

**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**FİBROMİYALJİ SENDROMU VE ROMATOİD ARTRİT**  
**HASTALARININ SIKINTIYA VE RAHATSIZLIĞA DAYANMA**  
**DERECELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZIRLAYAN**  
**MURAT ÖZÜBERK**

**GAZİANTEP – 2018**

**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**FİBROMİYALJİ SENDROMU VE ROMATOİD ARTRİT**  
**HASTALARININ SIKINTIYA VE RAHATSIZLIĞA DAYANMA**  
**DERECELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZIRLAYAN**  
**MURAT ÖZÜBERK**

**TEZ DANIŞMANI**  
**PROF. DR. MEHMET HAKAN TÜRKÇAPAR**

**GAZİANTEP – 2018**

## TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum **“Fibromiyalji Sendromlu ve Romatoid Artritli Hastaların Sıkıntıya ve Rahatsızlığa Dayanma Düzeylerinin Karşılaştırılması”** başlıklı çalışmanın tarafımda, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.  
27/07/2018

Murat Özüberk

## ÖNSÖZ

Son yıllarda dünyada olduğu gibi ülkemizde de kronik ağrılı seyreden hastalıkların başını çeken Fibromiyalji Sendromu ve Romatoid Artrit hastaları multidisipliner yöntemlerle tedavi edilmektedir. Her iki hastalıkta da ortak olarak görülen psikolojik problemler ile sıkıntıya dayanma ve rahatsızlığa dayanma düzeyleri arasındaki ilişkiye dikkat çekerek bu hastaların klinikte yapılan değerlendirme ve tedavisine katkı sunmak amaçlanmıştır.

Bu çalışmama fikirleriyle yol gösteren, birikimleriyle katkıda bulunan değerli hocam Prof. Dr. M. Hakan TÜRKÇAPAR'a,

Lisans ve yüksek lisans dönemimde eğitimime katkı sağlayan tüm hocalarıma,

Bu süreçte anlayışı, katkısı ve çok değerli desteği için sevgili eşim Burcu ÖZÜBERK'e, biricik kızım İpek'e ve aramıza yeni katılan canım oğlum Deniz'e,

Sonsuz teşekkürler...

Gaziantep, 2018

Murat Özüberk

## ÖZET

Bu araştırmada, fibromiyalji sendromlu hastalar ile romatoid artritli hastaların sıklıntıya ve rahatsızlığa dayanma düzeylerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Araştırmaya, Denizli Devlet Hastanesi'nin Fizik Tedavi Polikliniğine başvuran 30 fibromiyalji sendromlu hasta ve Romatoloji Polikliniğine başvuran 30 romatoid artritli hasta gönüllülük esasına dayalı olarak katılmıştır. Örneklemi oluşturan 60 hastanın 34'ü kadın ve 26'sı erkektir. Hastaların sıklıntıya dayanma düzeylerini ölçmek için "Sıklıntıya Dayanma Ölçeği" ve rahatsızlığa dayanma düzeylerini ölçmek için "Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği" kullanılmıştır. Bağımsız grup t testi analizi sonucunda fibromiyalji sendromlu hastaların sıklıntıya dayanma düzeyi romatoid artritli hastalarına göre daha düşük bulunmuştur. Fibromiyalji sendromlu hastalarının sıklıntıya dayanma alt ölçeklerinden SDÖ-T ve SDÖ-Ö düzeyi romatoid artritli hastalarına göre daha düşük bulunmuştur. Her iki hastalık grubunun SDÖ-R düzeylerinde ise istatistiksel olarak bir farklılık görülmemiştir ancak klinik olarak düşük olduğu görülmüştür. Rahatsızlığa dayanma düzeyleri açısından ise fibromiyalji sendromlu ve romatoid artritli hastalar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Sosyal destek alan fibromiyalji sendromlu ve romatoid artritli hastaların sıklıntıya dayanma düzeyi daha yüksek olduğu görülmüştür. Psikiyatrik tedavi alan fibromiyalji sendromlu ve romatoid artritli hastaların sıklıntıya dayanma düzeyi alt ölçeklerinden SDÖ-T ve SDÖ-Ö düzeyinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Araştırmanın sonuçları alanyazın ışığında tartışılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Fibromiyalji, romatoid artrit, sıklıntıya dayanma düzeyi, rahatsızlığa dayanma düzeyi, tolerans.

## ABSTRACT

In this study, it was aimed to compare the distress tolerance and discomfort intolerance levels of patients with fibromyalgia syndrome and patients with rheumatoid arthritis. 30 fibromyalgia syndrome patients who applied to the Physical therapy outpatient clinic of Denizli State Hospital and 30 rheumatoid arthritis patients who applied to the rheumatology outpatient clinic participated on the voluntary basis. Of the 60 patients that were sampled, 34 were female and 26 were male. "Distress Tolerance Scale" was used to measure patients' level of distress tolerance and "Discomfort Intolerance Scale" was used to measure the level of discomfort intolerance. As a result of the independent samples t-test analysis, distress tolerance level of patients with fibromyalgia syndrome has been found lower than patients with rheumatoid arthritis. SDÖ-T and SDÖ-Ö levels which are subscales of SDÖ were found to be lower in patients with fibromyalgia syndrome than in patients with rheumatoid arthritis. There was no statistically significant difference between the SDS-R levels of both disease groups but it was found to be clinically low. There was no significant difference in terms of the level of discomfort intolerance between patients with fibromyalgia syndrome and patients with rheumatoid arthritis. Patients who getting social support with fibromyalgia syndrome and patients who getting social support with rheumatoid arthritis was found that the distress tolerance level was higher. Patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis who received psychiatric treatment were found to have a lower level of SDÖ-T and SDÖ-Ö levels which are subscales of SDÖ. The findings of the study were discussed with respect to the relevant literature.

**Keywords:** fibromyalgia syndrome, rheumatoid arthritis, distress tolerance level, discomfort intolerance level, tolerance.

## İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii

### BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ.....	1
PROBLEM DURUMU.....	1
1.1. Problem Cümlesi.....	3
1.2. Araştırmanın Alt Problemleri.....	3
1.3. Araştırmanın Amacı.....	3
1.4. Araştırmanın Önemi.....	3
1.5. Araştırmanın Varsayımları.....	3
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	4

### İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....	5
2.1. Fibromiyalji Sendromu.....	5
2.1.1. Fibromiyalji Sendromunun Epidemiyolojisi.....	5
2.1.2. Fibromiyalji Sendromunun Etiyolojisi.....	6
2.1.3. Psikolojik faktörler.....	9
2.1.4. Klinik Belirtiler ve Tanı.....	11
2.1.5. Ayırıcı Tanı.....	13
2.1.6. Tedavi ve Prognoz.....	14
2.2. Romatoid Artrit.....	16
2.2.1. Romatoid Artritin Epidemiyolojisi.....	16

2.2.2. Romatoid Artritin Etiyolojisi.....	16
2.2.3. Klinik Belirtiler ve Tanı.....	17
2.2.4. Ayırıcı Tanı.....	19
2.2.5. Tedavi ve Prognoz.....	19
2.3. Fibromiyalji Sendromu ve Romatoid Artrit Hastalarının Karşılaştırıldığı Psikolojik Araştırmalar.....	20
2.4. Sıkıntıya Dayanma.....	22
2.4.1. Sıkıntıya Dayanma Üzerine Yapılan Çalışmalar.....	26
2.5. Rahatsızlığa Dayanma.....	27
2.5.1. Rahatsızlığa Dayanma Üzerine Yapılan Çalışmalar.....	29
2.6. Fibromiyalji Sendromu'nda Sıkıntıya ve Rahatsızlığa Dayanma'nın Rolü.....	30
2.7. Romatoid Artrit Hastalarında Sıkıntıya ve Rahatsızlığa Dayanmanın Rolü.....	31
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM</b>	
<b>YÖNTEM.....</b>	<b>33</b>
3.1. Araştırma Modeli.....	33
3.2. Evren ve Örneklem.....	33
3.3. Veri Toplama Araçları.....	34
3.3.1. Sosyo-demografik Bilgi Formu.....	34
3.3.2. Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ).....	34
3.3.3. Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği (RDÖ).....	34
3.3.4. Verilerin Analizi.....	35
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM</b>	
<b>BULGULAR VE YORUMLAR.....</b>	<b>36</b>
4.1. Araştırmaya Katılan Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgiler.....	36



4.2. FMS ve RA Hastalarının Başvurdukları Tedavi Yöntemleri ve Eşlik Eden Diğer Hastalıklar.....	37
4.3. FMS ve RA Hastalarının Sosyal Destek Açısından İncelenmesi.....	37
4.4. FMS ve RA Hastalarının Ölçekler Açısından İncelenmesi.....	38
4.5. SDÖ ve RDÖ'nin Korelasyon Analizi.....	39

## **BEŞİNCİ BÖLÜM**

<b>TARTIŞMA.....</b>	<b>40</b>
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>45</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>46</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>70</b>
EK1. Demografik Veri Formu.....	71
EK2. Sıkıntıya Dayanma Ölçeği.....	72
EK3. Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği.....	73

## TABLULAR LİSTESİ

	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 1.</b> ACR 1990,2010,2013 FMS Tanı Kriterleri.....	12
<b>Tablo 2.</b> 2010 RA ACR/EULAR Tanı Kriterleri.....	18
<b>Tablo 3.</b> Demografik Verilerin Yüzdelerik Dağılımı.....	36
<b>Tablo 4.</b> FMS ve RA Hastalarının Ölçeklere Göre Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması İçin Bağımsız Gruplar t Testi Tablosu.....	38
<b>Tablo 5.</b> SDÖ ve RDÖ Korelasyon Analiz.....	39



## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>FMS</b>	:	Fibromiyalji Sendromu
<b>RA</b>	:	Romatoid Artrit
<b>SDÖ</b>	:	Sıkıntıya Dayanma Ölçeği
<b>RDÖ</b>	:	Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği
<b>SDÖ-T</b>	:	Sıkıntıya Dayanma Ölçeği-Tolerans
<b>SDÖ-Ö</b>	:	Sıkıntıya Dayanma Ölçeği-Özyeterlilik
<b>SDÖ-R</b>	:	Sıkıntıya Dayanma Ölçeği-Regülasyon
<b>RDÖ-RD</b>	:	Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği- Rahatsızlığa Dayanma
<b>RDÖ-RK</b>	:	Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği- Rahatsızlıktan Kaçınma
<b>ACR</b>	:	Amerikan Romatoloji Derneği
<b>ACTH</b>	:	Adrenokortikotropin Hormon
<b>PTSB</b>	:	Post Travmatik Stres Bozukluğu
<b>BDT</b>	:	Bilişsel Davranışçı Terapi
<b>EMDR</b>	:	Eye Movement Desensitizasyon and Reprocessing
<b>HLA</b>	:	Human Leukocyte Antigen
<b>RNA</b>	:	Ribonükleik Asit
<b>SLE</b>	:	Sistemik Lupus Eritamatozus
<b>PMR</b>	:	Polimyaljia Romatika
<b>MAS</b>	:	Miyofasyal Ağrı Sendromu
<b>HPA</b>	:	Hipotalamo Adrenal
<b>AYS</b>	:	Ağrı Yerleşim Skoru
<b>SES</b>	:	Semptom Etki Sorgulaması
<b>TSA</b>	:	Trisiklik Antidepresanlar
<b>SNRI</b>	:	Serotonin Norepinefrin Reuptake Inhibitor
<b>SSRI</b>	:	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor

**TSA:** : Trisiklik Antidepresanlar

**OSS** : Otonom Sinir Sistemi



## BİRİNCİ BÖLÜM

### GİRİŞ

#### PROBLEM DURUMU

Son zamanlarda insanların çalışma ve yaşam koşullarının getirmiş olduğu zorluklar, savaşlar, göç, travmatik yaşantılar ve bu durumlar ile tetiklenen kronik ağrı hastalıkları çağın hastalığı haline gelmiştir. Ağrı ile olumsuz duygu durum arasındaki ilişki çok karmaşık ve iki yönlüdür. Sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanmanın bu çift yönlü ilişkinin oluşmasında, hastalığın gelişiminde ve ilerlemesinde önemli bir yeri vardır.

Simons ve Gaher'e göre sıkıntı, bilişsel ya da fiziksel süreçlerin bir sonucu olarak ortaya çıkabilmekte ancak kendini emosyonel bir durum olarak göstermektedir (Brown ve ark., 2005:713). Leyro ve ark. (2010:576) ise sıkıntıya dayanmayı bireyin algıladığı ya da gerçekte var olan olumsuz duygulanım ve caydırıcı psikolojik ve/veya fiziksel durumlara dayanma kapasitesi olarak tanımlamıştır.

Rahatsızlığa dayanma, bireyin fiziksel huzursuzluğa veya rahatsız edici bedensel durumlara dayanma kapasitesini ifade eder (Schmidt ve Cook, 1999:313). Rahatsızlığa dayanma, sadece ağrılı uyarana dayanabilme ile ilgili değil, rahatsız edici bütün uyarıların kapsayan daha geniş duygusal bir alanla ilgilidir (Simon ve Gaher, 2005:83).

