



**TEMPOROMANDİBULAR BOZUKLUĞA BAĞLI MİYOFASİYAL AĞRILI HASTALARDA
BAŞ ETME TUTUMLARININ VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Güzin Neda HASANOĞLU ERBAŞAR

**DOKTORA TEZİ
AĞIZ, DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

ARALIK 2014

Dt. Güzin Neda HASANOĞLU ERBAŞAR tarafından hazırlanan “**Temporomandibular Bozukluğa Bağlı Miyofasiyal Ağrılı Hastalarda Baş Etme Tutumlarının Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından **OY BİRLİĞİ** / OY ÇOKLUĞU ile Gazi Üniversitesi Ağız, Diş, Çene Cerrahisi Anabilim Dalında DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof. Dr. Cansu ALPASLAN

Ağız, Diş, Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu **onaylıyorum**/onaylamıyorum



Başkan: Prof. Dr. İnci Rana KARACA

Ağız, Diş, Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

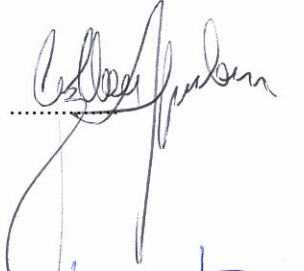
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu **onaylıyorum**/onaylamıyorum



Üye: Prof. Dr. Gökhan ALPASLAN

Ağız, Diş, Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu **onaylıyorum**/onaylamıyorum



Üye: Prof. Dr. Ayşen BODUR

Periodontoloji Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu **onaylıyorum**/onaylamıyorum



Üye: Prof. Dr. Necdet DOĞAN

Ağız, Diş, Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu **onaylıyorum**/onaylamıyorum



Tez Savunma Tarihi:/...../.....

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

.....
Doç. Dr. Ufuk KOCA ÇALIŞKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

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

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Dt. Güzin Neda HASANOĞLU ERBAŞAR

26 /12/ 2014



**TEMPOROMANDİBULAR BOZUKLUĞA BAĞLI MİYOFASİYAL AĞRILI HASTALARDA BAŞ ETME
TUTUMLARININ VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**
(Doktora Tezi)

Güzin Neda HASANOĞLU ERBAŞAR

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Aralık 2014

ÖZET

Temporomandibular bozukluklar, orofasiyal bölgede dental kaynaklı olmayan ağrıların başlıca sebebi ve kassal-iskeletsel bozuklukların da alt sınıfı olarak düşünülmektedir. Temporomandibular bozuklukların yaklaşık yarısından fazlasını miyofasiyal ağrı oluşturmaktadır. Etiyolojisinde parafonksiyonel alışkanlıkların ve stres gibi psikososyal faktörlerin yer aldığı miyofasiyal ağrı; akut veya kronik olabilen, kaslarda ve/veya fasyalarda oluşan tetik nokta olarak bilinen kas dokusunun hipersensitif bantlarından kaynaklanabilen bölgesel kassal ağrı durumudur. Günümüzde stresli yaşam koşulları nedeniyle temporomandibular bozukluklara bağlı miyofasiyal ağrısı bulunan bireylerin sayısı artmaktadır. Strese neden olan olayların ve/veya etkenlerin olumsuz etkilerini en aza indirmek ya da tamamen ortadan kaldırmak için çeşitli baş etme stratejileri kullanılmaktadır. Günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyen tüm hastalıklar gibi temporomandibular bozukluklar da hastaların yaşam kalitesini belirgin şekilde etkileyebilir. Temporomandibular bozukluklarla ilişkili baş etme tutumlarının belirlenmesi de hastalığın kronikleşmesinin önüne geçilmesinde ve tedavi hedeflerinin belirlenmesinde büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmada; temporomandibular bozukluğa bağlı miyofasiyal ağrısı bulunan hastalarda miyofasiyal ağrının etiyolojisinde rol oynayan sosyodemografik özellikler, hastaların ağrı düzeyleri, baş etme tutumları, yaşam kalitesi ve bunların arasındaki ilişkinin araştırılması hedeflenmiştir. Bu çalışmaya miyofasiyal ağrı tanısı konmuş 100 hasta dahil edilmiştir. Çalışmada hastaların sosyo-demografik karakterlerinin, yaşam kalitelerinin ve baş etme tutumlarının değerlendirildiği 3 bölümden oluşan bir anket kullanılmıştır. Anketin ilk bölümünü sosyodemografik bilgi formu ve ağrı düzeyinin saptanmasında kullanılan VAS, ikinci bölümünü yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan OHIP-14 anketi ve üçüncü bölümünü de hastaların baş etme tutumlarının değerlendirildiği COPE ölçeği oluşturmaktadır. Anketlerden elde edilen verilerin istatistiksel analizinde parametrik ve parametrik olmayan testlerden yararlanılmış ve istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ kabul edilmiştir. Çalışmamızın istatistiksel analizinden elde edilen bulgular; miyofasiyal ağrılı hastalarda cinsiyet, yaş, eğitim durumu, şikayet süresi ve ağrı düzeyleri ile baş etme tutumları ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunduğunu göstermiştir. Sonuç olarak miyofasiyal ağrıya sahip hastalara aktif başa çıkma becerilerinin kazandırılmasının; hastaların ağrı ve stresle baş edebilme ve yaşam kalitelerini artırabilme açısından önem taşıdığını göstermektedir.

Bilim Kodu : 1003
Anahtar Kelimeler : Temporomandibular bozukluk, miyofasiyal ağrı, baş etme tutumları, yaşam kalitesi
Sayfa Adedi : 111
Danışman : Prof. Dr. Cansu ALPASLAN

EVALUTION OF COPING STRATEGIES AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MYOFASCIAL PAIN
DUE TO TEMPOROMANDIBULAR DISORDER

(Ph. D. Thesis)

Güzin Neda HASANOĞLU ERBAŞAR

GAZİ UNIVERSITY

INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

December 2014

ABSTRACT

Temporomandibular disorders (TMDs) are the major cause of non-odontogenic pain in the orofacial region and a subdivision of musculo-skeletal disorders. Myofascial pain accounts more than half of temporomandibular disorders. Myofascial pain that may present either acute or chronic is a local-regional muscular pain caused by taut band(s) in muscle or fascia, called trigger points. Parafunctional habits and psychosocial factors like stress are listed in its etiology. Today, due to the tough living conditions, number of patients suffering myofascial pain is increasing. Several coping strategies are used to eliminate or reduce the detrimental effects of conditions leading stress. TMDs may have an adverse effect on quality of life like other systemic diseases. Determining the coping strategies related with TMDs is of utmost importance to avoid the progress of disorder to chronic state and to put forward treatment goals. The objective of this study was to evaluate the socio-demographic characteristics, severity of pain, coping strategies and quality of life in patients with myofascial pain of temporomandibular disorders and also to evaluate the relationship between those factors. Total of 100 patients diagnosed with myofascial pain of TMD were included in this study. A three-part questionnaire was used for evaluation of socio-demographic characteristics, coping strategies and quality of life of patients. The first part of the questionnaire consisted of questions to evaluate socio-demographic characteristics of patients and visual analogue scale to measure severity of pain, the second part consisted of OHIP-14 questionnaire to evaluate quality of life, third part consisted of COPE scale to evaluate coping strategies of patients. Parametric and non-parametric tests are used for statistical evaluation of the collected data and the significance level was determined as $p < 0,05$. The results of our study showed a significant relation between genders, age, level of education, duration of pain complaint, severity of pain and coping strategies as well as quality of life. We concluded that assisting the patients with myofascial pain of temporomandibular disorders to acquire active coping skills may help them to cope with pain and stress and also to improve their quality of life.

Science Code : 1003

Key Words : Temporomandibular disorder, myofascial pain, coping strategies, quality of life

Page Number : 111

Supervisor : Prof. Dr. Cansu ALPASLAN

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca büyük bir özveriyle bilgi ve tecrübesini benimle paylaşan, desteğini hep yanımda hissettiğim ve öğrencisi olmaktan büyük mutluluk duyduğum saygıdeğer doktora danışmanım Prof. Dr. Cansu Alpaslan'a

Tez çalışmamın her aşamasında yardımlarını esirgemeyen Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi A.B.D. Başkanı Prof. Dr. İnci Rana Karaca'ya, Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi A.B.D. Öğretim Üyesi Prof. Dr. Gökhan Alpaslan'a, Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji A.B.D. Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ayşen Bodur'a,

Gerek dişhekimliği eğitimim sırasında gerekse doktora eğitimim boyunca her birinden ayrı ayrı çok şey öğrendiğim ve onlarla aynı çatı altında bulunduğum için kendimi çok şanslı hissettiğim tüm öğretim üyelerine,

Bu zorlu süreçte yanımda olan sevgisini ve sabrını hiç esirgemeyen Merve Kipdemir'e, birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum Dt. Elif Peker başta olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma,

Tezimin istatistikle ilgili bölümünde emeği geçen ve büyük bir sabırla bana yardımcı olan Özgür Aydemir'e,

Hayatıma kattıkları huzur ve mutlulukla her an yanımda olan, sevgisini ve desteğini üzerimden hiç eksiltmeyen annem Dt. Safiye Hasanoğlu'na, babam Dt. Tahsin Hasanoğlu'na ve ablam Dr.Dt. Nazlı Hasanoğlu Nalcı'ya,

Dişhekimliği öğrenciliğimin ilk yıllarından doktora eğitimimin sonuna kadar geçen 10 yıllık süreçte büyük emeği bulunan, tüm verdiğim kararlarda arkamda duran, hayatımı yaşanabilir kılan en büyük şansım hayat arkadaşım Dr.Dt. Can Erbaşar'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Temporomandibular Bozukluk.....	3
2.1.1. Temporomandibular bozukluklarının epidemiyolojisi	3
2.1.2. Temporomandibular bozukluklarının etiolojisindeki kavramlar.....	4
2.1.3. Temporomandibular bozukluklarının etiolojisi	7
2.2. Temporomandibular Eklem Bozukluklarının Sınıflandırılması	11
2.2.1. RDC/TMD'nin eksen 1 teşhis kriterleri	12
2.3. Çiğneme Kaslarının Düzensizlikleri	15
2.3.1. Miyofasiyal ağrı	17
2.3.2. Miyofasiyal ağrının teşhis kriterleri.....	18
2.4. Stres ve Baş Etme(Başa Çıkma) Kavramı	18
2.4.1. Baş etme tutumları	20
2.4.2. Başa çıkmayı etkileyen faktörler	21
2.5. Yaşam Kalitesi Kavramı ve Ağız Sağlığıyla İlişkili Yaşam Kalitesi.....	24
2.5.1. Sağlık modelleri ve ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi	25
2.5.2. Ağız sağlığı etki profili (oral health impact profile-OHIP).....	28

	Sayfa
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
4. BULGULAR.....	35
4.1. Araştırmanın Demografik Değişken Frekansları.....	35
4.1.1. Cinsiyetlere göre dağılım	35
4.1.2. Yaş dağılımı	35
4.1.3. Eğitim durumlarına göre dağılım	36
4.1.4. Şikayet süresi dağılımı	36
4.1.5. Diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlığının dağılımı	37
4.1.6. Ağrı düzeyi dağılımı (VAS değeri).....	37
4.1.7. OHIP-14 (yaşam kalitesi) skorlarının dağılımı	38
4.2. Güvenirlilik Analizi	39
4.3. Faktör Analizi.....	40
4.4. Normallik Testleri	42
4.5. Parametrik Testler	42
4.6. T Testleri	43
4.6.1. Cinsiyete göre t testi	43
4.6.2. Yaşa göre t testi.....	44
4.6.3. Şikayet süresine göre t testi.....	46
4.7. Eğitim Düzeyine Göre Anova-Welch Testi.....	48
4.8. OHIP-14 (Yaşam Kalitesi) Skorlarına Göre Anova Testi.....	52
4.9. Parametrik Olmayan Testler (Mann Whitney U testi- Kruskal Wallis Testi)	61
4.9.1. Cinsiyete göre Mann Whitney U testi.....	61
4.9.2. Yaşa göre Mann Whitney U testi	62
4.9.3. Şikayet süresine göre Mann Whitney U testi	63
4.9.4. Eğitim durumuna göre Kruskal Wallis testi.....	63

	Sayfa
4.9.5. OHIP-14 (yaşam kalitesi) skorlarına göre Kruskal Wallis testi	64
4.10. OHIP-14 (Yaşam Kalitesi) Skorları- Ağrı Düzeyi İlişkisine Göre Ki-Kare Testi	66
4.11. Diş sıkma ve/veya Diş Gıcırdatma Alışkanlığı- OHIP-14 (Yaşam Kalitesi) Skorları İlişkisi	67
4.12. Şikayet Süresi- OHIP-14 (Yaşam Kalitesi) Skorları İlişkisi.....	68
4.13. Şikayet Süresi- Diş sıkma ve/veya Diş Gıcırdatma Alışkanlığı İlişkisi	69
5. TARTIŞMA.....	71
6. SONUÇ.....	83
KAYNAKLAR	87
EKLER.....	99
EK-1 Etik Kurul Onayı.....	100
EK-2 Sosyodemografik Bilgi ve Klinik Görüşme Formu	101
EK-3 OHIP-14 Anket Formu	103
EK-4 Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE).....	104
ÖZGEÇMİŞ	111

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.1. Cinsiyet frekansı	35
Çizelge 4.2. Yaş frekansı	35
Çizelge 4.3. Eğitim frekansı	36
Çizelge 4.4. Şikayet süresi frekansı	36
Çizelge 4.5. Diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlığının frekansı	37
Çizelge 4.6. VAS değeri frekansı	37
Çizelge 4.7. OHIP-14 skorlarının frekansı	38
Çizelge 4.8. Güvenirlilik analizi	39
Çizelge 4.9. Geçerlilik analizi Hotelling'in t kare testi	40
Çizelge 4.10. Faktör analizi KMO ve Bartlett testi	40
Çizelge 4.11. COPE ölçeği boyutları	41
Çizelge 4.12. Cinsiyete göre t testi	43
Çizelge 4.13. Cinsiyete göre grup istatistikleri	44
Çizelge 4.14. Yaşa göre t testi	45
Çizelge 4.15. Yaşa göre grup istatistikleri	46
Çizelge 4.16. Şikayet süresine göre t testi	47
Çizelge 4.17. Şikayet süresine göre grup istatistikleri	47
Çizelge 4.18. Eğitim düzeyine göre varyansların homojenliği testi	48
Çizelge 4.19. Eğitim düzeyine göre Anova testi	49
Çizelge 4.20. Eğitim düzeyine göre tanımlayıcılar	51
Çizelge 4.21. Şakaya vurma faktörü Welch anlamlılık testi	52
Çizelge 4.22. OHIP-14 skorlarına göre Anova testi	53
Çizelge 4.23. OHIP-14 skorlarına göre tanımlayıcılar	54

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.24. OHIP-14 skorlarına göre sorun odaklı başa çıkma faktörü çoklu karşılaştırma	56
Çizelge 4.25. OHIP-14 skorlarına göre yararlı sosyal destek kullanımı faktöründe çoklu karşılaştırma	57
Çizelge 4.26. OHIP-14 skorlarına göre aktif başa çıkma faktörü çoklu karşılaştırma.....	58
Çizelge 4.27. OHIP-14 skorlarına göre plan yapma faktörü çoklu karşılaştırma.....	59
Çizelge 4.28. OHIP-14 skorlarına göre kabullenme faktörü çoklu karşılaştırma.....	60
Çizelge 4.29. Cinsiyete göre Mann Whitney U testi.....	61
Çizelge 4.30. Cinsiyete göre büyüklük.....	62
Çizelge 4.31. Yaşa göre Mann Whitney U testi	62
Çizelge 4.32. Şikayet süresine göre Mann Whitney U testi	63
Çizelge 4.33. Eğitim durumuna göre Kruskal Wallis testi	64
Çizelge 4.34. Eğitim durumuna göre büyüklük	64
Çizelge 4.35. OHIP-14 skorlarına göre Kruskal Wallis testi	65
Çizelge 4.36. OHIP-14 skorlarına göre büyüklük.....	65
Çizelge 4.37. VAS değeri – OHIP-14 skorları ilişkisi ki kare testi	66
Çizelge 4.38. VAS değeri – OHIP-14 skorları çapraz tablolar	66
Çizelge 4.39. Diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlığı - OHIP-14 skorları ilişkisi	67
Çizelge 4.40. Diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlığı – OHIP-14 skorları çapraz tablolar	68
Çizelge 4.41. Şikayet süresi – OHIP-14 skorları ilişkisi	69
Çizelge 4.42. Şikayet süresi – OHIP-14 skorları çapraz tablolar	69
Çizelge 4.43. Şikayet süresi – diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlığı	70
Çizelge 4.44. Şikayet süresi – diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlığı çapraz tablolar.....	70

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 4.1 VAS değeri grafiği.....	38
Şekil 4.2 OHIP-14 skorlarının grafiği.....	39

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış bazı simgeler ve kısaltmalar açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler Açıklama

n	Hasta sayısı
p	P değeri

Kısaltmalar Açıklama

ASİYK	Ağız Sağlığıyla İlişkili Yaşam Kalitesi
BIS	Kısa Symptom Envanteri
COPE	Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği
Df	Serbestlik Derecesi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin Değeri
K-S	Kolmogorov-Smirnov Testi
MADS	Miyofasiyal Ağrı Disfonksiyon Sendromu
OHIP	Ağız Sağlığı Etki Profili
Sig	Sigma- Anlamlılık Seviyesi/Olasılık Değeri
SPSS	Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi
TMB	Temporomandibular Bozukluk
TME	Temporomandibular Eklem
VAS	Vizüel Analog Skala

1. GİRİŞ

Temporomandibular bozukluk (TMB); çiğneme kaslarını, temporomandibular eklemi (TME) ve TME'yi çevreleyen sert ve yumuşak dokuların bir veya birkaçını içeren klinik problemleri ifade etmektedir. TMB'lerin bulgu ve belirtileri arasında çene hareketlerinde kısıtlılık, kulağın ön bölgesinde, TME'de veya çiğneme kaslarında ağrı, TME'de klik, popping sesi ve/veya krepitasyon yer almaktadır. Erişkin popülasyonda oldukça yüksek prevalansa sahip TMB'ler; çiğneme kası düzensizlikleri, TME disk deplasmanları, atralji, osteoartritis, osteoartrosis gibi çeşitli rahatsızlıklardan oluşmaktadır. Ancak TMB'lerin yaklaşık yarısından fazlasını çiğneme kası düzensizliklerinden biri olan miyofasiyal ağrı oluşturmaktadır [1-4].

Miyofasiyal ağrı; kaslarda ve/veya fasyalarda oluşan tetik nokta olarak bilinen kas dokusunun hipersensitif bantlarından kaynaklanan bölgesel kassal ağrı durumudur. Ağrıya kas spazmı, hassasiyet, eklem hareketlerinde eşlik edebilmektedir [5, 6]. Miyofasiyal ağrının etiyolojisinde diş sıkma, diş gıcırdatma ve diğer parafonksiyonel alışkanlıklar ile stres gibi psikososyal faktörler rol oynamaktadır [4].

Strese neden olan olayların ve/veya etkenlerin olumsuz etkilerini en aza indirmek ya da tamamen ortadan kaldırmak için baş etme stratejileri kullanmak evrensel bir tutumdur. Baş etme; birey tarafından bireysel kaynaklarını zorlama ya da aşma olarak algılanan, birey-çevre etkileşiminin içsel ve dışsal gerekliliklerini kontrol etmeye yarayan bilişsel, duygusal ve davranışsal çabaların tümü olarak tanımlanabilmektedir [7].

Günümüzde stresli yaşam koşulları nedeniyle TMB'ye bağlı miyofasiyal ağrısı bulunan bireylerin sayısı hızla artmaktadır [8]. Ağrı durumunda, pasif (duygusal odaklı), işlevsel olmayan ya da sorun odaklı baş etme tutumları kullanılmaktadır. TMB'yle ilişkili baş etme tutumlarının belirlenmesi hastalığın kronikleşmesinin önüne geçilmesinde ve tedavi hedeflerine karar verilmesinde büyük önem taşımaktadır [7, 9-11].

Günlük yaşam aktivitelerine engel olan tüm hastalıkların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisi bulunmaktadır. Ağız bölgesi ve çevre yapılardan kaynaklanan hastalıkların günlük

hayatımızdaki psikolojik ve sosyal etkileri kolaylıkla fark edilmekte ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri çok belirgin olmaktadır. TMB'nin de hastaların yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkilediği pek çok araştırmada gösterilmiştir [12-16]. Fakat yaşam kalitesi olumsuz etkilenen TMB'ye bağlı miyofasiyal ağrılı hastalarda baş etme tutumları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışma henüz yapılmamıştır.

Bu çalışmanın amacı; TMB'ye bağlı miyofasiyal ağrısı bulunan hastaların miyofasiyal ağrının etiyolojisinde rol oynayan sosyodemografik özelliklerini, hastaların ağrı düzeylerini, yaşam kalitelerini, baş etme tutumlarını ve bunların arasındaki ilişkiyi incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Temporomandibular Bozukluk

TMB, çiğneme kaslarını, TME'yi ve ilgili yapılarının bir veya birkaçını içeren klinik problemleri ifade eden genel bir tanımlamadır. TMB, orofasiyal bölgede dental kaynaklı olmayan ağrıların başlıca sebebi ve kassal-iskeletsel bozuklukların da alt sınıfı olarak düşünülmektedir [1-3].

TMB; kulağın ön bölgesinde, TME'de veya çiğneme kaslarında ağrı, çene hareketlerinde deviasyon veya kısıtlanma ve TME'de klik, popping sesi ve/veya krepitasyon gibi belirti ve bulgularla karakterize olabilmektedir. Sıklıkla karşılaşılan hasta şikayetleri arasında baş, boyun, yüz ve kulak ağrısı bulunmaktadır. Bunun yanında hastalar kulak çınlaması, kulak tıkanıklığı ve işitme kaybı gibi, açıklanamayan şikayetler de bildirmektedirler [3].

2.1.1. Temporomandibular bozuklularının epidemiyolojisi

Erişkin popülasyonda yapılan epidemiyolojik çalışmalarda toplumun %75'inde TMB'ye ait en az bir belirtinin, toplumun %33'ünde ise en az bir bulgunun bulunduğu rapor edilmiştir [3].

TMB'nin bulgu ve/veya belirti prevelansı, tanı kriterlerindeki ve çalışma metotlarındaki farklılıklardan dolayı, %6'dan %93'e kadar değişkenlik gösterebilmektedir [17].

Sağlıklı popülasyonun yaklaşık %50'sinde eklem sesi ve/veya deviasyon bulunmaktadır. Ağız açıklığında kısıtlılık popülasyonun %5'inden daha azını etkilemektedir [2, 18, 19].

TMB'lerin belirti ve bulgularının sıklığı ve şiddeti hayatın 2. ve 4. dekatları arasında artmaktadır ve kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir. Kadınlarda; çiğneme kaslarında ve TME bölgesinde hassasiyet ile klik sesine daha sık rastlanılmaktadır [2, 3, 20-23].

TMB'nin kadınlarda daha fazla görülmesi biyolojik, hormonal, psikolojik ve sosyal faktörlere ve bunların etkileşimine bağlanmaktadır [17, 24].

Ayrıca sağlık konusundaki farkındalık seviyesi daha yüksek olan kadınların, erkeklere oranla 4 kat daha fazla tedavi arayışında oldukları gösterilmiştir[2, 3].

TMB için tedavi arayışında olan hastaların %26-31'inde TME internal düzensizlik, %30-33'ünde ise myofasiyal ağrı olarak tanımlanan çiğneme kaslarından kaynaklanan bozukluk bulunduğu bildirilmiştir [2, 25, 26]. Schiffmann, Friction, Haley ve Shapiro [27] genel popülasyonun %33'ünde artiküler bozuklukların, %41'inde ise çiğneme kas bozukluklarının bulunduğunu ancak popülasyonun sadece %7'sindeki bozuklukların tedavi gerektirecek boyutta olduğunu bildirmişlerdir.

Popülasyonun büyük bölümünde TMB ile ilişkili belirti ve bulguların bulunmasına karşın bu bireylerin yalnızca %3,6 ila %7'sinin tedavi ihtiyacı olduğu düşünülmektedir [17].

TMB'nin maliyeti de oldukça yüksektir; ABD'de her yıl, yaklaşık 17.800.000 iş günü kaybına ve milyarlarca dolar finansal maliyete neden olmaktadır [28].

TMB ile ilgili epidemiyolojik çalışmalarda kullanılan terminolojinin, veri toplama yöntemlerinin ve çalışmaya dahil edilme kriterlerinin değişkenlik göstermesi nedeniyle, elde edilen sonuçlar arasında farklılıklar izlenebilmektedir [2].

2.1.2. Temporomandibular bozukluklarının etiyolojisindeki kavramlar

TMB etiyolojisi günümüzde olduğu gibi geçmişte de pek çok araştırmacı tarafından incelenmiş ve konuyla ilgili çeşitli etiyolojik kavramlar ortaya atılmıştır.

1930'lu yılların başında Costen [29] yayınladığı makalesinde TME'yi yüz ağrılarının ve yaklaşık 11 semptomun, ki bu semptomların çoğunu anatomik olarak TME ile ilişkilendirmenin imkansız olduğu çeşitli çalışmalarda belirtilmiştir, kaynağı olarak göstermiştir.

“Costen sendromu” olarak literatüre geçen bu kavram uzun yıllar boyunca TMB etiolojisinde hakim olan iki önermeye zemin hazırlamıştır [30]:

- TME ile ilgili problemlerin mandibula ve kranyum arasındaki yapısal uyumsuzluğun bir sonucu olarak ortaya çıktığı ve
- Bu yapısal uyumsuzluğun giderilmesi gerektiği için, yalnızca diş hekimlerinin TME problemlerini tedavi edebileceği düşünülmüştür.

Aynı yıllarda bazı ortodontistler de TMB’lerin okluzal bozukluklar nedeniyle oluştuğunu öne sürmüş ve savundukları bu *etiyolojik yapısal kavram* çerçevesinde TMB semptomlarının oluşmasını önlemek ya da ortadan kaldırmak için oklüzyonu düzeltici tedaviler önermişlerdir. Pek çok araştırmada, kapanış bozukluğu ile TMB arasında doğrudan bir ilişki gösterilememiştir [3, 24, 30-33].

TMB’nin etiolojisinde yer alan bir diğer yapısal kavram ise çeşitli fizyoterapistler, kiropraktörler ve diş hekimleri tarafından ileri sürülen kranio-servikal ilişkideki düzensizliğin TMB’ye yol açtığı düşüncesidir. Bu etiyolojik teori geçmişte oldukça popülerite kazanmıştır. Fakat 1993 yılında Hackney, Bade ve Clawson’un [34], 2005 yılında Munhoz, Marques ve de Siqueira’nın [35], 2009 yılında da Munhoz ve Marques’in [36] yayınladıkları çalışmalarda, TMB’si bulunan hastalar ile normal bireylerin postural bulguları arasında istatistiksel açıdan belirgin bir farklılık bulunmadığını bildirilmiştir.

Yakın geçmişte ise, daha geniş hasta popülasyonlarının incelendiği çalışmalarda, TMB etiolojisinde yapısal faktörlerin yanı sıra diğer çeşitli etiyolojik faktörler tanımlanmış ve tartışılmıştır [30, 37].

1960’lı yıllarda öne sürülen psikofizyolojik teoride psikolojik faktörlerin, TMB’nin başlamasında oklüzal düzensizliklerden daha önemli rol oynadığı savunulmaktadır. Bu teoriye göre fizyolojik hazırlayıcı faktörler ve psikolojik stres TMB’ye neden olmaktadır. Bunların bireylerin üzerindeki etkisinin ise kişilerin stres ile başa çıkma yeteneklerine bağlı olduğu düşünülmektedir [38-40]. Psikofizyolojik teori, geniş hasta popülasyonlarını içeren ve çeşitli psikometrik yaklaşımların kullanıldığı, hastaların kişilik özelliklerinin ve sürekli-durumluk değişkenlerinin değerlendirildiği çalışmalar sonucunda ortaya çıkmıştır. Ayrıca

provokatif stres testleri ve psikofiziksel ölçümler TMB'ye bağlı miyofasiyal ağrısı bulunan hastaların, normal bireylere göre belirgin psikolojik ve fizyolojik farklılıklar gösterdiğini ortaya koymuştur [30, 41-44].

TMB'nin etiolojisinin komplike doğasını anlatmak için tek bir etiyolojik faktörün tanımlanması yerine *multifaktöriyel* etiolojiden bahsedilmektedir. Böylece birçok ekstrensek faktörün yanı sıra çeşitli interensek faktörlerin de semptomatik TMB'nin gelişiminde rol oynadığına dikkat çekilmektedir [17, 30].

Diğer bir teori 1992 yılında Dworkin, von Kroff ve LeResche [45] tarafından sunulmuştur. Burada TMB ile ilgili epidemiyolojik ve klinik çalışmalar derlenip kronik ağrı gelişimine ilişkin kapsamlı bir biyopsikososyal model ortaya koyulmuştur. Bu model TMB'yle ilgili etiyolojik teorilerin hem biyolojik ve hem de psikolojik perspektiflerini kapsamakta ve TMB'ye bağlı ağrının anlaşılmasına büyük katkı sağlamaktadır [17].

Biyopsikososyal modelde; bireyin kompleks bir bütünlüğe sahip olduğu ve özellikle ağrıyı algılama deneyiminde, aklın vücuttan ayıramayacağı öne sürülmektedir. Bir nosisepsiyon, somatik yapılardan santral sinir sistemine girdiğinde, retiküler oluşumu geçerek daha yukarıdaki merkezlere ulaşmaktadır. Nosiseptif uyarılar daha yüksek merkezlere ulaştığında, beyin, talamus, korteks ve limbik yapılar arasındaki aktivite, bu uyarının yorumlanmasını sağlamaktadır. Gerçekte bu etkileşim ağrı deneyimindeki psikososyal etkiyi göstermektedir [46].

