre Dağılımları

	Frekans	Yüzde
Hiç kullanmıyorum	158	71,8
Sadece özel günlerde	30	13,6
Ayda birkaç kez	22	10,0
Haftada birkaç kez	8	3,6
Her gün kullanıyorum	2	0,9
Toplam	220	100,0

Tablo 4.10’u incelediğimizde araştırmaya katılanlardan alkol kullananların dağılımlarından; 158’i (%71,8) hiç kullanmayanlar, 30’u (%13,6) sadece özel günlerde alkol kullananlar, 22’si (%10,0) ayda birkaç kez alkol kullananlar, 8’i (%3,6) haftada birkaç kez kullananlar, 2’si (%0,9) her gün alkol kullananlardan oluşmaktadır. Bu sonuçlara göre en büyük alkol kullananların dağılımı hiç kullanmayanlar, en küçük alkol kullanım dağılımı ise her gün alkol tüketenlerden oluşmaktadır.

Tablo 4.11. Araştırmaya Katılanların İlaç Kullanımlarına Göre Dağılımları

	Frekans	Yüzde
Evet	44	20,0
Hayır	176	80,0
Toplam	220	100,0

Araştırmaya katılanların ilaç kullanımlarını incelediğimizde; 44’ü (%20,0) ilaç kullanmakta, 176’sı (%80,0) ilaç kullanmamaktadır. Tablo 4.11’de görüldüğü gibi en büyük dağılım ilaç kullanımında ‘Hayır’ yanıtını verenlerden oluşmaktadır. En küçük dağılımı ise ‘Evet’ yanıtını verenler oluşturmaktadır.

Tablo 4.12. Araştırmaya Katılanların Psikolojik Geçmişlerine Göre Dağılımları

	Frekans	Yüzde
Evet	13	5,9
Hayır	207	94,1
Toplam	220	100,0

Araştırmaya katılanların “geçmişte psikolojik yardım aldınız mı?” sorusuna verdikleri yanıtları incelediğimizde evet diyenlerin sayısı 13 (%5,9), hayır diyenlerin sayısı ise 207 (%94,1)’dir. En büyük grup dağılımı “hayır” diyenler, en küçük grup dağılımı ise bu soruya “evet” yanıtını verenlerden oluşmaktadır (Tablo 4.12).

4.2. Toronto Aleksitimi Ölçeğinin Demografik Değişkenlere Göre Dağılımının İncelenmesi

Toronto Aleksitimi Ölçeğinin Demografik değişkenlere göre dağılımı incelenirken demografik bilgiler her soru için ölçeklere ayrı ayrı işlenmiştir. Bazı

sorular için yüzde, bazıları için ise ortalama ifadesini kullanmak gerektiğine karar verilerek yorumlar buna göre yapılmıştır.

Tablo 4.13. Demografik Özelliklere Göre Aleksitiminin Karşılaştırması

Demografik Veriler	Aleksitimik Grup (TAÖ≥59) N=55	Non-Aleksitimik Grup (TAÖ<59) N=165	Korelasyon	
			Sig. (2-tailed)	Korelasyon Katsayısı
YAŞ	36,51 ±11,42	38,36 ± 13,14	0,050	0,132*
CİNSİYET	22,3% [K]; 33,3% [E]	87,7% [K]; 76,7% [E]	-	-
MEDENİ DURUM	27,1% [E]; 16,7% [B]	72,9% [E]; 83,3 [B]	0,049	0,112*
ÇOCUK SAYISI	1,15 ± 0,912	1,38 ± 0,956	0,030	0,197*
MESLEK	36,5% [H]; 14,1% [Ö]; 17,6 [Y]	63,5% [H]; 85,9% [Ö]; 82,4 [Y]	0,000	0,238*
GELİR (TL)	1315,4 ±796,2	1527,2 ±836,1	0,032	0,138*
BİRLİKTE YAŞAMA	-	-	-	-
ÇALIŞMA SÜRESİ (Saat)	7,12" ±1,11"	6,43" ± ,49"	0,016	0,192*
UYKU (Saat)	7,25" ±2,03"	7,54" ±1,25"	0,346	0,062
SİGARA (Adet)	5,52 ±1,78	4,45 ±1,43	0,514	0,044
ALKOL (Frekans)	1,27± ,651	1,55± ,940	0,029	-0,147*
İLAÇ KULLANIMI	29,5% [E]; 23,8% [H]	70,5% [E]; 76,2% [H]	0,439	0,052
PSİKOLOJİK GEÇMİŞ	38,4% [E]; 24,1% [H]	61,6% [E]; 75,9% [H]	0,025	0,278*

Not: Her satır kendi içerisinde yorumlanmıştır.

Tablo 4.13 incelendiğinde yaş ortalaması 36,51 olanların aleksitimik grupta olduğu, Non-Aleksitimik grubun ise 38,36 yaş ortalamasına sahip olduğu görülmektedir. Yine aynı tabloda yaş ile TAÖ arasında anlamlı bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır.

Aleksitimik grupta evlilerin %27,1 oranıyla %16,7 oranına sahip bekarlara göre daha yüksek oranda olduğu görülmekte olup, medeni durum ile TAÖ arasında da anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.13).

Çocuk sayısı az olanların daha aleksitimik olduğu Tablo 4.13'de görülmektedir. Çocuk sayısı ile TAÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Meslek grubu açısından bakıldığında %36,5 ile hizmetlilerin öğretmen ve yöneticilere göre daha aleksitimik olduğu görülmekte olup bunu %17,6 ile yöneticiler ve %14,1 ile öğretmenler izlemektedir. Yine meslek ile TAÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.13).

Gelir düzeyi daha düşük olanların ortalama 1315,4 TL ile daha yüksek olan ortalama 1527,2 TL grubundan daha aleksitimik olduğu Tablo 4.13’de görülmektedir. İstatistiksel olarak gelir ile TAÖ arasındaki ilişki de anlamlıdır.

Tablo 4.13’e göre aleksitimik grup 7 saat 12 dakika ortalama ile çalışmaktadır. Non- Aleksitimik grup ise ortalama 6 saat 43 dakika çalışmaktadır. İstatistiksel olarak çalışma süresi ile TAÖ arasındaki ilişki anlamlı çıkmıştır.

Alkol kullanımını incelendiğinde daha az sıklıkla alkol kullananların daha aleksitimik olduğu ve istatistiksel olarak TAÖ ile arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 4.13).

Psikolojik geçmişe sahip olan kişilerde yüzde 38,4 aleksitimi görülmüş, bu oran psikolojik geçmişe sahip olmayanlarda yüzde 24,1 olmuştur. Yine istatistiksel olarak psikolojik geçmiş ile aleksitimi arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur.

Yaş, medeni durum, çocuk sayısı, meslek, gelir, çalışma süresi, alkol kullanımı ve psikolojik geçmiş dışındaki diğer demografik veriler ile TAÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir (Tablo 4.13).

4.3. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ) ile Demografik Veriler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Araştırmamızda Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ) ile demografik veriler arasında ilişki olup olmadığı İstatistiksel olarak incelenerek elde edilen sonuçlar Tablo 4.14’de verilmiştir.

Tablo 4.14. Demografik Özelliklere Göre Bedensel Abartmanın Karşılaştırması

Demografik Veriler	Bedensel Abartma (SSAS≥31) N=78	Non-Bedensel Abartma (SSAS<30) N=142	Korelasyon	
			Sig. (2-tailed)	Korelasyon Katsayısı
YAŞ	37,1 ±10,56	37,2 ± 11.28	0,696	0,027
CİNSİYET	39,8% [K]; 22,2% [E]	60,2% [K]; 77,8% [E]	-	-
MEDENİ DURUM	34,9% [E]; 37,0% [B]	65,1% [E]; 63,0 [B]	0,781	0,019
ÇOCUK SAYISI	1,29 ± 1,033	1,23 ± 0,889	0,729	0,023
MESLEK	31,7% [H]; 37,4% [Ö]; 47,1 [Y]	68,3% [H]; 62,6% [Ö]; 52,9 [Y]	0,005	0,211*
GELİR (TL)	1465,0 ±807,6	1473,4 ±904,1	0,720	0,024
BİRLİKTE YAŞAMA	-	-	-	-
ÇALIŞMA SÜRESİ (Saat)	7,21" ±1,25"	7,02" ± ,1,18"	0,029	0,190*
UYKU (Saat)	7,48" ±1,36"	7,49" ±1,27"	0,942	0,005
SİGARA (Adet)	4,89 ±1,78	5,56 ±1,43	0,036	-0,062*
ALKOL (Frekans)	1,41± ,951	1,52± ,746	0,637	-0,032
İLAÇ KULLANIMI	45,5% [E]; 33,0% [H]	54,5% [E]; 67,0% [H]	0,005	-0,105*
PSİKİYATRİK GEÇMİŞ	38,5% [E]; 35,3% [H]	61,5% [E]; 64,7% [H]	0,816	-0,016

Not: Kesme değeri olarak toplam skorun yüzde 60'ı olan 30 puan üzeri olanlar belirlenmiştir.

Tablo 4.14 incelendiğinde cinsiyet açısından kadınların %39,8 ile %22,2 oranındaki erkeklerden daha fazla bedensel duyularını abarttığı görülmektedir.