Yakın zamanda yapılan araştırmalara göre, rahatsızlığa dayanamama bireylerin sağlık hizmetlerinin fazla kullanmasına, kronik sağlık sorunlarından sık yakınmasına ve rahatsız edici duymalardan kurtulmak için artmış madde/ilaç kullanmasına neden olabilmektedir (Cox ve ark., 1993:413, McWilliams and Asmundson, 2001:161). Sıkıntıya dayanma afekt disregülasyonu (duygu düzenleme güçlüğü) ile ilgili birçok araştırma da ele alınmıştır. Örneğin sınır kişilik bozukluğu olan bireylerde görülen artmış dürtüsel davranışın sıkıntıyı azaltmak için yapılan bir davranış olduğu ve bu bireylerde düşük sıkıntıya dayanma kapasitesinin bulunduğu ileri sürülmüştür (Linehan, 1993:757).

Fibromiyalji sendromu (FMS); etiyojisi belli olmayan, yaygın vücut ağrıları, belirli anatomik bölgelerde hassasiyet, azalmış ağrı eşiği, uyku bozuklukları, yorgunluk ve sıklıkla psikolojik sıkıntı ile karakterize eklem dışı romatizmal bir hastalıktır (Yunus ve ark., 1981: 151; Wolfe ve ark., 1990a:160).

FMS'li kişilerin tutumlarının doku hasarı derecesi ile ilişkili olmadığı, daha çok anksiyete ve depresyon gibi psikolojik etkenlerle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Bradley and McKenree-Smith, 2002: 45; Macbeth and Silman, 2001:157). Psikiyatrik rahatsızlıklar ve

psikososyal sıkıntı (distres), FMS'li hastaların davranışını etkileyen en önemli faktörlerdendir. FMS'li hastalarda yaşam boyu psikiyatrik rahatsızlıkların yüksek oranda olduğu, hastalık başlamadan önce de psikiyatrik rahatsızlıkların var olduğu görülmüştür (Hudson ve ark., 1985:441). FMS'nin duygu durum grubu (afektif spektrum) bozukluğunun bir parçası olduğu ileri sürülmüştür (Hudson ve ark., 1992:363). FMS'deki hassas noktalar ile psikolojik durum arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada hassas noktalar ile psikolojik distres ve özellikle somatizasyon arasında ilişki saptanmıştır (Dönmez ve Erdoğan, 2009:60). FMS'de en yaygın psikiyatrik komorbid tanı depresyon, somatizasyon ve anksiyete bozukluklarıdır (Soran ve ark., 2008:1; Dunne FJ and Dunne CA, 2012:211). Yapılan çalışmalar FMS'nin en önemli belirtisi olan ağrının psikiyatrik rahatsızlıklar ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Evren ve ark., 2005:69).

Romatoid artrit (RA), birçok eklemi aynı anda tutabilen, kronik seyirli, etiyojisi bilinmeyen, sistemik iltihabi otoimmün bir hastalıktır. İnflamatuar aktivite sürdükçe, tablonun ağırlığına göre eklemler, çevre dokular, diğer organ ve sistemler etkilenebilmektedir. Yapılan sistematik çalışmalarda RA'lı hastaların normal popülasyona oranla daha fazla anksiyete, depresyon, inhibisyon ve yetersizlik duygularına sahip olduğu belirlenmiştir (Pincus, 2003:58; Brons, 1993:634; Creed, 1990:808). Dünyanın her yerinde görülen RA hastalığının toplumdaki sıklığı %0.5-%1 arasındadır. Her yaşta görülebilmekle birlikte en çok 30-50 yaşları arasında başlamakta ve kadınlarda erkeklere oranla iki-üç kat daha fazla görülmektedir. RA uzun yıllardır bilinmesine karşın, etiyojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Etiyojistik açıdan genetik faktörlerin, immunolojik bozuklukların ve çevresel etmenlerin hastalığın ortaya çıkmasında rol oynadığı düşünülmektedir (Hamuryudan, 2003:19; Mac Donald and Sorby, 2006:101; Hammond and Jeffereson, 2005).

FMS ve RA hastalarında sık rastlanılan depresyon, anksiyete ve çocukluk çağı örselenmeleri gibi psikolojik rahatsızlıklar hastalığın şiddetini, gelişmesini ve seyrini olumsuz yönde etkilemektedir. Her iki hastalıkta da fiziksel ve psikolojik belirtiler bir arada görülür ve bu belirtiler birbirlerini negatif yönde etkiler. Hastaların yaşamış olduğu fiziksel ve psikolojik sorunlar iş yaşamlarında, aile ve arkadaş ilişkilerinde çeşitli problemleri de beraberinde getirmektedir. Ayrıca her iki hastalıkta dikkat dağınıklığına ve motivasyon kaybına yol açarak iş kalitesini ve verimini düşüren, yüksek tedavi maliyetlerine neden olan önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Sıkıntıya dayanma olumsuz duygusal uyaranlara dayanma olarak tanımlanırken, rahatsızlığa dayanma ise kronik ağrı gibi daha çok fiziksel uyaranlara dayanma olarak tanımlanmaktadır. Hastaların maruz kaldığı fiziksel ve psikolojik bozuklukların

etkilerini azaltmak için sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanma kapasitesinin belirlenmesi ve düzeyinin artırılması çok önemlidir.

### **1.1.1. Problem Cümlesi**

Araştırmanın problem cümlesi “Fibromiyalji sendromu ve romatoid artrit hastalarının sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanma dereceleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?”

### **1.1.2. Araştırmanın Alt Problemleri**

1. Fibromiyalji sendromu ve romatoid artrit hastalarının sıkıntıya dayanma dereceleri arasında anlamlı farklılık var mıdır?

2. Fibromiyalji sendromu ve romatoid artrit hastalarının rahatsızlığa dayanma dereceleri arasında anlamlı farklılık var mıdır?

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmada FMS ve RA hastalarında sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanma düzeyleri arasında herhangi bir fark olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır.

## **1.3. Araştırmanın Önemi**

FMS ve RA hastalığı olan kişilerde fiziksel ve psikolojik bozuklukların birlikte görülmesi, pek çok farklı tedavi seçenekleri denenmesine rağmen sınırlı bir iyileşme elde edilmesi her iki hastalık üzerindeki dikkatin artmasına ve çeşitli araştırmaların yapılmasına yol açmıştır. Ülkemizde FMS ve RA hastaları ile ilgili yapılmış pek çok çalışma olsa da sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanma düzeylerinin incelendiği herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Alanında bir ilki gerçekleştirecek olan bu çalışma ile sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanma düzeylerinin belirlenmesinin hastaların değerlendirilmesine ve tedavisine önemli bir katkı sağlayacağını düşünüyoruz.

## **1.4. Araştırmanın Varsayımları**

Araştırmamızın hipotezlerini şöyle sıralayabiliriz:

H1: Fibromiyalji sendromu hastalarının sıkıntıya dayanma düzeyi romatoid artrit hastalara göre daha düşüktür.

H2: Fibromiyalji sendromu hastalarının rahatsızlığa dayanma düzeyi romatoid artrit hastalarına göre daha düşüktür.

## 1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıkları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Araştırmaya 18 yaş üstü ve asgari düzeyde okur-yazar olan FMS'li ve RA'lı olan hastalar dahil edilmiştir.

- Araştırma, Denizli Devlet Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ile Romatoloji polikliniğindeki uzman hekim tarafından FMS ve RA tanısı alan hastalar ile sınırlıdır.

- Araştırma, Denizli ilinde ve sadece Denizli Devlet Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir.





## İKİNCİ BÖLÜM

### KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

#### 2.1. Fibromiyalji Sendromu

FMS kronik ve yaygın kas ağrısı ile karakterize, anksiyete, depresyon, yorgunluk, parestezi, uyku düzensizliği, baş ağrısı ve iritabl bağırsak sendromu benzeri semptomların da sıklıkla eşlik ettiği, duyarlı noktalar olarak adlandırılan belirli anatomik bölgelerde aşırı hassasiyetin olduğu, eklem dışı bir romatizmal hastalıktır (Wolfe ve ark., 1990:160). Hastalığın risk etmenleri arasında kadın cinsiyeti, orta yaş, düşük eğitim düzeyi, düşük aile geliri, boşanmış olmak ve engelli olmak yer alır (Yunus, 1994:5).

Etiyolojisi belli olmayan FMS, yaygın vücut ağrıları, Amerikan Romatoloji Derneği (ACR) tarafından tanımlanmış 8 noktada hassasiyet, azalmış ağrı eşiği, uyku bozuklukları, yorgunluk, affektif bozukluk, kronik yaygın kas-iskelet ağrısı ve kronik baş ağrısı (migren), soğuk ekstremiteler, globus hissi, temporamandibüler eklem ağrısı, dismenore, premenstrüel sendrom, iritabl bağırsak sendromu, dizüri (kadın üretral sendromu), fonksiyonel solunum sistemi semptomları, fonksiyonel kardiyak semptomlar, semptomların hava şartları ile değişmesi, semptomların stres ve anksiyete ile artması, anksiyete, reyno fenomeni, sikka semptomları şeklinde çok farklı semptomlar ile karakterizedir (Hamuryudan, 2003:19; Laurence ve ark., 2005:1869; Claw, 2007:102; Rooks, 2007:111). FMS'de yorgunluk, bitkinlik, sabahları yorgun uyanma, dinlenememe, sabah tutukluğu, yumuşak dokularda subjektif şişkinlik hissi, parestezi, tremor, aşırı terleme vardır (Akkuş ve ark.; 1998:41; Kayhan, 1995; Wolfe ve ark.; 1995:151).

Bazı araştırmacılara göre FMS'de klinik bulguların çeşitliliği, hasta uyumu ve tedavi yanıtlarının farklı olması FMS'nin alt gruplara ayrılması gerektiği fikrini ortaya çıkarmıştır (Özkan, 2015:32). Temelde primer ve sekonder olmak üzere iki ana grupta sınıflandırılan FMS'de primer olanında ağrıyı başlatabilecek kesin bir organik faktör bulunmazken, bağ dokusu hasarının veya eklemlerdeki romatizmal bulguların olması gibi altta yatan başka bir hastalık varlığında sekonder FMS tanımlaması kullanılmaktadır (Arnold, 2010:375).

##### 2.1.1. Fibromiyalji Sendromunun Epidemiyolojisi

FMS, klinik pratikte oldukça sık karşılaşılan bir sendrom olmasına karşın, görülme sıklığı ile ilgili kesin verilere ulaşmak mümkün olmamaktadır. Semptomların başlangıcının ve bu tür ağrıların gerçek insidansının tam olarak ortaya konulması sorun yaratabilmektedir. Bu durum hastalığın prevalansının tahminlerin altında kalmasının bir nedeni olmaktadır. Çoğu

hasta, kas ağrısı, baş ağrısı, baş dönmesi, epigastrik rahatsızlık, uykusuzluk, karın ağrısı, asteni, kilo değişimi, alerji öyküsü, göğüs ağrısı, dispne, parestezi ve taşikardi gibi semptomların bir veya birkaçı ile karşımıza çıkmaktadır. Aslında, bu hasta grubunun birçoğu tanı konulmamış FMS'dir (McBeth and Jones, 2007: 403; Gran, 2003: 547).

Yapılan çalışmalar sonucunda FMS'nin tüm dünyada görülme prevalansının %0,5-5,8 arasıdayken (Özkan ve ark., 2012:1841) batı ülkelerinde görülme sıklığı %2-10 arasında değişmektedir. Norveç (%10,5) en yüksek prevalansa sahipken en düşük prevalanslar ise Finlandiya (%0,8) ve Danimarka'da (%0,7) görülmektedir (McBeth and Jones, 2007:403; Branco ve ark., 2010: 448).

Cinsiyet oranları açısından da farklılıklar görülmektedir. Bu nedenle de, kadınlarda %0.7 ile %13 arasında, erkeklerde %0.2 ile %3.9 arasında oldukça değişken prevalans oranları bildirilmektedir (McBeth and Jones, 2007: 403; Gran, 2003: 547). FMS kadınlarda erkeklerden 9-10 kat daha sık görülmektedir (Wolfe ve ark., 1995:15).

Hastalık 14-84 yaşları arasında, en sık da 35-50 yaşlarında görülmektedir (Wolfe ve ark., 1995:15). Ülkemizde Topbaş ve ark. (2005:140) yaptıkları bir çalışmada, FMS prevalansı 20-64 yaş arası kadınlarda %3,6 ve 20-29 yaş arasında %0,9 olarak saptanmıştır.