Biyopsikososyal kelimesi üç ayrı kelimenin kombinasyonu olup, özellikle kronik ağrıya sahip birçok hastanın yaşadığı durumu açıklığa kavuşturmaktadır. Bu hastaların *psikolojik* geçmişlerinin yanı sıra davranışsal sonuçlara neden olabilecek *biyolojik* bir problemi (patolojik bir durumla birlikte ya da patolojik bir durum olmaksızın ağrı yollarının aktivasyonu gibi) bulunmakta ve bu durum hastaların çevresi ile bireysel ilişkilerini içeren, çoğu zaman da olumsuz tecrübeler yaşamalarına neden olan, *sosyal* bir çerçevede ortaya çıkmaktadır [30, 47].

Biyopsikososyal model, ağrı bozukluğu ile ilgilenen klinisyenler için en uygun etiyolojik modeldir [46].

2.1.3. Temporomandibular bozukluklarının etiyolojisi

TMB'lerin etiyolojisi halen kesin olarak bilinmemekle birlikte, aşağıdaki olası etiyolojik faktörler tek başına veya birkaç tanesi birlikte TMB'lerin ortaya çıkmasında rol oynamaktadır [2]:

Travma

Travma; çiğneme yapılarına gelen, normal fonksiyonel yükleme kuvvetini aşan her türlü kuvvet olarak tanımlanabilir. Travmanın şiddeti kadar devam etme süresi de önem taşımaktadır. Travmanın 3 alt tipi bulunmaktadır [2]:

Direkt Travma

Ani ve genellikle izole bir darbenin, anatomik yapılarda oluşturduğu travma tipidir. Çeneye ya da TME'ye gelen direkt travmanın sonucunda ilgili yapılarda yaralanma meydana gelmekte ve bu duruma enflamasyonun bulgu ve belirtileri de eşlik etmektedir. Çene ucuna alınan darbe gibi, mandibulaya gelen direkt travmaların TME üzerinde doğrudan bir etkisi olup, internal düzensizliklerin oluşmasında önemli faktörlerin başında geldiği düşünülmektedir. TMB'si bulunan hastaların çoğunda fiziksel bir travma hikayesinin bulunduğu birçok çalışmada gösterilmiştir [2, 5, 48, 49].

De Boever ve Keersmaekers [50] tarafından TMB'si bulunan 400 hasta üzerinde yapılan çalışmada; hastaların %24,5'inde ağrı ve disfonksiyon başlangıcının doğrudan travma ile bağlantılı olduğu bildirilmiş; TME'ye veya mandibulaya gelen travmanın TMB'nin etiyolojisinde önemli bir başlatıcı faktör olduğu sonucuna varılmıştır. Yüze gelen travmaya bağlı olarak TME'de enflamatuvar ve dejeneratif değişiklikler gelişebilmektedir. Travmaya bağlı olarak oluşan kıkırdak dejenerasyonu eklem içinde patoloji oluşumuna neden olmaktadır [51].

Direkt travmayı takiben daha çok kadınlarda TMB ile ilişkili semptomlar ortaya çıkmaktadır [2].

TMB oral entübasyon, 3.molar diş çekimi ya da uzun süren herhangi bir dental prosedür gibi iatrojenik travmalar sonucunda da meydana gelebilmektedir [2, 5].

İndirekt Travma

İndirekt travma, mandibulaya doğrudan gelmeyen ani bir kuvvet sonucunda TME'yi sekonder olarak etkileyen travma şeklidir. İndirekt travmanın en yaygın türü servikal ekstansiyon ve fleksiyon ile ilişkili servikal yaralanmalardır [5]. Trafik kazasından sonra servikal travma geçiren hastalarda TMB'ye daha sık rastlanmakta ve bu hastalarda kontrol grubuna oranla eklem ağrısı, ağız açmada kısıtlılık ve çiğneme kaslarında hassasiyet daha fazla görülmektedir [52]. TMB şikayeti olan hastaların %8,4 -70'inde (ortalama %35) servikal yaralanma hikayesi bulunmaktadır. Bu oran TMB'si bulunmayan kişilerden oluşan kontrol grubunda %1,7-13 arasındadır. Servikal travma hikayesi bulunan TMB hastalarında, ağız açıklığında kısıtlılık ve eklem ağrısı gibi TMB semptomlarına daha çok rastlanılmasının yanında, bu hasta grubunda baş ağrısının ve stres semptomlarının daha fazla bulunduğu ortaya koyulmuştur [53]. Servikal yaralanma ile TMB semptomları arasında belli bir ilişkinin olduğu gösterilmesine rağmen mevcut veriler bu ilişkinin kesin doğasını açıklayamamaktadır [5].

Mikrotravma

Uzun süre devam eden ve nispeten daha az şiddetli kuvvetlerin neden olduğu travma çeşididir. Oral ve parafonksiyonel alışkanlıkların ya da postural dengesizliklerin sonucunda çiğneme sisteminde oluşan devamlı veya tekrar eden yükleme kuvvetlerinden kaynaklanan mikrotravma TMB'nin en sık görülen sebeplerindendir. Başın ileride konumlanması ya da telefonun baş ve omuz arasında tutularak konuşulması gibi postural alışkanlıklar miyofasiyal ağrıya sebep olabilmektedir. Postür bozukluklarının düzeltilmesi hastaların şikayetlerinin hafifletilmesinde etkili olmaktadır [2, 5, 54].

Parafonksiyonel çene hareketlerinin yoğunluğu ve sıklığı; stres, anksiyete, uyku bozuklukları ve nöroleptik ilaç kullanımıyla artış gösterebilmektedir. Ayrıca serebral palsi, ekstrapiramidal bozukluklar, orofasiyal diskinezi ve epilepsi gibi nörolojik bozuklukları bulunan hastalarda yoğun ve devamlılık gösteren parafonksiyonel alışkanlıklar ortaya

çıkabilmektedir. Diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma, dudak ısırma gibi parafonksiyonel alışkanlıklar popülasyonda oldukça sık görülmekle birlikte bu alışkanlıklara sahip her bireyde TMB ile ilgili semptomlar ortaya çıkmamaktadır. Bununla birlikte, TMB'lerin başlamasında ve/veya devam etmesinde parafonksiyonel alışkanlıkların önemli rolünün bulunduğunu gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır [2, 55-57].

Bruksizm, TMB için risk faktörü olarak kabul edilmekte ayrıca miyofasiyal ağrı ve eklem ağrısının görülme sıklığını da artırmaktadır [58]. TMB'si bulunan 1220 hastanın dahil edildiği bir çalışmada; bruksizm ve ağrı arasındaki ilişki değerlendirilmiş, hastaların %54,5'inde bruksizmin mevcut olduğu ve TMB'nin ağrılı semptomları ile bruksizm arasında güçlü bir ilişkinin bulunduğu bildirilmiştir [59].

Patofizyolojik sistemik faktörler

Dejeneratif, enfeksiyöz, metabolik, neoplastik, nörolojik, romatolojik, vasküler ve hormonal rahatsızlıklar gibi sistemik patofizyolojik durumlar temporomandibular bozukluklarla ilişkili olabilmektedir. TMB'ye etki eden rahatsızlığın, TME bölgesine komşu olması ya da aynı doku karakteristiğine sahip olması da gerekmemektedir. Sistemik patofizyolojik durumlar eş zamanlı olarak hem lokal hem de santral düzeyde etkili olabilmektedir. Örneğin dejeneratif kas rahatsızlıkları, intrakapsüler bozukluklara neden olabilmektedir [2, 60-62].

Patofizyolojik lokal faktörler

Çiğneme etkinliği, intraartiküler basınç, artmış servikal kas aktivitesi ve sinovial sıvı viskozitesi gibi çok çeşitli lokal patofizyolojik faktörler TMB etiyolojisinde rol oynamakta ancak etkileri kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Bu lokal patofizyolojik faktörlerden ön plana çıkanlar ise çiğneme etkinliği ve intraartiküler basınçtır [2].

TMB'nin lokal patofizyolojik faktörlerinden biri olan *çiğneme etkinliğinin*; okluzal kontak alan genişliğinden, restorasyon sayısından veya restorasyonların genişliğinden etkilenmediği gösterilmiştir [2, 63].

Iwashita ve diğerlerinin [64], posterior diş eksikliklerinde çiğneme etkinliğini değerlendirdikleri karşılaştırmalı kesitsel çalışmalarında, normal dentisyona sahip bireylerle; unilateral posterior diş eksikliği bulunan bireylerin çiğneme etkinliği arasında bir farklılık izlenmezken bilateral posterior diş eksikliği bulunan bireylerin çiğneme etkinliğinde ise belirgin bir azalma olduğu rapor edilmiştir. Ayrıca mandibular posterior diş eksiklikleri, dejeneratif TMB gelişmesini de hızlandırabilmektedir [65].

Wang ve diğerlerinin [66], 2009 yılında yayınlanan çalışmalarındaysa posterior bölgede daha fazla diş eksikliği bulunan genç bireylerde TMB gelişme riskinin arttığı bildirilmiştir.

TME'nin hareketiyle birlikte değişen basınç; eklem lubrikasyonu, beslenme, kan desteği, ilaç iletimi, artık maddelerin uzaklaştırılması ve kondiler büyüme için pompa görevi görmektedir. Bu yüzden de immobilizasyon ya da uzun süre devam eden diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlığı gibi intraartiküler basınçta artışa yol açan durumlar TMB gelişmesine neden olmaktadır [2]. Nitzan [56], kadınlardaki intraartiküler basıncın erkeklere oranla daha yüksek olduğunu bu nedenle de (diskle ilişkili) TMB prevelansının kadınlarda daha fazla olduğunu savunmaktadır. Ayrıca pek çok araştırmada sinoviyal sıvının özelliklerindeki değişime bağlı bozulmuş eklem lubrikasyonunun da TME'nin fonksiyonunu olumsuz yönde etkilediğini ve TMB'lerin gelişmesine yol açtığı ortaya koyulmuştur [67-69].

Psikososyal faktörler ve temporomandibular bozukluklar

Psikososyal faktörler, kişinin günlük fonksiyonlarını etkileyen bireysel, kişilerarası ve içinde bulunduğu durumsal değişkenleri içermektedir. TMB'si ve orofasiyal ağrısı bulunan hastaların kültürel ve ekonomik özelliklerinin farklılık göstermesi, ilgili psikososyal faktörlerin çok fazla çeşitlilik sergilediğini ortaya koymaktadır [2].

Miyofasiyal ağrının psikofizyolojik teorisinde; stres miyofasiyal ağrının major etkeni olarak tanımlanmış ve stresin kaslarda hiperaktiviteye neden olduğu belirtilmiştir. Kaslardaki bu hiperaktivitenin de ilerleyen zamanlarda kas spasmlarına, oklüzal bozukluklara, internal eklem düzensizliklerine ve dejeneratif artritlere neden olabileceği ileri sürülmüştür. Ayrıca bazı kas ağrıları, strese cevap olarak, sempatik sinir sisteminin aşırı aktivasyon göstermesi

sonucunda oluşmakta ve bireyin dikkatinin bu ağrıya odaklanmasının da ağrı seviyesini etkilediği bilinmektedir [70, 71].

TMB'ye sahip hastaların anksiyete, depresyon ve somatizasyon seviyelerinin yüksek olduğu saptanmıştır [72]. Friction, Kroening, Haley ve Siegert'in [73], miyofasiyal ağrısı bulunan 164 hastanın klinik bulgularını inceledikleri çalışmalarında; hastaların %23'ünde depresyon %26'sında ise anksiyete bulgularının mevcut olduğunu belirtmiştir. Ayrıca miyofasiyal ağrısı bulunan hastaların depresyon ve somatizasyon seviyelerinin sadece disk deplasmanı bulunan hastalara ve sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir [9].

Mental bozukluklar ile TMB arasındaki bir ilişki olup olmadığı konusunda yeterli araştırma bulunmamaktadır ancak, klinik vaka raporları psikiyatrik bozukluğun TMB oluşumuna katkıda bulunduğunu ve/veya mevcut TMB'nin şiddetinin artmasına neden olduğunu göstermektedir [2].

2.2.Temporomandibular Eklem Bozukluklarının Sınıflandırılması

Günümüze kadar TMB ile ilgili birçok sınıflandırma yapılmıştır [74, 75].

İlk olarak 1972 yılında disfonksiyon kavramı; çiğneme kaslarının hiperaktivitesi, kapsülit, sinovit, kapsüler ligamentin gerilmesi veya yırtılması, anterior disk deplasmanı, kas uyumsuzluğu ve dejeneratif eklem hastalığına bağlı mandibular hareketlerde kısıtlılık olmak üzere 8 alt başlıkta incelenmiştir. 1980 yılında ise nörolojik ve ortopedik modele dayanan bir sınıflandırma önerilmiştir. Bu sınıflandırma temel olarak nörolojik ve romatolojik ağırlıklı medikal kriterlerin değerlendirme sonuçlarına göre yapılmakta; miyofasiyal ağrı ve eklem disfonksiyonu ile vücudun diğer bölümleri arasında klinik bir paralellik kurulmaktadır. 1986 yılında ise ortopedik-mekanik modele dayanan bir TMB sınıflandırması geliştirmiştir. Bu sınıflandırma Okeson tarafından modifiye edilmiş ve birkaç değişiklik yapıldıktan sonra Amerika Diş Hekimliği Birliği tarafından da kabul edilmiştir. Bu sınıflandırmada TMB; çiğneme kası rahatsızlıkları, temporomandibular eklem düzensizlikleri, kronik mandibular hipomobilitate ve büyüme bozuklukları olmak üzere 4 ana başlık altında incelenmiştir [70, 74, 75].

1992 yılında Dworkin ve LeResche [76], klinik araştırmacılara TMB'nin en sık görülen alt gruplarının teşhisinde standardizasyonu sağlayabilecek RDC/TMD (Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders) sınıflandırmasını tanımlamışlardır. Klinik araştırmalar için uygun olması amaçlandığından, bu sınıflandırmada TMB'nin alt grupları belirlenmiştir. Konuyla ilgili çalışmaların sonucunda da TMB; kassal düzensizlikler grubu, TME disk düzensizlikleri grubu ve TME'nin enflamatuvar dejeneratif hastalıkları grubu olmak üzere üç alt gruba ayrılmıştır. RDC/TMD'de çift eksen sistemi kullanılmaktadır. Eksen 1; klinik anamnez ile fiziksel muayene bulguları sonucunda klinik teşhisi verirken, eksen 2; ağrı parametrelerini, alt çene fonksiyonunu, psikolojik durumu ve psikososyal fonksiyonu kaydetmektedir. Bu iki eksen birlikte ele alındığında RDC/TMD; sağlık ve hastalık durumlarının anlaşılmasında biyopsikososyal yaklaşımı, temporomandibular bozuklukların teşhisini ve TMB sınıflandırmasıyla ilgili araştırmalarda uygulanabilecek tedavi yaklaşımlarını şekillendirmektedir [76, 77].

2.2.1. RDC/TMD' nin eksen 1 teşhis kriterleri:

Grup 1 kas düzensizlikleri

Grup 1.a.miyofasiyal ağrı

- Çenede, şakakta, yüzde, preauriküler bölgede ya da kulağın içinde, dinlenme veya fonksiyon esnasında ağrı şikayetinin bulunması
- Hastada 3 veya daha fazla kas bölgesinde (temporal kasının posterior, orta, anterior kısımları ve bu kasın tendonu, masseter kasının orijini ve insersiyosu, posterior mandibular bölge, submandibular bölge ve lateral pterigoid bölge) palpasyonda ağrının bulunması (sağ ve sol taraf her kas için ayrı bölgeler olarak sayılmaktadır.)
- En azından 1 ağrılı bölgenin, hastanın ağrı şikayetiyle aynı tarafta bulunması

Grup 1.b. miyofasiyal ağrı ile birlikte ağız açıklığında kısıtlılık

- 1a'da tarif edilen miyofasiyal ağrı kriterlerinin bulunması
- Ağrı olmaksızın yardımsız ağız açıklığı miktarının ≤ 40 mm olması

- Pasif esnetme ile maksimum yardımcı ağız açıklığı miktarının, ağız olmaksızın yardımsız ağız açıklığı miktarından en az 5 mm daha fazla olması

Grup 2 disk deplasmanları:

Grup 2.a. redüksiyonlu disk deplasmanı

- TME’de resiprokal klik sesinin mevcudiyeti (klik sesinin vertikal ağız açma ve kapamada mevcut olması, açma sırasında kapamaya göre keserler arası mesafe ≥ 5 mm’ den fazla olduğunda ortaya çıkması, protrüzif açmada klik sesinin oluşmaması) ve klik sesinin birbirini izleyen 2 ya da 3 denemede tekrarlanabiliyor olması ya da;
- TME’ de vertikal hareket aralığında (hem açma hem de kapama hareketinde) klik sesinin mevcudiyeti, bu klik sesinin birbirini izleyen 2 ya da 3 denemede tekrarlanabiliyor olması ve lateral ve protrüziv hareketler boyunca da klik sesinin bulunması ve bu klik sesinin birbirini izleyen 2 ya da 3 denemede tekrarlanabiliyor olması

Grup 2.b. ağız açıklığında kısıtlılıkla birlikte izlenen redüksiyonsuz disk deplasmanı

- Ağız açıklığında belirgin bir kısıtlılık hikayesinin bulunması
- Maksimum yardımsız ağız açıklığı miktarının ≤ 35 mm olması
- Pasif esnetme ile ağız açıklığı miktarının, maksimum yardımsız ağız açıklığı miktarından 4mm veya daha az olması
- Kontralateral hareketin < 7 mm olması ve/veya ağız açılırken aynı tarafa doğru düzelmeyen deviasyonun izlenmesi
- Eklem seslerinin bulunmaması ya da redüksiyonlu disk deplasmanı kriterlerini sağlamayan eklem sesleri mevcudiyeti

Grup 2.c. ağız açıklığında kısıtlılık olmaksızın görülen redüksiyonsuz disk deplasmanı

- Ağız açıklığında belirgin bir kısıtlılık hikayesinin bulunmaması
- Maksimum yardımsız ağız açıklığı miktarının ≥ 35 mm olması

- Pasif esnetme ile ağız açıklığı miktarının, maksimum yardımsız ağız açıklığı miktarından en az 5 mm fazla olması
- Kontralateral hareketin ≥ 7 mm olması
- Redüksiyonlu disk deplasmanı kriterlerini sağlamayan eklem sesleri mevcudiyeti
- Artrografi ya da manyetik rezonans görüntüleme yöntemlerinin redüksiyonsuz disk deplasmanı mevcudiyetini ortaya çıkarması

Grup 3 atralji, osteoartrit, osteoartrozis

Grup 3.a. atralji

- Palpasyonda bir ya da her iki eklem bölgesinde (lateral kutup ve/veya posterior ataşman) ağrının bulunması
- Eklem bölgesinde ağrı, maksimum yardımsız ağız açıklığı esnasında eklem içinde ağrı, yardımcı ağız açıklığı esnasında eklem içinde ağrı, lateral hareketler esnasında eklem içinde ağrı, durumlarından bir ya da daha fazlasının hasta tarafından bildirilmesi
- Basit atralji teşhisi için krepitasyonun olmaması gerekmektedir.

Grup 3.b. osteoartrit

- Grup 3.a'da tarif edilen atralji bulgularının bulunması ve
- Eklem içinde krepitasyon varlığı ya da artrozisin radyolojik bulgularının varlığı

Grup 3.c. osteoartrozis

- Atraljiye dair herhangi bir bulgunun bulunmaması
- Eklem içinde krepitasyon varlığı ya da artrozisin radyolojik bulgularının varlığı gerekmektedir [76].

RDC/TMD sınıflama sistemiyle hastalara birden fazla tanı konulabilmektedir. Her bir grup içindeki farklı tanımlar birbirinden bağımsız olup, bir kişide minimum 0 (grup 1-2-3 tanımlarından hiçbirinin bulunmaması) maksimum 5 (grup 1 kas düzensizliği tanısının

yanında her 2 eklemde de grup 2 ve grup 3 tanısının bulunması) tanının bulunması mümkün olmaktadır [78].

Araştırmalarda standart bir sınıflandırma kullanılmadığı için TMB prevelansı ile ilgili çalışma sonuçları farklılık göstermektedir. RDC/TMD sistemindeki standardize tanı kriterlerinin kullanımı ile çalışmalar arasındaki tutarlılığın da artması beklenmektedir [76, 79].

Her ne kadar RDC/TMD, belli bir orjini ve doğal süreci olmayan; travmatik yaralanmalar, kondil neoplazmı, poliartrit ve atipik yüz ağrıları gibi; daha az karşılaşılan durumların ya da patolojilerin teşhisine olanak tanımasa da bilimsel araştırma ortamında TMB'nin teşhisi ve sınıflandırması için referans standardı temsil etmekte ve hem hasta hem de sağlıklı popülasyonda kültürlerarası ve çok merkezli karşılaştırmalara izin vermektedir [78].

Sonuç olarak RDC/TMD sistemi tanıtıldığından bu yana, dünya genelinde yaygın olarak çeşitli klinik araştırmaların düzenlenmesinde kullanılmakta ve birçok araştırmacı, yüzlerce RDC/TMD tabanlı yayınlara, hakemli bilimsel dergilere katkıda bulunmaktadır [77].

2.3. Çiğneme Kaslarının Düzensizlikleri

Çiğneme kaslarında ağrı, TMB ile ilişkili sık karşılaşılan bir şikayettir. Çiğneme kaslarını içeren kas düzensizlikleri, baş, boyun, vücut ve ekstremitelerinde ortaya çıkan iskeletsel kas düzensizliklerinin bir analogudur. İskelet kaslarında ağrıya neden olan mekanizmalar hala tam olarak anlaşılamamıştır. Bir kasın fazla kullanılması ya da normal çalışan bir kastaki iskemi, ağrıya yol açabilmektedir. Ağrının oluşumunda çeşitli ağrı mediatörleri tarafından güçlü bir şekilde uyarılan nöronlar rol oynamaktadır. Sinir uçları; bradikinin, serotonin, prostoglandin E2, P maddesi, kalsitonin gen ilişkili peptid gibi endojen maddeler tarafından kolaylıkla uyarılabilmektedir. Bunlara ek olarak adenosin trifosfat (ATP) ve protonlar (H⁺ iyonları) da kas ağrılarının oluşumunda büyük öneme sahip aktif kimyasal maddeler arasında yer almaktadır. Bu kimyasal maddeler sinir uçlarındaki reseptörlere bağlanarak sinirsel uyarımı indüklemektedir. Bu mekanizmalarla oluşan ağrılı kas durumları, yalnızca periferik nosiseptörlerin uyarılmasında artışa yol açmakla

kalmamakta ayrıca santral sinir sisteminde hipereksitabilite ve lokalize hiperaljeziye de neden olmaktadır [2, 80].

TMB'ye sahip hastaların büyük çoğunluğunda palpasyon esnasında elevatör kaslarında hassasiyetin bulunduğu ve bu hastaların yaklaşık %40'ında çiğneme sırasında da ağrıların olduğu görülmüştür. Bu semptomların; psikososyal faktörlerle ve postural elektromyografik aktivitenin artması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir [2, 20]. Lund, Donga, Widmer ve Stohler [81] aynı yönde çalışan kasların aktivitesinin antagonist kaslarla nötralize edilebileceğini ve bu nedenle kas hiperaktivitesinin ağrıya neden olan bir faktör olarak düşünülmemesi gerektiğini ortaya koymuşlardır. Çünkü yapılan araştırmalarda bruksizmi ve diş gıcırdatma alışkanlığı bulunan her bireyde miyofasiyal ağrının ortaya çıkmadığı gösterilmiştir [2, 57, 82, 83].

Kas düzensizlikleri, yalnızca bir kası veya bir kas grubunu etkileyen (bölgesel) düzensizlikler ve tüm kasları etkileyen (sistemik) düzensizlikler olmak üzere iki kısımda incelenebilmektedir. Çiğneme sisteminin kas düzensizlikleri, bölgesel kas düzensizlikleri grubunda yer almakta olup miyofasiyal ağrı, miyozit, miyospazm, lokal kas ağrıları, reaksiyonel kas kasılmaları ve çiğneme kas neoplazileri gibi rahatsızlıkları içermektedir [2, 74].

Orofasiyal ağrıyla ilgilenen klinisyenlerin, hastalarına doğru bir teşhis koyabilmeleri için mutlaka kas ağrısına neden olabilecek sistemik durumlar hakkında da bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Kas ağrılarına neden olan sistemik durumlara; romatizmal polimiyalji, polimiyozit, dermatomiyozit, lupus eritematozus ve fibromiyalji örnek gösterilebilir. Fibromiyalji; inatçı, vücudun birçok yerinde ağrı ve sızıyla karakterize, generalize kas ağrısı durumudur. Fibromiyaljinin şiddeti, yaşla birlikte artmakta ve uyku düzensizlikleri, depresyon, yorgunluk, kronik baş ağrısı, anksiyete, subjektif şişlik, irratabl bağırsak sendromu ile ilişkisi de bulunmaktadır. Fibromiyalji, bölgesel çiğneme kas düzensizlikleri ile kolayca karıştırılabildiği için ayrı bir öneme sahiptir [2].

2.3.1. Miyofasiyal ağrı

Miyofasiyal ağrı; kaslarda ve/veya fasyalarda oluşan tetik nokta olarak bilinen kas dokusunun hipersensitif bantlarından kaynaklanan ağrı veya ağrıya eşlik eden kas spazmı, hassasiyet, çene hareketlerinde kısıtlılık ve bazen otonomik disfonksiyonlarla karakterize bölgesel kassal ağrı durumudur [5, 6].

Miyofasiyal ağrı ilk kez 1952 yılında Travell ve Rinzler [84] tarafından tanıtılmıştır. Ancak miyofasiyal ağrının önemi, diş hekimliği ve tıp toplulukları tarafından çok yavaş anlaşılmıştır. 1969 yılında Laskin [38], belirli klinik özelliklere sahip miyofasiyal ağrı disfonksiyon sendromunu (MADS) tanımlamıştır. Laskin her ne kadar “miyofasiyal” terimini kullanmış olsa da miyofasiyal tetik nokta ağrısını tarif etmemiştir. Bunun yerine MADS, diş hekimliğinde herhangi bir kas rahatsızlığını belirten genel bir terim olarak kullanılmıştır. MADS’ın çok geniş ve genel bir terim olmasından dolayı, bu ifade spesifik teşhiste ve çiğneme kas düzensizliklerinin tedavisinde çok kullanışlı olmamaktadır [5, 38].

Kas içinde tendinöz bağlarda veya fasyada gergin bantlar şeklinde hissedilebilen tetik noktalar, aktif ya da latent durumda olabilmektedirler. Aktif tetik noktaları palpe edildiklerinde ağrı meydana getirebilecekleri gibi provake edildiklerinde tipik bölgesel yansıyan ağrı da oluşturabilmektedirler [2, 5, 74].

Tetik nokta sınırlı bir bölgede oluşmakta ve bu bölgede sadece belli bir grup motor ünitesi kasılmaktadır. Bu yüzden de miyofasiyal ağrıda, tüm motor ünitelerinin kasıldığı ve bunun sonucunda kas boyunda kısılma görülen miyospasmin aksine, kas boyunda tam bir kısılma olmamaktadır [5].

Miyofasiyal ağrının patogenezi hala tam olarak anlaşılamamıştır. İlgili bölgede lokal iskemiyle birlikte enerji tüketiminin, karakteristik tetik nokta hassasiyetine yol açtığına dair bilgiler bulunmaktadır [2]. Kimi araştırmacılar tarafından ise kas dokusundaki bazı sinir uçlarının algojenik maddeler tarafından duyarlı hale getirildiği bunun da hassas lokalize bölgelere yol açtığı öne sürülmüştür. [5, 85, 86]

2.3.2. Miyofasiyal ağrının teşhis kriterleri

Miyofasiyal ağrı tanısı koyabilmek için aşağıdaki kriterlerin bulunması gereklidir [2, 74]:

- Bölgesel donuk ağrı, çiğneme kasları etkilenmiş ise alt çene fonksiyonu esnasında ağrının artması
- Kas dokusu ya da fasyanın gergin bantlarında palpasyona aşırı hassas alanlar (tetik noktaları); bu tetik noktalarının provoke edilmesinin ağrı şikayetinde değişikliğe neden olması ve sıklıkla ifade edilen ağrının paternini ortaya çıkarması
- Tetik noktalarına lokal anestezi enjeksiyonu ya da soğutucu sprey uygulanmasını takiben germe yapıldığında ağrıda %50'den fazla azalmanın görülmesi

Yukarıda belirtilen kriterlere ek olarak şu kriterler de eşlik edebilir:

- Kas sertliğinin hissedilmesi
- Klinik olarak doğrulanamayan akut maloklüzyon hissi
- Kulak semptomları, tinnitus, vertigo, diş ağrısı, gerilim tipi baş ağrısı
- Çiğneme kaslarının dahil olmasıyla, ağız açıklığında azalmanın görülmesi ve elevatör kaslarının pasif esnetilmesi ile ağız açıklığında 4mm'den fazla artış olması (yumuşak sonlanma hissi)
- Ağrının belirtildiği bölgede hiperaleji

2.4. Stres ve Baş Etme (Başa Çıkma) Kavramı

Stres; birey ile çevresi arasındaki, birey tarafından, kaynaklarının zorlandığı ya da aşıldığı ve genel iyilik durumunun tehlikeye atıldığı şeklinde değerlendirilen ilişki olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım, stresi bir sınav, bir şok ya da tehlikeli medikal girişim gibi bir 'stimulus' veya bireyin ihtiyaçları, dürtüleri, inançları merkezinde toplanan 'ruhsal iç çatışma ürünü' ya da fizyolojik uyarılma veya subjektif bir sıkıntıya bir 'cevap' olarak tanımlayan yaklaşımlardan ayrılmaktadır. Folkman [87] tarafından önerilen bu tanıma göre stres; bireyin veya çevrenin bir özelliği olmadığı gibi bir stimulus ya da bir cevap da değildir. Stres birey ve çevre arasındaki özel bir ilişki olarak açıklanmaktadır.