Mesleklere göre yöneticilerin %47,1 ile diğer meslek gruplarından daha yüksek oranda bedensel duyularını abarttıkları; bunu %37,4 ile öğretmenler ve %31,7 ile hizmetlilerin takip ettiği görülmektedir. Yine BDAÖ ile meslek arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.14).

Tablo 4.14 incelendiğinde bedensel duyularını abartan grupta günde ortalama 7 saat 21 dakika çalışanların olduğu görülmektedir. İstatistiki açıdan çalışma süresi ile BDAÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş, daha uzun süre çalışanlar daha aleksitimik çıkmıştır.

Sigara içme durumuna göre günde daha az sigara içenler daha çok içenlere göre daha yüksek bedensel duyularını abartma ölçeğine sahip olmuştur. Tablo 4.14 incelendiğinde sigara içme ile BDAÖ arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

İlaç kullanımı açısından ise ilaç içenler içmeyenlere göre bedensel duyularını daha fazla abartmıştır. İlaç içme ile BDAÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.14).

Meslek, çalışma süresi, sigara ve alkol kullanımı dışındaki diğer demografik veriler ile BDAÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir (Tablo 4.14).

4.4. Öz-Denetim ile Demografik Veriler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Araştırmamızda öz-denetim ile demografik veriler arasında ilişki olup olmadığı İstatistiki olarak incelenerek elde edilen sonuçlar Tablo 4.15’de verilmiştir.

Tablo 4.15. Demografik Özelliklere Göre Öz-Denetimin Karşılaştırması

Demografik Veriler	Düşük Öz Denetim (ÖDÖ≥71) N=153	Yüksek Öz Denetim (ÖDÖ<71) N=67	Korelasyon	
			Sig. (2-tailed)	Korelasyon Katsayısı
YAŞ	36,4 ±9,43	36,8 ± 8.32	0,652	0,062
CİNSİYET	70,5% [K]; 66,7% [E]	39,5% [K]; 33,3% [E]	-	-
MEDENİ DURUM	72,3% [E]; 61,1% [B]	27,7% [E]; 38,9 [B]	0,024	-0,152*
ÇOCUK SAYISI	1,29 ± 0,966	1,16 ± 0,881	0,425	0,054
MESLEK	66,3% [H]; 73,7% [Ö]; 64,7% [Y]	33,7% [H]; 26,3% [Ö]; 35,3% [Y]	0,005	0,117*
GELİR (TL)	2450,0 ±916,6	2514,6 ±725,1	0,785	0,045
BİRLİKTE YAŞAMA	-	-	-	-
ÇALIŞMA SÜRESİ (Saat)	6,55" ±,45"	7,25" ± ,1,15"	0,002	0,137*
UYKU (Saat)	7,05" ±1,24"	7,45" ±1,36"	0,005	-0,185*
SİGARA (Adet)	7,05 ±2,00	6,85 ±1,76	0,048	0,103*
ALKOL (Frekans)	1,50± ,882	1,45± ,892	0,238	0,068
İLAÇ KULLANIMI	52,3% [E]; 73,9% [H]	47,7% [E]; 26,1% [H]	0,002	-0,128*
PSİKİYATRİK GEÇMİŞ	69,2% [E]; 69,6% [H]	30,8% [E]; 30,4% [H]	0,718	0,035

Not: Toplam puana göre yapılan değerlendirmede yeni bir veri oluşturularak; toplam 108 üzerinden 71 puan altı “düşük öz denetim” alanı olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.15 incelendiğinde evli grubun yüzde 72.3'ünün, buna karşılık bekar grubun ise sadece yüzde 61,1'inin öz denetiminin düşük çıktığı görülmektedir. Tabloya göre istatistiki açıdan öz denetimle medeni durum arasında anlamlı bir ilişki olduğuna göre evlilerin bekarlara oranla öz-denetiminin daha düşük olduğu söylenebilir.

Meslekler açısından bakıldığında öğretmenler %73,7 oranı ile öz denetimi daha düşük grubu oluştururken, bunu %66,3 ile hizmetliler ve %64,7 ile yöneticiler izlemiştir. Yine öz-denetim ile meslek grupları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.15).

Tablo 4.15 incelendiğinde günde ortalama 6 saat 55 dakika çalışanlarda, 7 saat 25 dakika çalışanlara göre daha düşük öz-denetim görülmüştür. Yani, yüksek öz-denetim seviyesine sahip olan kişilerin günlük daha uzun çalışma süresine sahip olduğu belirlenmiştir. İstatistiki olarak çalışma süresi ile öz-denetim arasındaki ilişkinin anlamlı olması da bunu gösterir bir durumdur.

Günlük uyku saati daha az olanların yüksek olanlara göre daha düşük öz-denetim seviyesine sahip olduğu Tablo 4.15'de görülmekte olup, uyuma saati ile öz-denetim arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Günlük sigara içme sayısı az olanların çok olanlara göre daha düşük öz-denetime sahip olduğu belirlenmiştir. Yine içilen sigara sayısı ile öz-denetim arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki vardır (Tablo 4.15).

İlaç kullanımı açısından ilaç kullanmayanların %73,9 ile ilaç kullananlara oranla daha düşük öz-denetim seviyesine sahip olduğu ve öz-denetimle arasında anlamlı bir korelasyon olduğu gözlemlenmektedir (Tablo 4.15).

Medeni durum, meslek, çalışma süresi, günlük uyuma saati, sigara ve ilaç kullanımı dışındaki diğer demografik veriler ile öz-denetim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir (Tablo 4.15).

4.5. Alekstim ile Bedensel Duyumları Abartma ve Öz-Denetim Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Araştırmamızda alekstim ile bedensel duyumları abartma ve öz-denetim arasında ilişki olup olmadığı istatistiki olarak incelenerek elde edilen sonuçlar Tablo 4.16'da verilmiştir.

Tablo 4.16. Aleksitimi ile Bedensel Abartma ve Öz Denetim Arasındaki İlişki

		Aleksitimi		Korelasyon (Spearman)
		Aleksitimik Grup (TAÖ≥59)	Non-Aleksitimik Grup (TAÖ<59)	
BDAÖ	Bedensel Abartma (BDAÖ≥31)	37,2%	62,8%	0,002*
	Non-Bedensel Abartma (BDAÖ<30)	18,3%	81,7%	
ÖDÖ	Düşük Öz Denetim (ÖDÖ≥71)	24,8%	75,2%	0,933
	Yüksek Öz Denetim (ÖDÖ<71)	25,4%	74,6%	

Ölçekler arası ilişki incelendiğinde BDAÖ ile Aleksitimi arasında 0,002 p değeri olduğu için istatistiki olarak anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir. Bedensel abartma eğilimi olan grup %37,2 ile bedensel abartma eğilimi olmayan gruptaki %18,3 aleksitimi oranının belirgin şekilde üzerinde yer almıştır. Bu farkın büyüklüğü de aralarında istatistiki açıdan bir ilişki olduğunu gösterir bir belirteç olarak görülmektedir.

ÖDÖ ile Aleksitimi arasında ise istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Aleksitimik grup içindeki düşük öz-denetim düzeyine sahip aleksitimik birey sayısı %24,8 oranına sahip olurken, bu oran yüksek öz-denetim düzeyine sahip kişilerde %25,4 olmuştur. Bu iki değer birbirine çok yakın olması aralarında önemli bir korelasyon olmadığının da kanıtı olmaktadır.

4.6. Bedensel Duyumları Abartma ile Öz-Denetim Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Araştırmamızda bedensel duyumları abartma ile öz-denetim arasında ilişki olup olmadığı istatistiki olarak incelenerek elde edilen sonuçlar Tablo 4.17’de verilmiştir.

Tablo 4.17. Bedensel Duyumları Abartma ile Öz Denetim Arasındaki İlişki

		BDAÖ		Korelasyon (Spearman)
		Bedensel Duyumları Abartma (BDAÖ≥31)	Non-Bedensel Abartma (BDAÖ<30)	
ÖDÖ	Düşük Öz Denetim (ÖDÖ≥71)	65,40%	34,60%	0,704
	Yüksek Öz Denetim (ÖDÖ<71)	62,70%	35,50%	

Tablo 4.17'nin incelenmesinden ÖDÖ ile BDAÖ arasında istatistiki açıdan önemli bir ilişkinin çıkmadığı görülmektedir. Bedensel Duyumlarını Abartanların oluşturduğu grupta öz-denetimi düşük olanlar %65,4 yüksek olanlar ise %62,7 oranına sahiptir. Görüldüğü gibi aralarında çok az fark olup bu da istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki olmadığını gösterir ikinci bir dayanak olarak kabul edilebilir.

4.7. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) ve Öz-Denetim Ölçeği (ÖDÖ)'nin Alt Ölçekleri ile Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışmamızda kullanılmış olan ölçeklerden Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin alt ölçekleri olan; (TAÖ-F1) duygularını tanımlamada güçlük, (TAÖ-F2) duygularını söze dökmeye güçlük ve (TAÖ-F3) dışa vuruk (dönük) düşünce ile Öz-Denetim Ölçeği'nin alt ölçekleri olan; Yaşantısal Öz-Denetim, Onarıcı Öz-Denetim ve Yenileyici Öz-Denetim alt ölçekleri arasındaki ilişkiler de incelenmiştir. Ancak ölçek alt gruplarında anlamlı bir ilişki çıkmamıştır.