### **2.1.2. Fibromiyalji Sendromunun Etiyolojisi**

Etiyolojisi tam olarak belirlenemeyen FMS ile ilgili yapılmış çalışmalarda kaydedilen ilerlemelere göre etiyojisinde genetik ve çevresel faktörler, nöroendokrin, kaslar ile ilgili, biyokimyasal faktörler, otonom sinir sistemi, periferik ve santral sinir sistemi, uyku bozuklukları, immunolojik ve psikolojik faktörlere ait kanıtlar bulunmuştur (Bellato ve ark., 2012 : 426; Ablin ve ark., 2008:273; Wolters Kluwer Health, 2014; Buskila, 2009: 242). Son yıllarda yapılmış çalışmaların hipotezlerinde daha çok gen değişimlerine ve ağrı modülasyonunun santral mekanizmalarına odaklanılmıştır (Bradley ve ark., 2002:45). Genel olarak bakıldığında santral ve periferik faktörlerin kompleks olarak etkileşimi sonucunda FMS gelişmektedir (Ay, 2015: 5). FMS' li hastalarda periferde başlayan ağrı bir süre sonra birikmesiyle santral sentizasyona yol açmaktadır. FMS'li hastalarda santral sensitizasyon geliştikten sonra daha düşük eşik değerinde olan periferik uyarılar şiddetli olarak algılanmaya başlamakta, bu arada inhibitör mekanizmaların etkinliği de azaldığı için santral sensitizasyonun devamlılığı sağlanmış olmaktadır. Böylece santral sensitizasyonun ön planda olduğu bir patoloji gelişmektedir (Bellato ve ark., 2012: 426; Goldenberg, 2014; Ablin J ve ark., 2008:273; Carville ve ark., 2009: 1; Akıncı, 2009:153; Dönmez ve Erdogan, 2009: 60).

Yapılmış pek çok çalışmada FMS hastalarında güçlü ailesel ilişki gözlemlenmiştir. Park ve Ablin, yaptıkları çalışmada FMS'nin genetik yönlerine odaklanmışlardır. Serotonerjik, dopaminerjik ve katekolaminerjik yolları içeren spesifik gen poliformizlerine dikkati çekmiştir. FMS'nin ilerlemesinde ve gelişmesinde bu genlerin önemli rolü olduğu anlaşılmıştır (Park ve ark., 2015:58; Ablin and Buskila, 2015:20). Çünkü bu poliformizmler, monoaminlerin metabolizmasında ve taşınmasında görevlidirler ve bireyin strese cevap verme durumlarında etkin role sahiptirler (Harris and Clauw, 2008:1331).

İnflamatuvar bir hastalık olmamasına rağmen FMS'li hastalarda görülen hiperaljezi, allodini, yorgunluk, ateş, uyku bozukluğu, bilişsel disfonksiyon, anksiyete gibi semptom ve bulgulardan yola çıkan araştırmacılar, sitokinlerin hastalığın patofizyolojide belirleyici rol oynayabileceği kanısına varmışlardır (Amel Kashipaz ve ark., 2003:360).

FMS'nin gelişiminde tetikleyici olarak çevresel etkenlerin de söz konusu olabileceği düşünülmektedir. Fiziksel travma, Hepatit C, Epstein Barr virüsü, parvovirus, Lyme hastalığı gibi enfeksiyon hastalıkları ve duygusal stres gibi çevresel 'stres' kaynakları, FMS ya da kronik yorgunluk sendromunun oluşmasında etkin rol oynayabilir. FMS hastalığı aynı zamanda diğer bölgesel ağrılı durumlar ya da bağışıklık sistemi ile ilgili hastalıklarla da ilişkili olabilir. Çevresel stres etkenlerine maruz kalan bireylerden ancak %5 ile %10'unda bu durum kronik yaygın ağrıya ya da FMS'ye yol açar; bu hastaların %90-95 gibi büyük çoğunluğu ise sağlıklarına yeniden kavuşabilmektedirler (Richard ve ark., 2008:1333).

Büyük felaketler, terör saldırıları, doğal afet ya da endüstriyel kazalar gibi durumlara maruz kalan kişiler ile FMS ve kronik yorgunluk teşhisi konan kişiler arasında bedensel semptomlar açısından benzerlikler görülebilmektedir. Örneğin 'körfez savaşı hastalıkları' terimi, savaşa katılan toplam 700.000 askerin %10 ile %15'inde bir süre sonra ortaya çıkan baş ağrıları, kas ve eklem ağrıları, yorgunluk, hafıza ve sindirim sistemi ile alakalı problemlerden oluşan semptomları belirtmek için kullanılmaktadır. Savaşta şiddete sürekli olarak maruz kalma, bu gibi hastalıklara yatkınlığı olan bireylerde buna benzer hastalıkların oluşmasına neden olabilir. Bu kişilerde korku ve endişe hislerinin görülmesinin yanı sıra, kliniklerde rahatlıkla, FMS, kronik yorgunluk sendromu, migren ve irritabl bağırsak sendromu gibi teşhisler alabilirler (Daniel, 2003:1357).

FMS'ye yol açtığı düşünülen felaketlerin, 'insan eli' ile gerçekleştirilen veya deprem, sel baskını, yangın gibi 'doğal' yollarla gelişen afetler olarak birbirinden ayrılması, bireyler

üzerinde yarattığı ruhsal gerilimin farklılık göstermesi nedeni ile gerekmektedir. Bu olaylar ile ortaya çıkan kronik bedensel semptomlar, ağrı ya da FMS'nin oluşmasında kişisel etkenlerin rolü (özellikle de kadın cinsiyeti), çevresel 'stres' etkenleri olmadan önce yaşanan psikolojik sıkıntılar, acılar ya da diğer problemlerin varlığı, semptomların kronikleşebileceğine yönelik beklentilerin olması, çevresel olayların ardından hareketsiz kalma ya da çalışmaya ara verme gibi durumların, ağrı ya da diğer bedensel semptomların gelişiminde etkili olabileceği bildirilmektedir. Çevresel olayların yoğunluğu ya da belirli özellikleri hastalığın seyrinde az da olsa etkili olabilmektedir. Endişe ya da beklenti gibi psikolojik etkenlerin oluşmasının semptomların kronikleşmesinde öncelikli bir öneme sahip olduğu düşünülmektedir. Biyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerin tümünü ele alan bütüncül bir yaklaşım ile olaydan geriye kalan 'izlere' müdahale edilmesi gerekmektedir (Samuel ve ark., 2004:653).

FMS semptomlarının başlangıcı ve/veya alevlenmesinin stres kaynaklı olması nedeni ile Wood (2004:420), bu hastalığı 'strese bağlı bozukluk' olarak tanımlamıştır. Van Houdenhove ve ark. (2005:365) kalımsal predispozan faktörler ile ilişkili olduğu müddetçe stresin, FMS için etyopatogenetik bir faktör olacağını belirtmiştir.

Bazı araştırmacılara göre FMS'li hastaların hava şartlarının değişmesi ile acılarının şiddetlendiği gösterilmiştir (Yunus ve ark., 1981:151; Wolfe ve ark., 1985: 1159; Wolfe ve ark., 1990: 160). FMS hastalarının %57'sinde (155 FMS'li) havanın ağrı üzerindeki uzun dönem etkileri olduğu bulunmuştur (Wolfe ve ark., 1985:1159). FMS'li 11 hasta ile yapılan çalışmada 8 FMS'li hastada hava koşullarının ağrı skorlamalarını değiştirdiğini belirlenmiştir (Guedj ve ark., 1990:158).

Kaslardaki liflerde ve nosiseptörlerde olan değişiklikler, ağrının oluşmasında etkili rol oynadığı için FMS'li hastalar genellikle kas ve tendon gibi kas iskelet sisteminden kaynaklanan ağrıları algırlar. Yapılan çalışmada stres ve inflamasyon proteinleri ile kaslarda metabolik işlevleri olan enzimlerin değişmiş formlarına kas içinde rastlanılmıştır (Olausson ve ark., 2016: 345). Bu durum Ernberg ve ark. (1999:313) yaptıkları çalışmada, massater kasındaki serotonin serbestleşmesinin, FMS'nin travmaya yanıt olarak yükseldiği sonucunun bulunması ile bir kez daha doğrulanmıştır.

FMS'de kronikleşmiş bir otonom sinir sistemi (OSS) hiperaktivitesi olmasına rağmen strese karşı yetersiz sempatik cevap vardır (Staud, 2008:475). Daha önce yapılan pek çok çalışmada FMS'li hastaların artmış sempatik aktiviteye karşı azalmış parasempatik aktivitelerinin olduğu tesbit edilmiştir (Doğru ve ark., 2009:110).

FMS'de görülen otonomik disfonksiyon durumu, bu hastalıkta görülen farklı sistemlerdeki bulguları teorik olarak açıklayabilir. Geceleri görülen sempatik sistemlerdeki hiperaktivite, bu hastalarda karakteristik olarak görülen uyku bölünmesine neden olurken, yorgunluk ve strese karşı verilen sempatik cevapta bozulmalar ortaya çıkar. Adrenerjik aktivitedeki artış FMS'li hastalarda anksiyete, sık sık semptomları, reynoud benzeri fenomenin yanı sıra irritabl bağırsak sendromuna da neden olabilir. FMS'nin en belirgin bulgusu olan yaygın ağrı da sempatik disfonksiyon ile şu şekilde açıklanabilir: sempatik sinir sistemi bozukluğu kronik ağrı ve allodiniye yol açar (Akkoç, 2001).

Duygudurum ve anksiyete bozukluğunun olduğu FMS'li hastalarda merkezi monoaminergik sistemlerin bozukluğu gözlemlenir. Serabrospinal sıvıdaki serotonin, nöroadrenalin ve dopamin gibi metabolitlerin konsantrasyonları düşük; eksitator bir nörotransmitter olan glutamat ve substans P'nin konsantrasyonları ise yüksektir. Dolayısıyla ağrının işlenmesinde rol alan uyarıcı ve inhibe edici nörotransmitterler arasındaki denge bozulmuştur (Russell ve ark., 1992:550; Akıncı, 2009:153). Santral sinir sisteminde ağrı algılanmasında rolü olan ve ağrı üzerinde inhibitör etki gösteren substans P'nin salınımını azaltan serotonin, FMS'li hastalarda düşük seviyelerde olması nedeni ile substans P salınımının yeterince baskılanamayıp artış olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum da FMS'li hastalarda uyku bozukluğu, depresyon, anksiyete, bozulmuş kas fonksiyonu ve ağrı algılanmasının değişmesini tetiklemektedir (Ablin ve ark., 2008:273; Carville ve ark., 2009:1; Ankara Üniversitesi, 2014).

Ayrıca kronik strese maruz kalma ile FMS'ye yatkınlık arasında ilişki olabileceği öne sürülmüş, bu ilişki nöroendokrin anormallikler üzerinden açıklanmaya çalışılmıştır. Hem kronik stres durumunda hem de FMS'li hastalarda büyüme hormonu ile insülin benzeri büyüme faktörü (IGF) düzeylerinin azalması bu iddiayı doğrulamaktadır (Griep ve ark., 1994: 2125).

Uzun süre ağrıyla yaşayan kişilerin psikolojik sistemlerinde maladaptif değişiklikler meydana geldiği için uyku uyanıklık süreci de kötüleşmektedir (Wiech and Tracey, 2013:46; Simons ve ark., 2014: 61; Tamburin ve ark., 2014:1350). FMS'li hastaların büyük çoğunluğu uyuyamamaktan, sık aralıklarla uyanmaktan veya dinlendirmeyen kalitesiz uykudan yakınır (Harding, 1998:367; Bradley, 2009:22).

### **2.1.3. Psikolojik faktörler**

FMS'nin nedenleri üzerine yapılan araştırmalarda spesifik bir patofizyoloji ve hastanın şikayetlerine karşılık fiziki muayene ve laboratuvar bulgularında önemli bir bozukluğa

rastlanmaması hekimlerde ve araştırmacılar da hastalığın psikolojik kökenli olduğu yönündeki görüşün ortaya çıkmasına neden olmuştur (Reynolds, 1978: 285; Aaron ve ark., 1996: 436). Bu görüş Dönmez ve Erdoğan'ın (2009: 60) yapmış oldukları çalışmada FMS'li hastalarda bulunan hassas noktalar ile psikolojik distres ve özellikle somatizasyon arasındaki ilişki saptanarak desteklenmiştir. Ayrıca psikolojik faktörlerin FMS'deki ağrı şiddetini etkilediği ve algılanan sıkıntının şiddetini modüle ettiği de farklı bir çalışma ile belirlenmiştir (Hassett, Cone, and Sigal, 2000).

Psikiyatrik hastalıklar ve psikososyal sıkıntı (distres), FMS'li hastaların davranışını etkileyen en önemli faktörlerdendir. Psikiyatrik hastalıkların FMS'nin gelişmesine zemin hazırladığını öne süren bir çalışmada FMS'li hastalarda yaşam boyu psikiyatrik hastalıkların yüksek oranda bulunduğu ve FMS hastalığının başlamasından önce de psikiyatrik hastalığın var olduğu gösterilmiştir (Hudson ve ark., 1985: 441). Bununla birlikte FMS'nin somatoform bozukluklarının bir alt tipi olabileceği düşüncesini güçlendiren çalışma da mevcuttur (Yavuz, 2012).

Bohn ve ark.'nın (2013:342) yaptıkları çalışmada FMS tanılı 117 hastanın (%84 kadın) çocukluk ve ergenlik döneminde, %20.5'inin ciddi duygusal kötüye kullanım, %8.6'sının ciddi fiziksel kötüye kullanım, %12.8'inin ciddi cinsel taciz, %25.6'sının ciddi duygusal ihmal ve %12.0'sinin ciddi fiziksel ihmal yaşantısının olduğu bildirilmiştir. Ayrıca aynı çalışmada uygulanan diğer ölçeklerle 117 FMS hastasının 54'ünün (%46.2) muhtemel bir dissosiasyon bozukluk, 112'sinin (%95.7) muhtemel bir somatoform bozukluk ve 86'sının da (%73.5) muhtemel bir depresif bozukluk tanı kriterlerini karşıladığı bulunmuştur.