Baş etme; birey tarafından bireysel kaynaklarını zorlama ya da aşma olarak algılanan, birey-çevre etkileşiminin içsel ve dışsal gerekliliklerini kontrol etmeye (öğrenmeye, azaltmaya, an aza indirmeye ya da tolere etmeye) yarayan bilişsel ve davranışsal çabaları ifade etmektedir [7].

Bu tanımlamanın önemli özelliği, baş etmenin, sonucundan bağımsız olarak tanımlanıyor olmasıdır. Baş etme; ilgili çabaların başarısına bakılmaksızın ihtiyaçları idare etmek için gereken çabayı ifade etmektedir. Yani baş etme yöntemlerinin başarıyla işleyip işlemediği baş etme kavramının dışında tutulmaktadır [87].

Patterson ve McCubbin [88] baş etmeyi, kişilerin sahip olduğu bireysel kaynaklara yanıt olarak sergiledikleri davranışlar şeklinde tanımlamaktadır. Başa çıkma, gereksinimlerin karşılanmasında mevcut kaynakların kullanılmasının yanı sıra yeni kaynakların geliştirilmesini ya da kazanılmasını da gerektirmektedir [89].

Baş çıkma, bireyin iç ve/veya dış ihtiyaçları tarafından açığa çıkarılan sıkıntıyı kontrol etmeye, üstesinden gelmeye ve önlemeye yarayan biyolojik, psikolojik ve sosyal kaynakların, etkin kullanımı yoluyla insanın büyümesi ve gelişiminin ilerlemesi olarak da tanımlanabilmektedir. Ayrıca başa çıkma davranışının, basit refleksif düşüncelerden planlı eylemlere uzanan farklı çeşitleri olduğu da belirtilmiştir [89].

Compas, Connor, Saltzman, Thomsen ve Wadsworth [90] baş etmeyi; stresli olaylar veya durumlar karşısında duyguyu, kognisyonu (bilişi), davranışı, psikolojiyi ve çevreyi düzenlemeyi sağlayan bilişli iradeli çabalar olarak tanımlamaktadır. Bu düzenleyici süreçler hem bireyin biyolojik, kognitif, sosyal ve emosyonel gelişiminden yararlanmakta hem de bunlar tarafından kısıtlanmaktadır. Yani bir bireyin gelişim düzeyi, başa çıkma için mevcut kaynaklara katkı sağlamaktayken bireyin kullandığı baş etme tutumlarının türlerini de sınırlamaktadır [90].

Baş çıkma genel bir kavram olup ve tüm başa çıkma tutumları genel olarak 2 gruba ayrılabilir. Bunlar doğrudan eylem ve hafifletici davranışlardır. Doğrudan eylemler, çevreyle girilen ilişkiler sonucunda ortaya çıkan hasar, tehdit veya kavgalarla görülen, bireyin çevresi ile olan ilişkisini kendi lehine değiştirmeyi içeren tutumlardır. Stresi

hafifletici davranışlar ise kişiyi rahatsız eden stres duygusunun önüne geçebilmek amacıyla, stres durumundan kaçınmak ya da strese katlanabilmek için ortaya çıkmaktadır [89].

Günümüze kadar baş etme kavramına ilişkin çok çeşitli tanımlamalar yapılmış birçok araştırmacı tarafından baş etme tutumları farklı şekillerde sınıflandırılmış ve isimlendirilmişse de tüm baş etme tutumlarında amaç, sıkıntı yaratan durumu çözmeye çalışmaktır. Bireyler ister problemin çözümüne odaklanarak isterse de yaşadıkları duygulara odaklanarak, yaşadıkları stresten kısa ya da uzun dönemde uzaklaşmaya çalışmaktadırlar [89].

2.4.1. Baş etme tutumları

Baş etme tutumları genel olarak; aktif, karşılaşılan probleme yönelik tutumlar ve pasif, problemle uğraşmaktan kaçınarak gerginliği azaltmaya yönelik çabalar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır [91].

Folkman [87] baş etme tutumlarını; sorun çözmeye yönelik (sorun odaklı) ve duygusal odaklı olmak üzere ikiye ayırmıştır. Duygu odaklı baş etme tutumları, üzüntüye neden olan duyguların kontrolünde kullanıldığı gibi bazen de olayla ilgili sonuçların anlamının değiştirilmesinde kullanılmaktadır. Her ne kadar duygu odaklı başa çıkma stratejileri, stres etkenine karşı duygusal tepkileri düzenleyen yapıcı çabalar gibi aktif olabilse de, bu başa çıkma tutumları genellikle stres kaynağıyla uğraşmaktan kaçınmaya yönelik olmaktadır. Sorun odaklı baş etme tutumları ise; problemi çözme, karar verme ve/veya doğrudan eyleme geçme yoluyla sorunlu birey-çevre ilişkisini kontrol etmekte kullanılmaktadır. Bu sorun odaklı stratejiler çözümün hem sorunun kendisine hem de çevreye yöneltilmesiyle niteliksel olarak duygu odaklı stratejilerden ayrılmaktadır. Ancak teorik olarak sorun odaklı çabaların etkinliğinin büyük ölçüde, duygusal odaklı çabaların başarısına bağlı olduğu da unutulmamalıdır. Aksi takdirde artan duygular, sorun odaklı başa çıkma için gerekli olan kognitif (bilişsel) aktivitelere engel olabilmektedir. Benzer şekilde duygusal odaklı başa çıkma tutumları bireylerin emosyonel dengesinin korunmasını sağlamasına rağmen, sorun odaklı başa çıkma tutumlarının hiç kullanılmaması da olumsuz psikolojik sonuçların

doğmasına neden olabilmektedir. Bu konuyla ilgili mevcut araştırmalarda, bireylerin hemen hemen her türlü stresli durumda her iki başa çıkma yöntemini de kullandığı gösterilmiştir [7, 87, 91, 92].

Yapılan çeşitli çalışmalarla, sorun ve duygu odaklı başa çıkmanın farklı şekilleri de tanımlanmıştır. Sorun odaklı başa çıkma tutumları; durumu değiştirmeye yönelik baskın kişilerarası girişimleri ve sorunu çözmeye yönelik serinkanlı, mantıklı ve bilinçli çabaları içermektedir. Duygu odaklı başa çıkma tutumları arasında ise; sosyal destek arama, kaçınma-sakınma, mesafe bırakma, sorumluluğu kabullenme, öz denetim ve pozitif yeniden değerlendirme yer almaktadır [7].

Yukarıda sözü edilen işlevlere bakıldığında; stres yaratan bir durumda ya da bir sorun ortaya çıktığında kullanılan başa çıkma davranışının nasıl tanımlandığı ya da hangi başa çıkma davranışının kullanıldığından çok duruma olan uygunluğu önem kazanmaktadır. Özetle hiçbir başa çıkma tutumu kendi içinde iyi veya kötü değildir, ancak durumun gerektirdiği başa çıkma yöntemi ile kişinin kullandığı başa çıkma yönteminin uygunluğuna bağlı olarak, iyi veya kötü sonuçlara neden olmaktadır [89, 93, 94].

2.4.2. Başa çıkmayı etkileyen faktörler

Bireylerin stresle başa çıkmasında başarıyı etkileyen yalnızca strese neden olan olay veya durumların özellikleri değildir. Bunlara ek olarak sorunun bireyler tarafından algılanışı ve değerlendirilişi, olay veya problemin meydana geldiği çevrenin özellikleri, bireyin kişilik özellikleri gibi etkenlerin de rolü olduğu çeşitli çalışmalarla ortaya konulmuştur [89].

Durumsal etkenler

Bireylerin başa çıkma tutumları üzerinde önemli bir durumsal etken olan kişisel kontrol ile ilgili 1991 yılında Compas, Banez, Malcarne ve Worsham'ın [95] yaptıkları çalışmalarında, kontrol ile ilgili inançlar ile başa çıkma süreçlerinin bireylerin yaşamlarındaki akut stresli olaylara ve kronik stresli durumlara adaptasyonlarını anlamada merkezi faktörler olduğu gösterilmiştir.

Durumu kontrol edebilmekle ilgili inançlar ve sorun odaklı başa çıkma tutumları, birbirleriyle olumlu ve karşılıklı şekilde ilişkilidir. Yani kişisel kontrol duygusu yüksek bireylerin daha fazla sorun odaklı başa çıkma tutumlarını kullanma eğiliminde oldukları görülmektedir. Sorun odaklı başa çıkma tutumlarının kullanılması da, çevreyi değiştirmede etkili olurlarsa kontrol duygusunda artışa neden olmaktadır. Duygu odaklı başa çıkma tutumları ise kontrol inançlarıyla ilişkili olmayıp duygusal sıkıntı veya uyarılma düzeylerine yanıt olarak düşük veya yüksek seviyelerde kullanılmaktadır. Ayrıca duygusal sıkıntı/uyarılmanın, kontrol inançları ve sorun odaklı başa çıkma tutumlarının etkileşimleriyle ilişkili olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır. Duygusal sıkıntı düzeyi, sorun odaklı başa çıkma tutumları kullanıldığında azalmakta ve durumun algılanan kontrol edilebilirliği artmaktadır. Ancak algılanan kontrol edilebilirlik düşük seviyede olduğunda sorun odaklı başa çıkma tutumları kullanılırsa duygusal sıkıntı düzeyinin artış gösterdiği bulunmuştur [95].

Folkman'a [87] göre tehdit değerlendirmeleri ve bunlarla ilişkili duygular arttıkça, duygu odaklı başa çıkma çabaları daha fazla kullanılmalıdır. Çünkü bu duygular arttıkça daha fazla başa çıkma çabasının bu duyguların düzenlenmesine yönlendirilmesi gerekmektedir. Buna karşın sorun odaklı başa çıkma tutumları, çevrenin değişken veya kontrol edilebilir olarak algılanan taraflarına doğru yönlendirilmelidir.

Bireyler, kontrol edilebilir olarak değerlendirdikleri stresli durumlarda duygu odaklı başa çıkma tutumlarını ve kontrol edilemez olarak değerlendirdikleri durumlarda ise problem odaklı başa çıkma tutumlarını daha fazla kullanırlarsa depresyon, anksiyete gibi psikolojik uyumsuzluklarda artış görüldüğü bildirilmiştir [89, 96].

Çevresel etkenler

Hem psiko-sosyal hem de fiziksel çevrenin davranış ve duygular üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Başa çıkmayla ilgili yapılan çalışmalarda, stresli olayların meydana geldiği çevrenin yapısının potansiyel bir kaynak (ya da bazı durumlarda bir kısıtlama) olarak kabul edildiği ve kullanılan başa çıkma tutumlarını etkileyebildiği gösterilmiştir [97].

Başa çıkmayla ilişkili olarak sosyal kaynaklar; bireylere duygusal destek, maddi yardım ve rehberlik sağladığı için, fiziksel ve mental sağlıkla pozitif ilişkili olabilmektedir. Bu bakımdan, daha fazla sosyal kaynağa sahip bireylerin kaçınmacı başa çıkma tutumlarını daha az kullandığı görülmektedir. Örneğin, aile desteği yetersiz olan kadınların kaçınmacı başa çıkma tutumlarını, yeterli aile desteğine sahip kadınların ise problem odaklı başa çıkma tutumlarını tercih ettiği bildirilmiştir. Bu araştırmalardan; sosyal kaynak varlığının uyumlu başa çıkma tutumlarının kullanımını desteklediği, kaçınmacı başa çıkma tutumlarının kullanımını da azalttığı sonucu çıkmaktadır [91, 98].

Çevresel etkenler içerisinde sosyo-demografik özellikler de yer almaktadır. Örneğin birçok çalışmada bireylerin sosyoekonomik durumu ile bazı başa çıkma tutumlarının ilişkili olduğu gösterilmiştir. Yüksek sosyoekonomik seviyeye sahip bireylerin esneklik, uzlaşım, gerçekliğe bağlılık ve mantıklı tercihler içeren uyumlu başa çıkma tutumlarını kullanırken, katılık ve irrasyonellik(mantıkdışılığı) içeren defansif başa çıkma tutumlarına daha az güvendikleri bildirilmiştir [91]. Billings ve Moos [99] ise eğitilmiş bireylerin sorun odaklı başa çıkma tutumlarını kaçınmacı başa çıkma tutumlarına göre daha fazla kullandıklarını rapor etmiştir.

Bireysel etkenler

Stresli durumlarda birey, problemi değerlendirmeye, olası eylem yollarını uygulamaya, duygusal tepkilerini düzenlemeye çalışmaktadır. Bireysel yetenekler, kapasite ve başa çıkma becerileri, belirli stresli bir olayın yönetilmesinde mevcut tutumları(stratejileri) etkilemektedir. Bu nedenle stres ve başa çıkma sürecinde bireysel özellikler büyük önem kazanmaktadır [89, 97].

Özgüven, dayanıklılık, hakimiyet ve içsel kontrol odağı (gelecekteki sonuçlara dair kontrolün öncelikle bireyin kendisine bağlı olduğuna dair benimsenen inanç) ile ilişkili değişkenlerin başa çıkma süreciyle bağlantılı olduğu görülmektedir. Dışsal kontrol odağının (gelecekteki sonuçlara dair kontrolün kişinin kendisinin dışında olduğuna dair benimsenen inanç) aksine içsel kontrol odağının; günlük problemlerle, iş ile ilgili ihtiyaçlarla ve ciddi, yaralanmaları da içeren çok kapsamlı stresörlerle uğraşırken, daha

etkili başa çıkma tutumlarıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Benzer bir şekilde içsel kontrol odaklı kişilerin, dışsal kontrol odaklı kişilere göre plan yapmaya ve daha aktif başa çıkma davranışlarına yöneldikleri görülmüştür [89, 91, 100].

Bireyin stres karşısındaki davranışlarını etkileyen bir diğer kişisel etken de benlik saygısıdır. Yüksek benlik saygısı olan kişilerin stresörlere karşı daha aktif ve olumlu başa çıkma yöntemleri kullandıkları düşünülmektedir [89].

Holahan ve Moos'a [91] göre, rahata yatkınlık strese karşı bir direnme faktörüdür. Rahata yatkınlık, stres altında kaçınmacı başa çıkma tutumlarını kullanma gereksinimlerini azaltan kişisel bir kaynak sağlamaktadır. Ayrıca rahat bireylerin aktif başa çıkma tutumlarına daha fazla güvenme eğilimlerinin bulunduğu ve kaçınmacı başa çıkma tutumlarını daha az kullandıkları gösterilmiştir [91, 101, 102].

Bireylerin kullandıkları başa çıkma tutumlarının şekillenmesinde cinsiyet de önemli yer tutmaktadır. Kadınlar stres karşısında daha çok dikkat dağıtıcı uğraşlarla ilgilenerek duygusal boşalım aramakta ve sosyal desteği erkeklere oranla daha çok kullanmakta; erkekler ise daha aktif başa çıkma yöntemlerini tercih etmektedir [89].

2.5. Yaşam Kalitesi Kavramı ve Ağız Sağlığıyla İlişkili Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini; bireylerin yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içinde, hedefleri, beklentileri, hayat standartları ve endişeleri ile ilgili olarak kendi yaşamlarını algılayış biçimi olarak tanımlamaktadır. Yaşam kalitesi; kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri, kişisel inançları ve çevresel özellikleri ile karmaşık bir şekilde etkilenen geniş kapsamlı bir kavramdır [103].

DSÖ' nün 1948'de, sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal tam bir iyilik hali olarak tanımlamasından sonra, yaşam kalitesi kavramı sağlık hizmetleri uygulamalarında ve araştırmalarında giderek artan bir önem kazanmaya başlamıştır [104].

Günlük yaşam aktivitelerine engel olan tüm hastalıkların genel yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisi bulunmaktadır. Ağız sağlığının yaşam kalitesi üzerindeki etkisi de çok belirgin olmaktadır. Ağız bölgesi ve çevre yapılardan kaynaklanan hastalıkların günlük hayatımızdaki psikolojik ve sosyal etkileri kolaylıkla farkedilmektedir. Bu sebeple ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi (ASİYK) kavramı, ortaya konmuştur ve bununla ilgili çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Bu kavram, ağız hastalıklarının hayatın farklı yönleri üzerindeki etkisiyle alakalı çok sayıda gözlem ve araştırmanın ürünüdür. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Dairesi Başkanlığı tarafından yayınlanan raporda ASİYK; yemek yerken, uyurken, sosyal etkileşim halindeyken bireylerin konforunu, kendi benlik saygılarını ve kendi ağız sağlığı açısından memnuniyetlerini yansıtan çok boyutlu bir yapı olarak tanımlanmıştır. Öte yandan, bu kavramla ilgili, ağız sağlığı ve ASİYK'nin kavramsallaştırması ve ASİYK yapısının geliştirilmesi için tasarlanmış araştırmaların sonucu olan daha katı tanımlamalar da bulunmaktadır [16, 105].

Literatürlerde genel sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramı 1960'ların sonlarına doğru ortaya çıkmışken, ASİYK kavramı ancak 1980'lerin başında görülmeye başlanmıştır. ASİYK gelişimindeki gecikmenin bir açıklaması olarak o yıllarda birçok araştırmacı tarafından oral hastalıkların yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin zayıf olduğu inancı gösterilmektedir [16].

2.5.1.Sağlık modelleri ve ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

19.yüzyılın ortalarından beri dünyada en sık kullanılan sağlık modellerinden biri olan biyomedikal modelde; birey bir bütün olarak ele alınmamakta; hastalıkların psikolojik, çevresel ve sosyal etkenleri dışlanmakta sadece biyolojik faktörler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Biyomedikal modelin en önemli kısıtlamasının da bu modelin yalnızca hastalıkların fiziksel yönüyle ilgilenmesi olduğu kabul edilmektedir [106].

Sağlığın sosyo-çevresel modelinde ise kavramsal alanların her biri ayrı ayrı tanımlanmaktadır. Bu model; kültürel, çevresel ve psikososyal etkiler de dahil olmak üzere sağlığın kompleks çok boyutlu doğasını kapsamaktadır [107].

Araştırmacılar tarafından da sağlığın değerlendirmesi için çeşitli kavramsal modeller tanımlanmıştır. Locker [108], oral sağlık durumunun ölçülmesi için, DSÖ'nün bozukluk,

yetersizlik ve sakatlık esasına dayanan, yaşam kalitesi (sağlık) modeline oral hastalıkların tüm olası fonksiyonel ve psikososyal sonuçlarını ekleyerek kavramsal bir model tanımlamıştır. Locker'in sağlık modelinde hastalık önce bozuklukluğa, bozukluk durumu fonksiyonel limitasyona veya rahatsızlıkla birlikte ağrıya yol açmakta bu durum da yetersizliğe ve en son olarakta sakatlığa sebep olmaktadır. Yetersizlik durumu daha çok rahatsızlık ve fonksiyonel limitasyon birlikte geliştiğinde görülürken, sakatlık ise her üç durum (bozukluk, rahatsızlık, fonksiyonel limitasyon) birlikteyken ortaya çıkmaktadır. Bu kavramsal modelin yayınlanması, diş hekimliğinde ASİYK araştırma konusunun gelişmesini ve yaygınlaşmasını sağlamıştır. Her ne kadar geçmişte ağız hastalıklarının psiko-sosyal sonuçları, araştırmacılar tarafından çok fazla ilgi görmese de son yıllarda yapılan çalışmalarda; ağız hastalıklarının en az diğer hastalıklar kadar ciddi emosyonel ve psiko-sosyal sonuçları olduğu gösterilmiştir [16, 107].

Reisine, Fertig, Weber ve Leder [109], TMB'nin yaşam kalitesini etkilediğini, TMB'si bulunan hastaların uyku, dinlenme, sosyal etkileşim, zihinsel işlevsellik ve iletişim alanlarında büyük ölçüde zarar gördüğünü bildirmiştir.

Geçtiğimiz 20 yıl içinde, ağız sağlığı sorunlarının neden olduğu sonuçlar önemli araştırma konusu olmuştur. Ağız sağlığı araştırmacıları ve sigorta kuruluşları ağız sağlığı değerlendirmesinin ağız sağlığı programlarının planlanması için önemli olduğunu kabul etmiştir. Dişhekimliğinde çürük, periodontal hastalık ve ağız tümörleri gibi hastalıkların popülasyondaki prevalanslarını saptamak için çok çeşitli indeksler kullanılmaktadır. Helkimo Mandibular Disfonksiyon İndeksi ve Toplumda Periodontal Tedavi Gereksinimi İndeksi (CPITN) yaygın kullanılan indekslerdendir. Bu objektif ölçekler oral hastalıkların popülasyon araştırmalarında büyük önem taşımasına karşın çoğunlukla hastalık sürecinin son safhasına ilişkin bilgi vermekte, hastalık sürecinin fonksiyon ve psiko-sosyal durum üzerindeki etkisi hakkında ise herhangi bir bilgi vermemektedir [107, 110].

1990'larda yapılan çeşitli çalışmalarda dental hastalıkların objektif ölçütleriyle hastaların subjektif oral sağlıkla ilgili ölçütleri arasındaki ilişkinin zayıf olduğu ve bu ölçütlerin hastaların algılarını doğru bir şekilde yansıtmadığı gösterilmiştir. Bu durum sağlığın çok

boyutlu doğasını kapsayan ve olası tüm sonuçları ortaya koyan bir ölçeğin geliştirilmesine ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir [111, 112].

Ağız sağlığıyla ilişkili hasta merkezli ölçek geliştirilmesi gerekliliği ilk kez ağız sağlığı problemlerinin psiko-sosyal etkisiyle ilgili bilgi eksikliğine dikkat çeken Cohen ve Jago [113] tarafından belirtilmiştir. Locker [108] da oral sağlık durumunu bireysel seviyede değerlendirebilmek için bireysel bir ölçeğe ihtiyaç duyulduğunu belirtmiştir.

Ağız sağlığının değerlendirilmesinde çeşitli ölçekler geliştirilmeye başlandıktan sonra hangi tip ölçeğin tercih edileceği de tartışma konusu olmuştur. Günümüzde hem genel (jenerik) sağlık durumu ölçekleri hem de hastalığa spesifik sağlık durumu ölçekleri kullanılmaktadır. Genel sağlık durumu ölçekleri; sağlık, sakatlık ve yaşam kalitesi kavramlarını kapsamlı bir biçimde değerlendirmek için tasarlanmıştır. Bu ölçeklerin psikometrik özellikleri iyi bilinmekte, önemli avantajları bulunmakta ve farklı problemlerde bu ölçekler kullanılarak popülasyonlar arasında karşılaştırmalar yapılabilmektedir [107, 110, 114].

Hastalığa spesifik ölçekler ise; belirli hastalık gruplarının, işlevsel bozuklukların ya da bir bulgunun yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemek üzere tasarlanmışlardır. Hastalığa spesifik ölçeklerin genel sağlık ölçeklerine göre önemli avantajı belli bir duruma ait problemlere odaklandıkları için klinik değişiklikleri belirlemede daha hassas bir yapıya sahip olmalarıdır [115].

Genel sağlık ölçeklerinin ağız sağlığını değerlendirmedeki yetersizliklerinden dolayı günümüze kadar çok sayıda çalışmacı oral bölgeye spesifik sağlık durumu ölçekleri geliştirmiştir. Bu ölçeklerin bir listesi aşağıda gösterilmektedir [107]:

- Cushing ve ark, 1986: Diş Hastalıklarının Sosyal Etkisi (Social Impacts of Dental Disease)
- Atchinson ve Dolan, 1990: Geriatrik Hastalarda Oral Sağlığı Değerlendirme İndeksi (Geriatric Oral Health Assessment Index)
- Strauss ve Hunt, 1993: Dental Etki Profili (Dental Impact Profile)
- Slade ve Spencer, 1994 Ağız Sağlığı Etki Profili (Oral Health Impact Profile) (OHIP)

- Locker ve Miller, 1994: Subjektif Oral Sağlık Durumu Göstergeleri (Subjective Oral Health Status Indicator)
- Leao ve Sheiam, 1996: Dental Sağlığın Günlük Yaşam Üzerindeki Etkileri (Dental Impact on Daily Living)
- Adulyanon ve Sheiam, 1997: Ağız-Dış Sağlığının Günlük Performans Üzerindeki Etkileri (Oral Impacts on Daily Performance)
- McGrath ve Bedi, 2000: Ağız Sağlığının Yasam Kalitesi Üzerindeki Etkileri (Oral Health Related Quality of Life-UK)

2.5.2. Ağız sağlığı etki profili (oral health impact profile- OHIP)

Günümüzde ağız sağlığının yaşam kalitesine olan etkisinin değerlendirilmesinde çok çeşitli araçlar kullanılmaktadır. Ağız sağlığı etki profili (oral health impact profile-OHIP) de oral hastalıkların, hastaların iyilik hali üzerine olan sosyal etkisinin bireysel algısını ölçen bu araçlardan biridir. OHIP ilk olarak 1994 yılında Slade ve Spencer [116] adlı araştırmacılar tarafından geliştirilmiş ve uygulanmıştır. OHIP; fonksiyonel kısıtlılık, fiziksel ağrı, psikolojik rahatsızlık, fiziksel, psikolojik ve sosyal yetersizlik ve engel ölçülerini değerlendirmekte olup Locker'ın ağız sağlığı kuramsal modelini esas almaktadır. OHIP; 7 bölüm ve 49 adet soru içermektedir. OHIP'in alt kategorileri ayrı ayrı hesaplanabildiği gibi, 49 sorunun tamamı kullanılarak da sosyal etkinin genel seviyesi belirlenebilmektedir [116-118].

OHIP iyilik hali üzerine olan etkinin algılanması için kapsamlı bilgi sağlamak amacıyla tasarlanmış olsa da bazı araştırma ortamları bu 49 sorunun tamamının kullanımına olanak vermemektedir. Örneğin, sağlık hizmetleri araştırmacıları çoğu zaman dental bakımın çeşitli sonuçlarından biri olan ağız sağlığının algılanan etkisinin değerlendirilmesi için daha kısa ve öz bir araca ihtiyaç duymaktadırlar. Her ne kadar bir indeksteki öge sayısı azaldıkça o indeksin güvenilirliğinin azaldığına dair genel psikometrik bir kural bulunsa da bazı kriterler kısa form geliştirmek için bir gerekçe sağlamaktadır [117].

Locker ve Allen'in [119] 2002 yılında yayınlanan çalışmalarında uzun anketlerin neden kısaltılması gerektiği dört maddeyle açıklanmıştır:

- Tamamlanması ve puanlaması uzun zaman alabilecek anketler klinik ortamda uygulanamayabilir,

- Anketlerin uzun olması maliyetin ve veri yönetiminin artmasına neden olabilir,
- Uzun anketlerin katılımcıya daha fazla yük getirmesi nedeniyle yaşlı popülasyonu gibi toplumun bazı kesimleri çalışmaya dahil edilemeyebilir,
- Anketin uzun olması cevaplanmayan soru sayısının artmasına dolayısıyla vakaların önemli bir kısmının kaybına neden olabilir.

Locker'ın ağız sağlığı hiyerarşik modeline dayalı 'Ağız Sağlığı Etki Profili'nin kısa formu (OHIP-14) yedi boyutta oral durumun etkilenme derecesini ortaya çıkarmak için 1997 yılında Slade [117] tarafından geliştirilmiştir. Etkilenmede ilk seviye, fonksiyonel kısıtlılık, fiziksel ağrı ve psikolojik rahatsızlıkların alt ölçekleri ile değerlendirilmektedir. Buna ek olarak OHIP-14 fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik, sosyal yetersizlik ve engelin(handikap); yetersizlik alt ölçekleriyle değerlendirildiği ve bireyin yaşamı üzerinde çok daha yıkıcı etkilere sahip olan sonuçları da yakalamayı amaçlamaktadır. Ayrıca OHIP-14 günlük yaşamdaki ağız ve çevre yapılarıyla ilgili kronik problemlerin etkilerini değerlendirmek için de kullanılmaktadır [120].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Grubu

Araştırmamız için etik kurul izni Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. (Ek-1)

Araştırmamızda Mart–2012/ Eylül–2012 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Kliniği'ne miyofasiyal ağrı şikayetiyle başvuran hastalar arasından 18 yaş üstü 100 hasta randomize seçilerek çalışma grubuna dahil edilmiştir.

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan gönüllü olarak çalışmaya katıldıklarına dair bilgilendirilmiş onay formu alınmıştır. Hastalara anket formlarının içerikleri (demografik özellikler, ağrının özellikleri, ağrı düzeyi, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, stresle başa çıkma yöntemleri) araştırmanın amacı ve yöntemi konularında bilgi verilmiştir.

Çalışma grubuna hastaların dahil edilme kriterleri arasında; hastaların 18 yaş üzerinde olmaları, hastalara RDC/TMD ölçütleri kullanılarak miyofasiyal ağrı tanısının konulmuş olması, okuma-yazma bilmeleri, anket formundaki ölçeklere uyum gösterebilmeleri, anket formlarını kendi başlarına doldurabilmeleri olarak belirlenmiştir. Çalışma grubuna 18 yaşından küçük, son 6 ay içinde miyofasiyal ağrıya yönelik tedavi gören, servikal disk hernisi, radikulopati veya miyelopatisi bulunan hastalar dahil edilmemiştir.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1.Sosyodemografik bilgi ve klinik görüşme formu

Sosyodemografik bilgi ve klinik görüşme formu hastaların cinsiyeti, yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu, şikayeti, diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlığının varlığı, ağrının lokalizasyonu, süresi, seyri, yayılım varlığı, ağrıyı artıran ya da azaltan faktörler ile ilgili veri sağlamaya yönelik soruları içermektedir. (Ek-2)

3.2.2. Vizüel analog skala (VAS)

Hastanın ağrı algısının şiddetini ölçmek için kullanılan VAS skalası 100 mm uzunluğunda olup, yatay çizgi üzerinde iki ucu farklı olarak isimlendirilmiştir (0= ağrı yok, 100= olabilecek en şiddetli ağrı). Hastadan, bu çizgi üzerinde hissettiği ağrının şiddetine karşılık gelen noktayı işaretlemesi istenmektedir. İşaret konulan nokta ile çizginin en düşük ucu (0= ağrı yok) arasındaki uzaklık milimetre olarak ölçülmekte ve bulunan sayısal değer hastanın ağrı algısının şiddetini göstermektedir [121-123]. (Ek-2)

3.2.3. Oral health impact profile-14 (OHIP-14)

Ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin ölçülmesinde kullanılan ankettir. Her bir OHIP sorusuna 0-4 arasında puan değerine sahip beş seçenek ile cevap verilmektedir. Puanlama Likert skalasına göre '0=hiçbir zaman, 1=nadiren, 2=bazen, 3=sıklıkla, 4=her zaman' yapılmaktadır.