BÖLÜM V

5. TARTIŞMA

5.1. Tartışma

Bu araştırmada, psikosomatik bozukluklar ve öz-denetim arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla, uygulanan ölçekler ve bu ölçeklerin alt boyutlarının ilişkisel değişkenlikleri ve sonuçlarda etkisinin olabileceği düşünülen demografik özellikler tartışılıp yorumlanmıştır.

5.1.1. Demografik Verilere Göre Aleksitimi Oranlarının Tartışılması

Araştırmamızda yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, meslek, gelir, birlikte yaşama, çalışma süresi, uyku, alkol, sigara, ilaç kullanımı ve psikolojik geçmişten oluşan demografik bilgiler toplanarak, her veri grubundaki bireyler arasında bulunan aleksitimi oranları, yüzdeleri karşılaştırılmış ve aleksitimi ile olan ilişkileri belirlenmiştir.

Araştırmada uygulanan Toronto Aleksitimi Ölçeği ile demografik bilgiler incelendiğinde; yaş, medeni durum, çocuk sayısı, meslek, gelir, çalışma süresi, alkol kullanımı ve psikolojik geçmiş ile TAÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.13.).

Bizim çalışmamızda yaş ilerledikçe aleksitimik birey sayısının azaldığı ve erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görüldüğü Tablo 4.13’de istatistiksel analizlere göre gösterilmiştir. Köroğlu (1988) tarafından yapılan bir çalışmada erkeklerin depresyonda iken somatik belirtileri kadınlara oranla daha fazla gösterdikleri belirtilmiştir. Bu yapılan araştırmada depresyona bakılmamış olsada erkeklerin aleksitimi oranı kadınlara oranla daha fazla çıkmıştır. Bu da bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.

Ancak, bizim çalışmamızın aksine Yemez (1991) ve Koçak (2002) bireylerin yaşları ilerledikçe aleksitimik özelliklerinin arttığını ve kadınlarda erkeklere oranla

daha fazla görüldüğünü belirtmektedir. Bu farklılık muhtemelen kullanılan ölçekler, örneklem grubunun demografik özellikleri gibi faktörlerden kaynaklanabilir. Oysa ki aynı çalışmaya göre sosyo-ekonomik düzey düştükçe aleksitiminin arttığı belirtilmektedir ki bu durum bizim araştırmamızda da gözlenmiş olup istatistiki açıdan alekstimi ile arasında önemli bir ilişki bulunmuştur. Benzer çalışmalarda düşük gelir ve eğitime sahip bireylerde daha fazla somatik belirtilerin görülebileceği belirtilmiştir (Kirmayer 1984; Cloninger ve ark., 1986; Kesebir, 2004). Başka bir araştırmada da, düşük sosyo-ekonomik kesimdeki kişilerde aleksitiminin daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Dereboy,1990).

Çalışma süresi incelendiğinde ise günlük ortalama 7 saatten fazla çalışan bireylerde aleksitimi daha çok görülmüş olup çalışma süresi arttıkça alekstimi oranı da artmaktadır. Evli bireylerin daha alekstimik olduğu yine çalışmamız sonucunda belirlenmiştir (Tablo 4.13). Çalışma saati fazlalığı ve evli olmak gibi faktörlerin kişide strese yol açabileceğini varsayarsak bu kişilerin alekstimik olması beklenen bir durumdur ki görüldüğü gibi çalışmamızda çıkan sonuçlar bunu desteklemektedir. Ayrıca, Schlager ve ark. (1993) da yaptıkları çalışmalarında somatik bozukluklar ile gün ışığı süresi arasında pozitif yönde korrelasyon olduğunu belirlemişlerdir. Bireylerin uyku saatleri ve çalışma sürelerinin gün ışığına maruz kalma sürelerini de etkileyebileceğini düşünürsek bu durum bizim çalışmamızla paralelik göstermektedir.

Meslek grubu açısından bakıldığında hizmetlilerin öğretmen ve yöneticilere göre daha alekstimik olduğu görülmektedir. Ayrıca gelir düzeyi daha düşük olanların daha yüksek olanlara oranla daha alekstimik olduğu da Tablo 4.13'den anlaşılmaktadır.

Benzer çalışmalarda daha düşük gelir ve eğitime sahip bireylerde daha fazla somatik belirtierin görülebileceği belirtilmiştir (Kirmayer, 1984; Cloninger ve ark., 1986; Kesebir, 2004).

Kişinin alkol kullanımı ile alekstimik arasında bir ilişki olup daha az kullananlarda daha yüksek oranda alekstimiklik görülmektedir (Tablo 4.13). Alekstimik bireylerin psikolojik geçmişi incelendiğinde alekstimik olmayanlara göre daha yüksek sıklıkta psikolojik destek aldıkları belirlenmiştir (Tablo 4.13). Bu bizim için anlamlı bir sonuç olup bedeninde rahatsızlık hisseden bireyin sıkıntısını çözmek için psikolojik desteğe ihtiyaç duyacağı beklenen bir sonuçtur. İncelenen çalışmaların çoğunda da bu durum görülmektedir.

5.1.2. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ) ile Demografik Veriler Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Yaş, medeni hal, ekonomik gelir, yaşadığı yer gibi faktörlerin kişinin psikolojik bozukluklarının oluşmasında etkili olduğu Yağcı ve ark. (2014) tarafından bildirilmektedir. Aynı araştırmacılar yaptıkları çalışmalar sonucunda psikolojik bozuklukların, demografik özellikler ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

Bu bağlamda Tablo 4.14 cinsiyet açısından incelendiğinde kadınların erkeklere oranla bedensel duyumlarını daha fazla abarttığı belirlenmiştir.

Aynı şekilde mesleki açıdan incelendiğinde ise yöneticilerin bedensel duyumlarını diğer hizmet gruplarına göre daha fazla abarttığı belirlenmiştir (Tablo 4.14). Bu durum farklı görevlerin özelliği nedeniyle kişiye yüklediği sorumlulukların ortaya çıkardığı sonuçlarla açıklanabilir. Kişinin toplumdaki konumundan dolayı yüklendiği sorumluluğu onu depresyona sokarak fazla yakınan ve abartan birey haline getirmesi doğaldır. Ayrıca, çalışma süresi arttıkça bedensel duyumları abartma seviyesinin de artmış olması yine aynı şekilde açıklanabilir.

Sigara ve ilaç kullananların bedensel duyumlarını daha az kullananlara göre abartmadığı yine Tablo 4.14’de görülmektedir.

5.1.3. Öz-Denetim ile Demografik Veriler Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Araştırmada uygulanan Öz-Denetim Ölçeği ile demografik bilgiler incelendiğinde; medeni durum, meslek, çalışma süresi, uyku, sigara ve ilaç kullanımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur. (Tablo 4.15).

Bizim çalışmamızda evli olanların bekarlara oranla öz-denetim seviyelerinin daha düşük olduğu belirlenmiş olup istatistiki açıdan da aralarında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.15). Evliliği bir kurum olarak kabul edersek kişinin evlilik kurumu içerisindeki durumu sonucunda sorumluluklarının artması, yaşam şartları içerisinde karşılaştığı sıkıntılar sonucu psikolojisinin olumsuz etkilenmiş olabileceği şeklinde açıklanabilir.

Aynı şekilde mesleki açıdan incelendiğinde öğretmenlerin daha düşük öz-denetim seviyesine sahip olduğu Tablo 4.15’de görülmektedir. Bu da yine farklı görevlerin özelliği nedeniyle kişiye yüklediği sorumlulukların ortaya çıkardığı sonuçlarla açıklanabilir.

Tablo 4.15’de yüksek öz-denetime sahip kişilerin daha uzun çalışma süresi ile çalışabildikleri görülmektedir. Uyku süresi azaldıkça öz-denetim seviyesi de düşmektedir.

Araştırmanın sonucuna göre sigara kullanımı öz-denetim seviyesini azaltan bir faktör olarak karşımıza çıkmıştır. Düşük öz-denetime sahip olan kişilerin %52,3’ü ilaç kullanırken yüksek öz-denetime sahip olanların %47,7’si ilaç kullanmaktadır. Bu da düşük öz-denetime sahip kişilerin ilaç kullanmaya daha eğilimli olduğunu gösterir (Tablo 4.15). Friese ve Holfmann (2009), öz-denetimi yüksek kişilerin daha az alkol, nikotin ve diğer kötü maddeleri kullandığını bildirmektedir. Bu durum bizim çalışmamızda elde edilen Tablo 4.15’deki verilerle örtüşmektedir.

Allahverdipour ve ark. (2006) öz-denetim seviyesi ile madde kullanımı incelenmişlerdir. Araştırmacıların yaptıkları çalışmada madde kullanımı ile öz-denetim arasında ilişki çıkmış olup düşük öz-denetimi olan erkek lise öğrencilerinin uyuşturucu madde kullandıkları tespit edilmiştir. Aynı zamanda yaşlılarından uyuşturucu veya sigara gibi dumanlı maddeleri kullanmaları için baskıya maruz kaldıkları belirtilmektedir. Düşük öz-denetimli olanlar arasında uyuşturucu kullanıma niyet ve kullanım tutumlarında anlamlı ters bir ilişki bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da sigara kullananların kullanmayanlara göre daha düşük öz-denetim seviyesine sahip oldukları görülmüştür. Ayrıca Allahverdipour ve ark. (2006)’nın çalışmasını destekler nitelikte bizim çalışmamızda sigara kullanımı ile öz-denetim seviyesi arasında anlamlı bir ilişki çıkmıştır.