Psikiyatrik bozukluklar içinde önemli risk etmeni olan çocukluk çağı istismarı, psikolojik ve fiziksel şiddet, cinsel taciz, boşanma, ayrılma gibi stres kaynakları, akut veya kronik psikolojik zorlanmalar FMS'yi tetikleyebilmektedir (Gupta ve ark., 2007:666). Weissbecker ve ark. (2006:312) yaptıkları çalışmada çocukluk çağında yaşanan travmatik deneyimler, suistimal veya ihmalinin yol açtığı Hipotalamo- Pitüiter-Adrenal (HPA) eksen düzensizlikleri gibi nöroendokrin düzensizliklerinin erişkin FMS ile ilişkili olabileceğini ileri sürmüşlerdir.

Araştırmalarda FMS bulguları gösteren bireyler ile sağlıklı bireyler karşılaştırıldığında çocukluk döneminde aşırı travmatik strese maruz kalma oranının belirgin düzeyde FMS grubunda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Anderberg ve ark., 2000: 295; Bailey ve ark., 2003:331). Gündüz ve ark.'nın (2014:18) yapmış oldukları çalışmada FMS'li hastaların anksiyete, depresyon ve çocukluk çağı travma skorlarının miyofasyal ağrı sendromu ve

sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulunurken, FMS semptom sayısı ile çocukluk çağı travma ve depresyon toplam puanları arasında da anlamlı ilişki saptanmıştır. Ayrıca FMS grubunda ağlama, çok az çalışmaya karşılık görülen yorgunluk semptomları, olaylara abartılı tepkiler verme gibi yakınmaların olması çocukluk çağı travması ile ilişkilidir.

FMS'li hastalar ile yapılan bir çalışmada hastaların %66'sında FMS semptomları başlamadan önce post travmatik stres bozukluğu (PTSB) nun semptomlarının görüldüğü ve buna travmatik olayların eşlik ettiği, %30'unda en önce FMS belirtilerinin başladığı, %4'lük bir kısmında ise FMS belirtileri ile PTSD belirtilerinin aynı yıl içinde başladığı bildirilmiştir (Hauser ve ark., 2013:1216). Hastalar genellikle PTSD'nin başlangıç zamanı ile ağrının oluşmaya başlama zamanını karıştırmaktadır. Kişilerde ağrıyı oluşturan veya oluşturmeyen travmatik olaylardan sonra PTSD oluşur. Bu durum stresin ağrıdan önce geldiğini gösterir. Jenewein ve ark.'nın (2009:119) yaptıkları çalışma, PTSD belirtilerinin kalıcı ağrının başlamasında etkili olduğu düşüncesini kanıtlamaktadır.

#### **2.1.4. Klinik Belirtiler ve Tanı**

Geçtiğimiz son on yıl içerisinde, en baskın özelliği olan kronik ağrının olması ve bu duruma yorgunluk, uyku sorunları, baş dönmesi, bilişsel sorunlar (dikkat, bellek, konsantrasyon güçlükleri), depresyon, anksiyete ve sinirlilik gibi çok sayıda eşlik eden semptomun eklenmesinden dolayı FMS'nin genişleyen bir tanımı olmaya başlamıştır (Wilson ve ark., 2009:527). FMS'nin altında belirgin olarak psikojenik faktörlerin yattığı primer formu ve sjögren sendromu ya da inflamatuvar bağırsak hastalığı gibi faktörlerin neden olduğu sekonder formu vardır (Amital ve ark., 2006:663; Roldán-Tapia ve ark., 2007:10; Middleton ve ark., 1994:1181; Bonafede ve ark., 1995:133; Buskila ve ark., 1999:1167).

ACR 1990 yılında yayınladığı FMS tanı kriterlerinde kas-iskelet ağrısı tek semptom olarak değerlendirilirken (Wolfe ve ark., 1990:160), 2010 yılında yayınlanan kriterlerin 5 tanesinden sadece 1'i kas-iskelet ağrısı ile ilgilidir ayrıca bu değerlendirmeye Yaygın Ağrı İndeksi ve Semptomların Şiddeti Skalası eklenmiştir (Wolfe ve ark., 2010: 600; Wolfe ve ark., 2011:113). 2013 ACR'ye bakıldığında ise ağrı açısından daha fazla alan sorgulanıp hastaların semptomlarını daha geniş bir aralıkta derecelendirmek için Ağrı Yerleşim Skoru (AYS) ve Semptom Etki Sorgulaması (SES) geliştirilmiştir (Coşkun, 2015:15). Görülüyor ki, 2010 ACR tanı kriterlerine bilişsel ve somatik semptomlar, 2013 ACR tanı kriterlerine ise depresyon, anksiyete ve hafıza problemleri gibi psikolojik faktörler eklenerek daha önceden kas iskelet sistemindeki problemlerden kaynaklı olduğu düşünülen FMS'nin oluşmasında aslında psikolojik faktörlerin de etkili olduğu fikrini desteklemektedir.

**Tablo 1.** ACR 1990,2010,2013 FMS Tanı Kriterleri

ACR 1990, 2010 VE 2013 FİBROMİYALJİ TANI KRİTERLERİ		
ACR 1990	ACR 2010	ACR 2013
<p><b>1. Yaygın ağrı öyküsü: En az 3 ay boyunca vücudun sağ ve sol yarısında, belin üst ve alt yarısında ağrı ve aksiyel iskelet ağrısı varlığı</b></p> <p><b>2. Palpasyonla 18 hassas noktadan 11'inde ağrı olması: Başparmak ile 4 kg'lık basınç uygulanmalı</b></p> <p><b>3. Başka bir hastalık varlığı fibromiyalji tanısını dışlamaz.</b></p>	<p>1. Yaygın ağrı indeksi (YAI) <math>\geq 7</math> ve Semptom Şiddet Skalası (SŞ) <math>\geq 5</math> veya YAI=3-6 ve SŞ <math>\geq 9</math></p> <p>2. Semptomların en az 3 aydır devam ediyor olması</p> <p>3. Ağrıyı açıklayacak başka bir hastalık olmaması</p>	<p>1. Semptomlar ve ağrı yerleşimi son 3 aydır devam etmeli</p> <p>2. Ağrı yerleşim skoru (AYS) <math>\geq 17</math></p> <p>3. Semptom etkilenme sorgulanması (SES) <math>\geq 21</math></p>
<p>Hassas noktalar: <b>Oksiput (1, 2)</b> <b>Alt servikal (3, 4)</b> <b>Trapezius (5, 6)</b> <b>Supraspinatus (7, 8)</b> <b>İkinci kot (9, 10)</b> <b>Lateral epikondil (11, 12)</b> <b>Gluteal (13, 14)</b> <b>Büyük trokanter (15, 16)</b> <b>Diz (17, 18)</b></p>	<p><b>1. Yaygın Ağrı İndeksi (YAI):</b> Son 1 haftada ağırlı vücut bölgelerinin sayısı saptanır. Skorlama: 0-19 arasındadır. Sağ-sol omuz kuşağı Sağ-sol üst kol Sağ-sol ön kol Sağ-sol kalça(trokanter) Sağ-sol üst bacak Sağ-sol alt bacak Sağ-sol çene Göğüs, karın, boyun, sırt, bel</p> <p><b>2. Semptom Şiddeti Skalası (SŞ):</b> Skorlama: 0-12 arasındadır. a. Halsizlik b. Yorgun uyanma c. Bilişsel semptomlar d. Somatik semptomlar</p> <p><b>a, b ve c şıkları için:</b> Her birinin son 1 haftadaki düzeyi (0=normal, 1=hafif, 2=orta ve 3=şiddetli) kaydedilir.</p> <p><b>Somatik semptomlar için (klinisyen değerlendirmesi):</b> 0=semptom yok, 1=az sayıda semptom, 2=orta düzeyde semptom, 3=çok sayıda semptom var</p>	<p><b>1. Ağrı Yerleşim Skoru (AYS):</b> Son 1 haftada devamlı ağrı hissedilen yerler saptanır. Skorlama: 0-28 arasındadır. Boyun Sağ-sol çene, Sağ-sol sırt Sağ-sol bel, Orta sırt-orta bel Göğüs-ön, Sağ-sol omuz Sağ-sol kol, Sağ-sol el bileği Sağ-sol el, Sağ-sol kalça Sağ-sol uyluk, Sağ-sol diz Sağ-sol ayak bileği, sağ-sol ayak</p> <p><b>2. Semptom Etkilenme Skorlaması (SES):</b> Son 1 haftada hissedilen belirtilerin yoğunluğu 0-10 arasında değerlendirilir Skorlama: 0-100 arasındadır. Elde edilen skor ikiye bölünür.</p> <p>1. Ağrı (0-10) 2. Enerji (0-10) 3. Tutukluk (0-10) 4. Uyku (0-10) 5. Depresyon (0-10) 6. Hafıza problemleri (0-10) 7. Anksiyete (endişe) (0-10) 8. Dokunmaya duyarlılık (0-10) 9. Denge problemleri (0-10) 10. Yüksek ses, parlak ışık, koku ve soğuğa duyarlılık (0-10)</p>

**Kaynak:** Çakır, 2015:22; Coşkun, 2015:15

FMS'li hastalarda geniş bir yelpazede yer alan somatik ve psikolojik belirtiler olduğu rapor edilmiştir (Hauser ve ark., 2008:176; Chandran ve ark., 2008:415). Majör depresif



bozukluğu olmayan ve ailede ilk FMS görülen bireylerin incelendiği çalışmada, majör depresif bozukluk oranının ailede yüksek bulunması bize şunu gösteriyor, FMS ve majör depresif bozukluk ailesel olarak eşit risk faktörlerini içermektedir (Arnold ve ark., 2006:1219). Bununla beraber FMS'li hastalarda dikkat ve hafızanın, depresif semptomlardan bağımsız olarak etkilendiği görülmüştür (Tesio ve ark., 2015:143). FMS'li hastalarda görülen kognitif bozukluğun daha çok kronik ağrı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Bertolucci and de Oliveira 2013:344). Hastalardaki bilişsel bozukluklar ile ilgili yapılan çalışmalarda çalışan, anlamsal, olaysal belleklerde ve seçici dikkatte bozulma yaşandığı belirtilmiştir (Glass, 2008:20). Konsantrasyon bozukluğu ve hafıza problemleri ile ilgili olan bu durum 'fibro-fog' olarak da bilinen bu durum, siste yürümeye benzetilir. Olayları bir sis perdesi arkasından görmek gibidir.

Psikosomatik tıp ve genel tıp, psikiyatri, psikoloji, gibi diğer disiplinlere göre de FMS psikosomatik bir bozukluk olarak kabul edilir (Lipowski, 1988:1358; Kroenke, 2007:593). Psikiyatrik komorbiditeler ve psikolojik sıkıntıların da yaygın olarak incelendiği FMS'de, duygudurum ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığı genel popülasyona göre FMS hastalarında daha yüksek bulunmuştur (Wolfe ve ark., 2013:777). FMS semptomlarının ve buna bağlı sorunların yoğunluğu zaman içinde değişirken, stresin bu klinik semptomları daha da kötüleştirdiği belirtilmiştir (Amital ve ark., 2006: 663).

Psikosomatik açıdan bakıldığında FMS'nin, biyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu oluştuğu kabul edilmektedir. Bu tanı ve tedavi yaklaşımına göre hastanın klinik özellikleri ve tedaviye verdiği yanıt açısından incelendiğinde tüm FMS'li hastalar birbirinden farklıdır (Sarzi-Puttini and Cazzola, 2009). Böylece kişilik özellikleri gibi psikolojik faktörler, hastalarda stres ve fizyolojik yanıtı etkileyebilir (Clauw, 1995:369). Genellikle FMS'li hastalar, reynaud sendromu, xerophthalmia ve alkol bağımlılığından muzdariptirler (Podolecki ve ark., 2009:1).

### **2.1.5. Ayırıcı Tanı**

Tanıda, öykü ve fizik muayenenin temel köşe taşı olduğu FMS'li hastalarda hastalığın klinik özelliklerine göre tanı konur ve laboratuvar bulguları ile görüntüleme yöntemleri de diğer olası hastalıkların dışlanmasında kullanılır. Özellikle yaygın ağrı ve kronik seyri olduğu için hiperparatiroidizm, hipotiroidizm, D vitamini, organlarda hiperplazi oluşumu RA, polimiyaljiya romatika, miyozit, Sjögren sendromu gibi romatizmal hastalıklar, nöropatiler ve hipotiroidi benzeri pek çok farklı hastalık durumu ile karıştırılır (Lesley ve ark., 2011:457; Yunus, 2002: 201).