OHIP-14 puanları 0-56 arasında hesaplanmaktadır. 0 en iyi, 56 ise en kötü puan anlamına gelmektedir. OHIP-14 anketi sonucundaki yüksek puan hastanın ağız sağlığı ile ilgili olarak kötü bir yaşam kalitesinin olduğunu göstermektedir. OHIP-14 geniş bir kapsama alanına, iyi psikometrik özelliklere ve klinik ortamda kullanım kolaylığına sahip olması nedeniyle sıklıkla tercih edilmektedir. OHIP-14' ün geçerliliği ve güvenilirliği 1997 yılında Slade [117] tarafından kanıtlanmıştır.

OHIP-14'ün Türkçe versiyonunun tercümesi ve geçerliliği ise 2006 yılında Mumcu ve diğerleri [124] tarafından yapılmıştır. (Ek-3)

3.2.4. Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği (COPE)

İnsanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman kullandıkları başa çıkma tutumlarını değerlendirmeyi amaçlayan bu ölçek 1989'da Carver, Schier ve Weintraub [125] tarafından COPE envanteri (The Coping Orientations to Problems Experienced scale) adıyla geliştirilmiş, dilimize Cope (Başa çıkma

tutumlarını değerlendirme ölçeği) olarak 2005'te Ağargün, Beşiroğlu, Kıran, Özer ve Kara [11] tarafından çevrilmiş ve geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır.

60 soru ve 15 alt ölçekten oluşmuş öz bildirim ölçeğidir. Her alt ölçek dörder sorudan oluşmaktadır. (Ek-4)

Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi vermektedir. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olasılığı vermektedir. Bu 15 başa çıkma tutumu ya da alt ölçek şunlardır [11, 125]:

- Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme
- Zihinsel boş verme
- Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma
- Yararlı sosyal destek kullanımı
- Aktif başa çıkma
- İnkâr
- Dini olarak başa çıkma
- Şakaya vurma
- Davranışsal olarak boş verme
- Geri durma
- Duygusal sosyal destek kullanımı
- Madde kullanımı
- Kabullenme
- Diğer meşguliyetleri bastırma
- Plan yapma

3.3. İstatistiksel Analiz

Çalışma verilerimizin istatistiksel analizinde parametrik ve parametrik olmayan testler kullanılmıştır. SPSS 17.0 (sosyal bilimler için istatistik paketi) programı kullanılarak frekans dağılımları, Faktör analizi ve Güvenirlik analizi, t testi, Anova, Kruskal Wallis, Mann

Whitney U ve Kolmogorov Smirnov testleri yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmanın Demografik Değişken Frekansları

4.1.1. Cinsiyetlere göre dağılım

Bireylerin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, çalışma grubunun %25'i erkeklerden, %75'i kadınlardan oluşmaktadır (Çizelge 4.1.).

Çizelge 4.1. Cinsiyet frekansı

	n	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Kadın	75	75,0	75,0	75,0
Erkek	25	25,0	25,0	100,0
Toplam	100	100,0	100,0	

4.1.2. Yaş dağılımı

Çalışmamıza katılan hastaların yaşları 18-68 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 31,15'tir. Bireylerin yaş dağılımı incelendiğinde, 35 yaş ve altının oranı %72 iken 36 yaş ve üstünün dağılımı ise %28'dir (Çizelge 4.2.).

Çizelge 4.2. Yaş frekansı

	n	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
35 yaş ve altı	72	72,0	72,0	72,0
36 yaş ve üstü	28	28,0	28,0	100,0
Toplam	100	100,0	100,0	

4.1.3. Eğitim durumlarına göre dağılım

Çalışmamıza katılan hastalar eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde, %28'inin ilköğretim, %42'sinin lise, %30'unun üniversite düzeyinde olduğu görülmüştür (Çizelge 4.3.).

Çizelge 4.3. Eğitim frekansı

	n	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
İlköğretim	28	28,0	28,0	28,0
Lise	42	42,0	42,0	70,0
Üniversite	30	30,0	30,0	100,0
Toplam	100	100,0	100,0	

4.1.4. Şikayet süresi dağılımı

Hastaların şikayet süreleri incelendiğinde, şikayeti 6 aydan az olanların oranı %37 iken, şikayeti 6 aydan fazla olanların oranı %63'tür (Çizelge 4.4.).

Çizelge 4.4. Şikayet süresi frekansı

	n	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
6 ay altı	37	37,0	37,0	37,0
6 ay üstü	63	63,0	63,0	100,0
Toplam	100	100,0	100,0	

4.1.5. Diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlığının dağılımı

Hastaların diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlıkları değerlendirildiğinde diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlığı hastaların %59'unda mevcut iken, %41'inde böyle bir hikaye alınmamıştır (Çizelge 4.5.).

Çizelge 4.5. Diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlığının frekansı

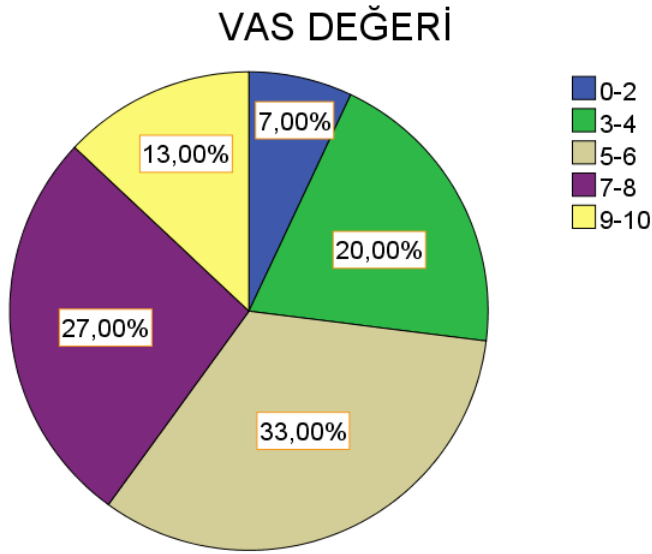
	n	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Var	59	59,0	59,0	59,0
Yok	41	41,0	41,0	100,0
Toplam	100	100,0	100,0	

4.1.6. Ağrı düzeyi dağılımı (VAS değeri)

Hastaların VAS ile ölçülen ağrı algısı şiddeti; 0-2 aralığında olanların %7, 3-4 aralığında olanların %20, 5-6 aralığında olanların %33, 7-8 aralığında olanların %27, 9-10 aralığında olanların ise %13 oranında olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.6.).

Çizelge 4.6. VAS değeri frekansı

	n	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
0-2	7	7,0	7,0	7,0
3-4	20	20,0	20,0	27,0
5-6	33	33,0	33,0	60,0
7-8	27	27,0	27,0	87,0
9-10	13	13,0	13,0	100,0
Toplam	100	100,0	100,0	



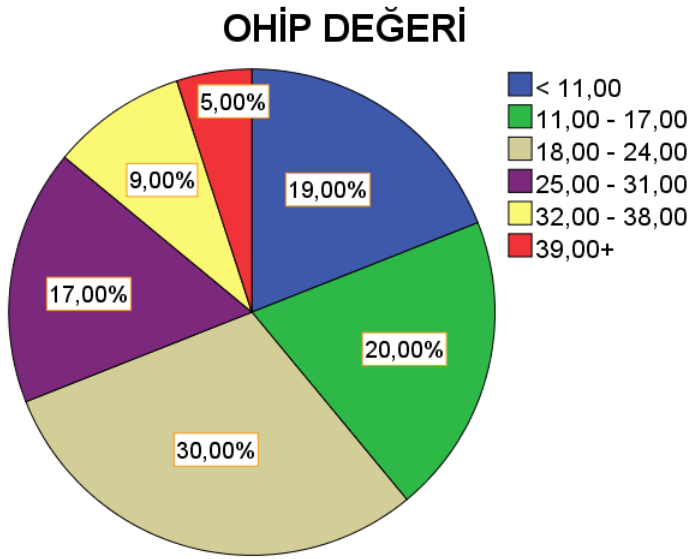
Şekil 4.1. VAS değeri grafiği

4.1.7. OHIP-14 (yaşam kalitesi) skorlarının dağılımı

Hastaların OHIP-14 skorları değerlendirildiğinde; ortalama OHIP-14 skorunun 20,61 olduğu ve 0-11 aralığındakilerin (yaşam kalitesi çok yüksek) %19, 11-17 aralığında olanların (yaşam kalitesi yüksek) %20, 18-24 aralığında olanların (yaşam kalitesi kısmen yüksek) %30, 25-31 aralığında olanların (yaşam kalitesi kısmen düşük) %17, 32-38 aralığında olanların (yaşam kalitesi düşük) %9, 39 ve üstü aralığında olanların (yaşam kalitesi çok düşük) ise %5 oranında olduğu görülmektedir (Çizelge 4.7.).

Çizelge 4.7. OHIP-14 skorlarının frekansı

	n	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
< 11,00	19	19,0	19,0	19,0
11,00 - 17,00	20	20,0	20,0	39,0
18,00 - 24,00	30	30,0	30,0	69,0
25,00 - 31,00	17	17,0	17,0	86,0
32,00 - 38,00	9	9,0	9,0	95,0
39,00+	5	5,0	5,0	100,0
Toplam	100	100,0	100,0	



Şekil 4.2. OHİP-14 skorlarının grafiği

4.2. Güvenilirlik Analizi

Güvenilirlik analizi test sonuçları değerlendirildiğinde, güvenirlik katsayısı %86 olarak bulunmuştur. Bu oran araştırma örneklem büyüklüğü için yeterli olmakla birlikte soruların araştırma için tutarlı olduğunu da göstermektedir. Güvenirlik katsayısını yükseltebilmek için hangi değişken analizden çıkartılırsa çıkartılsın, güvenirlik katsayısı daha fazla yükselmemektedir ve hemen hemen aynı kalmaktadır. Bu durumda hiçbir değişken analizden çıkartılmadan devam edilebilir. Hotelling'in t kare testine baktığımızda ise sigma (anlamlılık seviyesi ya da olasılık-sig.) değeri 0,00 çıkmıştır. $0,00 < 0,05$ olduğu için testimiz geçerli olmaktadır (Çizelge 4.8. ve 4.9.).

Çizelge 4.8. Güvenirlilik analizi

Cronbach'ın Alfası	Değişken yokluğunda yeni alfa Cronbach'ın Alfası	Değişken Sayısı
,863	,864	60

Çizelge 4.9. Geçerlilik analizi Hotelling'in t-kare testi

Hotelling'in t kare testi	F	df1	df2	Sig
1381,686	9,699	59	41	,000

4.3. Faktör Analizi

Analizde yer alan 60 değişkeni faktör analizine sokarak gruplandırmadan önce bu değişkenlere faktör analizi yapıp yapılamayacağına öğrenmek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett küresellik testleri yapılacaktır. COPE anket sorularının KMO değeri 0,767 > 0,05 olduğu için örneklemin faktör analizi için yeterli olduğu, KMO ve Bartlett küresellik testlerinin sig. değerleri ise 0,00 çıktığı ve bu değerde 0,05'ten küçük olduğu için KMO ve Bartlett küresellik testlerinin geçerli olduğu sonucuna varılmaktadır (Çizelge 4.10.).

Yaptığımız faktör analizi neticesinde 60 değişkenli COPE anketi 3 ana, 15 alt faktöre indirgenmiştir, bundan sonraki çalışmalar bu 18 faktör üzerinden yorumlanacaktır (Çizelge 4.11.).

Ayrıca yapılan incelemeler sonucunda en sık kullanılan baş etme tutumlarının; pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma ve duygusal sosyal destek kullanımı olduğu saptanmıştır. En az kullanılan baş etme tutumlarının ise inkar ve madde kullanımı başa çıkma tutumlarının olduğu görülmüştür.

Çizelge 4.10. Faktör Analizi KMO ve Bartlett Testi

KMO Örneklem Uygunluğu Değeri	,767
Bartlett Küresellik Testi	
df	3290,515
Sig.	1770
Yaklaşık ki-kare değeri	,000

Çizelge 4.11. COPE Ölçeği Boyutları

	FAKTÖRLER	MADDE NUMARALARI
I	<i>Duygusal odaklı başa çıkma</i>	1, 7, 8, 11, 13, 18, 20, 21, 23, 29, 34, 36, 38, 44, 48, 50, 52, 54, 59, 60
1.	Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	1, 29, 38, 59
2.	Dini olarak başa çıkma	7, 18, 48, 60
3.	Şakaya vurma	8, 20, 36, 50
4.	Duygusal sosyal destek kullanımı	11, 23, 34, 52
5.	Kabullenme	13, 21, 44, 54
II	<i>İşlevsel olmayan başa çıkma</i>	2, 3, 6, 9, 12, 16, 17, 24, 26, 27, 28, 31, 35, 37, 40, 43, 46, 51, 53, 57
6.	Zihinsel boş verme	2, 16, 31, 43
7.	Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	3, 17, 28, 46
8.	Davranışsal olarak boş verme	9, 24, 37, 51
9.	İnkar	6, 27, 40, 57
10.	Madde kullanımı	12, 26, 35, 53
III	<i>Sorun odaklı başa çıkma</i>	4, 5, 10, 14, 15, 19, 22, 25, 30, 32, 33, 39, 41, 42, 45, 47, 49, 55, 56, 58
11.	Yararlı sosyal destek kullanımı	4, 14, 30, 45
12.	Aktif başa çıkma	5, 25, 47, 58
13.	Geri durma	10, 22, 41, 49
14.	Diğer meşguliyetleri bastırma	15, 33, 42, 55
15.	Plan yapma	19, 32, 39, 56

4.4. Normallik Testleri

Çalışmamızda analize girecek olan değişkenlerin faktör analizine göre gruplanmış halleri ve normallik testi için tek örneklem Kolmogrov-Smirnov (K-S) testi yapılmıştır.

H_0 (boş hipotez): Değişkenlerin hata terimi dağılımı normal dağılmıştır.

H_a (araştırma hipotezi): Değişkenlerin hata terimi dağılımı normal dağılmamıştır.

Araştırılan her bir değişken için yapılan K-S normallik testinde dini olarak başa çıkma, davranışsal boş verme, madde kullanımı, işlevsel olmayan başa çıkma değişkenlerinin K-S sig değerleri 0.05'ten küçük olduğundan H_0 hipotezi reddedilerek normal dağılmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Bu durumda bu değişkenlere parametrik olmayan testlerin uygulanmasına karar verilmiştir. Geriye kalan değişkenlerinin pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa çıkarma, inkar, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, geri durma, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma, duygusal odaklı başa çıkma, sorun odaklı başa çıkma sig. değerleri 0.05'ten büyük olduğundan H_0 hipotezi reddedilmemekte ve değişkenlerin normal dağıldığı sonucuna varılmaktadır. Bu durumda normal dağılan değişkenler için parametrik testler uygulanacaktır.

4.5. Parametrik Testler

Çalışmanın bu aşamasında faktör analizi sonucunda elde edilen faktörlerden normal dağılıma uygun olanların demografik değişkenler ile ilişkisine bakarak gruplar arası farklılıklar tespit edilmeye çalışılmıştır. Bu bölümde pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa çıkarma, inkar, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, geri durma, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma, duygusal odaklı başa çıkma, sorun odaklı başa çıkma faktörlerinin; cinsiyet, yaş ve şikayet süresi değişkenleri ile ilişkisi incelenecektir.

4.6. T Testleri

4.6.1. Cinsiyete göre t testi

Çizelge 4.12.'de cinsiyete göre kadınlar ile erkekler arasında t testi sonucu yer almaktadır. Cinsiyete göre kadınlar ile erkekler arasında; *duygusal odaklı başa çıkma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, duygusal sosyal destek kullanımı, zihinsel boş verme, sorun odaklı başa çıkma, aktif başa çıkma, diğer meşguliyetleri bastırma ve plan yapma* faktörleri arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$).

Çizelge 4.12. Cinsiyete göre t testi

	t testi						
						% 95 Güven Aralılığı Farklılığı	
	t Testin adı	df	Sig. Çift yönlü anlamlılık	Ortalama Farklılığı	Standart Sapma Farklılığı	Alt	Üst
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	-2,129	98	,036	-,48313704	,22692664	-,93346557	-,03280851
Şakaya vurma	-,441	35,508	,660	-,10224251	,23188549	-,56241173	,35792670
Duygusal sosyal destek kullanımı	-3,285	98	,043	-,41236496	,23183769	-,87243932	,04770939
Kabullenme	-4,627	98	,062	-,54522799	,23165132	-,70493250	,21447652
<i>Duygusal odaklı başa çıkma</i>	-4,611	98	,038	-,58753624	,23134104	-1,64662500	,07155251
Zihinsel boş verme	-2,367	98	,020	-,53427487	,22575385	-,98227604	-,08627371
Soruna odaklanma ve duyguları açığa çıkarma	,683	40,941	,496	,15826290	,23156418	-,30126868	,61779447
İnkar	-1,500	37,846	,064	-,56272941	,22504729	-1,00932842	-,11613039
Yararlı sosyal destek kullanımı	-1,199	39,476	,233	-,27639720	,23043005	-,73367813	,18088373
Aktif başa çıkma	-3,338	98	,049	-,40784363	,23002290	-1,76431659	,04862932
Geri durma	-,642	36,400	,522	-,14868468	,23162894	-,60834478	,31097542
Diğer meşguliyetleri bastırma	-3,080	39,184	,037	,01846933	,23210788	-,94214121	,07907988
Plan yapma	-3,622	98	,008	-,37156867	,22906056	-,82613191	,08299456
<i>Sorun odaklı başa çıkma</i>	-2,929	98	,047	-,37309388	,22903526	-,92760691	,08141914

Ortalamalara bakıldığında erkeklerin kadınlara oranla daha çok pozitif yeniden yorumlama ve gelişmeye yöneldikleri, sorunlarla daha çok aktif olarak başa çıktıkları, kadınlara oranla daha çok plan yaptıkları, diğer meşguliyetleri daha çok bastırdıkları ve ana çerçevede sorunları çözerken sorun odaklı başa çıkma yöntemini uyguladıkları görülmektedir. Ortalamalar incelendiğinde kadınların duygusal sosyal destek kullanımı ve zihinsel boş verme baş etme tutumlarını erkeklere oranla daha fazla kullandıkları ve ana faktör çerçevesinde sorunları çözerken duygusal odaklı başa çıkma yöntemini uyguladıkları görülmektedir (Çizelge 4.13.).

Çizelge 4.13. Cinsiyete göre grup istatistikleri

BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI	Ortalama		Standart Sapma		Standart Hatası	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
	n= 75	n= 25	n= 75	n= 25	n= 75	n= 25
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	-,1207843	,3623528	,98096183	,98771993	,11327172	,19754399
Duygusal sosyal destek kullanımı	,2280912	-,0842737	1,10202184	,96992904	,11199776	,22040437
<i>Duygusal odaklı başa çıkma</i>	,3468841	-,1406522	1,01280507	,96680923	,11694866	,19336185
Zihinsel boş verme	,3335687	-,2007062	,87454868	,24247737	,10098418	,24849547
Aktif başa çıkma	-,0769609	,2808827	,97711827	1,05219724	,11282790	,21043945
Diğer meşguliyetleri bastırma	,2046173	-,0138520	1,03469079	,90761391	,11947580	,18152278
Plan yapma	-,0928922	,2786765	,97678147	1,03697803	,11278901	,20739561
<i>Sorun odaklı başa çıkma</i>	-,0932735	,2798204	,99166624	,99201552	,11450775	,19840310

4.6.2. Yaşa göre t testi

Çizelge 4.14.'te yaşa göre 35 yaş altı ve 36 yaş üstü bireyler arasında t testi sonucu yer almaktadır. Yaşa göre 35 yaş altı ve 36 yaş üstü bireyler arasında; *pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, duygusal sosyal destek kullanımı, duygusal odaklı başa çıkma, inkar, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, plan yapma ve sorun odaklı başa çıkma* faktörleri arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$).

Çizelge 4.14. Yaşa göre t testi

	t-testi						
						% 95 Güven Aralılığı Farklılığı	
	t	df	Sig. çift yönlü anlamlılık	Ortalama Farklılığı	Standart Sapma Farklılığı	Alt	Üst
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	-3,721	98	,032	-,36106123	,22325911	-,90411166	,08198920
Şakaya vurma	,183	45,111	,855	,04088868	,22381302	-,40326098	,48503834
Duygusal sosyal destek kullanımı	4,506	98	,014	,41304191	,22355969	-,93060502	,05668885
Kabullenme	-,259	45,748	,796	-,05792677	,22377464	-,50200026	,38614672
<i>Duygusal odaklı başa çıkma</i>	3,370	98	,013	,08266276	,22369534	-,96125335	,02657888
Zihinsel boş verme	1,353	43,691	,179	,30004481	,22178974	-,14008971	,74017932
Soruna odaklanma ve duyguları açığa çıkarma	-,101	55,420	,920	-,02252428	,22383957	-,86672661	,22167806
İnkâr	-3,721	98	,048	-,37959323	,22054254	-,81725273	,05806627
Yararlı sosyal destek kullanımı	3,647	98	,019	,44443829	,22337513	-,99884238	,08771896
Aktif başa çıkma	-3,676	98	,031	-,35097400	,22333102	-1,19416715	,19221915
Geri durma	-,776	44,592	,440	-,17315621	,22316671	-,61602328	,26971086
Diğer meşguliyetleri bastırma	-,580	47,880	,563	-,12961739	,22346788	-,57308213	,31384735
Plan yapma	-,323	98	,024	-,47215835	,22373243	-1,01614807	,07183137
<i>Sorun odaklı başa çıkma</i>	-,279	98	,047	-,46251439	,22376204	-,90656288	,08153410

Ortalamalara baktığımızda: 36 yaş ve üstü bireylerin pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, inkar, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma ve plan yapma başa çıkma tutumlarını 35 yaş altı bireylere oranla daha fazla kullandığı ve genel olarak sorunları çözerken sorun odaklı başa çıkma yöntemini kullandıkları görülmektedir (Çizelge 4.15.).

35 yaş ve altında olan bireylerin duygusal sosyal destek kullanımı başa çıkma tutumunu 36 yaş üstü bireylere oranla daha fazla kullandıkları ve ana faktör çerçevesinde sorunları çözerken duygusal odaklı başa çıkma yöntemini uyguladıkları görülmektedir (Çizelge 4.15.).

Çizelge 4.15. Yaşa göre grup istatistikleri

BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI	Ortalama		Standart Sapma		Standart Hatası	
	35 yaş altı	36 yaş üstü	35 yaş altı	36 yaş üstü	35 yaş altı	36 yaş üstü
	n= 72	n= 28	n= 72	n= 28	n= 72	n= 28
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	-,0450971	2159641	,91311471	1,20613806	,10761160	,22793867
Duygusal sosyal destek kullanımı	2316517	-,0813902	1,01835157	,96441406	,12001388	,18225713
<i>Duygusal odaklı başa çıkma</i>	,2231456	-,0595172	,85751333	1,31450424	,10105891	,24841795
İnkâr	-,1062861	,2733071	,98582927	1,00172280	,11618109	,18930781
Yararlı sosyal destek kullanımı	-,0404427	,2039956	,95303796	1,12367514	,11231660	,21235464
Aktif başa çıkma	-,0422727	,3087013	,90364849	1,22570112	,10649600	,23163574
Plan yapma	-,0202043	,2819540	,97063254	1,08872973	,11439014	,20575058
<i>Sorun odaklı başa çıkma</i>	-,0175040	,2750104	,93870039	1,16044318	,11062690	,21930315

4.6.3. Şikayet süresine göre t testi

Çizelge 4.16.'da şikayet süresine göre şikayeti 6 aydan az ve 6 aydan fazla olan bireyler arasında t testi sonuçları yer almaktadır. Şikayet süresine göre şikayeti 6 aydan az ve 6 aydan fazla olan bireylerin arasında; *şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa çıkarma, aktif başa çıkma, plan yapma ve sorun odaklı başa çıkma* faktörleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Ortalamalara baktığımızda; şikayet süresi 6 aydan fazla olan bireylerin; duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma, duyguları açığa çıkarma, aktif başa çıkma, plan yapma ve ana faktör çerçevesinde sorunları çözerken sorun odaklı başa çıkma yöntemini şikayeti 6 aydan az olan bireylere göre daha fazla kullandıkları görülmektedir. Şikayet süresi 6 aydan az olan bireylerin ise şakaya vurma başa çıkma tutumunu daha fazla kullandıkları görülmektedir (Çizelge 4.17.).

Çizelge 4.16. Şikayet süresine göre t testi

	t-testi						
						% 95 Güven Aralılığı Farklılığı	
	t	df	Sig. çift yönlü anlamlılık	Ortalama Farklılığı	Standart Sapma Farklılığı	Alt	Üst
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	-1,333	98	,186	-,27492629	,20631657	-,68435482	,13450223
Şakaya vurma	3,144	98	,048	,32990631	,20815540	-,88317131	,14298394
Duygusal sosyal destek kullanımı	-3,979	98	,030	-,40273076	,20716760	-,91384811	,00838660
Kabullenme	-,402	98	,041	-,39365663	,20800574	-,99643724	,12912399
<i>Duygusal odaklı başa çıkma</i>	-1,257	98	,212	-,25950087	,20652033	-,66933375	,15033201
Zihinsel boş verme	-1,238	71,731	,020	-,46005214	,20998272	-,97867189	,05856761
Soruna odaklanma ve duyguları açığa çıkarma	-,375	67,277	,040	-,38085078	,21583455	-,91162576	,14992420
İnkâr	-,872	83,674	,386	-,17468011	,20041728	-,57325455	,22389433
Yararlı sosyal destek kullanımı	-,735	66,707	,465	-,15872970	,21593736	-,58977729	,27231788
Aktif başa çıkma	-2,159	58,578	,035	-,47423283	,21969705	-,91391188	-,03455378
Geri durma	-,422	75,282	,674	-,08795747	,20824250	-,50277231	,32685737
Diğer meşguliyetleri bastırma	-1,609	81,240	,112	-,32293629	,20072435	-,72229691	,07642433
Plan yapma	-3,767	73,539	,031	-,36515741	,20668197	-,97702310	,04670828
<i>Sorun odaklı başa çıkma</i>	-1,719	98	,039	-,35252938	,20510891	-,95956134	,05450258

Çizelge 4.17. Şikayet süresine göre grup istatistikleri

BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI	Ortalama		Standart Sapma		Standart Hatası	
	6 ay altı	6 ay üstü	6 ay altı	6 ay üstü	6 ay altı	6 ay üstü
	n= 37	n= 63	n= 37	n= 63	n= 37	n= 63
Şakaya vurma	,2488410	-,1110653	1,03170095	,98913864	,16961059	,12461975
Duygusal sosyal destek kullanımı	-,1277204	,3750104	1,02202317	,98732969	,16801957	,12439185
Kabullenme	-,1527037	,2509530	,99956281	1,00697837	,16432711	,12686735
Zihinsel boş verme	-,1638328	,2362193	1,03694340	,97314384	,17047244	,12260460
Soruna odaklanma ve duyguları açığa çıkarma	-,1509360	,2599148	1,09301849	,94901313	,17969113	,11956442
Aktif başa çıkma	-,2987667	,2754661	1,16717941	,84923662	,19188311	,10699376
Plan yapma	-,2300492	,3351082	1,00997575	,97691095	,16603899	,12307921
<i>Sorun odaklı başa çıkma</i>	-,2220935	,3304359	1,10555934	,91670598	,18175284	,11549410

4.7. Eğitim Düzeyine Göre Anova – Whelch Testi

Bireylerin eğitim düzeyleri ile başa çıkma tutumları arasında bir farklılık olup olmadığına bakmak için bu aşamada Anova testi yapılacaktır. İki den fazla bağımsız grubun ortalamalarının birbirinden farklı olup olmadığını test etmek amacıyla kullanılan istatistiksel yöntem analizine Anova/ 'Tek Yönlü Varyans Analizi' denmektedir [126]. Anova testini gerçekleştirmek için grup varyansları homojendir koşulu sağlanmalıdır.

H_0 (boş hipotez): Grup varyansları homojendir.

H_a (araştırma hipotezi) : Grup varyansları heterojendir.

Çizelge 4.18.'de şakaya vurma faktörü hariç diğer boyutların olasılık değeri 0,05'den büyük olduğu için H_0 hipotezi reddedilemez. Gruplar arası homojendir kararı verilmesinin ardından Anova testine geçilmektedir. Şakaya vurma faktörünün olasılık değeri 0,05'den küçük olduğundan H_0 hipotezi reddedilerek grup varyanslarının heterojen olduğu sonucuna varılarak bu faktör için Welch testi yapılacaktır. Welch testi; Anova testinin yapılmasının uygun olmadığı durumlarda (grup varyanslarının homojen olmadığı durumlarda) alternatif olarak kullanılan testtir.