5.1.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği, Bedensel Belirtileri Abartma Ölçeği ve Öz-Denetim Ölçeği Arasındaki İlişkilerin Tartışılması

Araştırmada Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği psikosomatiği belirleme amacıyla kullanılmıştır.

Yapılan istatistikî analizler sonucunda TAÖ ve BDAÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yani bu sonuçtan yola çıkarak aleksitimik bireylerin bedensel duyumlarını abarttığını söyleyebiliriz. (Tablo 4.16). Öz-denetim ölçeği ile bedensel duyumları abartma ölçeği arasında ise istatistikî olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.17).

Kirmayer (1987), çalışmasında aleksitimik olan bireylerin duygularının altında yatan psikolojik stresi anlamakta ve ifade etmede zorlandığını, kişilerin duygularından daha çok bedensel duyumlarını dinlediklerini belirtmiştir.

Ayrıca Aydın ve ark. (2013), yaptıkları bir çalışmada aleksitimi puanları ile bedensel duyuları abartma ölçeği arasında anlamlı düzeyde ilişki bulmuştur. Bu durum bizim çalışmamızla uyumlu görülmektedir.

Aleksitimi kişinin içsel duygularını detaylandırma, soyut düşünme ve somatik belirtilerin psikolojik sıkıntının bir ifadesi olabileceğini kabul etme yetilerini engelleyen bir durumdur (Şaşıoğlu ve ark., 2014). Bir başka deyişle, aleksitimik bireyler, duygularını psikolojik bir takım olayların sinyali olarak görememekte ve duygularını bedenlerinde meydana gelen salt fizyolojik uyarımlar şeklinde yaşamaktadırlar (Taylor ve ark., 1991). Tüm bu çalışmalar TAÖ ve BDAÖ arasında ilişki olduğunu belirtmekte olup bizim çalışmamızla uyumludur.

Yapılan araştırmalarda depresyon, aleksitimi ve somatizasyonun birbirleri ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Aleksitimi genel psikopatoloji düzeyi ile ilişkilidir (Aydın ve ark., 2013). Duyularını tanımada güçlük çeken, duygularında sınırlılık olan kişilerin, sözel olmayan ifade ve kendini kontrol eden davranışlarında, kaygı ve gerginlik yaşadıkları belirtilmiştir (Koçak, 2002).

Aleksitiminin bedenselleştirme ile ilişkili olduğunu, bedenselleştirmenin bir parçasının da aleksitimi olduğu Güleç (2007) tarafından bildirilmektedir. Tablo 4.16. görüldüğü gibi bizim çalışmamızda da Toronto Aleksitimik Ölçeği ile Bedensel Duyuları Abartma Ölçeği arasındaki ilişki anlamlı çıkmıştır. Bizim çalışmamız da bu araştırma sonucunu desteklemektedir.

Günlük yaşantılarda karşılaştığımız stresler arttıkça bireylerin vücutlarında oluşan ağrılar karşısında çaresizlik duygusu yaşadığını Kandemirci (2010) araştırmasında belirtmiştir. Holm ve ark. (1986), kişilerin belirsiz durumlarla karşılaştıklarında strese girdiklerini, bu gibi durumlarda baş ağrısı yaşayan hastaların olayları olduğundan daha negatif, kendilerini daha az denetleyen, kontrol eden olarak algıladıklarını bildirmiştir. Aleksitiminin psikosomatik bozukluklar ile ilişkisinin olduğu yapılan araştırmalardan yola çıkıldığında da görülmektedir.

Nakao ve Barsky (2007), BDAÖ'nin psikosomatik hastalığı olan bireylerin örnekleminde Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS) ile anlamlı korelasyona sahip olduğunu bildirmiştir. Zihinsel durumlar, psikosozal stres ve somatik belirtilerin sayısı BDAÖ'ni etkileyebilir. Bedensel duyuları abartmanın somatik belirtilerin ortaya çıkışında bir rolü olmasına rağmen, aynı zamanda etkileyebilen kaygı, depresyon ve aleksitimi gibi diğer faktörlerle de yakından ilişkilidir.

Araştırmamızda aleksitimi ile öz-denetim arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (Tablo 4.16).

Kişinin kendini kontrol etmesi yani öz-denetimin pozitif özellikleri; zihinsel sağlık, akademik başarı ve sağlıkla ilgili davranışlarla ilgilidir. Boals ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada benlik kontrolü, zihinsel- fiziksel sağlık belirtileri ve başa çıkma stilleri arasındaki ilişkileri araştırmıştır. Çalışmalarının sonucunda daha yüksek öz-denetimine sahip olanların zihinsel ve fiziksel sağlık sorunlarının daha az olduğunu ve daha az kaçınma hareketlerinde bulunduğunu belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada öz kontrol ve probleme odaklı veya duygusal odaklı başa çıkma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Özetle Boals ve ark. (2011), daha düşük öz-denetime sahip bireylerin karşılaştıkları sorunlarla başa çıkma yöntemlerinin daha başarısız olduğu görüşünü benimsemişlerdir.

Ancak, bizim çalışmamızda yapılan bu çalışmadan farklı olarak psikosomatik bozukluklar ve öz-denetim arasında ilişki bulunmamıştır. Çalışmalar arasındaki bu tip farklılıkları gidermek amacıyla böyle araştırmaların daha farklı kesimlerde, daha fazla kişiye ulaşılarak yapılması gerekliliği çalışmamızın önemli sonuçlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

BÖLÜM VI

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmada elde edilen sonuçlara yer verilmiş olup bu sonuçlardan yola çıkarak araştırma konusuna yönelik önerilere yer verilmiştir.

6.1. Sonuç

Bu araştırmada Özel Emine Örnek Eğitim Kurumları'nda çalışanların (hizmetli, öğretmen, yönetici) Toronto Aleksitimi Ölçeği ile kendi duygu ve düşüncelerini tanıyıp tanınamaları incelenmiş, Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği ile bedensel duyumlarını algılama seviyeleri ölçülmüş ve bu iki teste göre psikosomatik durumları, Öz-Denetim ölçeği ile kişilerin öz denetim seviyeleri incelenmiştir. Araştırmanın örneklemini 220 çalışan personelden oluşturmaktadır. Çalışmanın hipotezlerinin incelenmesi için katılımcılardan toplanan verilerin istatistiksel analizleri yapılmış olup bulgular bölümünde analizlerin değerlendirilmesine yer verilmiştir.

Araştırmada elde edilen sonuçları incelediğimizde;

- Yaş ile aleksitimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Yaş ilerledikçe aleksitimiklik oranı düşmektedir.
- Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde evli bireylerin bekarlara oranla daha aleksitimik oldukları görülmüştür. Medeni durum ile aleksitimi arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür.
- Çocuk sayısı arttıkça aleksitiminin görülme oranı azalmıştır. Çocuk sayısı ile aleksitimiklik arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki vardır.
- Hizmetlilerde aleksitimik olanların oranının öğretmen ve yöneticilere göre daha fazla olduğu görülmüştür. Meslek ile aleksitimi arasında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir.
- Çalışma süresi arttıkça aleksitimiklik artmış olup aralarında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur.
- Gelir seviyesi yükseldikçe aleksitimide azalma görülmüştür.

- Alkol kullanımını açısından, alkol kullananların daha az aleksitimik olduğu belirlenmiştir.

- Psikolojik geçmiş ile aleksitimi arasında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir.

-Kadınların erkeklere oranla bedensel duyularını abartması daha fazla çıkmıştır.

-Meslek grupları (hizmetli, öğretmen, yönetici) ile bedensel duyularını abartma arasında anlamlı bir ilişki çıkmıştır. Yöneticilerin diğer gruba göre bedensel duyularını daha fazla abarttığı görülmüştür.

- Çalışma saati ile bedensel duyularını abartma arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Günlük çalışma süresi uzadıkça bedensel duyularını abartma artmaktadır.

-Önemli bulgulardan bir diğeri ise ilaç kullananların kullanmayanlara oranla bedensel duyularını abarttığıdır.

- Evli olanlar bekarlara göre daha düşük öz-denetim seviyesine sahip olup öz-denetim ölçeği ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

- Mesleki açıdan öğretmenlerin hizmetli ve yönetici konumundakilere göre daha düşük öz-denetim seviyesine sahip oldukları görülmüştür.

- Yüksek öz-denetim seviyesine sahip kişilerin günlük çalışma sürelerinin daha uzun olduğu belirlenmiştir.

- Uyku süresi arttıkça öz-denetim seviyesi de artmaktadır.

- Sigara ve alkol kullanan kişilerin daha düşük öz-denetim seviyesine sahip olduğu belirlenmiştir.

- İlaç kullanımını ile öz-denetim arasında da ilişki olup, daha fazla ilaç kullananlar daha düşük öz-denetim seviyesine sahip olmuştur.

-Aleksitimi ile bedensel duyularını abartma arasında anlamlı bir ilişki çıkmıştır. Bedensel duyularını abartan kişilerin aleksitimik olma olasılığı yüksek çıkmıştır.

- Öz-denetim ölçeği ve Toronto Aleksitimi ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

- Bedensel duyularını abartma ölçeği ile öz-denetim arasında istatistiki açıdan önemli bir ilişki yoktur.