FMS ile sıkça karışan bir durum olan miyofasiyal ağrı sendromu (MAS) nda görülen tetik nokta ve gergin bantlar FMS'deki hassas nokta varlığından farklı bir durumdur. MAS tetik nokta palpasyonu ile sıçrama ve lokal seyirme cevabı alınırken FMS'de hassas nokta muayenesinde bu durum gözlenmez. Ayrıca FMS'de yaygın olan ağrı MAS'da lokal olarak gözlenir (Coşkun, 2015:15).

Tanı koymak için herhangi bir spesifik laboratuvar testi bulunmamakla birlikte sadece hastalarda normal inflamatuvar aktivite testleri uygulanır (Colladoa ve ark., 2002:745).

### **2.1.6. Tedavi ve Prognoz**

FMS tedavisinde multidisipliner, bireye özgü, hastanın aktif katılımının sağlandığı, kombine non-farmakolojik ve farmakolojik yaklaşımların olduğu; oluşan semptomların karakteristik özelliklerine ve yoğunluğuna göre uygun bir tedavi programı oluşturulmalıdır. Tedavide multidisipliner yaklaşımın kullanılmasının amacı hastalarda oluşan hayal kırıklığı, acizlik hissi ve kızgınlık gibi algıların yerini öz yeterlilik ve sonuç alma beklentisi gibi olumlu düşüncelere bırakmasıdır. Çünkü öz yeterliliği daha yüksek olan hastaların tedaviye verdikleri yanıtların daha iyi olduğu belirlenmiştir (Sarzi-Puttini ve ark., 2008:353).

FMS'nin tedavisinde kullanılan ve etkinliği kanıtlanmış farmakolojik ajanlar trisiklik antidepresanlar (TSA), siklobenzaprin, tramadol, serotonin norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI), selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve  $\alpha 2\delta$ -ligand antikonvülzanlar (pregabalin, gabapentin)'dir (Goldenberg ve ark., 2004:2388; Kroenke ve ark., 2009:206). Yapılmış bir çalışmada farmakolojik tedavi gören FMS'li hastaların tedavi görmeyenlere göre FMS'den daha fazla etkilendikleri bildirilmiştir (Linares ve ark., 2008).

Non-farmakolojik tedaviler olarak da eğitim, egzersiz tedavisi, bilişsel davranışçı terapi (BDT), EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), fiziksel tıp modaliteleri, hidroterapi, masaj, akupunktur, tetik nokta masajı, biofeedback, gibi yöntemleri de sıralayabiliriz (Binkiewicz-Glińska ve ark., 2015: 801; Kavakçı ve ark., 2010:143). FMS'nin tedavisinde önemli bir yere sahip olan psikolojik tedavi yöntemleri BDT'yi öneri olarak sunmaktadır. Somut delillere ve olumlu sonuçlara dayanan BDT, tek başına veya diğer tedavilerle kombine olarak dikkate alınması gereken bir yaklaşımdır. Hipnoz, KATTIMI (yönlendirilmiş imgesel yaşantı), gevşeme gibi FMS tedavisinde kullanılan diğer psikolojik seçeneklerin sadece diğer tedavileri tamamlamak için kullanıldığında olumlu sonuçlar verdiği belirtilmiştir (García ve ark., 2016:65). Garcia ve ark. (2006:498) BDT'nin farmakolojik tedavi ve ikisinin kombinasyonuna göre üstün olduğunu göstermişlerdir. BDT prensibine göre

FMS'li hastalarda negatif duygular, hastanın inanç sistemi tarafından şekillenen düşüncelerin fonksiyon bozukluğundan kaynaklanmaktadır (Sarzi-Puttini ve ark., 2008: 353; Van Koulil ve ark., 2007: 571; Hasset and Gevirtz 2009: 393).

BDT dışında kullanılan diğer bir psikolojik tedavi yöntemi olan EMDR; psikodinamik, bilişsel, davranışsal ve danışan merkezli yaklaşımlar gibi çok iyi bilinen farklı yaklaşımların öğelerini bir araya getiren farklı bir yöntemdir (Shapiro, 2001:4). Mazzola ve ark. (2009: 66) FMS'li hastalar üzerinde yaptığı EMDR çalışması sonucunda, hastaların yakınmalarında belirgin bir düzelme, ağrıları için kullandıkları ilaç miktarında belirgin azalma ve yaşam kalite düzeylerinde artış, depresyon ve anksiyete skorlarında düşüşün olduğu sonucuna varılmıştır. Kavakçı ve ark. (2012:75) EMDR tedavisi kullanarak yaptığı çalışma sonucunda 7 hastanın 1'i hariç FMS ölçütlerini karşılamadığı gözlenmiştir. Sadece farmakolojik olmayan tedavi biçimlerinin uygulanması bile günlük aktivitelerle ilgili olarak düzelme sağlamak ve ayrıca, güncel araştırmalar, semptomlar ile ilgili olarak bu tedavilerin farmakolojik olan tedavi biçimlerine oranla FMS'nin tedavisinde çok daha etkili olduğunu belirtmektedir (Arnold ve ark., 2006: 212).

Alternatif tedaviler ise tedavi kılavuzları arasında tartışma konusu olduğundan dolayı uygulanabilirliğini değerlendirmek için daha fazla ve yüksek kalitede çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Ama yine de bu konuda akupunktur, chi kong, yoga ve tai chi gibi kullanılan yöntemler tedavi kılavuzlarının birinden veya daha fazlasından olumlu öneriler almıştır (García ve ark., 2016: 65).

Biyopsikososyal bakış açısı ise hastalığın semptomları ve tedavisinin yanı sıra, bu semptomların alevlenmeye ve hastalık deneyimine olan katkısı gibi biyolojik faktörlerin dışında, pek çok sosyal, psikolojik ve bağlamsal faktörleri de dikkate alır (Adams and Türk 2015:96). Burada amaç hastanın sadece semptomlarını değerlendirmek değil bütüncül bir yaklaşımla yani, hastanın kişilik özellikleri, duygusal durumu, sosyal çevresi, olaylara bakış açısı, tepkileri gibi faktörler göz önüne alınarak kişiye özel bir tedavi programı oluşturmaktır. Hastalığın boyutu ve getirdiği değişiklikler her bireyde aynı olmadığı için hastalığın tedavisinde biyopsikososyal yaklaşım çok önemlidir (Junior ve ark., 2012:358).

Prognozla ilgili yapılan çalışmaların çoğunda semptomların takip süresi boyunca devam ettiği, hastalığın kronik ağrıya ve bozukluğa neden olduğu belirtilmektedir. Hastalığın prognozunu olumlu yönde etkileyen faktörler arasında erken tanı, genç yaş, eğitim düzeyinin yüksekliği ve egzersiz yapma alışkanlığının olması sayılmaktadır (İnanıcı ve Yunus 2002: 33). FMS'nin başlangıcında ağrı şiddetinin fazla olması, daha fazla anatomik bölgeyi

içermesi, ayrıca bütün bu tabloya stres, anksiyete, depresyon gibi psikiyatrik sorunların da eşlik etmesi kötü prognoz varlığının göstergesi olarak kabul edilmektedir (Felson and Goldenberg 1986:1522; Henriksson 1994:36).

Hastalarda görülen fiziksel sıkıntı, subjektif bozukluklardaki artış, artan ilaç tüketimi, hastalığın fiziksel ve ruhsal sağlık komorbiditeleri ile ilişkili bulunmuştur. Bütün bu durum hastalığın prognozunu etkilemektedir (Calandre ve ark., 2011:1555; Silverman ve ark., 2010: 66).

## **2.2. Romatoid Artrit**

Kronik sinovyal inflamasyon ile karakterize otoimmün bir hastalık olarak seyreden Romatoid artrit (RA), el ve ayaklarda küçük eklemleri tutar (Alamanos and Drosos, 2005:130; Ahlmen ve ark., 2010:230; Areskoug-Josefsson and Oberg, 2009:219).

RA ile ilgili Amerika Romatizma Derneği de bir fonksiyonel sınıflandırma yapmıştır. Buna göre:

Evre 1: Günlük yaşam aktivitelerinin tümünü yapabilir.

Evre 2: Günlük kendine bakım ve mesleki aktiviteleri tamamen yapabilir ancak meslek dışı aktiviteleri yapamaz.

Evre 3: Günlük kendine bakım aktivitelerini yapabilir ancak mesleki ve meslek dışı aktiviteleri yapamaz.

Evre 4: Günlük kendine bakım, mesleki ve meslek dışı aktiviteleri yapamaz (Gümüşiş, 2003; Akıncı, 2002; Villaverde ve ark., 2000:2576).

### **2.2.1. Romatoid Artritin Epidemiyolojisi**

Dünyada en sık görülen kronik inflamatuvar artrit olan RA'ya daha çok Asya ve Afrika ülkelerinde rastlanmıştır (Hamuryudan, 2007:69; Alamanos and Drosos, 2005: 130).

Ülkemizde ise RA ile ilgili yapılan prevelans çalışmaları vardır. İstanbul'da yapılan çalışmada RA prevalansı %0,22; Trabzon'da %3,7; İzmir'de %0,36; Antalya'da %0,38 ve Doğu karadeniz'de %1 olarak bulunmuştur (Akkoç, 2010:1). Kadınlarda tutulum sıklığı daha fazla olan bu hastalıkta erken müdahale ve daha agresif bir tedavi yapmak gerekir (Pincus ve ark., 2002:851; Alamanos and Drosos, 2005:130). Popülasyonda 35-50 yaş aralığında, kadınlarda erkeklere oranla 3 kat daha fazla ve %0.5-1 sıklığında görülür (Alamanos and Drosos, 2005:130; Ahlmen ve ark., 2010:230; Areskoug-Josefsson and Oberg 2009:219).

## 2.2.2. Romatoid Artrit Etiyolojisi

RA'ya sebep olan etiyolojinin belirlenmesi, tedavi ve hastalık süresince izlenecek yolun oluşturulması açısından çok önemlidir. Çünkü hem genetik hem de çevresel faktörlerin RA patofizyolojisinde önemli rol oynadığı bilinir; öyle ki hastalığın gelişmesinde genetik faktörlerin katkısının %60 oranında olduğu bulunmuştur (Barton, 2009:1441). RA'lı bir hastanın birinci derece yakınlıktaki akrabalarında ortaya çıkma riski genel popülasyona göre 1,5 kat daha yüksektir. Bu durum hastalığın oluşumunda genetik faktörlerin ne derece önemli olduğunu ortaya koymaktadır. (Waldburger and Firestein, 2008:122).

Hastalığın genetik risk faktörleri arasında en iyi belirlenmiş olan geni HLA (Human Leukocyte Antigen - insan Lökosit Antijeni)'dir. Sadece HLA geni tek risk faktörü değildir; bunun yanında kodlanmamış mikro Ribo Nükleik Asit (RNA) molekülleri gibi farklı RNA molekülleri ve inflamatuvar sitokinler de aktif şekilde RA'lı hastaların patogenezinde rol oynamaktadır (Pauley ve ark., 2008:101; Nakasa ve ark., 2008: 1284).

Hastalığın kadınlarda erkeklere göre daha yüksek oranda görülmesi, hormonal faktörlerin de etkili olduğu yönünde dikkatleri üzerine çekmiştir. Özellikle çocuk doğurma yaşı, gebelik sırasında gelişen hastalıklar ile RA'da hormonal rolün etkisi tanımlanmıştır (Nelson ve ark., 2014:466).

Bahsedilen bu faktörlerin dışında sigara kullanımı, yüksek dozda kahve tüketimi ve obezitenin de RA için risk teşkil ettiği düşünülmektedir (Bendixen and Frisch, 2003:1020; Ruiz-Esquide and Sanmarti 2012:342; Klareskog ve ark., 2009:659; Gerlag ve ark., 2016:607).

Mevsimsel değişiklikler ve değişen hava koşullarının da RA'lı hastalar üzerinde farklı etkilerinin olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Hollander, romatizmal hastalarda iklimsel değişikliklerin etkilerinin objektif olarak incelenebileceği kontrollü bir iklim odası tasarlayarak eşzamanlı nem ve barometrik basınç değişimleri kaydedilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, nemin yükselmesinin barometrik basıncın düşmesiyle birlikte romatizmal hastalardaki artrit sübjektif ve objektif olarak kötüleştiği görülmüştür (Hollander and Yeostros, 1963:489). RA'lı hastalarda ağrıların sıcaklık ve buhar basıncı ile pozitif ilişkide bulunduğu, bağıl nem ile negatif olarak ilişkilendirilirken, güneş ışınlanması, atmosferik basınç ve rüzgar hızı ile hiçbir ilişki bulunamamıştır (Patberg ve ark., 1985:711).

### 2.2.3. Klinik Belirtiler ve Tanı

Birden fazla eklemden ağrı ve sertliğin olması tipik olarak RA bulgusudur. En sık el bileği ve parmak eklemlerinde tutulum gözlenirken bir saatten fazla süren sabah tutukluğunun olması da iltihaplı bir etiyoloji olduğunu gösterir. 2010 ve 1987 ACR tanı kriterleri baz alınarak bu semptomlar incelendiğinde 1987 tanı kriterlerine göre sınıflandırılmamış veya erken artrit olarak tanı alan hastaların yaklaşık üçte biri 2010 tanı kriterleri baz alındığında RA tanısı almıştır (Krabben ve ark., 2012: 238; Van der Linden ve ark., 2011:37).