Çizelge 4.18. Eğitim düzeyine göre varyansların homojenliği testi

	Levene Testi	df1	df2	Sig.
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	1,822	2	97	,167
Şakaya vurma	3,899	2	97	,024
Duygusal sosyal destek kullanımı	,760	2	97	,470
Kabullenme	,744	2	97	,478
<i>Duygusal odaklı başa çıkma</i>	,001	2	97	,999
Zihinsel boş verme	1,409	2	97	,249
Soruna odaklanma ve duyguları açığa çıkarma	,389	2	97	,679
İnkâr	2,550	2	97	,123
Yararlı sosyal destek kullanımı	,325	2	97	,723
Aktif başa çıkma	2,062	2	97	,133
Geri durma	1,800	2	97	,171
Diğer meşguliyetleri bastırma	1,118	2	97	,331
Plan yapma	,499	2	97	,609
<i>Sorun odaklı başa çıkma</i>	,860	2	97	,427

Çizelge 4.19. Eğitim düzeyine göre Anova testi

		Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F (test adı)	Sig.
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	Gruplar arası	7,154	2	3,577	1,596	,038
	Grup içi	88,692	97	,988		
	Toplam	99,000	99			
Duygusal sosyal destek kullanımı	Gruplar arası	,395	2	,198	,194	,824
	Grup içi	98,605	97	1,017		
	Toplam	99,000	99			
Kabullenme	Gruplar arası	10,416	2	5,208	1,213	,002
	Grup içi	88,584	97	,996		
	Toplam	99,000	99			
<i>Duygusal odaklı başa çıkma</i>	Gruplar arası	3,720	2	1,860	1,894	,156
	Grup içi	95,280	97	,982		
	Toplam	99,000	99			
Zihinsel boş verme	Gruplar arası	,368	2	,184	,181	,835
	Grup içi	98,632	97	1,017		
	Toplam	99,000	99			
Soruna odaklanma ve duyguları açığa çıkarma	Gruplar arası	,475	2	,238	,234	,792
	Grup içi	98,525	97	1,016		
	Toplam	99,000	99			
İnkar	Gruplar arası	17,828	2	8,914	10,652	,000
	Grup içi	81,172	97	,837		
	Toplam	99,000	99			
Yararlı sosyal destek kullanımı	Gruplar arası	5,828	2	2,914	1,427	,045
	Grup içi	93,172	97	,991		
	Toplam	99,000	99			
Aktif başa çıkma	Gruplar arası	6,890	2	3,445	1,458	,028
	Grup içi	92,110	97	,991		
	Toplam	99,000	99			
Geri durma	Gruplar arası	3,904	2	1,952	1,991	,142
	Grup içi	95,096	97	,980		
	Toplam	99,000	99			

Çizelge 4.19. (devam) Eğitim düzeyine göre Anova testi

		Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F (test adı)	Sig.
Diğer meşguliyetleri bastırma	Gruplar arası	2,591	2	1,296	1,303	,276
	Grup içi	96,409	97	,994		
	Toplam	99,000	99			
Plan yapma	Gruplar arası	8,001	2	4,001	4,264	,017
	Grup içi	90,999	97	,938		
	Toplam	99,000	99			
Sorun odaklı başa çıkma	Gruplar arası	9,904	2	4,952	2,098	,018
	Grup içi	89,096	97	,978		
	Toplam	99,000	99			

Çizelge 4.19. incelendiğinde faktör olasılık değerleri 0,05'den küçük olan gruplarda farklılıkların mevcut olduğu, yani gruplardan en az birinin diğerlerinden farklı olduğu söylenebilmektedir. Bu faktörler; *pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, kabullenme, inkar, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, plan yapma ve sorun odaklı başa çıkma*dır. Bu faktörlerde meydana gelen farklılığın hangi eğitim düzeyinden kaynaklandığı çizelge 4.20. incelenerek ortaya koyulacaktır.

Çizelge 4.20. Eğitim düzeyine göre tanımlayıcılar

		n	Ortalama	Standart Sapma	% 95 Güven Aralılığı Farklılığı	
					Alt bant	Üst
Pozitif yeniden değerlendirme ve gelişme	İlköğretim	28	-,2180176	1,16578290	-,6700610	,2340258
	Lise	42	-,0290196	1,00462453	-,3420827	,2840434
	Üniversite	30	,2441105	,78282453	-,0482010	,5364220
	Toplam	100	,0000000	1,00000000	-,1984217	,1984217
Kabullenme	İlköğretim	28	,1938183	,89311449	-,1524954	,5401319
	Lise	42	,0219949	1,07579631	-,3132468	,3572366
	Üniversite	30	-,2116899	,97549242	-,5759448	,1525650
	Toplam	100	,0000000	1,00000000	-,1984217	,1984217
İnkâr	İlköğretim	28	,2869883	,92503008	-,0717009	,6456775
	Lise	42	,2693015	1,05137842	-,0583311	,5969340
	Üniversite	30	-,6448778	,66299275	-,8924433	-,3973122
	Toplam	100	,0000000	1,00000000	-,1984217	,1984217
Yararlı sosyal destek kullanımı	İlköğretim	28	-,1360934	,96942966	-,5119990	,2398122
	Lise	42	-,0917054	1,02507285	-,4111406	,2277298
	Üniversite	30	,2554081	,97759389	-,1096315	,6204476
	Toplam	100	,0000000	1,00000000	-,1984217	,1984217
Aktif başa çıkma	İlköğretim	28	-,2590170	1,09566171	-,6838702	,1658363
	Lise	42	,0479416	1,09684183	-,2938583	,3897416
	Üniversite	30	,1746309	,70397195	-,0882366	,4374983
	Toplam	100	,0000000	1,00000000	-,1984217	,1984217
Plan yapma	İlköğretim	28	-,2766962	1,10141943	-,7037821	,1503897
	Lise	42	-,1156454	,94308617	-,4095317	,1782410
	Üniversite	30	,4201533	,86659244	,0965624	,7437442
	Toplam	100	,0000000	1,00000000	-,1984217	,1984217
Sorun odaklı başa çıkma	İlköğretim	28	-,2115601	1,12438227	-,6475501	,2244298
	Lise	42	-,0708639	,99761602	-,3817430	,2400151
	Üniversite	30	,2966656	,82955022	-,0130935	,6064248
	Toplam	100	,0000000	1,00000000	-,1984217	,1984217

Ortalamalara bakıldığında bireylerin eğitim düzeyinin artmasıyla, sorun odaklı başa çıkma yöntemlerini daha fazla kullandıkları izlenmektedir. Plan yapma, aktif başa çıkma, yararlı sosyal destek kullanımı ve pozitif yeniden yorumlama ve gelişme faktörleri de aynı doğrultuda istatistiksel bir anlam taşımaktadır. Eğitim düzeyinin azalmasıyla bireylerin daha fazla inkar etme ve kabullenme başa çıkma tutumlarını kullandıkları söylenebilmektedir.

Çizelge 4.21. Şakaya vurma faktörü Welch anlamlılık testi

	İstatistik	df1	df2	Sig.
Şakaya vurma (Welch)	1,346	2	63,015	,268

Şakaya vurma faktörü için yapılan Welch testinde eğitim grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.21.).

4.8. OHIP-14 (Yaşam Kalitesi) Skorlarına Göre Anova Testi

Bireylerin OHIP-14 skorları (yaşam kalitesi düzeyleri) ile başa çıkma tutumları arasında bir farklılık olup olmadığına bakmak için bu aşamada Anova testi yapılmıştır.

Çizelge 4.22. incelendiğinde faktör olasılık değerleri 0,05'den küçük olanlarda farklılıklar bulunmaktadır ki bu en az bir faktörün diğerlerinden farklı olduğunu göstermektedir. Bu faktörler; kabullenme, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, plan yapma ve sorun odaklı başa çıkmadır. Bu faktörlerde meydana gelen farklılığın hangi yaşam düzeyinden kaynaklandığını ortaya çıkarmak için çizelge 4.23. incelenecektir.

Çizelge 4.22. OHIP-14 skorlarına göre Anova Testi

		Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F (test adı)	Sig
Sorun odaklı başa çıkma	Gruplar arası	28,610	5	5,722	7,641	,000
	Grup içi	70,390	94	,749		
	Toplam	99,000	99			
Yararlı sosyal destek kullanımı	Gruplar arası	24,753	5	4,951	6,268	,000
	Grup içi	74,247	94	,790		
	Toplam	99,000	99			
Aktif başa çıkma	Gruplar arası	22,183	5	4,437	5,429	,000
	Grup içi	76,817	94	,817		
	Toplam	99,000	99			
Geri durma	Gruplar arası	2,290	5	,458	,445	,816
	Grup içi	96,710	94	1,029		
	Toplam	99,000	99			
Diğer meşguliyetleri bastırma	Gruplar arası	4,574	5	,915	,911	,478
	Grup içi	94,426	94	1,005		
	Toplam	99,000	99			
Plan yapma	Gruplar arası	31,982	5	6,396	8,971	,000
	Grup içi	67,018	94	,713		
	Toplam	99,000	99			
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	Gruplar arası	6,360	5	1,272	1,291	,275
	Grup içi	92,640	94	,986		
	Toplam	99,000	99			
Şakaya vurma	Gruplar arası	1,845	5	,369	,357	,877
	Grup içi	97,155	94	1,034		
	Toplam	99,000	99			
Duygusal sosyal destek kullanımı	Gruplar arası	2,833	5	,567	,554	,735
	Grup içi	96,167	94	1,023		
	Toplam	99,000	99			
Kabullenme	Gruplar arası	32,908	5	6,582	9,361	,000
	Grup içi	66,092	94	,703		
	Toplam	99,000	99			

Çizelge 4.22. (devam) OHIP-14 skorlarına göre Anova Testi

		Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F (test adı)	Sig.
<i>Duygusal odaklı başa çıkma</i>	Gruplar arası	7,621	5	1,524	1,568	,177
	Grup içi	91,379	94	,972		
	Toplam	99,000	99			
Zihinsel boş verme	Gruplar arası	4,143	5	,829	,821	,538
	Grup içi	94,857	94	1,009		
	Toplam	99,000	99			
Soruna odaklanma ve duyguları açığa çıkarma	Gruplar arası	6,730	5	1,346	1,371	,242
	Grup içi	92,270	94	,982		
	Toplam	99,000	99			
İnkâr	Gruplar arası	4,238	5	,848	,841	,524
	Grup içi	94,762	94	1,008		
	Toplam	99,000	99			

Çizelge 4.23. OHIP-14 skorlarına göre tanımlayıcılar

	n Örneklem	Ortalama	Standart Sapma	% 95 Güven Aralığı Farklılığı		
				Alt	Üst	
<i>Sorun odaklı başa çıkma</i>	Çok Yüksek	19	,7630817	,74524812	,4038836	1,1222798
	Yüksek	20	,2384577	,78335019	-,1281615	,6050768
	Kısmen Yüksek	30	-,2477847	,97437027	-,6116206	,1160511
	Kısmen Düşük	17	,0648428	,78738434	-,3399928	,4696785
	Düşük	9	-,6064316	1,14510416	-1,4866366	,2737734
	Çok Düşük	5	-1,4957217	,44485798	-2,0480858	-,9433575
	Toplam	100	,0000000	1,00000000	-,1984217	,1984217
Yararlı sosyal destek kullanımı	Çok Yüksek	19	,6328487	,72352256	,2841220	,9815754
	Yüksek	20	,2155166	,94488386	-,2267027	,6577359
	Kısmen Yüksek	30	,0482619	,88395762	-,2818133	,3783371
	Kısmen Düşük	17	-,2769104	,97475308	-,7780822	,2242613
	Düşük	9	-,6108536	1,02590209	-1,3994318	,1777246
	Çok Düşük	5	-1,5154310	,62830284	-2,2955720	-,7352900
	Toplam	100	,0000000	1,00000000	-,1984217	,1984217

Çizelge 4.23. (devam) OHIP-14 skorlarına göre tanımlayıcılar

		n Örneklem	Ortalama	Standart Sapma	% 95 Güven Aralığı Farklılığı	
					Alt	Üst
Aktif başa çıkma	Çok Yüksek	19	,7732246	1,05359778	,2654068	1,2810425
	Yüksek	20	-,0240187	,79773733	-,3973713	,3493339
	Kısmen Yüksek	30	-,0708229	,86332309	-,3931931	,2515472
	Kısmen Düşük	17	-,0978009	,88739203	-,5540557	,3584540
	Düşük	9	-,4149482	1,12946850	-1,2831345	,4532382
	Çok Düşük	5	-1,3378116	,28519664	-1,6919300	-,9836932
	Toplam	100	,0000000	1,00000000	-,1984217	,1984217
Plan yapma	Çok Yüksek	19	,6312499	,54696904	,3676193	,8948805
	Yüksek	20	,3539296	,87885649	-,0573879	,7652471
	Kısmen Yüksek	30	-,5097857	,92454262	-,8550155	-,1645558
	Kısmen Düşük	17	,4629716	,87852095	,0112778	,9146654
	Düşük	9	-,6570946	1,03233180	-1,4506150	,1364259
	Çok Düşük	5	-1,1470874	,56893802	-1,8535172	-,4406575
	Toplam	100	,0000000	1,00000000	-,1984217	,1984217
Kabullenme	Çok Yüksek	19	-,8800831	,78109604	-1,2565594	-,5036069
	Yüksek	21	-,3445752	,97803812	-,7897729	,1006224
	Kısmen Yüksek	29	,1536105	,85609129	-,1720292	,4792502
	Kısmen Düşük	17	,3684425	,74361318	-,0138882	,7507731
	Düşük	9	,8598709	,83034248	,2216132	1,4981287
	Çok Düşük	5	1,1001191	,52326504	,4503997	1,7498384
	Toplam	100	,0000000	1,00000000	-,1984217	,1984217

Ortalamalara bakıldığında bireylerin yaşam kalitesi arttıkça; sorun odaklı başa çıkma, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma ve plan yapma tutumlarını daha çok kullandıkları söylenebilmektedir.

Kabullenme faktöründeki ortalamalara bakıldığında ise en yüksek ortalama grubun, yaşam kalitesi en düşük olan grup olduğu söylenebilmektedir. Ortalamalar çok düşükten çok yükseğe doğru sıralanmaktadır.

Çizelgede sorun odaklı başa çıkma faktöründe; yaşam düzeyi çok yüksek olanlar ile yaşam düzeyi kısmen yüksek, düşük ve çok düşük olanlar arasında istatistiksel anlamda bir fark bulunmaktadır($p<0,05$) (Çizelge 4.24.).

Çizelge 4.24. OHIP-14 skorlarına göre sorun odaklı başa çıkma faktörü çoklu karşılaştırma

				Ortalama Farklılığı (I-J)	Sig.	%95 Güven Aralığı Farklılığı	
Bağımlı Değişken		(I) OHIP-14	(J) OHIP-14			Alt	Üst
Sorun odaklı başa çıkma	Scheffe	Çok Yüksek	Yüksek	,52462405	,613	-,4177917	1,4670398
			Kısmen Yüksek	1,01086645*	,011	,1483595	1,8733734
			Kısmen Düşük	,69823887	,331	-,2838527	1,6803305
			Düşük	1,36951332*	,013	,1791406	2,5598861
			Çok Düşük	2,25880338*	,000	,7802200	3,7373868
		Yüksek	Çok Yüksek	-,52462405	,613	-1,4670398	,4177917
			Kısmen Yüksek	,48624240	,583	-,3629603	1,3354452
			Kısmen Düşük	,17361482	,996	-,7968134	1,1440430
			Düşük	,84488928	,323	-,3358792	2,0256578
			Çok Düşük	1,73417933*	,010	,2633170	3,2050416
		Kısmen Yüksek	Çok Yüksek	-1,01086645*	,011	-1,8733734	-,1483595
			Yüksek	-,48624240	,583	-1,3354452	,3629603
			Kısmen Düşük	-,31262758	,921	-1,2056572	,5804020
			Düşük	,35864687	,945	-,7593805	1,4766742
			Çok Düşük	1,24793692	,124	-,1730511	2,6689249
		Kısmen Düşük	Çok Yüksek	-,69823887	,331	-1,6803305	,2838527
			Yüksek	-,17361482	,996	-1,1440430	,7968134
			Kısmen Yüksek	,31262758	,921	-,5804020	1,2056572
			Düşük	,67127445	,619	-,5413965	1,8839454
			Çok Düşük	1,56056450*	,035	,0639709	3,0571581
		Düşük	Çok Yüksek	-1,36951332*	,013	-2,5598861	-,1791406
			Yüksek	-,84488928	,323	-2,0256578	,3358792
			Kısmen Yüksek	-,35864687	,945	-1,4766742	,7593805
			Kısmen Düşük	-,67127445	,619	-1,8839454	,5413965
			Çok Düşük	,88929005	,640	-,7515255	2,5301057
		Çok Düşük	Çok Yüksek	-2,25880338*	,000	-3,7373868	-,7802200
			Yüksek	-1,73417933*	,010	-3,2050416	-,2633170
			Kısmen Yüksek	-1,24793692	,124	-2,6689249	,1730511
			Kısmen Düşük	-1,56056450*	,035	-3,0571581	-,0639709
			Düşük	-,88929005	,640	-2,5301057	,7515255

Çizelgede *yararlı sosyal destek kullanımı* faktöründe; yaşam düzeyi çok yüksek olanlar ile yaşam düzeyi düşük ve çok düşük olanlar arasında istatistiksel anlamda bir fark bulunmaktadır($p<0,05$) (Çizelge 4.25.).

Çizelge 4.25. OHIP-14 skorlarına göre yararlı sosyal destek kullanımı faktöründe çoklu karşılaştırma

				Ortalama Farklılığı (I-J)	Sig.	95% Güven Aralığı Farklılığı	
Bağımlı Değişken		(I) OHIP-14	(J) OHIP-14			Alt	Üst
Yararlı sosyal destek kullanımı	Scheffe	Çok Yüksek	Yüksek	,41733210	,827	-,5505603	1,3852245
			Kısmen Yüksek	,58458678	,418	-,3012367	1,4704103
			Kısmen Düşük	,90975913	,105	-,0988818	1,9184000
			Düşük	1,24370229*	,043	,0211497	2,4662549
			Çok Düşük	2,14827967*	,001	,6297251	3,6668343
		Yüksek	Çok Yüksek	-,41733210	,827	-1,3852245	,5505603
			Kısmen Yüksek	,16725468	,994	-,7049049	1,0394143
			Kısmen Düşük	,49242703	,727	-,5042352	1,4890892
			Düşük	,82637019	,380	-,3863185	2,0390589
			Çok Düşük	1,73094757*	,014	,2203228	3,2415723
		Kısmen Yüksek	Çok Yüksek	-,58458678	,418	-1,4704103	,3012367
			Yüksek	-,16725468	,994	-1,0394143	,7049049
			Kısmen Düşük	,32517235	,917	-,5919989	1,2423436
			Düşük	,65911551	,580	-,4891360	1,8073670
			Çok Düşük	1,56369288*	,027	,1042907	3,0230950
		Kısmen Düşük	Çok Yüksek	-,90975913	,105	-1,9184000	,0988818
			Yüksek	-,49242703	,727	-1,4890892	,5042352
			Kısmen Yüksek	-,32517235	,917	-1,2423436	,5919989
			Düşük	,33394316	,974	-,9115104	1,5793968
			Çok Düşük	1,23852053	,197	-,2985311	2,7755722
		Düşük	Çok Yüksek	-1,24370229*	,043	-2,4662549	-,0211497
			Yüksek	-,82637019	,380	-2,0390589	,3863185
			Kısmen Yüksek	-,65911551	,580	-1,8073670	,4891360
			Kısmen Düşük	-,33394316	,974	-1,5793968	,9115104
			Çok Düşük	,90457737	,650	-,7805951	2,5897498
	Çok Düşük	Çok Yüksek	-2,14827967*	,001	-3,6668343	-,6297251	
		Yüksek	-1,73094757*	,014	-3,2415723	-,2203228	
		Kısmen Yüksek	-1,56369288*	,027	-3,0230950	-,1042907	
		Kısmen Düşük	-1,23852053	,197	-2,7755722	,2985311	
		Düşük	-,90457737	,650	-2,5897498	,7805951	

Çizelgede *aktif başa çıkma faktöründe*; yaşam kalitesi çok yüksek olanlar ile yaşam kalitesi çok düşük olanlar arasında istatistiksel anlamda bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$) (Çizelge 4.26.).

Çizelge 4.26. OHIP-14 skorlarına göre aktif başa çıkma faktörü çoklu karşılaştırma

						95% Güven Aralığı Farklılığı	
Bağımlı Değişken		(I) OHIP-14	(J) OHIP-14	Ortalama Farklılığı(I-J)	Sig.	Alt	Üst
Aktif başa Çıkma	Scheffe	Çok Yüksek	Yüksek	,79724334	,192	-,1872589	1,7817456
			Kısmen Yüksek	,84404759	,082	-,0569774	1,7450726
			Kısmen Düşük	,87102552	,150	-,1549245	1,8969755
			Düşük	1,18817283	,071	-,0553598	2,4317054
			Çok Düşük	2,11103624*	,001	,5664220	3,6556505
		Yüksek	Çok Yüksek	-,79724334	,192	-1,7817456	,1872589
			Kısmen Yüksek	,04680425	1,000	-,8403223	,9339308
			Kısmen Düşük	,07378218	1,000	-,9399836	1,0875479
			Düşük	,39092949	,948	-,8425700	1,6244289
			Çok Düşük	1,31379290	,145	-,2227554	2,8503412
		Kısmen Yüksek	Çok Yüksek	-,84404759	,082	-1,7450726	,0569774
			Yüksek	-,04680425	1,000	-,9339308	,8403223
			Kısmen Düşük	,02697792	1,000	-,9059327	,9598886
			Düşük	,34412524	,961	-,8238312	1,5120817
			Çok Düşük	1,26698864	,146	-,2174580	2,7514353
		Kısmen Düşük	Çok Yüksek	-,87102552	,150	-1,8969755	,1549245
			Yüksek	-,07378218	1,000	-1,0875479	,9399836
			Kısmen Yüksek	-,02697792	1,000	-,9598886	,9059327
			Düşük	,31714732	,981	-,9496793	1,5839739
			Çok Düşük	1,24001072	,212	-,3234180	2,8034395
		Düşük	Çok Yüksek	-1,18817283	,071	-2,4317054	,0553598
			Yüksek	-,39092949	,948	-1,6244289	,8425700
			Kısmen Yüksek	-,34412524	,961	-1,5120817	,8238312
			Kısmen Düşük	-,31714732	,981	-1,5839739	,9496793
			Çok Düşük	,92286340	,647	-,7912280	2,6369548
		Çok Düşük	Çok Yüksek	-2,11103624*	,001	-3,6556505	-,5664220
			Yüksek	-1,31379290	,145	-2,8503412	,2227554
			Kısmen Yüksek	-1,26698864	,146	-2,7514353	,2174580
			Kısmen Düşük	-1,24001072	,212	-2,8034395	,3234180
			Düşük	-,92286340	,647	-2,6369548	,7912280

Çizelgede *plan yapma faktöründe*; yaşam düzeyi çok yüksek olan bireyler ile yaşam düzeyi kısmen yüksek, düşük ve çok düşük olanlar arasında istatistiksel anlamda bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$) (Çizelge 4.27.).

Çizelge 4.27. OHIP-14 skorlarına göre plan yapma faktörü çoklu karşılaştırma

Bağımlı Değişken	(I) OHIP-14	(J) OHIP-14	Ortalama Farklılığı (I-J)	Sig. Anlamlılık	95% Güven Aralığı Farklılığı	
					Alt	Üst
Plan yapma Scheffe	Çok Yüksek	Yüksek	,27732029	,957	-,6422476	1,1968882
		Kısmen Yüksek	1,14103554*	,002	,2994391	1,9826320
		Kısmen Düşük	,16827827	,996	-,7900036	1,1265602
		Düşük	1,28834446*	,020	,1268310	2,4498580
		Çok Düşük	1,77833724*	,006	,3356004	3,2210741
	Yüksek	Çok Yüksek	-,27732029	,957	-1,1968882	,6422476
		Kısmen Yüksek	,86371525*	,035	,0351005	1,6923300
		Kısmen Düşük	-,10904202	1,000	-1,0559433	,8378593
		Düşük	1,01102417	,124	-,1411179	2,1631663
		Çok Düşük	1,50101695*	,034	,0658141	2,9362198
	Kısmen Yüksek	Çok Yüksek	-1,14103554*	,002	-1,9826320	-,2994391
		Yüksek	-,86371525*	,035	-1,6923300	-,0351005
		Kısmen Düşük	-,97275728*	,018	-1,8441364	-,1013782
		Düşük	,14730892	,999	-,9436131	1,2382310
		Çok Düşük	,63730170	,784	-,7492360	2,0238394
	Kısmen Düşük	Çok Yüksek	-,16827827	,996	-1,1265602	,7900036
		Yüksek	,10904202	1,000	-,8378593	1,0559433
		Kısmen Yüksek	,97275728*	,018	,1013782	1,8441364
		Düşük	1,12006619	,076	-,0632049	2,3033373
		Çok Düşük	1,61005897*	,021	,1497486	3,0703694
	Düşük	Çok Yüksek	-1,28834446*	,020	-2,4498580	-,1268310
		Yüksek	-1,01102417	,124	-2,1631663	,1411179
		Kısmen Yüksek	-,14730892	,999	-1,2382310	,9436131
		Kısmen Düşük	-1,12006619	,076	-2,3033373	,0632049
		Çok Düşük	,48999278	,955	-1,1110431	2,0910286
	Çok Düşük	Çok Yüksek	-1,77833724*	,006	-3,2210741	-,3356004
		Yüksek	-1,50101695*	,034	-2,9362198	-,0658141
		Kısmen Yüksek	-,63730170	,784	-2,0238394	,7492360
		Kısmen Düşük	-1,61005897*	,021	-3,0703694	-,1497486
		Düşük	-,48999278	,992	-2,0466718	1,0666863

Çizelgede *kabullenme faktöründe*; yaşam düzeyi çok düşük olanlar ile yaşam düzeyi çok yüksek ve yüksek olanlar arasında istatistiksel anlamda bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$) (Çizelge 4.28.).

Çizelge 4.28. OHIP-14 skorlarına göre kabullenme faktörü çoklu karşılaştırma

Bağımlı Değişken	(I) OHIP-14	(J) OHIP-14	Ortalama Farklılığı(I-J)	Sig.	95% Güven Aralığı Farklılığı	
					Alt	Üst
Kabullenme	Scheffe	Yüksek	-,53550789	,543	-1,4380471	,3670313
		Kısmen Yüksek	-1,03369361*	,006	-1,8750255	-,1923617
		Kısmen Düşük	-1,24852559*	,003	-2,2001652	-,2968860
		Düşük	-1,73995405*	,000	-2,8934165	-,5864916
		Çok Düşük	-1,98020219*	,001	-3,4129387	-,5474657
		Çok Yüksek	,53550789	,543	-,3670313	1,4380471
		Kısmen Yüksek	-,49818572	,511	-1,3149540	,3185826
		Kısmen Düşük	-,71301770	,247	-1,6430118	,2169764
		Düşük	-1,20444616*	,030	-2,3401164	-,0687759
		Çok Düşük	-1,44469430*	,043	-2,8631460	-,0262426
		Çok Yüksek	1,03369361*	,006	,1923617	1,8750255
		Yüksek	,49818572	,511	-,3185826	1,3149540
		Kısmen Düşük	-,21483198	,982	-1,0855509	,6558869
		Düşük	-,70626045	,438	-1,7939227	,3814018
		Çok Düşük	-,94650859	,373	-2,3268228	,4338057
		Çok Yüksek	1,24852559*	,003	,2968860	2,2001652
		Yüksek	,71301770	,247	-,2169764	1,6430118
		Kısmen Yüksek	,21483198	,982	-,6558869	1,0855509
		Düşük	-,49142846	,845	-1,6664978	,6836408
		Çok Düşük	-,73167661	,709	-2,1818649	,7185117
		Çok Yüksek	1,73995405*	,000	,5864916	2,8934165
		Yüksek	1,20444616*	,030	,0687759	2,3401164
		Kısmen Yüksek	,70626045	,438	-,3814018	1,7939227
		Kısmen Düşük	,49142846	,845	-,6836408	1,6664978
		Çok Düşük	-,24024814	,998	-1,8301865	1,3496902
		Çok Yüksek	1,98020219*	,001	,5474657	3,4129387
		Yüksek	1,44469430*	,043	,0262426	2,8631460
		Kısmen Yüksek	,94650859	,373	-,4338057	2,3268228
		Kısmen Düşük	,73167661	,709	-,7185117	2,1818649
		Düşük	,24024814	,998	-1,3496902	1,8301865

4.9. Parametrik Olmayan Testler (Mann Whitney U Testi - Kruskal Wallis Testi)

İstatistiksel değerlendirmenin bir sonraki aşamasında aritmetik ortalamaları, tepe değerleri (mod) ve ortancaları (medyan) birbirlerinden çok farklı şekilde dağılmış faktörler yani normal dağılmayan faktörler (*dini olarak başa çıkma, davranışsal boş verme, madde kullanımı ve işlevsel olmayan başa çıkma*) için parametrik olmayan testler yapılarak gruplar arası farklılıklar tespit edilmiştir. Bu farkları tespit etmek için Mann Whitney U testi ile Kruskal Wallis testleri uygulanmıştır.

4.9.1. Cinsiyete göre Mann Whitney U testi

Cinsiyete göre Mann Whitney U testi yapıldığında, normal dağılmayan faktörlerden madde kullanımı ve işlevsel olmayan başa çıkma faktörleri cinsiyete göre farklılık göstermekte, olasılık değerleri 0,05'den küçük çıkmaktadır. Bu da erkekler ile kadınlar arasında farklılıklar bulunduğunu göstermektedir. Erkeklerin kadınlardan daha fazla madde kullanımı başa çıkma tutumunu kullandıkları izlenmektedir. Kadınlar ise erkeklere oranla işlevsel olmayan başa çıkma yollarını daha çok tercih etmektedir (Çizelge 4.29 ve 4.30.).

Çizelge 4.29. Cinsiyete göre Mann Whitney U testi

	Madde Kullanımı	Dini olarak başa çıkma	Davranışsal boş verme	<i>İşlevsel olmayan başa çıkma</i>
Mann-Whitney U	467,000	904,000	882,500	495,500
Wilcoxon W	3317,000	1229,000	1207,500	3465,500
Z	-3,824	-,269	-,441	-2,569
Asymp Çift yönlü anlamlılık	,000	,788	,659	,010

Çizelge 4.30. Cinsiyete göre büyüklük

CİNSİYET		Örneklem	Ortalama büyüklük	Toplam büyüklük
Madde kullanımı	Kadın	75	44,23	3317,00
	Erkek	25	69,32	1733,00
	Toplam	100		
Dini olarak başa çıkma	Kadın	75	50,95	3821,00
	Erkek	25	49,16	1229,00
	Toplam	100		
Davranışsal boş verme	Kadın	75	51,23	3842,50
	Erkek	25	48,30	1207,50
	Toplam	100		
İşlevsel olmayan başa çıkma	Kadın	75	63,38	1584,50
	Erkek	25	46,21	3465,50
	Toplam	100		

4.9.2. Yaşa göre Mann Whitney U testi

Bireylerin yaşları ile başa çıkma tutumları arasında bir farklılık olup olmadığına bakmak için Mann Whitney U testi yapılmıştır. Çizelge 4.31.'de Mann Whitney U testi değerleri yer almaktadır. Bu test aralıksız ölçülen iki bağımsız grup arasındaki farklılıkların değerlendirilmesi için kullanılmaktadır ve bağımsız iki grup testi olan t-testinin parametrik olmayan alternatifidir. İki grup testi yapılırken t-testinde olduğu gibi iki grubun ortalaması değil ortanca (medyan) değerleri karşılaştırılmaktadır [127].