6.2. Öneriler

Bu araştırma psikosomatik bozukluklarla öz-denetim arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu amaçla Özel Emine Örnek Eğitim

Kurumlarında çalışan ve gönüllü olan katılımcılara “Toronto Aleksitimi” ve “Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği” uygulanarak psikosomatige yatkınlıkları tespit edilmeye çalışılmıştır. Bu iki teste göre psikosomatik durumları belirlenmeye çalışılan kişilerin, Öz-Denetim ölçeği ile öz denetim seviyeleri incelenmiştir. Yapılan istatistiki değerlendirmeler sonucunda elde edilen verilerin ışığında aşağıdaki önerilere yer verilmiştir:

1. Yapılan çalışmanın sonucunda elde edilen verilere göre kişilerin gerek karakter özelliklerinin gerekse çevresel faktörlerin psikosomatik bir yapıya sahip olmalarında etkili olduğu ortaya çıkmıştır. Bu nedenle kişilerin daha kaliteli bir yaşam seviyesine ulaşmaları için tüm bu faktörlerin düzeltilmesi ya da iyileştirilmesi bu hastalığın tedavisinde önemli bir etken olacaktır.

2. Çalışma bir eğitim kurumunda yapılmış olup, bir eğitim kurumunun başarısının bünyesinde çalıştırdığı kişilere bağlı olacağı ve çalışanlar ne kadar sağlıklı olursa verimin de o kadar yüksek olacağı düşünülürse, çalışanların maaşının makul seviyede olması, çalışma saatlerinin düzenlenmesi, iş yerindeki pozisyonlarının tatmin edici olması aleksitimik kişi sayısını azaltarak psikosomatik bozuklukların azalmasına da yardımcı olacaktır.

3. Kişilerin günlük alışkanlıklarının da psikosomatik bozukluklarda etkili olduğu görüldüğünden kendilerini sitrese sokacak ortamlardan uzak durmaları gerekmektedir. Örneğin, uyku düzeninin sağlanması daha sağlıklı bireyler oluşmasına sebep olacaktır.

4. Kişinin hayat mücadelesi içinde kendine vakit ayırması, iş hayatının dışında kendisiyle başbaşa kalabilecek zamanın olması gerekmektedir. Çalışmamız kapsamında yapılan anketler sonucunda kalabalık aile içerisinde yaşayan, iş hayatı yoğun olan kişilerde aleksitimiklik olma olasılığının yüksek olması görülmüş olup bu tip kişilerin kendilerine özel alan oluşturmaları sitres faktörlerini azaltabilir.

6. Araştırma sonucuna göre bedensel duyumları abartma ölçeği ile sigara ve ilaç kullanımı arasında ilişki bulunmuş olup bu sonuçlar özellikle psikosomatik hastaların rahatsızlıklarını hissettikleri zaman ilk aşamada tıbbi bir kuruma başvurduklarında ayırıcı tanı olma açısından önemlidir ve bu alandaki uzman kişiler tarafından kullanılmalıdır. Bu tip ayırıcı tanıları arttırmak amacıyla ileride yapılacak olan çalışmalara ilave yeni ölçeklerin de katılması faydalı olabilir. Farklı kurumlarda, farklı deneklerle buna benzer çalışmaların arttırılması gerekmektedir. Yaptığımız çalışma bu tip çalışmalara temel oluşturması açısından önemlidir.

7. Bu araştırmada belirlenen testler özel bir eğitim kurumunda çalışan farklı hizmet kademesinde olan belli yaştaki kadın ve erkek çalışanlara uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar değerli olup çalışmanın farklı ortamlarda, farklı yaş grupları ve farklı demografik özelliklere sahip kişilere uygulanmasının psikosomatik hastalıkların özömlenmesi için faydalı olacaktır.



KAYNAKLAR

Alicke, M.D. ve Sedikides, C. (2009) Self-enhancement and self-protection: What they are and what they do, *European Review of Social Psychology*, S. 20, s. 1–48

Allahverdipour, H., Hidarnia, A., Kazamnegad, A., Shafii, F., Fallah, P. A. and Emami, A. (2006). The status of self-control and its relation to drug abuse-related behaviors among Iranian male high school students. *Social Behavior and Personality*, 34(4), s. 413-424, doi: <https://doi.org/10.2224/sbp.2006.34.4.413>

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.

Amerikan Psikiyatri Birliği: *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR)*, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çev. Köroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.

Anderson, D.J. ve Adolphs, R. (2014). A Framework for Studying Emotions Across Species. *Cell* 157, 187–200.

Arthur J. Barsky, A.J., Wyshak, G., Gerald L. Klerman, G.L., (1990) The Somatosensory Amplification Scale and its relationship to hypochondriasis, *Journal of Psychiatric Research* 24(4), s. 323–334.

Aydın, A., Selvi, Y., ve Güzel, Ö. P. (2013). Depresyon Hastalarında Aleksitiminin Bedenselleştirme ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi, *Nöropsikiyatri Arşivi*; 50: 65-69, doi:10.4274/npa.y6335

Baduroğlu, G. E, (2010). *Hakim ve Cumhuriyet Savcılarında Psikosomatik Hastalıklar ve Tükenmişlik Sendromu*, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Barsky, A.J.; J D Goodson, J.D., Lane, R.S. (1988) The amplification of somatic symptoms, *Psychosomatic Medicine*, 50(5):s. 510- 1988.

Bagby, R.M., Parker, J.D.A. ve Taylor, G.J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-I: Item Selection and Cross Validation of The Factor Structure. *Journal of Psychosomatic Research*. 38, 23-32.

Bagby, R.M., Taylor, G.J. ve Parker, J.D.A. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-II: Convergent, Discriminant, and Concurrent Validity. *Journal of Psychosomatic Research*. 38, 33-40.

Baumeister, F. R., Heatherton, T.F. ve Tice, D.M. (1994). Losing Control: How and Why People Fail at Self-Regulation, *Academic Press*, s.1-34

Baumeister, F. R. , Vohs, K. D. ve Tice, D.M. (2007). The Strength Model of Self-Control, *Current Directions Psychological Science*, Sayı 16, No: 6, 351-355.

Berridge, K.C. ve Kringelbach, M.L. (2015). Pleasure Systems in The Brain, *Neuron*, 86, 646-664.

Boals, A., Vandellen, M.R. ve Banks, J.B. (2011) The relationship between self-control and health: The mediating effect of avoidant coping, *Psychology & Health*, S.26: s.8, 1049-1062, doi: 10.1080/08870446.2010.529139

Cloninger, C. R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments*, 3, 167-226.

Çelikel, F.Ç. ve Saatçioğlu, Ö. (2002). Konversiyon Bozukluğunda Aleksitiminin Depresyon ve Anksiyeteye Etkisi, *Klinik Psikiyatri*, 5, 229-234.

Damasio, A. ve Carvalho, G.B. (2013). The Nature of Feelings: Evolutionary and Neurobiological Origins. *Nat. Rev. Neurosci.* 14, 143–152.

Dereboy, F.I (1990), Aleksitimi: Bir Gözden Geçirme, *Türk Psikiyatri Dergisi I*: 3,s.158,165

Duyan V., Gülden Ç. ve Gelbal S. (2012). Öz-Denetim Ölçeği-ÖDÖ: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23, 25-38.

Erden, D. (2005). Farklı Yetişme Koşullarının Aleksitimi, Depresyon ve Psikiyatrik Belirtilerle İlişkisi, *Klinik Psikiyatri*, 8, 60-66.

Friese, M., ve Hofmann, W. (2009). Control Me or I Will Control You: Impulses, Trait Self-Control, and The Guidance of Behaviour, *Journal of Research in Personality*, 43, 795–805.

Güleç, H., Köse, S., Güleç, Y.M., Çitak, S., Evren C., Borckardt, J. ve Sayar, K. (2009). Reliability and Factorial Validity of The Turkish Version of The 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 19, 214-220.

Güleç, H., Sayar K. ve Güleç, Y.M. (2007). Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği, *Düşünen Adam Dergisi*, 20(1): 16-24.

Güleç, H. ve Yenel, A., (2010). 20 Maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği Türkçe Uyarlamasının Kesme Noktalarına Göre Psikometrik Özellikleri. *Klinik Psikiyatri*, 13S. 108-112.

Güler, H.K. (2014). *Yetişkin Bireylerde Bağlanma Biçimleri ile Psikososyodemografik Değişkenlerin Aleksitimi Düzeyi Üzerindeki Etkileri*, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Haber, S.N. ve Knutson, B. (2010). The Reward Circuit: Linking Primate Anatomy and Human Imaging. *Neuropsychopharmacology* 35, 4–26.

Hayes, S. C., Gifford, E. V. ve Ruckstuhl Jr., L. E. (1996). Relational Frame Theory and Executive Function: A Behavioral Approach. In G. R. Lyon & N. A. Krasnegor (Edt.), *Attention, Memory, and Executive Function* (s. 297-305). Baltimore, MD: Paul Brookes Publishing Co.

Heller, A.S., van Reekum, C.M., Schaefer, S.M., Lapate, R.C., Radler, B.T., Ryff, C.D. ve Davidson, R.J. (2013). Sustained Striatal Activity Predicts Eudaimonic Well-Being and Cortisol Output, *Psychological Science*, 24, 2191–2200.

Holm, J. E., Lokken, C. ve Myers, T. C. (1997). Migraine and Stress: A Daily Examination of Temporal Relationships in Women Migraineurs. *Headache*, 37: 553–558.