**Tablo 2.** 2010 RA ACR/EULAR Tanı Kriterleri

1. En azından bir tane klinik olarak tespit edilmiş sinovit (şişme)	
2. Sinovit ile daha iyi açıklanamayan bir hastalık olmaması (RA için tanıkriterleri A-D ye kadar test edildiğinde, A skoru $\geq 6$ ise hastanın RA açısından tanımlanması gerekecektir)	
<b>A. Eklem tutulumu</b>	
1 Büyük eklem	<b>0</b>
2- 10 tane büyük eklem	<b>1</b>
1-3 küçük eklem (büyük eklem tutulumu olmadan veya olarak)	<b>2</b>
4-10 küçük eklem tutulumu ( büyük eklem tutulumu olmadan veya ek olarak)	<b>3</b>
10 eklemden fazla tutulum ( en azından bir küçük eklem olmalı)	<b>5</b>
<b>B. Seroloji (en azından bir tanesi tanı için gereklidir)</b>	
Negatif RF	<b>0</b>
Düşük Pozitif RF veya Düşük Pozitif anti-siklik sitriline peptid (anti-CCP) (ACPA)	<b>2</b>
Yüksek Pozitif RF veya Yüksek pozitif ACPA	<b>3</b>
<b>C. Akut Faz Reaktantları (en azından bir tanesi tanı için gereklidir)</b>	
Normal CRP ve normal ESH	<b>0</b>
Yüksek CRP veya Yüksek ESH	<b>1</b>
<b>D. Semptomların Süresi</b>	
6 hafta >	<b>0</b>
6 hafta <	<b>1</b>

**Kaynak:** Finzel S. ve ark. 2001:122

Ateş, terleme, halsizlik, iştahsızlık, yorgunluk ve kilo kaybı RA'da genel olarak görülen klinik bulgulardır. Kişide uyku esnasında eklem içinde ödem sıvısının birikmesi sonucu hastalığın karakteristik bulgularından olan sabah tutukluğu meydana gelir ve uyandıktan sonra aktivitenin artması ile lenfatik ve vasküler sistemin devreye girmesi sonucu hastada eklem içindeki sıvı boşalır ve sabah tutukluğu ortadan kalkmış olur. RA'da görülen ağrı, sabahları uyanınca veya yapılan uzun istirahatlerden sonra artan, eklem sertliği ile beraber görülen ağrıdır (Özsoy ve ark., 2006:3).

#### **2.2.4. Ayırıcı Tanı**

RA'daki artriti, sistemik lupus eritematozus (SLE), sjögren sendromu, polimiyalji romatika (PMR) ve sarkoidozda görülen artritleri ayırmak zor olabilir. Fakat hastalığın ilerleyen evrelerinde gelişebilen erozyonlar, deformiteler, subkütan nodüller ve belirgin sabah tutukluğu RA'nın ayırıcı tanısında dikkat edilecek noktalaradır.

SLE'deki eklem deformitesi RA'da görülen eklem deformitesinden farklı olarak eklem dışındaki yapıların deformasyonlara bağlı olarak gelişirken, Raynaud fenomeni gibi durumlar daha çok SLE'de görülen bulgulardır (Luime ve ark., 2010:337).

Sjögren sendromu ile RA'nın birçok benzer yönleri olsa da kuru göz, kuru ağız semptomlarının olması tanıda yardımcıdır (Nikolov and Illei 2009:465). Ayrıca mikst bağ dokusu hastalığında da %50-60 oranında artrit görülür fakat bu hastalarda genellikle raynaud fenomeni pozitif olur (Venables, 1996:305).

PMR'da klinik olarak RA ile karışabilen ve simetrik artrite neden olabilen diğer bir hastalıktır. Bu hastalık genel olarak 50 yaş üzerinde görülür ancak bu artrit erozyon ve deformite yapmaz (Salvarani ve ark. 2002:261).

#### **2.2.5. Tedavi ve Prognoz**

Farklı aşamalarında fiziksel aktivite sınırlamalarının yanı sıra eklem hasarının gelişmesi, sakatlık ve erken mortalitenin olması RA'nın yaşam kalitesini düşüren bir rahatsızlık olduğunu göstermiştir. RA tedavisinde, hastalığın karmaşıklığı, tedavi süresi ve ilacın yan etkilerinin olması ayrıca hastaların çoğunda eşlik eden komorbiditelerin varlığı nedeniyle pek çok sorun ortaya çıkabilir. Hastalığın prognozu açısından hastadan hastaya farklılıklar gösterdiği için, tedavi programının bireysel düzenlenmesi gerekir (Levent ve Ataman, 2002:124). Tedavi programını düzenlerken hastaların bireysel özellikleri dikkate alındığı gibi bireyin hastalıkta hangi evrede olduğu da çok önemlidir. Yapılmış bazı çalışmalara göre hastalığın erken döneminde olan hastadan tedaviye daha iyi yanıt alındığı ve

yoğun bir tedavi sonucu hastalıkta remisyona sağlanabildiği gözlenmiştir (Smolen ve ark., 2016:3). Kalyoncu ve ark.'nın (2013:35) yaptıkları çalışmada, RA tedavisinde Türk hastalara yönelik tedavi önerilerine göre; RA tedavisinde temel hedefin remisyona olduğu belirtilmiştir. RA'da uluslararası romatologların ortak yayınladıkları kılavuza göre klinik iyileşmenin olması için tedavide öncelikli hedefin inflamatuvar bozukluğun kaydedeğer bir semptom ve işaretlerinin olmaması olarak belirlenmiştir. Ama klinik remisyona sağlanamayan durumlarda ise düşük hastalık aktivitesini sağlamak da kabul edilebilir bir hedefdir. Bu takibi yapabilmek için hastalık aktivitesi en az 1 ay, en fazla 6 ay aralarla izlenmelidir.

RA'da kullanılan tedavi yöntemlerinin başında hasta ve ailesinin eğitimi gelirken bunu iş birliği, motivasyon, psikolojik destek, diyet, destekleyici tedaviler, istirahat ve egzersiz (Brooks, 1991:1716; Vane, 1996:1; O'Dell, 2011:2003; Hamuryudan, 2012:2497), ilaç tedavisi; analjezik, steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ), steroid dışı yangı önleyici ilaçlar (SOAİİ), kortikosteroidler ve Adrenokortikotropik hormon (ACTH), temel tedavi (uzun etkili ilaçlar; altın tuzları, antimalaryal, penisilamin, salazoprin, tioller), immünomodülatör ilaçlar (immünosüpresif ve immünostimülan ilaçlar) ve biyolojik ajanlar, fizik tedavi ve rehabilitasyon, cerrahi yöntemler takip eder (Brooks, 1991:1716; Vane, 1996:1; O'Dell, 2011:2003).

Aktivasyon ve remisyona dönemleri ile seyreden bu hastalıkta, ilk 1 yıl içinde hastaların %15'inde hastalık sınırlanırken, %10'unda ise ağır gidişli, ilerleyici bir eklem hasarı oluşur ve yaşam süresi ortalama olarak 3-7 yıl kısalmıştır; ölüm hızı artar. RA'nın ölüm nedenleri arasında solunum yolları hastalıkları, enfeksiyonlar, gastrointestinal sisteme ait komplikasyonlar ve bizzat hastalığın kendisi sayılmaktadır.

### **2.3. FMS ve RA'nın Karşılaştırıldığı Psikolojik Araştırmalar**

FMS ile RA'nın karşılaştırıldığı bazı araştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmaların bazılarına aşağıda değinilmiştir.

Scheidt CE ve ark. (2014:88) 100 FMS ve 50 RA hastası ile yaptıkları araştırmada, öz bildirim ölçeği kullanılarak hastaların depresyon puanı saptanmıştır. Depresyon puanları FMS grubunda RA grubuna oranla daha yüksek bulunmuş ve ağrı şiddeti depresyonla ilişkilendirilmiştir.

30 FMS, 30 RA, 30 sağlıklı kontrol grubunun dahil edildiği başka bir araştırmada ise FMS'li hastaların anksiyete düzeyi, sayısal ağrı skalası, çocukluk örselenme yaşantılarından



“cinsel kötüye kullanım” puanları RA hastalarına kıyasla daha yüksek bulunmuştur (Bayram ve Erol, 2014:344).

RA ve bel ağrısı gibi diğer kronik hastalıklarda görülen ağrı düzeyi ile FMS hastalarındaki özürlülük oranlarının yapılan karşılaştırmaları benzer şekilde bulunmuştur. Ayrıca çalışmada RA ve bel ağrısı hastalarında gözlenen psikolojik faktörler ile FMS hastalarındaki psikolojik faktörlerin korelasyon gösterdiği saptanmıştır (Özkan, 2015).

56 FMS hastası ve kontrol grubu olarak alınan 46 RA hastası ile yapılan araştırmada FMS hastalarında en az bir travmatik olay bildiren hasta sayısı (19, %33,9) RA grubundan (6, %13) daha yüksek bulunmuştur. Travma sonrası stres bozukluğu yaygınlığının FMS’de RA grubuna kıyasla daha yüksek olduğu tesbit edilmiştir. Ayrıca travmatik yaşantıları olan FMS hastalarının hastalık şiddetinin travmatik yaşantıları olmayan FMS hastalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Buna göre, FMS hastalarında travma sonrası stres bozukluğu, aleksitimi ve dissosiyatif semptomların yaygın olarak gözlenmesinden dolayı hastaların bu açıdan değerlendirilmesinin hastalık aktivitesi ve ağrı açısından önemli olduğunu ortaya koymaktadır (Semiz ve ark., 2014:245).

Depresyon düzeyi ve bununla ilişkili faktörlerin belirlenmesi için yapılan bir araştırmaya FMS, RA ve diz osteoartritli, kadın hastalar ile sağlıklı kontrol grubu da dahil edilmiştir. Buna göre FMS, RA ve diz osteoartritli kadınlarda depresyonun sık karşılaşılan bir bulgu olduğu saptanmıştır. Ayrıca diz osteoartritli ve RA’lı kadınlarda depresyon düzeyi hastalığın şiddeti ve ağrı şiddeti ile ilişkili olduğu görülürken, FMS’li kadınlardaki depresyon düzeyi ise hastalığın şiddeti ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Yılmaz ve ark., 2015:197).

FMS ile RA hastaları arasında aleksitiminin karşılaştırıldığı bazı araştırmalar vardır. Di Tella and Castelli nin yaptıkları bir araştırmada deneysel yöntemler kullanılarak yapılan yedi karşılaştırılmalı araştırma incelenmiştir. Bu araştırmalardan sadece 2 tanesinde FMS, RA ile karşılaştırılmıştır. Her iki araştırmada da aleksitimi skorları FMS lehine yüksek bulunmuştur (DiTella and Castelli, 2013:1).

FMS ve RA hastalarıyla 2002 yılında yapılan araştırmanın sonucunda bu hastalardaki anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ağrı şiddeti arasında ilişki olduğu bulunmuştur (Ataoglu ve ark., 2002:223).

FMS (n=39), diz osteoartriti (n=81) ve RA’lı (n=34) hastalardan oluşan (toplam 154 hasta) üç grubun karşılaştırıldığı bir başka araştırmada ise depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Yaşam kalitesi ölçeğinde (SF-36) fiziksel

fonksiyonun en yüksek FMS grubunda, en düşük ise RA grubunda olduğu bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Tüm tanı gruplarına bakıldığında SF-36'nın tüm alt ölçek puanları, depresyon puanı eşik değerinin üstünde olan hastalarda anlamlı olarak düşük olduğu gözlenmiştir. RA ve diz osteoartritli grupların tüm SF-36 alt ölçek puanları ile Beck anksiyete puanları arasında güçlü negatif bir ilişkinin varlığı belirlenmiştir. FMS grubunda ise SF-36'nın sadece fiziksel ve sosyal fonksiyon puanları ile anksiyete arasında güçlü negatif korelasyon olduğu görülmüştür. Her üç hasta grubunda da yüksek depresyon ve / veya anksiyete puanlarının yaşam kalitesinde anlamlı düşmeyle ilişkili olduğu tesbit edilmiştir (Özçetin ve ark., 2007:122).

Besteiro ve ark. (2008:411) FMS ve RA hastaları ile sağlıklı kontrollerden oluşan üç grupta yaptıkları karşılaştırmalı araştırmada FMS tanılı grupta nörotizmi diğer iki gruptan daha yüksek, anlaşılabilirlik ve anlamlılık düzeylerini ise daha düşük bulmuşlardır.

Wolfe ve ark. (1984:500) MMPI profilini FMS ve RA'lı hastalarında uygulamışlar ve psikolejenik kaynaklı ağrı skorlarını FMS'de %28, RA'da %60 olarak bulmuşlardır.

FMS ile RA hastalarının karşılaştırıldığı bir araştırmada her iki hasta grubunda da depresif belirti şiddetinin farklı olmadığı da bildirilmiştir. Ayrıca FMS hastalarında kortizol salınımında diurnal ritmin bozulmuş ve deksametazon supresyon testi ile kortizol salınımının baskılanamadığı görülmüştür (Blauer ve ark., 1991:3174).