Çizelge 4.31. Yaşa göre Mann Whitney U testi

	Dini olarak başa çıkma	Davranışsal boş verme	Madde kullanımı	İşlevsel Olmayan Başa Çıkma
Mann-Whitney U	992,000	914,500	957,000	994,500
Wilcoxon W	1398,000	3542,500	3585,000	3622,500
Z	-,124	-,723	-,456	-,104
Asymp. Çift yönlü anlamlılık	,901	,470	,649	,917

4.9.3. Şikayet süresine göre Mann Whitney U testi

Çizelge 4.32.'de Mann Whitney U testi değerleri yer almaktadır. Şikayet süresine göre Mann Whitney U testi yapıldığı zaman normal dağılmayan faktörlerin hiç birinde istatistiksel olarak bir fark görülmemektedir ($p>0,05$).

Çizelge 4.32. Şikayet süresine göre Mann Whitney U testi

	Dini olarak başa çıkma	Davranışsal boş verme	Madde Kullanımı	<i>İşlevsel olmayan başa çıkma</i>
Mann-Whitney U	1126,000	1128,000	959,500	933,000
Wilcoxon W	1829,000	3144,000	1662,500	1636,000
Z testi	-,284	-,270	-1,712	-1,660
Asymp. Çift yönlü anlamlılık	,776	,787	,087	,097

4.9.4. Eğitim durumuna göre Kruskal Wallis testi

Kruskal Wallis testi gruplar arası tek yönlü varyans analizinin (Anova) parametrik olmayan alternatifidir. Bu analiz sürekli değişkenlere sahip üç ya da daha fazla grup için karşılaştırma yapma olanağı sağlamaktadır [127].

Kruskal Wallis testi ile eğitim grupları arasında farklılık olup olmadığına bakıldığında, dini olarak başa çıkma, davranışsal boş verme ve madde kullanımı faktörlerinin olasılık değerleri (sig) 0,05'den küçük olduğu için eğitim grupları arasında farklılık bulunmaktadır. İlkokul mezunlarının dini olarak başa çıkma ve davranışsal olarak boş verme tutumlarını daha fazla kullandıkları, madde kullanımı başa çıkma tutumunun ise en az üniversite mezunları tarafından kullanıldığı görülmektedir (Çizelge 4.33. ve 4.34.).

Çizelge 4.33. Eğitim durumuna göre Kruskal Wallis testi

	Dini olarak başa çıkma	Davranışsal boş verme	Madde Kullanımı	<i>İşlevsel olmayan başa çıkma</i>
Ki-Kare	11,647	7,362	1,828	3,032
df	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,003	,025	,401	,220

Çizelge 4.34. Eğitim durumuna göre büyüklük

Eğitim durumu		n Örneklem	Ortalama Büyüklük
Dini olarak başa çıkma	İlköğretim	28	60,48
	Lise	42	54,18
	Üniversite	30	36,03
	Toplam	100	
Davranışsal boş verme	İlköğretim	28	58,70
	Lise	42	53,20
	Üniversite	30	39,07
	Toplam	100	
Madde kullanımı	İlköğretim	28	50,34
	Lise	42	53,92
	Üniversite	30	45,87
	Toplam	100	
<i>İşlevsel olmayan başa çıkma</i>	İlköğretim	28	54,48
	Lise	42	53,33
	Üniversite	30	42,82
	Toplam	100	

4.9.5. OHIP-14 (yaşam kalitesi) skorlarına göre Kruskal Wallis testi

Kruskal Wallis testinde OHIP-14 skorlarına göre grupların arasında farklılık olup olmadığına bakıldığında; madde kullanımı ve işlevsel olmayan başa çıkma faktörünün olasılık değerleri 0,05'den küçük olduğu için yaşam kalitesi grupları arasında farklılık olduğu söylenebilmektedir. Yaşam kalitesi düştükçe (OHIP-14 skorları arttıkça) bireyler

işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerini tercih etmektedirler. Madde kullanımı faktörü incelendiğinde, yaşam kalitesi çok düşük olan bireylerin diğer gruplara göre madde kullanımı başa çıkma tutumuna daha çok yöneldiği görülmektedir. Yaşam kalitesinin kısmen yüksek olduğu bireylerin ise en az madde kullanımına yönelen bireyler olduğu görülmektedir (Çizelge 4.35 ve 4.36).

Çizelge 4.35. OHIP-14 skorlarına göre Kruskal Wallis testi

	Dini olarak başa çıkma	Davranışsal boş verme	Madde Kullanımı	<i>İşlevsel olmayan başa çıkma</i>
Ki-kare	9,478	6,436	11,361	19,043
df	5	5	5	5
Asymp. Sig.	,091	,266	,045	,002

Çizelge 4.36. OHIP-14 skorlarına göre büyüklük

	OHIP-14	n Örneklem	Ortalama Büyüklük
Madde Kullanımı	Çok Yüksek	19	56,53
	Yüksek	20	45,78
	Kısmen Yüksek	30	39,58
	Kısmen Düşük	17	58,24
	Düşük	9	58,00
	Çok Düşük	5	72,20
	Toplam	100	
<i>İşlevsel olmayan başa çıkma</i>	Çok Yüksek	19	28,08
	Yüksek	20	51,30
	Kısmen Yüksek	30	56,83
	Kısmen Düşük	17	55,71
	Düşük	9	58,22
	Çok Düşük	5	62,90
	Toplam	100	

4.10. OHIP-14 (Yaşam Kalitesi) Skorları - Ağrı Düzeyi İlişkisine Göre Ki- kare Testi

İstatistiksel değerlendirmenin bu aşamasında yaşam kalitesi skorları ile ağrı düzeyi arasındaki ilişki incelenecektir. İki bağımsız sınıflama değişkeni (1. ağrı düzeyi, 2. OHIP-14 skorları) yer aldığından, aralarındaki ilişkinin araştırılması için ki-kare ilişki testi kullanılmıştır (Çizelge 4.37.). Buna göre;

H_0 (boş hipotez): Bireylerin ağrı düzeylerine göre yaşam kalitesi farklılık göstermemektedir.

H_a (araştırma hipotezi): Bireylerin ağrı düzeylerine göre yaşam kalitesi farklılık göstermektedir.

Çizelge 4.37. VAS değeri (ağrı düzeyi) – OHIP-14 (yaşam kalitesi) skorları ilişkisi ki kare testi

	Değer	df	Asymp. Sig.
Pearson ki-kare	37,687	20	,010
Olasılık oranı	36,849	20	,012
Linear-by-Linear Association	11,014	1	,001
n	100		

Çizelge 4.38. VAS değeri (ağrı düzeyi) – OHIP-14 (yaşam kalitesi) skorları çapraz tablolar

			OHIP-14 (Yaşam Kalitesi)						Toplam
			Çok Yüksek	Yüksek	Kısmen Yüksek	Kısmen Düşük	Düşük	Çok Düşük	
VAS Değeri	0-2	Gözlenen sıklık	2	1	1	3	0	0	7
		Beklenen sıklık	1,3	1,4	2,1	1,2	,6	,4	7,0
	3-4	Gözlenen sıklık	5	5	5	5	0	0	20
		Beklenen sıklık	3,8	4,0	6,0	3,4	1,8	1,0	20,0
	5-6	Gözlenen sıklık	10	9	9	2	2	1	33
		Beklenen sıklık	6,3	6,6	9,9	5,6	3,0	1,7	33,0
	7-8	Gözlenen sıklık	1	4	12	5	2	3	27
		Beklenen sıklık	5,1	5,4	8,1	4,6	2,4	1,4	27,0
	9-10	Gözlenen sıklık	1	1	3	2	5	1	13
		Beklenen sıklık	2,5	2,6	3,9	2,2	1,2	,7	13,0
	Toplam	Gözlenen sıklık	19	20	30	17	9	5	100
		Beklenen sıklık	19,0	20,0	30,0	17,0	9,0	5,0	100,0

Bireylerin ağrı düzeyleri yaşam kalitelerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Boş hipotez reddedilmektedir. Çizelge 38’te gözlenen ve beklenen değerlerin birbirinden önemli ölçüde farklı olduğu görülmektedir. Ağrı düzeyi (VAS değeri) 0-2 olan 7 bireyin yaşam kalitesi düzeyi (gözlenen) 2 iken beklenen sıklık düzeyi 1,3’ tür. VAS değeri 9-10 olan 13 bireyin yaşam kalitesi düşük olanların sayısı 5 iken beklenen değerin (ortalama) 1,2 olması olması ağrı düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı hipotezini desteklemektedir.

4.11. Diş Sıkma ve/veya Diş Gıcırdatma Alışkanlığı - OHIP-14 (Yaşam Kalitesi) Skorları İlişkisi

İstatistiksel değerlendirmenin bir sonraki aşamasında, diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlığı ile yaşam kalitesi skorları arasındaki ilişki incelenecektir. İki bağımsız sınıflama değişkeni (1. diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlığı, 2. OHIP-14 skorları) söz konusu olduğundan ve aralarındaki ilişkinin araştırılması istendiğinden ki-kare ilişki testi kullanılarak değerlendirme yapılmıştır (Çizelge 4.39.). Buna göre;

H_0 (boş hipotez): Bireylerin diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlıklarına göre yaşam kalitesi farklılık göstermemektedir.

H_a (araştırma hipotezi): Bireylerin diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlıklarına göre yaşam kalitesi farklılık göstermektedir.

Çizelge 4.39. Diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlığı - OHIP-14 (yaşam kalitesi) skorları ilişkisi (ki- kare testi)

	Değer	df	Asymp. Sig. (2-yönlü)
Pearson ki-kare	18,886	5	,002
Olasılık oranı	19,450	5	,002
Linear-by-Linear Association	12,934	1	,000
n	100		

Bireylerin diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlıkları, yaşam kalitelerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Boş hipotez reddedilmektedir. Çizelge 4.40.'ta gözlenen ve beklenen değerlerin birbirinden önemli ölçüde farklı olduğu görülmektedir. Diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlığı bulunan bireylerin yaşam kalitesinde azalma olduğu izlenmektedir.

Çizelge 4.40. Diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlığı – OHIP-14 (yaşam kalitesi) skorları çapraz tablolar

			OHİP-14 (Yaşam Kalitesi)						
			Çok Yüksek	Yüksek	Kısmen Yüksek	Kısmen Düşük	Düşük	Çok Düşük	
Diş sıkma Alışkanlığı	Var	Gözlenen sıklık	5	8	22	14	6	4	59
		Beklenen sıklık	11,2	11,8	17,7	10,0	5,3	3,0	59,0
	Yok	Gözlenen sıklık	14	12	8	3	3	1	41
		Beklenen sıklık	7,8	8,2	12,3	7,0	3,7	2,1	41,0
Toplam		Gözlenen sıklık	19	20	30	17	9	5	100
		Beklenen sıklık	19,0	20,0	30,0	17,0	9,0	5,0	100,0

4.12. Şikayet Süresi – OHIP-14 (Yaşam Kalitesi) Skorları İlişkisi

Şikayet süresi ile yaşam kalitesi skorları arasındaki ilişkinin istatistiksel değerlendirilmesinde iki bağımsız sınıflama değişkeni (1. şikayet süresi, 2. OHIP-14 skorları-yaşam kalitesi) yer aldığından ve aralarındaki ilişkinin araştırılması istendiğinden ki-kare ilişki testi kullanılmıştır (Çizelge 4.41.). Buna göre;

H_0 (boş hipotez): Bireylerin şikayet süresine göre yaşam kalitesi farklılık göstermemektedir.

H_a (araştırma hipotezi): Bireylerin şikayet süresine göre yaşam kalitesi farklılık göstermektedir.

Çizelge 4.41. Şikayet süresi – OHIP-14 (yaşam kalitesi) skorları ilişkisi (ki- kare testi)

	Değer	df	Asymp. Sig. (2-yönlü)
Pearson ki-kare	12,146	5	,033
Olasılık oranı	12,824	5	,025
Linear-by-Linear Association	4,209	1	,040
n	100		

Bireylerin şikayet süreleri, yaşam kalitelerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Boş hipotez reddedilmektedir. Çizelge 4.42.'de gözlenen ve beklenen değerlerin birbirinden önemli ölçüde farklı olduğu görülmektedir. Şikayet süresi 6 aydan az ve 6 aydan fazla olan bireylerin istatistiksel açıdan (beklenen sıklık ve gözlenen sıklık) farklılık göstermesi hipotezimizi desteklemektedir. Yani şikayet süresi 6 aydan fazla olan bireylerin yaşam kalitesinde azalma olduğu görülmektedir.

Çizelge 4.42. Şikayet süresi – OHIP-14 (yaşam kalitesi) skorları çapraz tablolar

			OHİP-14 (Yaşam Kalitesi)						Total
			Çok Yüksek	Yüksek	Kısmen Yüksek	Kısmen Düşük	Düşük	Çok Düşük	
Şikayet Süresi	6 aydan az	Gözlenen sıklık	10	13	4	6	3	1	37
		Beklenen sıklık	7,0	8,5	10,0	6,3	3,3	1,9	37,0
	6 aydan fazla	Gözlenen sıklık	9	10	23	11	6	4	63
		Beklenen sıklık	12,0	14,5	17,0	10,7	5,7	3,2	63,0
Toplam		Gözlenen sıklık	19	23	27	17	9	5	100
		Beklenen sıklık	19,0	23,0	27,0	17,0	9,0	5,0	100,0

4.13. Şikayet Süresi – Diş Sıkma ve/veya Diş Gıcırdatma Alışkanlığı İlişkisi

İstatistiksel değerlendirmenin son aşamasında şikayet süresi ile diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma arasındaki ilişki incelenecektir. İki bağımsız sınıflama değişkeni (1. şikayet süresi, 2. diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlığı) söz konusu olduğundan ve aralarındaki ilişkinin araştırılması istendiğinden ki-kare ilişki testi kullanılmıştır (Çizelge 4.43.).

H_0 (boş hipotez): Bireylerin şikayet süresine göre diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlığı farklılık göstermemektedir.

H_a (araştırma hipotezi): Bireylerin şikayet süresine göre diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlığı farklılık göstermektedir.

Çizelge 4.43. Şikayet süresi – diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlığı (ki- kare testi)

	Değer	df	Asymp. Sig. (2-yönlü)
Pearson ki-kare	2,601 ^a	1	,107
Olasılık oranı	2,590	1	,108
Linear-by-Linear Association	2,575	1	,109
n	100		

Bireylerin diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlıkları, şikayet süresine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Yani diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlığı ile şikayet süresi arasında bir bağlantı bulunmamaktadır (Çizelge 4.44).

Ayrıca çalışmamıza katılan hastalardan şikayet süresi 6 aydan az olan ve diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlığı bulunan kişilerin oranı %18 ($n=18$), şikayet süresi 6 aydan fazla olan ve diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlığı bulunanların oranı ise %41 ($n=41$) olduğu bulunmuştur.

Çizelge 4.44. Şikayet süresi – diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlığı çapraz tablolar

			Diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma		Total
			Var	Yok	
Şikayet süresi	6 ay altı	Gözlenen Sıklık	18	19	37
		% Şikayet süresi	48,6%	51,4%	100,0%
		% Diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma	30,5%	46,3%	37,0%
		% Toplam	18,0%	19,0%	37,0%
	6 ay üstü	Gözlenen Sıklık	41	22	63
		% Şikayet süresi	65,1%	34,9%	100,0%
		% Diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma	69,5%	53,7%	63,0%
		% Toplam	41,0%	22,0%	63,0%
Toplam		Gözlenen Sıklık	59	41	100
		% Şikayet süresi	59,0%	41,0%	100,0%
		% Diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	59,0%	41,0%	100,0%

5.TARTIŞMA

TMB; çiğneme kaslarını, TME'yi ve TME'yi çevreleyen sert ve yumuşak dokuların bir veya birkaçını içeren klinik problemleri ifade etmektedir. TMB'lerin yaklaşık yarısından fazlasını miyofasiyal ağrı oluşturmaktadır [1-4]. Günümüzde stresli yaşam koşulları nedeniyle TMB'ye bağlı miyofasiyal ağrısı bulunan bireylerin sayısı hızla artmaktadır [8]. Strese neden olan olayların ve/veya etkenlerin olumsuz etkilerini en aza indirmek ya da tamamen ortadan kaldırmak için baş etme stratejileri kullanmak evrensel bir tutum olup TMB'yle ilişkili baş etme tutumlarının belirlenmesi de hastalığın kronikleşmesinin önüne geçilmesinde ve tedavi hedeflerinin belirlenmesinde büyük önem taşımaktadır [9-11]. Ayrıca TMB'nin hastaların yaşam kalitesini olumsuz bir şekilde etkilediği de bilinmektedir. [12-15]. Biz de bu çalışmada TMB'ye bağlı miyofasiyal ağrısı bulunan hastaların miyofasiyal ağrının etiolojisinde rol oynayan sosyodemografik özelliklerini, ağrı düzeylerini, yaşam kalitelerini, baş etme tutumlarını ve bunların arasındaki ilişkiyi inceledik.

Öncelikle, çalışmamızdaki hasta grubunun demografik verileri literatürdeki bulgular ile karşılaştırılarak tartışılmıştır. Çalışmamıza dahil edilen 100 kişilik hasta grubunun 75'i kadın (%75), 25'i (%25) erkek olup, kadınlar lehine bir üstünlük bulunmaktadır. Miyofasiyal ağrının kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda görüldüğü birçok araştırmacı tarafından bildirilmiştir. Friction ve diğerlerinin [73] çalışmasında 164 hastanın 135'inin (%82,3), Velly, Gornisky ve Philippe'nin [128] çalışmasında hastaların %81'inin ve Cummings ve White'ın [129] çalışmasında hastaların %80'inin, Hong ve Hsueh'in [130] çalışmasında hastaların %72,4'ünün, O. Altındağ, Gür ve A. Altındağ'ın [131] çalışmasında 77 hastanın 65'inin (%84,4) kadın olduğu, Gül ve Önal'ın [132] çalışmasında ise hastaların %69'unun kadın olduğu rapor edilmiştir.

Araştırmacılar miyofasiyal ağrının kadınlarda daha fazla görülmesini; kadınların daha çok tedavi arayışında olmalarına, hormonal, vücut ölçüsündeki ve kas karakterlerindeki farklılıklar gibi biyolojik faktörlere, işyeri ve ev ortamındaki fiziksel, mental stres ve yetersiz sosyal destek gibi psikososyal faktörlere bağlamaktadırlar [3, 133, 134].

Çalışmamıza katılan hastaların yaşları 18-68 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 31,15'tir. 35 yaş ve altındaki hasta yüzdesi %72, 36 yaş ve üstündeki hasta yüzdesi ise %28 olarak bulunmuştur.

TMB'lerin belirti ve bulgularının sıklığı ve şiddeti hayatın 2. ve 4. dekatları arasında artmaktadır [3, 20, 21]. Çalışmamıza dahil edilen 100 hasta içersinde; 40 yaş üstü çok fazla birey olmadığından araştırmamızın istatistiksel güvenilirliğini ve geçerliliğini olumsuz yönde etkilememesi için yaş gruplarını 35 yaş ve altı ve 36 yaş ve üstü iki gruba ayırdık.

Genel olarak literatürde, miyofasiyal ağrının en sık orta yaş grubunda görüldüğü belirtilmektedir. Vazquez, Cascos ve Gay [135] miyofasiyal ağrının en sık 27,5-50 yaşları arasında izlendiğini bildirmiştir. Han ve Harrison'un [136] çalışmasında ise 20-40 yaş arası kadınların %30'unda miyofasiyal ağrının görüldüğü belirtilmiştir. Ayrıca Smith, Lumley ve Longo'nun [137], Altındağ ve diğerlerinin [131], Velly ve diğerlerinin [128] çalışmalarında miyofasiyal ağrılı bireylerin yaş ortalamaları sırasıyla 48,67, 31,3 ve 35 olarak bulunmuştur. Reiter, Goldsmith, Emodi, Friedman ve Winocur'un [138], çiğneme kası düzensizliklerinde kullanılan farklı teşhis kriterlerini karşılaştırdıkları çalışmalarına miyofasiyal ağrısı bulunan 127 hasta dahil edilmiş olup bunların 106'sının kadın 21'inin erkek olduğu ve yaş ortalamasının ağız açıklığında kısıtlılık bulunmayan miyofasiyal ağrılı hastalarda $40 \pm 15,6$ ağız açıklığında kısıtlılık bulunan miyofasiyal ağrılı hastalarda ise $36,7 \pm 14,9$ olduğu bildirilmiştir.

Bir diğer sosyodemografik değişkenimiz olan eğitim durumuna bakıldığında araştırmamıza katılan 100 hastanın %28'inin ilköğretim, %42'sinin lise, %30'unun üniversite eğitim düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Literatüre baktığımızda miyofasiyal ağrının düşük eğitim seviyesiyle ilişkili olduğu görülmektedir. Gül ve Önal'ın [132] çalışmasında miyofasiyal ağrısı bulunan 100 hastanın eğitim durumu incelendiğinde 55'inin ilköğretim, 37'sinin orta öğretim ve 8'inin de yüksek okul mezunu olduğu bildirilmiştir. Kronik miyofasiyal ağrıya katkıda bulunan faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada ise miyofasiyal ağrısı bulunan 83 hastanın %56'sının üniversiteden daha az bir eğitim seviyesine sahip olduğu rapor edilmiştir [128]. Smith ve

diğerlerinin [137] çalışmasında ise kronik miyofasiyal ağrılı 80 hastanın eğitim durumunun ortalama 12,65 yıl olduğu bildirilmiştir.

Miyofasiyal ağrı akut veya kronik olarak sınıflandırılmaktadır. Genelde 6 aydan daha uzun süredir var olan ağrı *kronik* olarak kabul edilmektedir. [139-142]. Biz de araştırmamıza katılan hastaları ağrı şikayeti 6 aydan kısa olanlar ve 6 aydan uzun olanlar şeklinde iki gruba ayırdık. Çalışmamızda akut ağrılı hastaların oranı %37 iken %63'ünde kronik ağrı mevcut olduğu saptanmıştır.

Ayrıca çalışmamıza katılan hastaların %59'unda diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlığı bulunmaktadır. Bu oran kronik miyofasiyal ağrılı vakalarda %41, akut miyofasiyal ağrılı vakalarda ise %18 olarak bulunmuştur. Bu durum diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlığının kronik miyofasiyal ağrı oluşumunda önemli bir rol oynadığına işaret etmektedir.

Konuyla ilgili literatür bilgilerine baktığımızda da benzer sonuçların elde edildiğini görmekteyiz. Velly ve diğerlerinin [128] çalışmasında, RDC kriterlerine göre miyofasiyal ağrı tanısı konulan 99 hastadan, ağrı şikayetleri 6 aydan daha kısa süre devam eden 16 hasta akut olgu olarak, ağrı şikayetleri 6 aydan daha uzun süre devam eden 83 hasta ise kronik olgu olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca çalışmaya dahil edilen 83 kronik miyofasiyal ağrılı hastanın 24'ünde diş sıkma, 1'inde diş gıcırdatma, 22'sinde ise hem diş sıkma hem de diş gıcırdatma alışkanlığının bulunduğu belirtilmiştir. Fernandes, Franco, Siqueira, Gonçalves ve Camparis [58] tarafından yapılan; bruksizmin, TMB, depresyon ve spesifik olmayan fiziksel bulgularla ilişkisinin değerlendirildiği 272 hastanın dahil edildiği çalışmada da 210 hastada miyofasiyal ağrının bulunduğu ve bunların da %72,4'ünde bruksizmin mevcut olduğu bildirilmiştir.

2014 yılında yayınlanan TMB'si bulunan hastalarda bruksizm ile ağrı arasındaki ilişkinin değerlendirildiği başka bir araştırmada ise; çalışmaya dahil edilen 1220 hastanın 1091'inde miyofasiyal ağrının bulunduğu ve bu hastaların da 609'unda (%55,82) bruksizmin mevcut olduğu görülmüştür. Ayrıca bu araştırmada da bruksizm ile kronik ağrının ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır [59].

DSÖ 1948'te, sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal tam bir iyilik hali olarak tanımlamasından sonra yaşam kalitesi kavramı, sağlık hizmetleri uygulamaları ve araştırmalarında giderek artan bir önem kazanmaya başlamıştır. Literatürlerde genel sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramı 1960'ların sonlarına doğru ortaya çıkmışken, ASiYK kavramı ancak 1980'lerin başında görölmeye başlanmıştır [16, 104]. Ağız sağlığını ilgilendiren pek çok durum gibi ağrı ve fonksiyon bozukluğuna sebep olan TMB'nin de yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğunu düşünmekteyiz. Bugüne kadar literatürde bu konuyla ilgili az sayıda araştırma yer almıştır. Çalışmamız kronik karakterde olan ve TMB'ler arasında en sık görölen miyofasiyal ağrının yaşam kalitesi üzerindeki etkisini de değerlendirmek için tasarlanmıştır.

Çalışmamızda RDC kriterlerine göre dahil edilen 100 miyofasiyal ağrılı hastanın yaşam kalitesi OHIP-14 anketiyle değerlendirilmiş olup ortalama OHIP-14 skoru 20,61 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan hastaların %19'unda OHIP-14 skorunun 0-11 aralığında, %20'sinde OHIP-14 skorunun 11-17 aralığında, %30'unda OHIP-14 skorunun 18-24 aralığında, %17'sinde OHIP-14 skorunun 25-31 aralığında, %9'unda OHIP-14 skorunun 32-38 aralığında ve hastaların %5'inde OHIP-14 skorunun 39 ve üstü aralığında yer aldığı görölmüştür. Ayrıca çalışmamıza dahil edilen hastaların, ağrı skorları arttıkça yaşam kalitesinde azalma olduğu izlenmiştir.

Mevcut literatürde bu konuyla ilgili ilk çalışmalardan biri İtalya'da gerçekleştirilmiş olup TMB'si bulunan 124 hasta ile 61 sağlıklı bireyin yaşam kaliteleri OHIP anketi kullanılarak karşılaştırılmış ve TMB'si bulunan hasta grubunun, kontrol grubuna göre yaşam kalitesinin belirgin biçimde olumsuz etkilendiği rapor edilmiştir [12].

John, Reissmann, Schierz ve Wassell'in [13] çalışmasında, RDC kriterlerine göre TMB tanısı konan 416 hastanın, OHIP anketi ile yaşam kalitesi değerlendirilmiş olup ortalama OHIP değerı 42,9 olarak bulunmuştur. Ayrıca ağız ağıklığında kısıtlılık bulunmayan miyofasiyal ağrılı hastalarda ortalama OHIP skoru erkeklerde 49,7 kadınlarda 52,7; ağız ağıklığında kısıtlılık bulunan miyofasiyal ağrılı hastalarda ortalama OHIP skoru erkeklerde 42,5 kadınlarda 55,6 olarak bulunmuştur. Aynı çalışma grubu tarafından yapılan, RDC kriterlerine göre en az 1 TMB tanısı konmuş 471 hasta ile 135 sağlıklı bireyin yaşam

kalitelerinin OHIP anketi kullanılarak karşılaştırıldığı bir diğer araştırmada da yaşam kalitesinin en çok, ortalama 56,2 OHIP skoru ile ağız açıklığında kısıtlılık bulunmayan miyofasiyal ağrılı hasta grubunda etkilendiği bunu 46,2 OHIP skoru ile ağız açıklığında kısıtlılık bulunan miyofasiyal ağrılı hasta grubunun takip ettiği rapor edilmiştir [14]. Her iki araştırmada da TMB'ye bağlı miyofasiyal ağrının yaşam kalitesini önemli derecede etkilediği sonucuna varılmıştır. Bu iki çalışmada da miyofasiyal ağrılı hastalardaki OHIP skorlarının, bizim çalışmamızdaki değerlerden yüksek olmasının nedeni; her iki çalışmada da OHIP anketinin uzun versiyonun kullanılmasıdır. OHIP-14 anketinde toplam puanlar 0-56 arasında, OHIP'in uzun versiyonunda ise toplam puanlar 0-196 arasında değişmektedir [120, 143]. Locker ve Allen'in [119], 2002 yılında yayınlanan çalışmasında uzun anketlerin kullanılmındaki zorluklar; tamamlanması ve puanlaması uzun zaman alabilecek anketlerin klinik ortamda uygulanmasının zor olması, anketlerin uzun olmasının maliyetin ve veri yönetiminin artmasına neden olması, uzun anketlerin katılımcıya daha fazla yük getirmesi nedeniyle yaşlı popülasyonu gibi toplumun bazı kesimlerinin çalışmaya dahil edilmesini zorlaştırması ve anketin uzun olması cevaplanmayan soru sayısının artmasına dolayısıyla vakaların önemli bir kısmının kaybına neden olabilmesi olarak açıklanmıştır. Biz de bu nedenler doğrultusunda çalışmamızda OHIP'in kısa versiyonu olan OHIP-14'ü kullanmayı tercih ettik.

Barros Vde, Seraidarian, Cortes ve Paula'nın [15] RDC kriterlerine göre TMB tanısı konmuş hastaların OHIP-14 anketi kullanılarak yaşam kalitesinin inceledikleri çalışmalarında da çiğneme kası düzensizliklerine ve osteoartrite sahip hasta gruplarının yaşam kalitesinin büyük ölçüde olumsuz etkilendiği rapor edilmiştir.