Hsu, S.I. (1999). Somatisation Among Asian Refugees and Immigrants as A Culturally-Shaped Illness Behaviour. *Ann Acad Med Singapore*, 28:841-845.

Karasar, N. (2015). Bilimsel Araştırma Yöntemi, Nobel Akademik Yayıncılık.

Kesebir, S. (2004). Depresyon ve Somatizasyon, *Klinik Psikiyatri*, 1,14-19.

Kirmayer L.J. (1984). Culture, Affect and Somatisation. *Trans Psychiatr Res.*, 21: 159-188.

Kirmayer, L.J., Groleau, D., Looer, K.J. ve Dao, M.D. (2004). Explaining Medically Unexplained Symptoms. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (10): 663-669

Kirmayer, L.J. ve Young, A. (1998). Culture and Somatization: Clinical, Epidemiological and Ethnographic Perspectives. *Psychosom Med.*, 60: 420-430.

Kirmayer, L.J. (1998). Languages of Suffering Healing: Alexithymia as A Social and Cultural Process. *Transcult Psychiatry*; 24:119-136.

Koçak, R. (2002). Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar, *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 35, 1-2.

Köroğlu, E. ve Güleç, C.(Ed). (1998). *Depresif bozukluklar*, Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.512.

Köroğlu, E. (2015). *Hastane Odaklı Psikiyatri Elkitabı*, Ankara: Boylam Psikiyatri Enstitüsü, HYB Basım Yayın, 252, 48-50.

Kringelbach, M.L. ve Berridge, K.C. (2010). *Pleasures of The Brain*, Oxford: Oxford University Press.

Laran, J. ve Janiszewski, C. (2010) . An Obligation to Work or An Opportunity to Play? The Influence of Task Construal and Task Completion on Regulatory Behavior, *Advances in Consumer Research*, Vol. 37, edt. Margaret C. Campbell, Jeff Inman, and Rik Pieters, Duluth, MN, s: 176-177

Lipowski, Z.J. (1998). Somatization: The Concept and Its Clinical Application. *Am J. Psychiatry*, 145 (11): 1358-1368.

Maden, H. A. (1991). Psikosomatik Hastalıklar ve Kültür, *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi - DTCF Dergisi*, Cilt: 35, 2, s. 93-195.

Mehta, R. (2010). Exploring Self-Control: Moving Beyond Depletion Hypothesis. *Advances in Consumer Research*, 37, 174- 178.

McDougall, J. (1989). Vücut Tiyatrosu, B. Cigeroğlu (Çev.), *Acıyan Beden: Psikosomatiğe Psikanalitik Bakışlar*, Y. Cengiz. (Der), İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 28-29.

Muraven, M. ve Baumeister, F.R. (2000). Self-Regulation and Depletion of Limited Resources: Does Self-Control Resemble A Muscle?, *Psychological Bulletin*, Vol. 126(2), 247-259.

Muraven, M., Shmueli, D. ve Burkley, E. (2006). Conserving Self-Control Strength, *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 91, No. 3, 524 –537.

Nakao, M. ve Barsky, A. J. (2007). Clinical Application of Somatosensory Amplification In Psychosomatic Medicine, *Biopsychosoc Medicine*,1,17 doi: 10.1186/1751-0759-1-17

Oltmanns, T.F. , Neale, J.M. ve Davison, G.C. (2003), *Anormal Davranışlar Psikolojisinde Vak'a Çalışmaları*, Ö.Gözene (Çev.). İ. Dağ (Ed.). Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 25, 70-77

Panksepp, J. (2011). The Basic Emotional Circuits of Mammalian Brains: Do Animals Have Affective Lives?, *Neuroscience, Biobehavior Rev.*, 35, s. 1791–1804.

Pintrich, P. R. ve De Groot, E. V. (1990). Motivational and Self-Regulated Learning Components of Classroom Academic Performance. *Journal of Educational Psychology*. 82 (1): 33-40.

Rosenbaum, M. (1980). A Schedule for Assessing Self-Control Behaviors: Preliminary Findings. *Behavior Therapy*, 11(1): 109-21.

Rosenbaum, M. (1993). The Three Functions of Self-Control Behavior: Redressive, Reformative, and Experiential. *Work and Stress*, 7, 33-46.

Schlager, D., Schwartz, J.E. ve Bromet, E.J.(1993). Seasonal variations of current symptoms in a healthy population. *Br. J. Psychiatry*, S.163, s. 322-326

Stoudemire, A. (1991). Somatothymia, Parts I and II. *Psychosomatics*, 32:365-381

Şaşıoğlu, M., Güloğlu, Ç. Ve Tosun, A. (2014). Aleksitimi: Tedavi Girişimleri, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(1):22-31 doi: 10.5455/cap.20130515054141

Taylor, G.J., Bagby, R.M. ve Parker, J.D.(1991) Aleksitimi yapı. Psikosomatik tıp için potansiyel bir paradig, *Psikosomatik* ,32(2), s.153-164

Taylor, G.J., Bagby, R.M. ve Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of Afect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge: Cambridge University Press.

Tunçer, Ö. (2005). Stres, Psikosomatik ve Somatoform Bozukluklar, *Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi*, İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, No: 47, s. 153-162.

Yağcı, İ., Akbulut, N.,Kivrak, Y., Özçetin, A.,Ataoğlu, A.,(2014) Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Tanı Grupları Arasındaki İlişki, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*,S.3,s.14-18

Yemez, B. (1991). Psikosomatik, Somatoform ve Diğer Bozukluklarda Aleksitimi Üzerine Kontrollü Bir Çalışma, *Uzmanlık Tezi*, İzmir: Ege. Üniver. Sos. Bil. Enstitüsü.

Weinstein, C. and Mayer, R. (1986). The Teaching of Learning Strategies. In: Wittrock, M., Ed., *Handbook of Research on Teaching*, Macmillan, New York, 315-327.

Wijk, C.M. ve Kolk, A.M. (1997) Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory. *Social Science & Medicine*, S. 45,s. 231-246

World Health Organisation (1992) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, Oxford University Press.

İnternet

Barry, D. (t.y.). Somatization disorder, *The Encyclopedia of Mental Disorders* ,Erişim Adresi: <http://www.minddisorders.com/Py-Z/Somatization-disorder.html>

Dimsdale, J.E. (2016). *Somatic Symptom Disorder*, San Diego: University of California, MD, <http://www.msmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/somatic-symptom-and-related-disorders/somatic-symptom-disorder>

Ekici, G. (t.y.). Erişim Adresi: <http://www.giyasettinekici.com/blog/psikosomatik-bozukluklar/>

Kallivayalil,R.A. ve Punnoose, V.P. (2010). Understanding and Managing Somatoform Disorders: Making Sense of Non-Sense, *Indian J Psychiatry*,52, 240-245, doi:10.4103/0019-5545.69239 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3146190/>

Montalvo, C. ve Robinson, D. M. (t.y.). What is Psychosomatics? Lessons Learned Regarding the Importance of a Name, *Psychosomatics*, Erişim tarihi: 29 Kasım 2016, <http://www.sciencedirect.com.lproxy.yeditepe.edu.tr/science/article/pii/S0033318216301669>

Şahin Ö.,E.M. (2007). *Şizofreni Hastalarında Somatizasyon (Uzmanlık Tezi)*, Erişim Adresi: http://istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/ruh_sag_hast/dr_emine_mujgan_ozen_sahin.pdf

Ünal, M. (t.y.). Psikosomatik Bozukluklar, *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ders Notları* 7, Erişim Adresi: http://erzurumram.meb.k12.tr/meb_iys_dosyalar/25/21/969720/dosyalar/2014_12/16012351_pskosomatkbzukluklar.pdf

EKLER



EK 1. Gönüllü Katılım Formu

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma Haliç Üniversitesi bünyesinde Yrd. Doç. Dr. Ayşegül YETKİN danışmanlığında Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Deren DEMİREL tarafından oluşturulmuştur. Araştırmanın amacı, psikosomatik bozukluklar ve öz-denetim arasındaki ilişkiyi incelemektir. Size verilen formlar “Demografik Bilgi Formu”, duyu ve heyecanlarınızı tanımaya yönelik “Toronto Aleksitemi Ölçeği”, Bedensel Duyum Ölçeği, ve öz-denetimimizi ölçen sorulardan oluşmaktadır. Lütfen her soru grubunun başındaki yönergeyi dikkatlice okuyunuz ve soruları mümkün olduğu kadar eksiksiz yanıtlamaya çalışınız. Formlarda size sorulan sorularda herhangi yanlış ya da doğru cevap yoktur. Soruların cevaplanma süresi yaklaşık 30 dakikadır. Soruları cevapladıktan sonra uygulayıcının size verdiği zarfa anketleri kapalı bir şekilde koyabilirsiniz. Sizden alınan bilgiler gizli tutularak sadece bilimsel araştırma amacıyla kullanılacaktır. Verdiğiniz cevaplar anonim olacaktır. Kendinizi soruların içeriğinden ya da başka nedenlerden dolayı rahatsız hissetmeniz durumunda cevaplamayı durdurabilirsiniz. Çalışmaya katkınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz. Lütfen size verilen formu doldurup imzalayarak uygulayıcıya veriniz.

Araştırmacı: Deren DEMİREL

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Ayşegül YETKİN

Soru, görüş ve iletişim için deren_dmrl@hotmail.com adresini kullanabilirsiniz.