Yapılan bir araştırmada serum serotonin düzeyinin, RA hastalarında sağlıklı kontrollere göre, FMS hastalarında ise RA hastalarına göre anlamlı ölçüde düşük olduğu gözlenmiştir (Russell ve ark., 1989:158).

RA'lı ve FMS'li kişilerin karşılaştırıldığı bir araştırmada her iki hastalığın da benzer oranda dizabiliteye ve yaşam kalitesinde düşmeye neden olduğu belirlenmiştir (Martinez ve ark., 1995:270).

#### **2.4. Sıkıntıya Dayanma**

Caydırıcı ya da tehdit içeren uyarılara maruz kalmaya dayanma şeklinde algılanan veya gerçek davranışsal kapasiteye odaklanılmış bir kavram olarak tanımlanan sıkıntıya dayanma (Brown ve ark., 2005:713; Simons and Gaher, 2005:83), meta duygusu olarak düşünüldüğünde olumsuz uyarıların öznel algı ile değerlendirmesini içerir. Sıkıntıya dayanmada önerilen 4 tane bileşen vardır: dayanma, kaçınma, değerlendirme, dikkatini yoğunlaştırma ve duygusal düzenlemedir. Farklı bakış açılarına göre sıkıntıya dayanma; bireysel farklılıkları işaret etmektedir. Öyle ki, bu farklılıklar kişinin bireysel özellikleri,

kişisel rahatsızlık derecesi ve bu derecenin tehdidi olarak belirtilir. Bundan dolayı sıkıntıya dayanma bilişsel, duygusal ve davranışsal özellikleri kapsayan bir yapıdır (Zvolensky ve ark., 2011:5). Bireysel farklılıkların görüldüğü sıkıntıya dayanma durumu şu kavramlar ile ilişkilidir:

- Yaşantısal kaçınma (Hayes ve ark., 1999).
- Duygusal baskılanma (Richards, J and Gross, J 2000: 410), kaçınma (Folkman and Lazarus, 1986:107) ya da geri çekilme ile başa çıkma (Compas ve ark., 2001:87).
- Duygusal bozukluk (Kashdan and Steger,2006:120; Linehan, 1993a; Rottenberg and Gross, 2003:227).
- Anksiyete duyarlılığı (McNally, 2002:938).
- Sebat üzerinde kişilik temelli yaklaşımlar (Barkley, 1997:271; Cloninger ve ark., 1991:1047), azim (Ames ve ark.,1994: 100).

Sıkıntıya dayanma düzeyi düşük olan kişiler duygusal rahatsızlığı ‘dayanılmaz’ ve ‘kabul edilemez’ gibi ifadeler ile tanımlayıp yaşanan bu rahatsızlıkları sık sık azaltacak şekilde davranırlar. Kişi hoş olmayan bu uyarınları önlemek için ciddi çaba sarf edebilir. Bu durumu değerlendirmede isteksiz davranıp mevcut olan bu deneyimi kabul etmek için yargılayıcı düşünceleri ya da kendini değerlendiren ifadeleri bu durumu tanımlamak için kullanır (Simons and Gaher, 2005:83).

Kişiler en üst düzeyde yaşanan sıkıntıya dayanamama durumlarında bununla başa çıkma ya da duyguları düzenleme yöntemi olarak başkalarına veya kendilerine zarar verme yoluna gidebilirler (Daughters ve ark., 2008:509).

Sıkıntıya dayanıksızlığın, borderline kişilik bozukluğu olan bireylerdeki uyumsuz, dürtüsel ve yıkıcı davranışlara önemli bir katkısının olduğu bulunmuştur (Linehan, 1993a). Borderline kişilik bozukluğu ile ortak etiyolojik faktörlere sahip olan antisosyal kişilik bozukluğunda da sıkıntıya dayanma düzeyi düşük seviyelerde gözlenmektedir (Daughters ve ark., 2008:509).

Sıkıntıya dayanma düzeyi düşük olan kişiler, başka şeylere odaklanmada kendi mevcut sıkıntılarında daha fazla zorluk yaşarlar. Erkeklerin kadınlardan daha fazla sıkıntıya dayanma düzeylerinin olduğu çalışmalar ile kanıtlanmıştır ancak erkekler arasında başa çıkma yöntemi olarak alkol kullanılması, kadınlara göre daha yüksek oranda olmasına rağmen

negatif duygulanım muhasebesi yapıldıktan sonra bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (Simons and Gaher, 2005:83).

Simons ve Gaher (2005) tarafından geliştirilen sıkıntıya dayanma ölçeği (SDÖ), öz bildirime dayalı ve başlangıçta 16 maddeden oluşturulmuş bir ölçektir. Hazırlanan maddeler 1 ile 5 arasında değişen likert tipi ölçeğe göre değerlendirilmektedir. Seçenekler (5) Kesinlikle katılmıyorum ile (1) Kesinlikle katılıyorum arasında belirlenmiş olup değerlendirme sonrası çıkan yüksek skorlar sıkıntıya dayanma yetisindeki yüksekliğe işaret etmektedir. SDÖ, emosyonel sıkıntıya dayanma kapasitesini ölçme bakımından 4 alt grup içermektedir (Sargın ve ark., 2012:152).

Sıkıntıya Dayanma Ölçeği-II olarak adlandırılan diğer sıkıntıya dayanma ölçeği 2007'de Corstorphine ve ark. tarafından özellikle yeme bozukluğu olan bireylerde duygusal durumlarını düzenleyen zorlukları ölçmek için geliştirilmiştir. 20 maddeden oluşan bu ölçek, hoş ve hoş olmayan duygusal duyuların toleransını her öğeyi 5 puanlık Likert tipi ölçekle değerlendirir. Bu ölçek ilk uygulanmaya başlandığında iyi psikometrik özellikler göstermiştir fakat faktör analizi sıkıntıyı oluşturan duygusal kaçınma, sıkıntıyı oluşturan duyguyu kabul etme ve yönetme, sıkıntıyı sezmek ve dikkatini dağıtmak olarak 3 alt grup şeklinde bulunmuştur (Corstorphine ve ark., 2007:91). Ayrıca Corstorphine ve ark. tarafından önerilen 3 alt grupluk modele göre Simon ve Gaher'in önerdiği tolerans, değerlendirme, dikkat çelinmesi ve regülasyon olarak belirlenen 4 alt grupluk modelin klinik örneklem ile daha iyi bir uyum içerisinde olduğu gösterilmiştir.

Raykos ve ark. (2009:215) Sıkıntıya Dayanma Ölçeği ve Sıkıntıya Dayanma Ölçeği-II'yi yaptıkları çalışmalarında karşılaştırmışlardır. Sıkıntıya Dayanma Ölçeği-II'nin sınırlı bir şekilde tekrarlanabildiğini bulunmuştur.

Raykos ve ark. bu alt grupları yeniden şu şekilde adlandırmışlardır:

- Sezgi ve duyguların yönetilmesi.
- Sezgi ve yalnızlığın yönetilmesi.
- Duyguların bilişsel kaçınması.
- Pozitif duygulanımın davranışsal kaçınması.

Sıkıntıya dayanma düzeyinde görülen bozuklukların, yeme bozukluklarında önemli bir rol oynayabileceği ileri sürülmüştür. Buradan yola çıkarak Anestis ve ark. (2007:718) sıkıntıya dayanma düzeyi, baskı ile bulimia semptomlarının gelişmesi ve bunların devamı arasındaki ilişkiyi değerlendirmişlerdir. Bireylerde bulimia semptomlarının gelişmesinde,

düşük düzeyde sıkıntıya dayanma ve yüksek şekilde algılanan baskılanma duygusunun olması bir risk faktörü olarak tesbit edilmiştir. Bu bulgulara ek olarak sıkıntıya dayanma ve baskıda, depresyon ve anksiyete belirtileri, anksiyete duyarlılığı, yaş ve negatif duygulanımı kapsayan pek çok ortak değişken hesaba katıldığında bile bulimia semptomlarının anlamlı derecede oluşabileceği öngörülmüştür. Buna göre düşük sıkıntıya dayanma durumu, maladaptif ve kendine zarar verici davranışların geniş bir yelpazede artışına bağlıdır. Ayrıca sıkıntıya dayanma durumunun bulimianın gelişmesinde de devam etmesinde de önemli bir rol oynadığı bulunmuştur.

Psikolojik sıkıntıyı ve sıkıntıya dayanmayı inceleyen araştırmaların pek çoğu başa çıkma stratejileri olarak alkol, tütün ve diğer maddelerin kötüye kullanımına odaklanmıştır (Brown ve ark., 2002:180; Zvolensky ve ark., 2009:31). Sıkıntıya dayanma, başa çıkma stratejisi olarak madde bağımlılığı ile negatif bir ilişki içindedir (Simons and Gaher, 2005:83). Sıkıntıya dayanma düzeyi düşük olan kişilerde negatif duygusal durumları ile başa çıkmak için yöneldikleri madde kullanım oranının daha yüksek olabileceği ve devam eden iyileşme süreci içerisinde gittikçe artan bir risk altında olabileceği belirtilmiştir (Brown ve ark., 2002:180; Zvolensky ve ark., 2009:31).

Sıkıntıya dayanma ve farkındalık arasındaki ilişkiyi destekleyen kanıtlar vardır. Simon ve Gaher'in sıkıntıya dayanma ölçeğini geliştirmesinden bu yana sıkıntıya dayanma ve farkındalık arasındaki ilişkiyi inceleyen pek çok çalışma yapılmıştır (Simons and Gaher, 2005:83). Farkındalık araştırmalarında, farkındalığın olup olmadığı sorusu, direkt ya da dolaylı olarak psikolojik sıkıntıyla ilişkili olduğu şeklinde düşünülmüştür (Coffey and Hartman, 2008:79). Hoş olmayan bir durumda farkındalık, direkt olarak sıkıntıyı azaltmamasına rağmen yargılamayan, kabul edici ve desentralize bir yaklaşım ile daha geniş bağlamda uygun adaptif yanıtı ve iyi anlaşılabilirliği uyarabilir (Roemer and Orsillo, 2003:172). Gerçekten de farkındalık uygulamasının kişinin duygusal sıkıntısını anlayabilme yeteneğini arttırabildiğini ve böylece deneyimlenen sıkıntıların dayanma durumunun da artacağını Bishop (2002:71) yaptığı çalışmada sunmuştur. Bazı farkındalık temelli tedaviler, olumlu tedavi sonucunu kolaylaştıran sıkıntıya dayanma düzeyinin önemini vurgulamıştır. Borderline kişilik bozukluğu olanlarda özellikle sıkıntıya dayanamama durumunu hedefleyen bir tedavi modeli olan diyalektik davranışsal terapidaki en önemli olay, sıkıntılı duygusal durumları daha iyi belirlemek ve onlarla başa çıkma yeteneğini geliştirmek için sıkıntıya dayanma becerileri oluşturmaya odaklanmaktır (Linehan, 1993b). Ne ilginçtir ki sıkıntıya dayanmayı arttırma, diyalektik davranışsal terapisinin merkezindeki hedef olmasına

rağmen bu yapıyı tam olarak değerlendirmek için henüz yeterli bir ölçüm yöntemi yoktur (Simons and Gaher, 2005: 83).

Kronik ağrının depresyon ve anksiyeteye neden olan psikiyatrik sekelinin, ağrı olmadığı zamanlarda bile bireylerde bir kısır döngüyü içeren yıpratıcı etkilerinin olabileceği belirtilmiştir (Crombez ve ark., 2012:475). Farkındalık uygulaması ile sıkıntıya dayanma ve bireysel acının azaltılması gibi olumsuz ve negatif duygular kontrol edilirken, odaklanmış dikkat de yönlendirilerek deneyimler ile ilgili özel yolların artışının uyarılabildiği belirtilmiştir (Siegel ve ark., 2008:17).

Psikolojik bozukluklarda sıkıntıya dayanma alanına duyulan ilgi, psikososyal müdahaleler ile paralel bir şekilde artmıştır (Barlow ve ark., 2004:205). Bundan dolayıdır ki kabul ve kararlılık terapisi, fonksiyonel analitik psikoterapi, bütüncül davranışçı çiftler terapisi, farkındalık temelli bilişsel terapi gibi pek çok davranışçı terapiler bireylerde sıkıntıya dayanmaya odaklanmıştır (Hayes,Strosahl and Wilson, 1999; Kohlenberg and Tsai 1991; Christensen ve ark., 1995:31; Segal ve ark., 2002). Sıkıntıya dayanma düzeyinin psikopatolojisinde başlangıcında, tedavisinde ve ilerlemesindeki rolüne gösterilen geniş ilgiye rağmen, literatürdeki deneysel çalışmalarda bu konuyla ilgili herhangi bir karşılaştırmalı çalışma yapılmamıştır. Sonuç olarak günümüze kadar gelen sıkıntıya dayanma düzeyinin teorik ve deneysel bir entegrasyonu henüz yoktur (Leyro ve ark., 2010: 576).