Son yıllarda pek çok çalışmada TMB ile psikososyal faktörler arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bu çalışmaların sonucunda psikolojik faktörlerin, özellikle anksiyete ve depresyonun, TMB ile ilişkili olduğu düşüncesi desteklenmiştir [144-147]. Ayrıca birçok araştırmacı, stresli yaşam koşullarının da TMB ile ilişkili olduğunu savunmaktadır [8, 148]. Çağdaş tıbbın amaçları arasında hastalıkların sonuçlarını sınırlandırmak ve yaşam kalitesini arttırmak olduğu kadar, sağlığa yönelik stres oluşturan durumlarla baş etmenin yer aldığı da unutulmamalıdır [149].

Biz de çalışmamızda TMB'ye bağlı miyofasiyal ağrısı bulunan bireylerin hangi baş etme tutumlarını kullandıklarını ve bu baş etme tutumları ile cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi, şikayet süresi arasındaki ilişkiyi ve bu baş etme tutumlarının hastaların yaşam kalitelerini nasıl etkilediğini inceledik. Çalışmamıza dahil edilen hastaların baş etme tutumları COPE ölçeğiyle değerlendirilmiş olup, en sık kullanılan baş etme tutumlarının; pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma ve duygusal sosyal destek kullanımı olduğu saptanmıştır. En az kullanılanların ise inkar ve madde kullanımı başa çıkma tutumlarının olduğu görülmüştür.

Ferrando ve diğerleri [9] tarafından yapılan bir araştırmada; 89 TMB'li hastanın stres seviyeleri ve kullandıkları başa çıkma yöntemleri, TMB'si bulunmayan kontrol grubuyla (n=100) karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada da TMB'si bulunan hastalar RDC kriterlerine göre sınıflandırılmış, çalışmaya dahil edilen tüm bireylere 'Kısa Symptom Envanteri' (BIS-Brief Symptoms Inventory) ve COPE anketi uygulanmıştır. TMB'si bulunan bireylerin kontrol grubuna göre; daha fazla stres seviyesine sahip olduğu ve pozitif yeniden yorumlama ve gelişme baş etme tutumunu daha az kullandığı görülmüştür. Kassal düzensizliğe sahip TMB grubunun 'şakaya vurma' baş etme tutumunu, en az kullanan grup olduğu belirtilmiştir. Ayrıca kassal düzensizliği bulunan bireylerin stres seviyesinin; 'davranışsal olarak boş verme' ve 'dini olarak başa çıkma' tutumları ile pozitif ve anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu gösterilmiştir.

Galdon ve diğerleri [10] tarafından yapılan; kassal düzensizliğe sahip 58 hasta ile eklem içi (disk deplasmanı ve artrozis) düzensizliği bulunan 56 hastanın baş etme tutumları, stres seviyeleri ve ağrı karakteristikleri karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada hastalar; RDC kriterlerine göre iki gruba (kassal düzensizlik ve eklem içi düzensizlik) ayrılmıştır. Tüm hastalara 'West Haven - Yale Çok Boyutlu Ağrı Envanteri' (West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory), COPE anketinin 28 soruluk kısa versiyonu ve BIS uygulanmıştır. Bu çalışmada kassal düzensizliğe sahip TMB grubunun genel stres seviyesinin daha yüksek olduğu ve bu TMB grubunun 'aktif başa çıkma' stratejisini daha fazla kullandığı ve 'şakaya vurma' baş etme tutumunu ise daha az tercih ettiği görülmüştür. Her iki grup arasındaki baş etme tutumları karşılaştırıldığında ise kassal düzensizliğe sahip TMB grubunun, işlevsel olmayan başa çıkma stratejilerini daha fazla kullandığı bildirilmiştir. Ayrıca kassal düzensizliği

bulunan hastaların ağrı ve rahatsızlık gibi mevcut semptomlarına daha fazla odaklanmaları ve 'şakaya vurma' baş etme tutumunu daha az kullanmaları, kendi olumsuz durumlarını kontrol etmede yetersiz kaldıklarını göstermektedir. Bu araştırmada; kassal düzensizliğe sahip hasta grubunda izlenen şiddetli psikolojik belirtilerin ve bunlarla ilişkili işlevsel olmayan baş etme tutumlarının TMB semptomlarının kronikleşmesini hızlandıracağı savunulmaktadır.

Bireylerin kullandıkları başa çıkma stratejilerinin şekillenmesinde cinsiyetin önemli bir rol oynadığı ve kullanılan baş etme tutumlarında cinsiyetler arası farklılıkların bulunduğu bilinmektedir [89].

Bizim çalışmamızda da kadın ve erkek hastaların farklı başa çıkma stratejilerini tercih ettikleri görülmüştür. İstatistiksel sonuçlara baktığımızda erkeklerin *pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, aktif başa çıkma, plan yapma, diğer meşguliyetleri bastırma, madde kullanımı* baş etme tutumlarını daha çok kullandıkları ve genel olarak sorunlarla baş ederken *sorun odaklı başa çıkma* tutumlarını daha fazla tercih ettikleri saptanmıştır. Kadınların ise; *duygusal sosyal destek kullanımı, zihinsel boş verme* başa çıkma tutumlarını daha çok kullandıkları ve sorunlarla baş etmede *duygusal odaklı başa çıkma* yöntemlerini daha fazla tercih ettikleri ve erkeklere oranla *işlevsel olmayan* başa çıkma yollarına daha çok yöneldikleri görülmüştür. Bu sonuçlar literatürdeki diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Literatürde bireylerin kullandığı baş etme tutumları ile cinsiyetler arasındaki ilişkiye bakıldığında genel olarak kadınların duygusal odaklı baş etme tutumlarını daha fazla kullandığı belirtilmektedir [150-152]. Ayrıca pek çok araştırmada da erkeklerin kadınlara göre daha aktif başa çıkma tutumlarını kullandığı gösterilmiştir [153-155].

Araştırmacılar bu durumu her iki cinsiyetin karşı karşıya kaldığı stresörlerin farklı olmasıyla açıklamaya çalışmışlardır. Kadınların daha çok aile ve sağlık problemleriyle, erkeklerin ise iş ve mali durumlarla ilgili stres etkenlerine maruz kalmasının; kadınların daha pasif ve duygusal baş etme tutumlarına yönelmesine, erkeklerin de plan yapma ve yararlı sosyal

destek kullanımı gibi daha aktif baş etme tutumlarını tercih etmesine neden olabileceği belirtilmiştir [156, 157].

Çalışmamızdaki hastaların yaşları ile baş etme tutumları arasındaki ilişki incelendiğinde; 35 yaş ve altı bireylerin *duygusal sosyal destek kullanımı* baş etme tutumunu daha fazla kullandığı ve genel olarak sorunları çözerken *duygusal odaklı* başa çıkma yöntemlerini tercih ettikleri görülürken, 36 yaş ve üstü bireylerin; *inkar, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma ve plan yapma* baş etme tutumlarını daha fazla kullandığı ve sorunları çözerken *sorun odaklı* başa çıkma yöntemini daha fazla tercih ettikleri görülmüştür.

İsveç'te yürütülen çok merkezli bir araştırmada muskuloskeletal ağrıya sahip 949 hastanın başa çıkma tutumları incelenmiş olup pasif başa çıkma tutumlarının; ileri yaş, kadın cinsiyeti, yabancı uyruk, işsizlik ve geçim sıkıntısı, ağrı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Aktif başa çıkma tutumlarının ise daha çok genç bireyler tarafından kullanıldığı bildirilmiştir [158]. Ancak Keefe ve Williams'ın [159] çalışmasında; genç bireyler ile yaşlı bireylerin başa çıkma tutumları arasında herhangi bir farklılık bulunamamıştır. Bazı araştırmacılar ise yaşlı bireylerin daha aktif başa çıkma tutumlarını tercih ettiğini savunmaktadır [160].

Folkman, Lazarus, Pimley ve Novacek [161], Lachapelle ve Hadjistavropoulos [162] ise artan yaş ile birlikte problem odaklı başa çıkma tutumlarının daha az kullanıldığını saptamıştır.

Melendez, Mayordomo, Sancho ve Tomas [163] bireylerdeki başa çıkma stratejilerini inceledikleri çalışmalarında da; yaşla birlikte problem odaklı başa çıkma tutumlarının kullanımında belirgin bir azalma olduğu rapor edilmiştir. Bu durumu yaşlı bireylerin daha çok kontrol edemedikleri olaylarla karşılaşmalarına (*sağlıklarının kötüye gitmesi, işlerini, arkadaşlarını ve sevdiklerini kaybetmesi gibi*) ve bu gibi olaylara problem odaklı başa çıkma tutumlarının uygulanmasının zor olmasına bağlamaktadırlar. Ayrıca bu çalışmada yaşla birlikte 'sosyal destek kullanımı'nda da azalma olduğu fakat duygusal odaklı başa çıkma tutumlarında artış izlendiği bildirilmiştir. Carver ve Connor da [164]; bireylerin yaşı

ilerledikçe, duygu odaklı başa çıkma stratejilerini kullanabilme yeteneklerinin arttığını savunmaktadır.

Bu verilerin çalışmamızdaki sonuçlardan farklılık göstermesi; miyofasiyal ağrının daha çok genç ve orta yaşlı yetişkinlerde görülmesinden dolayı çalışmamıza dahil edilen yaşlı birey sayısının diğer çalışmalara göre daha az olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızdaki hastaların eğitim seviyesi ile baş etme tutumları arasındaki ilişki incelendiğinde eğitim seviyesi ile sorun odaklı başa çıkma stratejisi kullanımı arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Ayrıca çalışmaya katılan bireylerin eğitim düzeylerinin artmasıyla *plan yapma*, *aktif başa çıkma*, *yararlı sosyal destek kullanımı* ve *pozitif yeniden yorumlama ve gelişme* başa çıkma yöntemlerinin tercihinde de artış izlenmiştir. Eğitim düzeyinin düşmesi ile bireylerin daha çok *inkar etme* ve/veya *kabullenme* baş etme tutumlarını tercih ettiği görülmüştür. *Dini olarak başa çıkma* ve *davranışsal boş verme* tutumlarının ise en çok ilköğretim mezunu kişiler tarafından kullanıldığı, işlevsel olmayan baş etme tutumlarından biri olan *madde kullanımının* ise en az üniversite mezunları tarafından tercih edildiği tespit edilmiştir. Elde edilen bu verilerden; eğitim düzeyindeki artışın bireyleri sorunlar karşısında daha akılcı hareket ettirmeye yönlendirdiği sonucuna varılabilir.

Literatürde eğitim seviyesi ile baş etme tutumları arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bunlardan biri Soares, Sundin ve Grossi'nin [158] çalışması olup; bireylerin baş etme tutumları, henüz Türkçe'ye çevrilmemiş 'Başa Çıkma Stratejileri Anketi' (Coping Strategies Questionnaire) ile değerlendirilmiştir ve pasif başa çıkma tutumlarının düşük eğitim seviyesiyle ilişkili olduğu bulunmuştur. 17.593 kişinin dahil edildiği sosyoekonomik durum ve yaşam tarzı ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada da, düşük eğitim seviyesinin işlevsel olmayan başa çıkma stratejileriyle ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır [165]. Bizim çalışmamızda da bu araştırma sonuçlarına benzerlik gösteren veriler elde edilmiştir.

Çalışmamızdaki hastaların şikayet süresi ile baş etme tutumları arasındaki ilişki incelendiğinde ise kronik miyofasiyal ağrıya (şikayet süresi 6 aydan uzun süredir devam

eden) sahip hastaların; *duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma, duyguları açığa çıkarma, aktif başa çıkma, plan yapma stratejilerini* ve genel olarak sorunları çözerken sorun odaklı (aktif) başa çıkma yöntemlerini akut miyofasiyal ağrıya sahip hastalara göre daha fazla kullandıkları görülmüştür.

Literatüre baktığımızda araştırmacıların daha çok kronik ağrı ile baş etme tutumları arasındaki ilişkiyi inceledikleri buna karşın spesifik olarak TMB'ye bağlı kronik miyofasiyal ağrılı hastalardaki baş etme tutumlarının değerlendirildiği çok az araştırmanın yapıldığı görülmektedir. Oysa TMB'yle ilişkili baş etme tutumlarının belirlenmesi; depresyona yatkınlık ve psikolojik belirtilerin gelişme olasılığı fazla olan bireylerin erken teşhisinde rol oynamaktadır. Bu bireylerin erken teşhisi ve ilgili psikolojik yatkınlıkların fark edilmesi; psikolojik semptomlarının gelişmesinin yavaşlatılmasında ve *TMB' nin kronikleşmesinin önüne geçilmesinde* büyük önem taşımaktadır [9, 10].

Brown ve Nicassio [166], kronik ağrıya sahip hastalar tarafından kullanılan aktif (sorun odaklı) başa çıkma stratejilerini, ağrılarını kontrol edebilme ve ağrıya rağmen günlük aktivitelerine devam edebilme becerisi olarak; pasif (duygu odaklı) başa çıkma stratejilerini ise ağrıyı kontrol etmekten vazgeçme ve günlük yaşamlarının ağrıdan olumsuz etkilenmesine izin verme olarak tanımlamaktadır. Kronik ağrı ve baş etme tutumlarının incelendiği çalışmalarda; aktif baş etme tutumlarının pozitif etkilere sahip olduğu, bireylerin (psikolojik) uyum sağlamalarını kolaylaştırdığı ve düşük depresyon seviyeleriyle ilişkili olduğu; pasif baş etme tutumlarının ise artmış ağrı ve yüksek depresyon seviyeleriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir [167-169]. Smith ve diğerlerinin [137] çalışmasında; kronik miyofasiyal ağrıya sahip hastaların baş etme tutumları, henüz Türkçe'ye çevrilmemiş 'Vanderbilt Çok Yönlü Ağrıyla Başa Çıkma Anketi' (Vanderbilt Multidimensional Pain Coping Inventory) ve 'Duygusal Yaklaşım ile Başa Çıkma Ölçeği' (Coping Through Emotional Approach Scale) ile değerlendirilmiş olup, pasif baş etme tutumları kullanan kronik miyofasiyal ağrılı hastaların; ağrı ve depresyon seviyelerinin daha yüksek olduğu rapor edilmiştir.

Literatürde kanser, orak hücreli anemi ve fibromiyalji gibi kronik hastalıklarda; baş etme tutumları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki değerlendirilmiş bu çalışmalarda problem

odaklı (aktif) başa çıkma tutumlarına sahip bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek, duygu odaklı başa çıkma tutumlarını kullanan bireylerin ise yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır [170-173].

Hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve biyopsikososyal faktörlerin etiyolojisinde ön planda olduğu miyofasiyal ağrıda baş etme tutumları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışma henüz yapılmamıştır. Bu nedenle tez çalışmamızda bu ilişki de araştırılmış ve *yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, plan yapma* gibi *sorun odaklı* başa çıkma yöntemlerini kullanan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu; *kabullenme* gibi *pasif* bir başa çıkma tutumunu tercih eden hastaların ise yaşam kalitesi en düşük olan gruba dahil olduğu saptanmıştır.

6. SONUÇLAR

Bu çalışmada RDC tanı kriterlerine göre miyofasiyal ağrı tanısı konmuş 100 hastanın; miyofasiyal ağrı etiolojisinde rol oynayan demografik özellikleri, ağrı düzeyleri, yaşam kaliteleri, baş etme tutumları ve bunların birbirleriyle olan ilişkileri araştırılmıştır. Sosyodemografik bilgi ve klinik görüşme formu ile çalışma grubunun özellikleri, VAS ile ağrı düzeyi, OHIP-14 formu ile yaşam kalitesi ve COPE anketiyle de baş etme tutumları değerlendirilmiştir. Ayrıca istatistiksel olarak; t testi, Anova, Kruskall Wallis, Mann Whitney U ve Kolmogorov Smirnov testleri kullanılarak ilişkiler ve korelasyonlar değerlendirilmiştir.

Bu çalışmanın sonuçları;

- Miyofasiyal ağrısı bulunan 100 kişilik hasta grubunun 75'i kadın (%75), 25'i (%25) erkek olup, kadınlar lehine bir üstünlük bulunmuştur.
- Çalışmaya katılan hastaların yaşları 18-68 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 31,15'tir. 35 yaş ve altındaki hasta yüzdesi %72, 36 yaş ve üstündeki hasta yüzdesi ise %28 olarak bulunmuştur.
- Çalışmaya katılan hastaların %28'inin ilköğretim, %42'sinin lise, %30'unun üniversite eğitim düzeyine sahip olduğu görülmüştür.
- Ağrı şikayeti 6 aydan az olan hastaların (akut miyofasiyal ağrılı hastaların) oranının %37, ağrı şikayetinin 6 aydan daha uzun olan hastaların (kronik miyofasiyal ağrılı hastaların) oranının ise %63 olduğu görülmüştür.
- Çalışmaya katılan hastaların %59'unda diş sıkma ve/veya diş gıcırdatma alışkanlığı mevcut olup bu oranın kronik miyofasiyal ağrılı vakalarda %41, akut miyofasiyal ağrılı vakalarda ise %18 olduğu görülmüştür.
- Çalışmaya katılan hastaların ortalama OHIP-14 skoru 20,61 olarak bulunmuştur. Hastaların %19'unda OHIP-14 skorunun 0-11 aralığında, %20'sinde OHIP-14 skorunun 11-17 aralığında, %30'unda OHIP-14 skorunun 18-24 aralığında, %17'sinde OHIP-14 skorunun 25-31 aralığında, %9'unda OHIP-14 skorunun 32-38 aralığında ve hastaların %5'inde OHIP-14 skorunun 39 ve üstü aralığında yer aldığı

görülmüştür. Ayrıca çalışmamıza dahil edilen hastaların ağrı düzeyleri arttıkça yaşam kalitesinde azalma olduğu izlenmiştir.

- Çalışmaya katılan hastaların en sık kullandıkları baş etme tutumlarının, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma ve duygusal sosyal destek kullanımı; en az kullandıkları baş etme tutumlarının ise inkar ve madde kullanımı olduğu görülmüştür.
- Çalışmamızda kadın ve erkek hastaların farklı baş etme tutumlarını tercih ettikleri görülmüştür. Erkeklerin daha çok; pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, aktif başa çıkma, plan yapma, diğer meşguliyetleri bastırma, madde kullanımı baş etme tutumlarını kullandıkları ve genel olarak sorunlarla baş ederken sorun odaklı başa çıkma tutumlarını tercih ettikleri saptanmıştır. Kadınların ise; duygusal sosyal destek kullanımı, zihinsel boş verme başa çıkma tutumlarını daha çok kullandıkları ve sorunlarla baş etmede duygusal odaklı başa çıkma yöntemlerini daha fazla tercih ettikleri ve erkeklere oranla işlevsel olmayan başa çıkma yollarına daha çok yöneldikleri görülmüştür.
- Çalışmadaki 35 yaş ve altı bireylerin duygusal sosyal destek kullanımı baş etme tutumunu daha fazla kullandığı ve genel olarak sorunları çözerken duygusal odaklı başa çıkma yöntemlerini tercih ettikleri, 36 yaş ve üstü bireylerin ise inkar, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma ve plan yapma baş etme tutumlarını daha fazla kullandığı ve sorunları çözerken sorun odaklı başa çıkma yöntemini daha fazla tercih ettikleri görülmüştür.
- Çalışmaya katılan bireylerin eğitim düzeylerinin artmasıyla plan yapma, aktif başa çıkma, yararlı sosyal destek kullanımı ve pozitif yeniden yorumlama ve gelişme başa çıkma yöntemlerinin tercihinde de artış izlenmiştir. Eğitim düzeyinin düşmesi ile bireylerin daha çok inkar etme ve/veya kabullenme baş etme tutumlarını kullandıkları görülmüştür. Ayrıca dini olarak başa çıkma ve davranışsal boş verme tutumlarının en çok ilköğretim mezunu kişiler tarafından kullanıldığı, işlevsel olmayan baş etme tutumlarından biri olan madde kullanımının ise en az üniversite mezunları tarafından tercih edildiği belirlenmiştir.
- Çalışmadaki kronik miyofasiyal ağrıya sahip hastaların; duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma, duyguları açığa çıkarma, aktif başa çıkma, plan yapma stratejilerini ve genel olarak sorunları

çözerken sorun odaklı baş etme tutumlarını akut miyofasiyal ağrıya sahip hastalara göre daha fazla kullandıkları görülmüştür.

- Yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, plan yapma gibi sorun odaklı başa çıkma yöntemlerini kullanan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu; kabullenme gibi pasif bir başa çıkma tutumunu tercih eden hastaların ise yaşam kalitesi en düşük olan gruba dahil olduğu belirlenmiştir.

Tüm bu bilgiler miyofasiyal ağrıya sahip hastalara aktif başa çıkma becerilerinin kazandırılmasının; hastaların ağrılarını kontrol edebilme, psikolojik durumlarını iyileştirebilme ve yaşam kalitelerini artırabilme açısından önem taşıdığını göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Auvenshine, R.C. (2007). Temporomandibular disorders: associated features. *Dental Clinics of North America*, 51(1), 105-127.
2. Okeson, J.P. (1996). Differential diagnosis and management considerations of temporomandibular disorders. In *Orofacial pain: Guidelines for assessment diagnosis and management*. (First edition). USA: Quintessence Publishing, 113-184.
3. McNeill, C.(1997). Management of temporomandibular disorders: concepts and controversies. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 77(5), 510-522.
4. Liu, F. and Steinkeler, A. (2013). Epidemiology, diagnosis, and treatment of temporomandibular disorders. *Dental Clinics of North America*, 57(3), 465-479.
5. Okeson, J.P. (2007). Signs and symptoms of temporomandibular disorders. In *Management of temporomandibular disorders and occlusion*. (Sixth edition). St. Louis: Mosby Elsevier Health Science, 164-215.
6. Lavelle, E.D., Lavelle, W. and Smith, H.S. (2007). Myofascial trigger points. *The Medical Clinics of North America*, 91(2), 229-239.
7. Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J. and DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
8. Wieckiewicz, M., Grychowska, N., Wojciechowski, K., Pelc, A., Augustyniak, M., Sleboda, A. and Zietek, M. (2014). Prevalence and correlation between TMD based on RDC/TMD diagnoses, oral parafunctions and psychoemotional stress in Polish university students. *Biomed Research International*, 2014(472346), 1-7.
9. Ferrando, M., Andreu, Y., Galdon, M.J., Dura, E., Poveda, R. and Bagan, J.V. (2004). Psychological variables and temporomandibular disorders: distress, coping, and personality. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*, 98(2), 153-160.
10. Galdon, M.J., Dura, E., Andreu, Y., Ferrando, M., Poveda, R. and Bagan, J.V. (2006). Multidimensional approach to the differences between muscular and articular temporomandibular patients: coping, distress, and pain characteristics. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*, 102(1), 40-46.
11. Ağargün, M.Y., Beşiroğlu, L., Kiran, Ü.K., Özer, Ö.A. ve Kara, H. (2005). COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6:221-226.
12. Segu, M., Lobbia, S., Canale, C. and Collesano, V. (2003). Quality of life in patients with temporomandibular disorders. *Minerva Stomatologica Abstracts*.
13. John, M.T., Reissmann, D.R., Schierz, O. and Wassell, R.W. (2007). Oral health-related quality of life in patients with temporomandibular disorders. *Journal of Orofacial Pain*, 21(1), 46-54.
14. Reissmann D.R., John, M.T., Schierz, O. and Wassell, R.W. (2007). Functional and psychosocial impact related to specific temporomandibular disorder diagnoses. *Journal of Dentistry*, 35(8), 643-650.

15. Barros Vde, M., Seraidarian, P.I., Cortes, M.I. and de Paula, L.V. (2009). The impact of orofacial pain on the quality of life of patients with temporomandibular disorder. *Journal of Orofacial Pain*, 23(1), 28-37.
16. Al Shamrany, M. (2006). Oral health-related quality of life: A broader perspective. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 12, 894-901.
17. Suvinen, T.I., Reade, P.C., Kempainen, P., Könönen, M. and Dworkin, S.F. (2005). Review of aetiological concepts of temporomandibular pain disorders: towards a biopsychosocial model for integration of physical disorder factors with psychological and psychosocial illness impact factors. *European Journal of Pain*, 9(6), 613-633.
18. Huber, M.A. and Hall, E.H. (1990). A comparison of the signs of temporomandibular joint dysfunction and occlusal discrepancies in a symptom-free population of men and women. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology*, 70(2), 180-183.
19. De Kanter, R.J., Truin, G.J., Burgersdijk, R.C., Van 't Hof, M.A., Battistuzzi, P.G., Kalsbeek, H. and Käyser, A.F. (1993). Prevalence in the Dutch adult population and a meta-analysis of signs and symptoms of temporomandibular disorder. *Journal of Dental Research*, 72(11), 1509-1518.
20. Dworkin, S.F., Huggins, K.H., LeResche, L., Von Korff, M., Howard, J., Truelove, E. and Sommers, E. (1990). Epidemiology of signs and symptoms in temporomandibular disorders: clinical signs in cases and controls. *Journal of the American Dental Association*, 120(3), 273-81.
21. Agerberg, G. and Inkapööl, I. (1990). Craniomandibular disorders in an urban Swedish population. *Journal of Craniomandibular Disorders: Facial & Oral Pain*, 4(3), 154-164.
22. Salonen, L., Hellden, L. and Carlsson, G.E. (1990). Prevalence of signs and symptoms of dysfunction in the masticatory system: an epidemiologic study in an adult Swedish population. *Journal of Craniomandibular Disorders: Facial & Oral Pain*, 4(4), 241-50.
23. Lipton, J.A., Ship, J.A. and Larach-Robinson, D. (1993). Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. *Journal of the American Dental Association*, 124(10), 115-121.
24. Goldstein, B.H. (1999). Temporomandibular disorders: a review of current understanding. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*, 88(4), 379-85.
25. Lobbezoo-Scholte, A.M., De Leeuw, J.R., Steenks, M.H., Bosman, F., Buchner, R. and Olthoff, L.W. (1995). Diagnostic subgroups of craniomandibular disorders. Part I: Self-report data and clinical findings. *Journal of Orofacial Pain*, 9(1), 24-36.
26. Pullinger, A.G. and Seligman, D.A. (1991). Overbite and overjet characteristics of refined diagnostic groups of temporomandibular disorder patients. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 100(5), 401-415.
27. Schiffman, E.L., Friction, J.R., Haley, D.P. and Shapiro, B.L. (1990). The prevalence and treatment needs of subjects with temporomandibular disorders. *Journal of the American Dental Association*, 120(3), 295-303.

28. Hoffmann, R.G., Kotchen, J.M., Kotchen, T.A., Cowley, T., Dasgupta, M. and Cowley A.W. (2011). Temporomandibular disorders and associated clinical comorbidities. *The Clinical Journal of Pain*, 27(3), 268-74.
29. Costen, J.B.(1934). A syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporomandibular joint. *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology*, 43, 1-15.
30. Greene, C.S. (2006). Concepts of TMD etiology: Effects on diagnosis and treatment. In Laskin, D. M., Greene, C. S. and Hylander, W. L. (eds). *Temporomandibular disorders: An evidence-based approach to diagnosis and treatment*. (First edition). USA:Quintessence Publishing, 219-228.
31. McNamara, J.A., Seligman, D.A. and Okeson, J.P. (1995). Occlusion, Orthodontic treatment, and temporomandibular disorders: a review. *Journal of Orofacial Pain*, 9(1), 73-90.
32. Gremillion, H.A. (2006). The relationship between occlusion and TMD: an evidence-based discussion. *The Journal of Evidence-Based Dental Practice*, 6(1), 43-47.
33. Rinchuse, D.J., Rinchuse, D.J. and Kandasamy, S. (2005). Evidence-based versus experience based view on occlusion and TMD. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 127(2), 249-254.
34. Hackney, J., Bade, D. and Clawson, A. (1993). Relationship between forward head posture and diagnosed internal derangement of the temporomandibular joint. *Journal of Orofacial Pain*, 7(4), 386-390.
35. Munhoz, W.C., Marques, A.P. and de Siqueira, J.T. (2005). Evaluation of body posture in individuals with internal temporomandibular joint derangement. *Cranio: The Journal of Craniomandibular Practice*, 23(4), 269-277.
36. Munhoz, W.C. and Marques, A.P. (2009). Body posture evaluations in subjects with internal temporomandibular joint derangement. *Cranio: The Journal of Craniomandibular Practice*, 27(4), 231-242.
37. Seligman, D.A. and Pullinger, A.G. (1991) The role of functional occlusal relationships in temporomandibular disorders: a review. *Journal of Craniomandibular Disorders: Facial & Oral Pain*, 5(4), 265-279.
38. Laskin, D.M. (1969). Etiology of the pain-dysfunction syndrome. *The Journal of the American Dental Association*, 79(1), 147-153.
39. Schwartz, L. (1958). Conclusions of the temporomandibular joint clinic at Columbia. *Journal of Periodontology*, 29, 210–212.
40. Bhat, S. (2010). Etiology of temporomandibular disorders: The journey so far. *International Dentistry South Africa*, 12, 88-92.
41. Maixner, W., Fillingim, R., Booker, D. and Sigurdsson, A. (1995). Sensitivity of patients with painful temporomandibular disorders to experimentally evoked pain. *The Journal of Pain*, 63(3), 341-351.
42. Curran, S.L., Carlson, C.R. and Okeson, J.P. (1996). Emotional and physiologic responses to laboratory challenges: patients with temporomandibular disorders versus matched control subjects. *Journal of Orofacial Pain*, 10(2),141-150.