Bu çalışmaya gönüllü olarak katılıyorum ve kendi isteğim dahilinde herhangi bir problem yaşadığımda cevaplamayı bırakabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı olarak kullanılmasını kabul ediyorum.

Adı-soyadı:

Tarih:

İmza:

EK 2. Demografik Bilgi Formu

Ad-Soyad:

E-mail:

Tel:

Yaş:

Cinsiyet: Kadın /Erkek

Medeni Durum:

Çocuk var mı? Evet / Hayır

- Evet ise kaç çocuk var?

Meslek:

Yaşadığınız şehir:

Aylık Geliriniz: 1)1.000TL ve altı 2) 1.050-3.000TL 3) 3.050-5.000TL 4) 5.050-7.000TL

5) 7.050-9.999TL 6) 10.000TL ve üzeri

Kim ya da kimlerle yaşıyorsunuz? Çekirdek aile/ Büyük aile /Arkadaş /Yalnız /Diğer

1) Çalışıyor iseniz günlük çalışma saatiniz?

2) Günde ortalama kaç saat uyuyorsunuz?

3) Sigara kullanıyor musunuz? Evet / Hayır

- Evet ise günde kaç adet?

4) Alkol kullanıyor musunuz? Evet /Hayır

- Evet ise ne sıklıkta kullanıyorsunuz?

5) Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı? Evet / Hayır

- Evet ise nedir?

6) Daha önceden psikolojik yardım aldınız mı? Evet/ Hayır

EK 3. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

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

Hiçbir, Nadiren, Bazen, Sık sık, Her zaman

1. Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.	1	2	3	4	5
2. Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.	1	2	3	4	5
3. Bedenimde doktorların bile anlamadığı duyular oluyor.	1	2	3	4	5
4. Duygularımı kolayca tanımlayabilirim.	1	2	3	4	5
5. Sorunları yalnızca tanımlamaktansa onları çözümlenmeyi 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 duyular çoğu kez 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 zorunludur.	1	2	3	4	5
11. İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tanımlamak benim için zordur.	1	2	3	4	5
12. İnsanlar duygularım hakkında daha çok	1	2	3	4	5

konuşmamı isterler.					
13. İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
14. Çoğu zaman neden öfkeli olduğumu bilmem.	1	2	3	4	
15. İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.	1	2	3	4	5
16. Psikolojik dramalar yerine eğlence programları izlemeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
17. İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.	1	2	3	4	5
18. Sessizlik anlarında bile kendimi birisine yakın hissedebilirim.	1	2	3	4	5
19. Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.	1	2	3	4	5
20. Film ya da tiyatro oyunlarında gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.	1	2	3	4	5

EK 4. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ)

Aşağıdaki ifadelerin sizin için ne kadar doğru olduğunu lütfen belirtiniz.

Doğru değilse (1).....Tamamen doğru ise (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

- | | |
|---|-----------|
| 1- Birisi öksürdüğünde, benim de öksüresim gelir. | 1 2 3 4 5 |
| 2- Duman, sis ya da hava kirliliğine tahammül edemem. | 1 2 3 4 5 |
| 3- Sıklıkla vücudumda değişik şeyler olduğunu fark ederim. | 1 2 3 4 5 |
| 4- Bir yerim morardığında, uzun süre öylece kalır. | 1 2 3 4 5 |
| 5- Ani yüksek sesler beni rahatsız eder. | 1 2 3 4 5 |
| 6- Bazen nabzımın ya da kalbimin kulağımın içinde güm güm attığımı duyarım. | 1 2 3 4 5 |
| 7- Çok sıcakta olmayı da çok soğukta olmayı da sevmem. | 1 2 3 4 5 |
| 8- Midemdeki açlık kasılmalarını çok çabuk hissederim. | 1 2 3 4 5 |
| 9- Ufak bir böcek ya da sinek ısırığı bile beni gerçekten rahatsız eder. | 1 2 3 4 5 |
| 10- Ağrıya çok az tahammülüm vardır. | 1 2 3 4 5 |

EK 5. Öz-Denetim Ölçeği

Aşağıda belirtilen ifadelerin yanında yer alan sütuna, belirtilen ifadelerin size uyma derecesini belirten rakamı yazınız.

Bana tamamen uyuyor +3, Bana çoğunlukla uyuyor +2, Bana biraz uyuyor +1

Bana biraz uymuyor -1, Bana çoğunlukla uymuyor -2, Bana tamamen uymuyor -3

1) Sıkıcı bir iş yaptığımda, işin daha az sıkıcı olan yanlarını ve işi bitirdiğimde elde edeceğim ödülü düşünürüm.
2) Beni endişelendiren bir şey yapmak zorunda olduğumda, işi yaparken endişemin nasıl üstesinden geleceğimi gözümde canlandırmaya çalışırım.
3) Düşünme şeklimi değiştirerek, çoğu zaman neredeyse her şeye ilişkin duygularımı da değiştirebilirim.
4) Dışarıdan yardım almaksızın, sinirlilik, öfke ve gerginliğimin üstesinden gelebilmem çoğu zaman zordur.
5) Moralim bozuk olduğunda güzel şeyler düşünmeye çalışırım.
6) Yaptığım hataları düşünmekten kendimi alamam.
7) Zor bir problemle karşılaştığımda, onu sistematik bir şekilde ele almaya çalışırım.
8) Biri bana baskı yaptığında, yapmam gereken şeyi genellikle daha kısa sürede yaparım.
9) Zor bir karar vermem gerektiğinde tüm verilere sahip olsam dahi karar vermeyi ertelemeyi tercih ederim.
10) Okuduğum şeye odaklanmakta zorluk yaşadığımda, konsantrasyonumu artırmanın yollarını ararım.
11) Çalışmayı planladığımda, işimle ilgisi olmayan her şeyi ortadan kaldırırım.
12) Kötü bir alışkanlıktan kurtulamaya çalışırken, öncelikle bu alışkanlığa sahip olma nedenlerimi bulmaya çalışırım.
13) Tatsız bir düşünce canımı sıktığında, güzel şeyler düşünmeye çalışırım.
14) Günde iki paket sigara içiyordum olsaydım, sigarayı bırakmak için dışarıdan yardım almaya ihtiyaç duyardım.
15) Moralim bozuk olduğunda ruh halimin değişmesi için neşeli davranmaya çalışırım.
16) Yanımda sakinleştirici olsa gergin ve sinirli olduğumda bir tane alırdım.

17) Moralim bozuk olduğunda sevdiğim şeylerle meşgul olmaya çalışırım.

18) Hoşlanmadığım işleri hemen yapabilecek durumda olsam bile onları erteleme eğilimindeyimdir.

19) Bazı kötü alışkanlıklarımın kurtulmak için dışarıdan yardım almaya ihtiyaç duyarım.

20) Kendimi işe veremediğimde ve işi yapmakta zorlandığımda, kendimi işe vermenin yollarını ararım.

21) Kendimi kötü hissetmeme sebep olsa bile olası tüm felaketleri düşünmekten kendimi alamam.

22) Sevdiğim şeyleri yapmaya başlamadan önce yapmak zorunda olduğum işi bitirmeyi tercih ederim.

23) Bir yerim ağrıdığına onu düşünmemeye çalışırım.

24) Kötü bir alışkanlığımın üstesinden gelmeyi başardığımda kendime olan saygım artar.

25) Başarısızlığa eşlik eden kötü duygulardan kurtulmak için çoğu zaman kendime bunun feci bir şey olmadığını ve bir şeyler yapabileceğimi söylerim.

26) Düşünmeden hareket ettiğimi hissettiğimde kendime durmamı ve onunla ilgili bir şey yapmadan önce düşünmemi söylerim.

27) Birine aşırı derecede sinirlendiğimde bile yapacaklarımı dikkatlice düşünürüm.

28) Karar vermem gerektiğinde, çabuk ve içimden geldiği gibi karar vermek yerine genellikle farklı seçenekler ararım.

29) Genellikle yapmam gereken daha acil şeyler olduğunda bile önce yapmayı sevdiğim şeyi yaparım.

30) Önemli bir toplantıya geç kalmamın kaçınılmaz olduğunu fark ettiğimde, kendime sakin olmamı söylerim.

31) Bir yerim ağrıdığına, düşüncelerimi başka yöne çevirmeye çalışırım.

32) Yapmam gereken birkaç şey olduğunda genellikle işlerimi planlarım.

33) Param azaldığında ilerde daha dikkatli bütçe yapmak için tüm harcamalarımı kaydetmeye karar veririm.

34) Bir işe konsantre olmakta zorluk yaşarsam onu küçük parçalara bölerim.

35) Çoğu zaman beni rahatsız eden tatsız düşüncelerin üstesinden gelemem.

36) Acıktığımda ve yemek yeme fırsatım olmadığında, düşüncelerimi midemden başka bir yere yönlendirmeye ya da tok olduğumu hayal etmeye çalışırım.



EK 6. Etik Kurul İzni



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 74
KONU: Etik Kurul İzni

23.02.2017

Sayın; Deren DEMİREL

Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapılmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, Yrd. Doç. Dr. Ayşegül YETKİN un danışmanlığında ‘‘Psikosomatik Bozukluklar ve Öz-Denetim Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’’ isimli araştırma kurulumuzun 23.02.2017 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Melek Güneş YAVUZER
Etik Kurul Başkan Yardımcısı

EK.Etik Kurul Kararı

EK 7. Araştırmanın Yapılmasına Yönelik Kurum İzin Belgesi



T.C.
MUDANYA KAYMAKAMLIĞI
Özel Emine Örnek İlkokul ve Ortaokulu Müdürlüğü

Sayı : 304 / 35
Konu : Deren DEMİREL Hk.