43. Fillingim, R.B., Maixner, W., Kincaid, S., Sigurdsson, A. and Harris, M.B. (1996). Pain sensitivity in patients with temporomandibular disorders: relationship to clinical and psychosocial factors. *The Clinical Journal of Pain*, 12(4), 260-269.
44. Flor, H., Birbaumer, N., Schulte, W. and Roos, R. (1991). Stress-related electromyographic responses in patients with chronic temporomandibular pain. *The Journal of Pain*, 46(2), 145-152.
45. Dworkin, S.F., von Korff, M.R. and LeResche, L. (1992). Epidemiologic studies of chronic pain: a dynamic-ecologic perspective. *Annals of Behavioral Medicine*, 14(1), 3-11.
46. Okeson, J.P. (1996). Introduction to orofacial pain. In *Orofacial pain: Guidelines for assessment diagnosis and management*. (First edition). USA: Quintessence Publishing, 1-18.
47. Okeson, J.P. (1995). The psychology of pain. In *Bell's Orofacial Pains*. (Fifth edition). USA: Quintessence Publishing, 93-102.
48. Braun, B.L., DiGiovanna, A., Schiffman, E., Bonnema, J. and Friction, J. (1992). A cross-sectional study of temporomandibular joint dysfunction in post-cervical trauma patients. *Journal of Craniomandibular Disorders*, 6, 24-31.
49. Pullinger, A.G. and Seligman, D.A. (1991) Trauma history in diagnostic groups of temporomandibular disorders. *Oral Surgery, Oral Medicine, and Oral Pathology*, 71(5), 529-534.
50. De Boever, J.A. and Keersmaekers, K. (1996). Trauma in patients with temporomandibular disorders: frequency and treatment outcome. *Journal of Oral Rehabilitation*, 23(2), 91-96.
51. Yun, P.Y. and Kim, Y.K. (2005). The role of facial trauma as a possible etiologic factor in temporomandibular joint disorder. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 63(11), 1576-1583.
52. Kronn, E. (1993). The incidence of TMJ dysfunction in patients who have suffered a cervical whiplash injury following a traffic accident. *Journal of Orofacial Pain*, 7(2), 209-213.
53. Haggman-Henrikson, B., Rezvani, M. and List, T. (2014). Prevalence of whiplash trauma in TMD patients: a systematic review. *Journal of Oral Rehabilitation*, 41(1), 59-68.
54. Komiyama, O., Kawara, M., Arai, M., Asano, T. and Kobayashi, K. (1999) Posture correction as part of behavioural therapy in treatment of myofascial pain with limited opening. *Journal of Oral Rehabilitation*, 26(5), 428-435.
55. Rugh, J.D. and Harlan, J. (1988). Nocturnal bruxism and temporomandibular disorders. *Advances in Neurology*, 49, 329-341.
56. Nitzan, D.W. (1994). Intraarticular pressure in the functioning human temporomandibular joint and its alteration by uniform elevation of the occlusal plane. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 52(7), 671-679.
57. Dao, T.T., Lund, J.P. and Lavigne, G.J. (1994). Comparison of pain and quality of life in bruxers and patients with myofascial pain of the masticatory muscles. *Journal of Orofacial Pain*, 8(4), 350-356.

58. Fernandes, G., Franco, A.L., Siqueira, J.T., Gonçalves, D.A. and Camparis, C.M. (2012). Sleep bruxism increases the risk for painful temporomandibular disorder, depression and non-specific physical symptoms. *Journal of Oral Rehabilitation*, 39(7), 538-544.
59. Blanco Aguilera, A., Gonzalez Lopez, L., Blanco Aguilera, E., De la Hoz Aizpurua, J.L., Rodriguez Torronteras, A., Segura Saint-Gerons, R. and Blanco Hungria, A. (2014). Relationship between self-reported sleep bruxism and pain in patients with temporomandibular disorders. *Journal of Oral Rehabilitation*, 41(8), 564-572.
60. el-Labban, N.G., Harris, M., Hopper, C. and Barber, P. (1990). Degenerative changes in masseter and temporalis muscles in limited mouth opening and TMJ ankylosis. *Journal of Oral Pathology and Medicine*, 19(9), 423-425.
61. Hesse, J.R., Naeije, M. and Hansson, T.L. (1990). Craniomandibular stiffness toward maximum mouth opening in healthy subjects: a clinical and experimental investigation. *Journal of Craniomandibular Disorders: Facial & Oral Pain*, 4(4), 257-266.
62. Buckingham, R.B., Braun, T., Harinstein, D.A., Oral, K., Bauman, D., Bartynski, W., Killian, P.J. and Bidula, L.P. (1991). Temporomandibular joint dysfunction syndrome: a close association with systemic joint laxity (the hypermobile joint syndrome). *Oral Surgery, Oral Medicine, and Oral Pathology*, 72(5), 514-529.
63. Sato, S., Ohta, M., Sawatari, M., Kawamura, H. and Motegi, K. (1999). Occlusal contact area, occlusal pressure, bite force, and masticatory efficiency in patients with anterior disc displacement of the temporomandibular joint. *Journal of Oral Rehabilitation*, 26(11), 906-911.
64. Iwashita, H., Tsukiyama, Y., Kori, H., Kuwatsuru, R., Yamasaki, Y. and Koyano, K. (in press). Comparative cross-sectional study of masticatory performance and mastication. *Journal of Prosthodontic Research*.
65. Tallents, R.H., Macher, D.J., Kyrkanides, S., Katzberg, R.W. and Moss, M.E. (2002). Prevalence of missing posterior teeth and intraarticular temporomandibular disorders. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 87(1), 45-50.
66. Wang, M.Q., Xue, F., He, J.J., Chen, J.H., Chen, C.S. and Raustia, A. (2009). Missing posterior teeth and risk of temporomandibular disorders. *Journal of Dental Research*, 88(10), 942-945.
67. Wei, L., Xiong, H., Li, B., Gong, Z., Li, J., Cai, H., Meng, Q. and Long, X. (2010). Change of HA molecular size and boundary lubrication in synovial fluid of patients with temporomandibular disorders. *Journal of Oral Rehabilitation*, 37(4), 271-277.
68. Meng, Q.G. and Long, X. (2008). A hypothetical biological synovial fluid for treatment of temporomandibular joint disease. *Medical Hypotheses*, 70(4), 835-837.
69. Takahashi, T., Tominaga, K., Takano, H., Ariyoshi, W., Habu, M., Fukuda, J. and Maeda, H. (2004). A decrease in the molecular weight of hyaluronic acid in synovial fluid from patients with temporomandibular disorders. *Journal of Oral Pathology and Medicine*, 33(4), 224-229.

70. Poveda Roda, R., Bagan, J.V., Diaz Fernandez, J.M., Hernandez Bazan, S. and Jimenez Soriano, Y. (2007). Review of temporomandibular joint pathology. Part I: classification, epidemiology and risk factors. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 12(4), 292-298.
71. Arntz, A., Dreessen, L. and De Jong, P. (1994). The influence of anxiety on pain: attentional and attributional mediators. *Journal of Pain*, 56(3), 307-14.
72. Nifosi, F., Violato, E., Pavan, C., Sifari, L., Novello, G., Guarda Nardini, L., Manfredini, D., Semenzin, M., Pavan, L. and Marini, M. (2007). Psychopathology and clinical features in an Italian sample of patients with myofascial and temporomandibular joint pain: preliminary data. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37(3), 283-300.
73. Friction, J.R., Kroening, R., Haley, D. and Siegert, R. (1985). Myofascial pain syndrome of the head and neck: a review of clinical characteristics of 164 patients. *Oral Surgery, Oral Medicine, and Oral Pathology*, 60(6), 615-623.
74. Yalçın S. ve Aktaş İ. (2010). Temporomandibular Eklem Hastalıkları. *Dişhekimliğinde Temporomandibular Eklem Hastalarına Yaklaşım*. Birinci Baskı. İstanbul: Vestiyer Yayıncılık, 23-33.
75. Okeson, J.P. (2007). Diagnosis of Temporomandibular Disorders. In *Management of temporomandibular disorders and occlusion*. (Sixth edition). St. Louis: Mosby Elsevier Health Science, 285-331.
76. Dworkin, S.F. and LeResche, L. (1992). Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *Journal of Craniomandibular Disorders: Facial & Oral Pain*, 6(4), 301-355.
77. Dworkin, S.F. (2010). Research Diagnostic criteria for temporomandibular disorders: Current status and future relevance. *Journal of Oral Rehabilitation*, 37(10), 734-743.
78. Manfredini, D., Chiappe G., and Bosco, M. (2006). Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD) axis I diagnoses in an Italian patient population. *Journal of Oral Rehabilitation*, 33(8), 551-558.
79. Manfredini, D., Guarda-Nardini, L., Winocur, E., Piccotti, F., Ahlberg, J. and Lobbezoo, F. (2011). Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: a systematic review of axis I epidemiologic findings. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*, 112(4), 453-462.
80. Mense, S. (2008). Muscle pain: mechanisms and clinical significance. *Deutsches Ärzteblatt international*, 105(12), 214-219.
81. Lund, J.P., Donga, R., Widmer, C.G. and Stohler, C.S. (1991) The pain-adaptation model: a discussion of the relationship between chronic musculoskeletal pain and motor activity. *Canadian journal of physiology and pharmacology*, 69(5):683-694.
82. Camparis, C.M. and Siqueira, J.T. (2006). Sleep bruxism: Clinical aspects and characteristics in patients with and without chronic orofacial pain. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*, 101(2), 188-193.
83. Pergamalian, A., Rudy, T.E., Zaki, H.S. and Greco, C.M. (2003). The association between wear facets, bruxism, and severity of facial pain in patients with temporomandibular disorders. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 90(2), 194-200.

84. Travell, J. and Rinzler, S.H. (1952). The myofascial genesis of pain. *Postgraduate Medicine Abstracts*.
85. McMillan, A.S. and Blasberg, B. (1994). Pain-pressure threshold in painful jaw muscles following trigger point injection. *Journal of Orofacial Pain*, 8(4), 384-390.
86. Simons, D.G. and Travell, J. (1981). Myofascial trigger points, a possible explanation. *The Journal of Pain*, 10(1), 106-109.
87. Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839-852.
88. Patterson, J.M. and McCubbin, H.I. (1987). Adolescent coping style and behaviors: conceptualization and measurement. *Journal of Adolescence*, 10(2), 163-186.
89. Erden, G. (2006). *İslahevinde ve tutukevinde kalan ergenlerin stresle başa çıkma örüntüleri*. Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri, Ankara.
90. Compas, B.E., Connor-Smith, J.K., Saltzman, H., Thomsen, A.H. and Wadsworth, M.E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127.
91. Holahan, C.J. and Moos, R.H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946-955.
92. Solomon, Z., Mikulincer, M. and Avitzur, E. (1988). Coping, locus of control, social support, and combat-related posttraumatic stress disorder: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(2), 279-285.
93. Glyshaw, K., Cohen, L.H. and Towbes, L.C. (1989). Coping strategies and psychological distress: prospective analyses of early and middle adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 17(5), 607-623.
94. Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234-247.
95. Compas, E.B., Banez, A.G., Malcarne, V., Worsham, N. (1991). Perceived control and coping with stress: A developmental perspective. *Journal of Social Issues*, 47:23-34.
96. Compas, B.E., Malcarne, V.L. and Fondacaro, K.M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(3), 405-411.
97. Parkes, K.R. (1986). Coping in stressful episodes: the role of individual differences, environmental factors, and situational characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1277-1292.
98. Cronkite, R.C. and Moos, R.H. (1984). The role of predisposing and moderating factors in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 25(4), 372-393.
99. Billings, A.G. and Moos, R.H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 139-157.

100. Martin, R., Thomas, G., Charles, K., Epitropaki, O. and McNamara, R. (2005). The role of leader-member exchanges in mediating the relationship between locus of control and work reactions. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78, 141-147.
101. Holahan, C.J. and Moos, R.H. (1985). Life stress and health: personality, coping, and family support in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(3), 739-747.
102. Holahan, C.J. and Moos, R.H. (1986). Personality, coping, and family resources in stress resistance: a longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(2), 389-395.
103. İnternet: Measuring quality of life. (1997). *The World Health Organization Quality of Life Instruments*. Web: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf adresinden 20 Kasım 2014'te alınmıştır.
104. Avcı, K. ve Pala, K. (2004). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30, 81-85.
105. İnternet: Oral health in America: A report of The Surgeon General. (2000). *Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service*. Web: <http://silkh.nih.gov/public/hck1ocv.@www.surgeon.fullrpt.pdf> adresinden 20 Kasım 2014'te alınmıştır.
106. Amzat, J. and Razum, O. (2014). Health, Disease, and Illness as Conceptual Tools. In *Medical Sociology in Africa*. (First edition). Switzerland: Springer International Publishing, 21-39.
107. Allen, P.F. (2003). Assessment of oral health related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 1-40.
108. Locker, D. (1988). Measuring oral health: A conceptual framework. *Community Dental Health Abstracts*.
109. Reisine, S.T., Fertig, J., Weber, J. and Leder, S. (1989). Impact of dental conditions on patients' quality of life. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 17(1), 7-10.
110. Allen, P.F., Mcmillan, A.S. and Locker, D. (2001). An assessment of sensitivity to change of the oral health impact profile in a clinical trial. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 29(3), 175-182.
111. Locker, D. (1992). The burden of oral disorders in a population of older adults. *Community Dental Health*, 9(2), 109-124.
112. Locker, D. and Slade, G. (1994). Association between clinical and subjective indicators of oral health status in an older adult population. *Gerodontology*, 11(2), 108-114.
113. Cohen, L.K. and Jago, J.D. (1976). Toward the formulation of sociodental indicators. *International Journal of Health Services : Planning, Administration, Evaluation Abstracts*.
114. Lurie, J. (2000). A review of generic health status measures in patients with low back pain. *Spine*, 25(24), 3125-3129.

115. Groenvold, M. (1999). Methodological issues in the assessment of health-related quality of life in palliative care trials. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 43(9), 948-953.
116. Slade, G.D. and Spencer A.J. (1994). Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dental Health*, 11(1), 3-11.
117. Slade, G.D. (1997). Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 25(4), 284-290.
118. Başol, M.E., Karaağaçlıoğlu, L. ve Yılmaz, B. (2014). Türkçe ağız sağlığı etki ölçeğinin geliştirilmesi-Ohip-14-Tr. *Türkiye Klinikleri Diş Hekimliği Bilimleri Dergisi*, 20, 85-92.
119. Locker, D. and Allen, P.F. (2002). Developing short-form measures of oral health-related quality of life. *Journal of Public Health Dentistry*, 62(1), 13-20.
120. Llewellyn, C.D. and Warnakulasuriya, S. (2003). The impact of stomatological disease on oral health-related quality of life. *European Journal of Oral Sciences*, 111(4), 297-304.
121. King, T.L. and Mccool, W.F. (2004). The definition and assessment of pain. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(6), 471-472.
122. Mannion, A.F, Balague, F., Pellise, F. and Cedraschi, C. (2007). Pain measurement in patients with low back pain. *Nature Clinical Practice. Rheumatology*, 3(11), 610-618.
123. Myles, P.S, Troedel, S., Boquest, M. and Reeves, M. (1999). The pain visual analog scale: Is it linear or nonlinear? *Anesthesia and Analgesia*, 89(6), 1517-1520.
124. Mumcu, G., İnanç, N., Ergun, T., İkiz, K., Güneş, M., İşlek, U., Yavuz, S., Sur, H., Atalay, T. and Direşkeneli, H. (2006). Oral health related quality of life is affected by disease activity in Behçet's disease. *Oral Diseases*, 12(2), 145-151.
125. Carver, C.S., Scheier, M.F. and Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal Of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
126. Durmuş, B., Yurtkoru, S.E., Çinko, M. (2013). *Sosyal Bilimlerde Spss'le Veri Analizi* (Beşinci Baskı). İstanbul: Beta Yayıncılık, 124-132.
127. Kalaycı, Ş. (Editör). (2010). *Spss Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri* (Beşinci Baskı). Ankara: Asil Yayıncılık, 99-106.
128. Velly, A.M., Gornitsky, M. and Philippe, P. (2003). Contributing factors to chronic myofascial pain: a case-control study. *The Journal of Pain*, 104(3), 491-499.
129. Cummings, T.M. and White, A.R. (2001). Needling therapies in the management of myofascial trigger point pain: a systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(7), 986-992.
130. Hong, C.Z. and Hsueh, T.C. (1996). Difference in pain relief after trigger point injections in myofascial pain patients with and without fibromyalgia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77(11), 1161-1166.
131. Altındağ, O., Gür, A. and Altındağ, A. (2008). The relationship between clinical parameters and depression level in patients with myofascial pain syndrome. *Pain Medicine*, 9(2), 161-165.

132. Gül, K. ve Önal, S.A. (2009). Miyofasiyal ağrı sendromlu hastaların tedavisinde non-invazif ve invazif tekniklerin karşılaştırılması. *Ağrı Dergisi*, 21, 104-112.
133. Gerwin, R.D. (2001). Classification, epidemiology, and natural history of myofascial pain syndrome. *Current Pain and Headache Reports*, 5(5), 412-420.
134. Rollman, G.B. and Lautenbacher, S. (2001). Sex differences in musculoskeletal pain. *The Clinical Journal of Pain*, 17(1), 20-24.
135. Vazquez-Delgado, E., Cascos-Romero, J. and Gay-Escoda, C. (2009). Myofascial pain syndrome associated with trigger points: a literature review. (I): Epidemiology, clinical treatment and etiopathogeny. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 14(10), 494-498.
136. Han, S.C. and Harrison, P. (1997). Myofascial pain syndrome and trigger-point management. *Regional Anesthesia*, 22(1), 89-101.
137. Smith, J.A., Lumley, M.A. and Longo, D.J. (2002). Contrasting emotional approach coping with passive coping for chronic myofascial pain. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(4), 326-335.
138. Reiter, S., Goldsmith, C., Emodi-Perlman, A., Friedman-Rubin, P. and Winocur, E. (2012). Masticatory muscle disorders diagnostic criteria: the American Academy of Orofacial Pain versus the research diagnostic criteria/temporomandibular disorders (RDC/TMD). *Journal of Oral Rehabilitation*, 39(12), 941-947.
139. Garofalo, J.P., Gatchel, R.J., Wesley, A.L. and Ellis E, 3rd. (1998). Predicting chronicity in acute temporomandibular joint disorders using the research diagnostic criteria. *The Journal of the American Dental Association*, 129(4), 438-447.
140. Von Korff, M., Dworkin, S.F., Le Resche, L. and Kruger, A. (1988). An epidemiologic comparison of pain complaints. *The Journal of Pain*, 32(2), 173-183.
141. DeVocht, J.W., Goertz, C.M., Hondras, M.A., Long, C.R., Schaeffer, W., Thomann, L., Spector, M. and Stanford, C.M. (2013). A pilot study of a chiropractic intervention for management of chronic myofascial temporomandibular disorder. *The Journal of the American Dental Association*, 144(10), 1154-1163.
142. Bron, C., de Gast, A., Dommerholt, J., Stegenga, B., Wensing, M. and Oostendorp, R.A. (2011). Treatment of myofascial trigger points in patients with chronic shoulder pain: A randomized, controlled trial. *BMC Medicine*, 9(8), 1-14.
143. Özhayat, E.B. (2013). Influence of negative affectivity and self-esteem on the oral health related quality of life in patients receiving oral rehabilitation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(178), 1-7.
144. Miettinen, O., Lahti, S. and Sipilä, K. (2012). Psychosocial aspects of temporomandibular disorders and oral health-related quality-of-life. *Acta Odontologica Scandinavica*, 70(4), 331-336.
145. Lajnert, V., Franciskovic, T., Grzic, R., Kovacevic Pavicic, D., Bakarbic, D., Bukovic, D., Celebic, A., Braut, V. and Fugosic, V. (2010). Depression, somatization and anxiety in female patients with temporomandibular disorders (TMD). *Collegium Antropologicum*, 34(4), 1415-1419.

146. Manfredini, D., Borella, L., Favero, L., Ferronato, G. and Guarda-Nardini, L. (2010). Chronic pain severity and depression/somatization levels in TMD patients. *The International Journal of Prosthodontics*, 23(6), 529-534.
147. McMillan, A.S., Wong, M.C., Lee, L.T. and Yeung, R.W. (2009). Depression and diffuse physical symptoms in southern Chinese with temporomandibular disorders. *Journal of Oral Rehabilitation*, 36(6), 403-407.
148. Stein, S., Hart, D.L., Loft, G. and Davis, H. (1982). Symptoms of TMJ dysfunction as related to stress measured by the social readjustment rating scale. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 47(5), 545-548.
149. Öksüz, E. ve Malhan, S. (2005). *Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi-Kalitemetri*. Ankara: Başkent Üniversitesi, 1-30.
150. Tamres, L.K., Janicki, D. and Helgeson, V.S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6(1), 2-30.
151. Rose, A.J. and Rudolph, K.D. (2006). A review of sex differences in peer relationship processes: potential trade-offs for the emotional and behavioral development of girls and boys. *Psychological Bulletin*, 132(1), 98-131.
152. Erdem, M., Çelik, C., Doruk, A. ve Özgen, F. (2008). Yaygın anksiyete bozukluğunda başa çıkma tutumları. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 2:101-105.
153. Pearlin, L.I. and Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior Abstracts*.
154. Ptacek, J.T., Smith, E. R. and Zanas, J. (1992). Gender, appraisal, and coping: A longitudinal analysis. *Journal of Personality*, 60, 747-770.
155. Matud, M.P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37, 1401-1415.
156. Billings, A.G. and Moos, R.H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 877-891.
157. Folkman, S. and Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239.
158. Soares, J.J., Sundin, O. and Grossi, G. (2004). The stress of musculoskeletal pain: a comparison between primary care patients in various ages. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(3), 297-305.
159. Keefe, F.J. and Williams, D.A. (1990). A comparison of coping strategies in chronic pain patients in different age groups. *Journal of Gerontology*, 45(4), 161-165.
160. Prohaska, T.R., Leventhal, E.A., Leventhal, H. and Keller, M.L. (1985). Health practices and illness cognition in young, middle aged, and elderly adults. *Journal of Gerontology*, 40(5), 569-578.
161. Folkman, S., Lazarus, R.S., Pimley, S. and Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2(2), 171-184.

162. Lachapelle, D.L. and Hadjistavropoulos, T. (2005) Age-related differences among adults coping with pain: Evaluation of a developmental life-context model. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 37:123-137.
163. Melendez, J.C., Mayordomo, T., Sancho, P. and Tomas, J.M. (2012). Coping strategies: gender differences and development throughout life span. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 1089-1098.
164. Carver, C.S. and Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704.
165. Roohafza, H., Sadeghi, M., Shirani, S., Bahonar, A., Mackie, M. and Sarafzadegan, N. (2009). Association of socioeconomic status and life-style factors with coping strategies in Isfahan Healthy Heart Program, Iran. *Croatian Medical Journal*, 50(4), 380-386.
166. Brown, G.K. and Nicassio, P.M. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *The Journal of Pain*, 31(1), 53-64.
167. Snow-Turek, A.L., Norris, M.P. and Tan, G. (1996). Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *The Journal of Pain*, 64(3), 455-462.
168. Broome, M.E., Bates, T.A., Lillis, P.P. and McGahee, T.W. (1990). Children's medical fears, coping behaviors, and pain perceptions during a lumbar puncture. *Oncology Nursing Forum*, 17(3), 361-367.
169. Holmes, J.A. and Stevenson, C.A. (1990). Differential effects of avoidant and attentional coping strategies on adaptation to chronic and recent-onset pain. *Health Psychology*, 9(5), 577-584.
170. Anie, K.A., Steptoe, A. and Bevan, D.H. (2002). Sickle cell disease: Pain, coping and quality of life in a study of adults in the UK. *British Journal of Health Psychology*, 7(3), 331-344.
171. van Laarhoven, H.W., Schilderman, J., Bleijenbergh, G., Donders, R., Vissers, K.C., Verhagen, C.A. and Prins, J.B. (2011). Coping, quality of life, depression, and hopelessness in cancer patients in a curative and palliative, end-of-life care setting. *Cancer Nursing*, 34(4), 302-314.
172. Alok, R., Das, S.K., Agarwal, G.G., Tiwari, S.C., Salwahan, L. and Srivastava, R. (2014). Problem-focused coping and self-efficacy as correlates of quality of life and severity of fibromyalgia in primary fibromyalgia patients. *Journal of Clinical Rheumatology*, 20(6), 314-316.
173. Lafaye, A., Petit, S., Richaud, P., Houede, N., Baguet, F. and Cousson-Gelie, F. (2014). Dyadic effects of coping strategies on emotional state and quality of life in prostate cancer patients and their spouses. *Psycho-oncology*, 23(7), 797-803.

EKLER

EK-1 Etik Kurul Onayı



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI



Sayı : B.30.2.GÜN.0.20-1852
Konu :

13. / 02 / 2012

Sayın *Prof. Dr. Cansu Alpaskan*

Proje Yürütücüsü

Fakültemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 22 Şubat 2012 tarihinde yapmış olduğu toplantı kararları ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Doç. Dr. I. Onur ÖZEN

Dekan Yardımcısı

EK-2 Sosyodemografik Bilgi ve Klinik Görüşme Formu

Hastanın Adı :

Telefon Numarası :

Mesleği :

Yaşı :

Medeni Durumu :

Eğitim Durumu :

Hastanın Şikayeti :

Şikayetinin Süresi :

Şikayetinin Seyri :

Diğer rahatsızlıklar :

Kullandığı İlaçlar :

1. Diş gıcırdatma / sıkma alışkanlığı var mı ? :EVET () HAYIR ()

2. Uykunuz düzenli mi? Kaç saat uyuyorsunuz? :EVET () HAYIR ()

3. Çiğneme ve konuşma sırasında ağrını artırıyor mu ? :EVET () HAYIR ()

4. Ağız açmanızda kısıtlılık var mı ? :EVET () HAYIR ()

5. Çenenizdeki probleme bağlı olarak yeme güçlüğü var mı? :EVET () HAYIR ()

6. Çenenizden ses geliyor mu ? : EVET () HAYIR ()

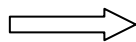
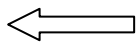
7. Çenenizde kilitlenme oldu mu ? : EVET () HAYIR ()

8. Travma hikayeniz var mı ? : EVET () HAYIR ()

9. Şu anda ağrınız var mı ? : EVET () HAYIR ()

10. Ağrınızın şiddetini "0" dan "10" a kadar uzunlukta olan aşağıdaki çizgide işaretleyiniz.

Hiç ağrı yok



Dayanılmaz derecede şiddetli ağrı var

EK-2 (devam) Sosyodemografik Bilgi ve Klinik Görüşme Formu

SolSağ

Temporalis kasi :

Massater kasi :

Pterygoid internus kasi :

Pterygoid eksternus kasi :

Digastrik kasi :

Sternokleidomastoid kası :

Maksimum ağız açıklığı miktarı (Zorlanmaksızın) :

Elle desteklenerek ölçülen maksimum ağız açıklığı miktarı :

Maksimum lateral hareket miktarı : $\rightarrow$ Sağ :
 $\searrow$ Sol :

EK-3 OHIP-14 Anket Formu

OHIP-14		Hayır	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her Zaman
1	Çenenizdeki probleme bağlı olarak kelimeleri telafuz etmekte zorlanıyor musunuz?					
2	Çenenizdeki probleme bağlı olarak tat alma duyunuzda değişiklik oldu mu?					
3	Çenenizde ağrı var mı?					
4	Çenenizdeki problem nedeniyle yemek yemede zorlanıyor musunuz?					
5	Çenenizdeki problem nedeniyle bir farkındalık halinde misiniz?					
6	Çenenizdeki problem nedeniyle kendinizi gergin hissediyor musunuz?					
7	Çenenizdeki problem nedeniyle yeteri kadar beslenemiyor musunuz?					
8	Çenenizdeki problem nedeniyle yemek yerken yemeğe ara vermek zorunda kalıyor musunuz?					
9	Çenenizdeki problem nedeniyle gevşemek/sakinleşmek size zor geliyor mu?					
10	Çenenizdeki problem nedeniyle utanıyor musunuz?					
11	Çenenizdeki problem nedeniyle başka insanlarla birlikteyken keyfiniz kaçıyor mu?					
12	Çenenizdeki problem nedeniyle günlük işlerinizi yapmakta zorlanıyor musunuz?					
13	Çenenizdeki problem nedeniyle hayatı daha az tatmin edici olduğunu düşünüyor musunuz?					
14	Çenenizdeki problem nedeniyle hiç iş yapamaz durumda mısınız?					

EK-4 Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Seçenekleri belirtirken şu belirtilen puanlamayı kullanın:

1=Asla böyle bir şey yapmam 2=Çok az böyle yaparım 3=Orta derecede böyle yaparım
4=Çoğunlukla böyle yaparım

1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

4.Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

5.Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

EK-4 (devam) Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

6.Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

7.Allah`a tevekkül eder, O`na dayanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vazgeçiririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

13.Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

EK-4 (devam) Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.

1 () 2 () 3 () 4 ()

16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

18.Allah`ın yardımını umarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

19.Bir eylem planı yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

20.Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

23.Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

EK-4 (devam) Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

24.Sorunla baş etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vazgeçerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

26.Alkol ya da sakinleştirici alarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

28.Duygularımı dışarı vururum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

EK-4 (devam) Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

33.Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

36.Sorunla ilgili şaka yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

37.İstediğimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

41.Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

EK-4 (devam) Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde çaba gösteririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek dobra dobra bir tavır takınırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

EK-4 (devam) Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

58.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

59.Başıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.

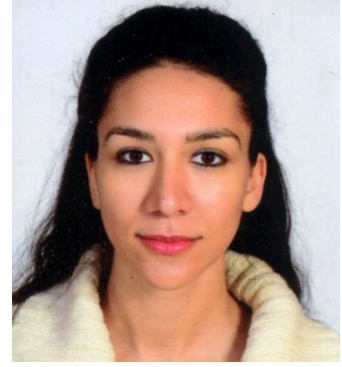
1 () 2 () 3 () 4 ()

60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

ÖZGEÇMİŞ**Kişisel Bilgiler**

Soyadı, adı : HASANOĞLU ERBAŞAR, Güzin Neda
Uyruğu : T.C.
Doğum tarihi ve yeri : 10/09/1986 Ankara
Medeni hali : Evli
Telefon : 0 (312) 321 22 81
E-posta : neda986@gmail.com



Eğitim Fakültesi:	Okul / Program	Mezuniyet yılı
Doktora	Gazi Üniversitesi Ağız, Diş, Çene Cerrahisi ABD	2014
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	2009
Lise	Bursa Kız Lisesi	2004

Yabancı Dili

İngilizce, Almanca



GAZİ GELECEKTİR...