24/03/2017

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci Hizmetleri Daire Başkanlığı)
İSTANBUL

Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı (Tezli) 57040127556 T.C kimlik numaralı Deren DEMİREL 'İN, Ayşegül YETKİN danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı '' Psikosomatik Bozukluklar ve Öz-Denetim Arasındaki İlişkinin İncelenmesi'' konulu araştırmasının anketlerini kurumumuzda yapmasında herhangi bir sakınca yoktur.

Bilgilerinize arz ederim.


Emine ÖRNEK
Okul Müdürü

ADRES : Hasköy Mah 12. Sok. No:2/2 PK:16940 Mudanya-Bursa
Tel : 0224 549 16 00 pbx Fax : 0224 549 16 10
Web Adresi : www.emineornek.k12.tr www.emineornek.com
E-Mail : okul@emineornek.k12tr

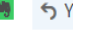


EK 8. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği ile Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)'nin Kullanımı İçin İzin Belgesi

YNT: Ölçek Kullanım için izin: Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği



huseyingulec <huseyingulec@yahoo.com>
4.5 (Per), 19:23
Siz



4.5.2017 22:25 tarihinde yanıt verdiniz.

Sayın Demirel,
20 maddeli TAS ve Bedensel Duyumları Abartma ölçeklerini tezinizde kaynak göstermek koşuluyla kullanabilirsiniz.
Saygılarımla
Hüseyin Güleç MD.
Erenköy

Samsung Galaxy akıllı telefonumdan gönderildi.

----- Orijinal mesaj -----

Başlangıç tarihi: deren demirel <deren_dmrl@hotmail.com>
Tarih: 04.05.2017 13:18 (GMT+03:00)
Alıcı: huseyingulec@yahoo.com
Konu: Ölçek Kullanım için izin: Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği

Merhaba ben Deren Demirel. Haliç Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans tez dönemi öğrencisiyim. Tez konum "Psikosomatik Bozukluklar ve Öz-Denetim Arasındaki İlişkinin İncelenmesi". Tüm etik izinlerim alınmıştır. Tezimde kullanmam gereken Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) ve Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği için tarafınızdan izin istiyorum. Şimdiden teşekkür ederim.

EK 9. Öz-Denetim Ölçeğinin Kullanımı İçin İzin Belgesi

Re: Ölçek kullanmak için izin: ÖZ-DENETİM ÖLÇEĞİ



Veli Duyan <duyanveli@yahoo.com>
4.5 (Per) , 09:30
Siz

Yanıtla

4.5.2017 10:12 tarihinde yanıt verdiniz.

Günaydın Deren,

Ölçeği tezinizde kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim. Prof. Dr. Veli Duyan

From: deren demirel <deren_dmr@hotmail.com>
To: "duyanveli@yahoo.com" <duyanveli@yahoo.com>; "gelbal@hacettepe.edu.tr" <gelbal@hacettepe.edu.tr>
Sent: Wednesday, May 3, 2017 4:00 PM
Subject: Ölçek kullanmak için izin: ÖZ-DENETİM ÖLÇEĞİ

Merhaba ben Deren Demirel. Haliç Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans tez dönemi öğrencisiyim. Tez konum "Psikosomatik Bozukluklar ve Öz-Denetim Arasındaki İlişkinin İncelenmesi". Tüm etik izinlerim alınmıştır. Tezimde kullanmam gereken Öz-Denetim Ölçeği için tarafınızdan izin istiyorum.

Saygılarımla



EK 10. İntihal Raporu

PSİKOSOMATİK BOZUKLUKLAR ve ÖZ-DENETİM ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

%9 BENZERLİK ENDEKSİ	%7 İNTERNET KAYNAKLARI	%4 YAYINLAR	%3 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
--------------------------------	-------------------------------------	-----------------------	-------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.capps.org İnternet Kaynağı	%1
2	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
3	earsiv.arel.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
4	www.tsh.hacettepe.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
5	Submitted to Istanbul Aydın University Öğrenci Ödevi	<%1
6	www.dent.ege.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<%1
8	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
9	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1

- 10 KULOĞLU, Murat; SAĞLAM, Sema; KORKMAZ, Sevda; SAĞLAM, Sadullah; GÜROK, M.Gürkan; KARTI ÜSTÜN, Suzan and BULUT, Serpil. "Multipl Skleroz Hastalarında Mizaş Karakter Özellikleri ve Aleksitimi Düzeyi", Archives of Neuropsychiatry / Noropsikiatri Arsivi, 2013. Yayın <% 1
-
- 11 [issuu.com](#) İnternet Kaynağı <% 1
-
- 12 [www.ataturkuni.com](#) İnternet Kaynağı <% 1
-
- 13 [asosindex.com](#) İnternet Kaynağı <% 1
-
- 14 [acikarsiv.ankara.edu.tr](#) İnternet Kaynağı <% 1
-
- 15 [jllsite.org](#) İnternet Kaynağı <% 1
-
- 16 [www.acarindex.com](#) İnternet Kaynağı <% 1
-
- 17 [jee.erciyes.edu.tr](#) İnternet Kaynağı <% 1
-
- 18 Submitted to Ege Üniversitesi Öğrenci Ödevi <% 1
-
- 19 [content.lms.sabis.sakarya.edu.tr](#) İnternet Kaynağı <% 1

20	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<% 1
21	ERDEN, Lütfi and ÇAĞATAY, Oktay. "Türkiye'de cari i Yayın	<% 1
22	GÜLEÇ, Hüseyin. "Psychometric properties of the Turkish version of the Scale for the Assessment of Illness Behaviour (SAIB): A preliminary study", Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri A.Ş., 2012. Yayın	<% 1
23	Submitted to GATA Öğrenci Ödevi	<% 1
24	AYDIN, Adem; SELVİ, Yavuz and GÜZEL ÖZDEMİR, Pınar. "Depresyon Hastalarında Aleksitiminin Bedenselleştirme ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi", Archives of Neuropsychiatry / Noropsikiatri Arsivi, 2013. Yayın	<% 1
25	Submitted to Yeditepe University Öğrenci Ödevi	<% 1
26	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	<% 1
27	www.uludagsozluk.com İnternet Kaynağı	<% 1
28	dergi.iibf.gazi.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1

- 29 dokuman.bilgisayardersi.net <% 1
İnternet Kaynağı
-
- 30 library.cu.edu.tr <% 1
İnternet Kaynağı
-
- 31 Duyan, Veli; Gülden, Çiğdem and Gelbal, Selahattin. "ÖZ-DENETİM ÖLÇEĞİ ÖDÖ: GÜVENİRLİK VE GEÇERLİK ÇALIŞMASI", Journal of Society & Social Work, 2012. <% 1
Yayın
-
- 32 TAŞKIN, E.Oryal, TIKIZ, Canan, YÜKSEL, Ebru , Gürlek, FIRAT, Altınay, TÜZÜN, Çiğdem and AYDEMİR, Ömer. "Fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğine ilk kez başvuran ve fibromiyalji tanısı konan hastalarda depresif bozuklukların görülme sıklığı ve aleksitimi ile ilişkisi", Esform Ofset, 2007. <% 1
Yayın
-
- 33 AYDIN, Aydan and SARAÇ, Tuğba. "OTİSTİK ÇOCUK EBEVEYNLERİNİN GENİŞ OTİZM FENOTİPİ VE ALEKSİTİMİ ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ", Dumlupınar Üniversitesi, 2014. <% 1
Yayın

ALINTILARI ÇIKART

KAPAT

EŞLEŞMELERİ ÇIKAR

KAPAT

BİBLİYOGRAFYAYI

KAPAT

ÖZGEÇMİŞ

1992 yılında Bursa'da doğan Deren DEMİREL, ilkokul ve lise eğitimini Bursa'da tamamladı. Yeditepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nden 2015 yılında mezun oldu, aynı yıl Haliç Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programına başladı.

Lisans ve yüksek lisans eğitimleri sırasında farklı kurumlarda staj deneyimleri ve projeleri oldu. Lisans eğitimi sırasında Sosyal Proje dersi kapsamında İstanbul Darülaceze Müdürlüğünde gönüllü gözlemci oldu. Lisans eğitimini tamamladıktan sonra Liv Hospital International, Ortopedi ve Travmatoloji bölümünde, bölüm başkanı olan Doç. Dr. Çağatay ÖZTÜRK'ün ekibinde psikolog olarak bulundu. Yüksek lisans stajını Bursa Özel İpekcan Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi'nde tamamladı.

Eğitimleri süresince çeşitli kongre ve sempozyumlara katıldı. Bunlardan bazıları; - 18. Ulusal Psikoloji Kongresi, - Cinsiyet, Cinsel Kimlik ve Cinsellik, Psikanalitik Bakışlar 6, - Kardeşler ve Psikanaliz, Psikanalitik Bakışlar 7'dir. Yüksek lisans eğitiminden sonrada klinik psikoloji alanında tecrübe ve bilgilerini arttırmayı istemektedir. Bu amaç doğrultusunda doktora ile eğitim hayatına devam etmeyi amaçlamaktadır.