#### **2.4.1. Sıkıntıya Dayanma Üzerine Yapılan Çalışmalar**

Sıkıntıya dayanma ile ilgili araştırmalar oldukça sınırlı sayıda olup, bu çalışmalardan bazılarında aşağıda değinilmiştir.

Sıkıntıya dayanma ile ilgili yapılmış bir araştırmada kronik ağrıyla başvuran hastalar incelenmiştir. Kontrollü olmayan bu çalışmada Kabat-Zinn, kronik ağrısı olan hastalarda öz düzenleme üzerinde farkındalık temelli stres azaltma ve rahatlama programının etkisine bakmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarının, 10 haftalık tedavi programının ağrının şiddetini ve sıklığını anlamlı derecede azaltması ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür. Kabat-Zinn'e göre farkındalık uygulaması ile değerlendirilen duygusal reaksiyondan, duygusal ağrı deneyimini 'bir bağ kopması' etkisinde ayırıp kişinin deneyimleri bağımsız gözlemsel yaklaşım ile incelenerek bu değişim uyarılmıştır (Kabat-Zinn, 1984:33).

Sıkıntıya dayanmanın birçok anksiyete bozukluğunun oluşmasında, gelişmesinde ve sürmesinde önemli bir rolü olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Cogle JR ve ark.'nın (2011:906) yaptıkları çalışmada düşük sıkıntıya dayanma düzeyinin obsesif kompulsif

bozukluk semptomlarının oluşmasında belirleyici rol oynadığı belirtilirken; sıkıntıya dayanma düzeyi, madde bağımlılığı, madde yoksunluğu süresi ve madde kullanımı, antisosyal ve borderline kişilik bozukluğu, yeme psikopatolojisi ile ters orantılı olduğu görülmüştür (Quinn ve ark., 1996:186; Daughters ve ark., 2008:509; Bornovalova ve ark., 2008:717; Anestis ve ark., 2007:718; MacPherson ve ark 2010: e1000261).

Abrantes ve ark. (2008:1394) tarafından sigarayı bırakmada sıkıntıya dayanma durumunun önemli bir belirleyici olduğu ileri sürülmüştür. Yani sıkıntıya dayanma düzeyi düşük olan kişiler sigarayı bırakma girişimlerinde görülen sapmalara daha yakın olabilirler.

Brown ve ark. (2002:180) fiziksel ve psikolojik açıdan stresli görevlerde olan ve sigarayı bırakmaya çalışan kişilerde sıkıntıya dayanma düzeylerini incelemiştir. Stresli görevlerde çalışan kişiler üzerinde yapılmış olan araştırmada, daha önce sigarayı bırakmayı denemiş olan kişiler ile bırakmayı denememiş olan kişiler araştırmaya dahil edilmiştir. Bunun sonucunda daha önce sigarayı bırakmayı denemiş olan kişilerin sıkıntıya dayanma düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Ancak bu iki grup arasındaki reaksiyonda anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Zvolensky ve ark. (2009:31) kabul esaslı davranış stratejileri, bilişsel yeniden yapılandırma ve içsel maruziyet ile sigarayı bırakmaya çalışan yüksek anksiyete duyarlılığı olan kişiler arasında yapılan araştırmada sıkıntıya dayanma düzeylerindeki sonuçların klinik olarak anlamlı derecede artışlar gösterdiğini vurgulamıştır.

Başka bir araştırmada ise hoş olmayan, rahatsız edici deneyimlere dayanma ve kişinin isteksizliğine karşı katlanabilmesini arttırmayı amaçlayan farkındalık uygulaması incelenmiştir (Eifert and Heffner, 2003:293).

Ostafin ve ark. (2006:191) 10 günlük yoğun bir Vipossana meditasyon kursu ile sıkıntının başlangıçtaki düzeyinin dinlenmeyi takiben azaldığını bulmuştur.

## **2.5. Rahatsızlığa Dayanma**

Rahatsız edecek fiziksel duyumlara dayanacak kapasitede bireysel farklılıklar olarak tanımlanan rahatsızlığa dayanma (Schmidt and Lerew, 1998:199; Schmidt ve ark., 2007:247; Schmidt ve ark., 2006:263), ağrı gibi belirli iç uyaranlarla sınırlandırılan yapıların aksine interoseptif duyumlarla (bedensel duyumlarla) ilişkili olarak kişide ağrı olmasa da yine rahatsız olduğunu gösteren bir kavram olarak ifade edilmiştir (Feldner ve ark., 2006:146; Geisser ve ark., 1992:31).

Psikososyal tedaviler, kısmen dayanma değişkenlerini değiştirmek ve özellikle psikolojik sağlığın kalitesini arttırmak için dizayn edilmiştir (Hayes,Strosahl and Wilson, 1999; Barlow ve ark., 2004:205; Linehan, 1993a,1993b). Önerilen sayısız dayanıklılık değişkenleri olmasına rağmen sadece psikolojik sorunların belirli türleri ile ilgili olarak rahatsızlığa dayanma durumu ortaya çıkmıştır. Rahatsızlığa dayanamama, rahatsız edici fiziksel duyumlara dayanma kapasitesiyle ilişkili olarak bireysel farklılıklara sahiptir (Schmidt and Lerew, 1998:199; Schmidt ve ark., 2007:247; Schmidt ve ark., 2006:263). Rahatsızlığa dayanma, sıkıntıya dayanma durumundan bireysel farklılıkları yansıtan duygusal veya deneyimsel kaçınma kavramı ile ayırt edilmiştir (Hayes ve ark., 1996:1152). Panik bozukluk psikopatolojisi ile ilgili temel bir kavram olan rahatsızlığa dayanamama durumu, caydırıcı fiziksel duyumlara olan tahammülü daha az olan kişilerde kaçma-kaçınma davranışları veya fiziksel aktiviteleri tetikleyici olabilir (Schmidt and Lerew, 1998:199). Rahatsızlığa dayanma durumları yüksek olan kişiler sürekli fiziksel strese dayanamasaydı, bu rahatsızlık durumu korku ve anksiyete ile ilişkili olsaydı ve bundan dolayı kaçma kaçınma davranışı sergileselerdi o kişiler ‘uyumsuz panik ile öğrenme’ (maladaptive panic-relevant learning) için daha büyük risk altında olabilirdi (Barlow ve ark., 2004:205). Yapılan araştırmalara göre rahatsızlığa dayanıksızlık panik bozukluğun gelişimi açısından bir risk faktörü oluşturmanın yanı sıra sağlık hizmetlerinin fazla kullanımı, kronik sağlık sorunlarından sık yakınma ve rahatsız edici duyumlardan kurtulmak için artmış madde/ilaç kullanımı gibi olumsuz sonuçlarının da olabileceği bulunmuştur (Cox ve ark., 1993:413; McWilliams and Asmundson 2001:161).

Rahatsızlığa dayanma, olumsuz duygu uyandıran durumlara dayanma kapasitesiyle ilgili olan sıkıntıya dayanma (distress intolerance/tolerance) ile karıştırılmamalıdır (Simon and Gaher, 2005:83). Bu iki durum bazen birbirine paralel seyretmekle birlikte bazen de bazı bireylerde “ağrıya dayanma”, “duygu uyandıran durumlara dayanma” ile bağlantısızdır ve bu fiziksel rahatsızlığa dayanma kapasitesinin, olumsuz duygulara tahammül etme yetisiyle bağıntılı olmak zorunda olmadığını akla getirmektedir (Geisser ve ark., 1992:31).

Rahatsızlığa dayanamama ve paniğin başlangıcı, devamı ve bununla ilişkili anksiyete bozuklukları arasındaki varsayılan ilişkiyi incelemek için Schmidt ve ark. Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği (RDÖ)’ni geliştirmiştir. Ölçeği geliştirirken eksen I psikolojik bozukluk öyküsü olmayan ve klinik olarak anksiyetesi olan kişilerden oluşan kontrol gruplarını karşılaştırmış ve rahatsızlığa dayanma durumunu istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur



(Schmidt ve ark., 2006:263). RDÖ alt grupları henüz tek bir model içinde eş zamanlı olarak değil sadece ayrı regresyon modelleri içinde değerlendirilmiştir.

Bonn-Miller ve ark. (2009:197) yaptıkları çalışmada kaygı duyarlılığının negatif duygulanım ile açıklanabileceğini belirtmişlerdir. Ayrıca duygusal kabul, rahatsızlık veya ağrıya dayanamama anksiyete uyarılma düzeyindeki değişimin sebepleri olarak kabul edilirken; kaçınma davranışının ise bu durumların ön görülen ilerlemiş değişimleri olduğu bulunmuştur. Artış gösteren hiçbir belirti panik bozukluğunun bilişsel belirtileri ile ilişkili olduğu gözlenmemiştir. Panik atak yanıtının bilişsel yönleri için etkinin az olması ağrı ve rahatsızlığa dayanma durumunu destekleyebileceği belirtilmiştir. Tüm bu durumlarda algılanan fiziksel semptomların yoğunluğunun daha dikkat çekici olduğu gözlenmiştir. Yapılan çalışma sonucunda rahatsızlığa dayanma skalasının kaçınma alt grubunda panik bozukluk ve panik bozukluk ile ilgili bağımlı değişkenler arasında bir korelasyon olduğu bulunmuştur.

### **2.5.1. Rahatsızlığa Dayanma Üzerine Yapılan Çalışmalar**

Rahatsızlığa dayanma ile ilgili araştırmalar oldukça sınırlı sayıda olup, bu çalışmalardan bazılarında aşağıda değinilmiştir.

Panik atak hikayesi ve herhangi bir Eksen I bozukluğu olmayan 44 katılımcı ile yapılan çalışmada, katılımcılara %35'lik bir CO2 yüklemesi yapılarak biyolojik zorlanma ile rahatsızlığa dayanma durumu provake edilmiştir. Bu çalışmanın sonucuna göre, rahatsızlığa dayanma düzeyinin kaygı sorunlarının gelişiminde rol oynayabileceği sonucuna ulaşılmıştır (Schmidt ve ark., 2007: 247).

Mitchell ve ark. (2013:147) anksiyete hassasiyeti, sıkıntıya dayanma ve rahatsızlığa dayanma arasındaki hiyerarşik ilişkinin incelenmesi için yaptıkları çalışmanın sonucunda anksiyete bozukluğu olan kişilerde anksiyete hassasiyeti, sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanma problemlerinin görüldüğü belirtilmiştir. Sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanmanın anksiyete psikopatolojisinde rol oynayabileceğini belirtmişlerdir. Ayrıca anksiyete hassasiyetinin sıkıntıya dayanmanın bir parçası olduğunu, fakat sıkıntıya dayanmanın anksiyete hassasiyetini de kapsayan daha geniş bir kavram olduğu sonucuna da varılmıştır.

Fergus ve ark. (2017) 342 yetişkin obez ile yaptıkları çalışmada somatik semptomların şiddeti ile sağlık anksiyetesi, anksiyete hassasiyeti ve rahatsızlığa dayanma düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Obezite hastalarında somatik semptom şiddeti ile rahatsızlığa dayanma arasında güçlü bir ilişki olduğu gözlenirken anksiyete hassasiyeti ile zayıf bir ilişki

olduğu bulunmuştur. Ayrıca obezite hastalarında anksiyete hassasiyetinden çok sağlık anksiyetesinin somatik semptom şiddetini anlamada daha etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Pennings ve Anestis (2013:1269) rahatsızlığa dayanma ile intihar davranışı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmaya yaşları 18 ile 39 arasında değişen 283 kişiyi dahil etmişlerdir. Rahatsızlığa dayanma düzeyindeki düşüşün intihar eğilimini arttırdığı görülmüştür.

Yapılan başka bir çalışmada sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanma düzeyleri ile alkol ve esrar bağımlılığı arasındaki ilişki incelenmiştir. 265 kişinin dahil edildiği bu çalışmada rahatsızlığa dayanmamanın depresyon ile esrar kullanımı arasındaki ilişkiyi azalttığı görülmüştür. Yalnızca fiziksel rahatsızlığa dayanma kapasitesi yüksek olan kişiler esrar kullanımı ile ortaya çıkan problemlere karşı daha savunmasız kalabilirler. Bu veriler, bedensel duyuları tolere edemeyen kişilerin esrar kullanma ihtimalinin daha az olduğunu göstermektedir (Buckner ve ark. 2007:1957).

## **2.6. Fibromiyalji Sendromu'nda Sıkıntıya ve Rahatsızlığa Dayanma'nın Rolü**

FMS hastalığının oluşmasında ve sürmesinde aleksitiminin önemli bir faktör olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (Güleç ve ark., 2004:191). Aleksitimi hastaları kendi ve diğer insanların duygularını anlamada, ifade etmede ve ayırt etmede güçlük yaşamaktadırlar (Sifneos 1988:287). Aleksitimi olan kişiler, emosyonel durumlarını fiziksel hastalık işareti olacak şekilde yanlış yorumlama eğilimindedirler (Lumley ve ark., 1996:505). Buradan yola çıkarak FMS hastalarının duygularını düzenlemede ve fark etmede güçlük yaşadığını ve bundan dolayı yaşadıkları olumsuz duyguları tolere edemediğini, bilişsel olarak işleyemediğini ve bu olumsuz duygulara fizyolojik tepkiler verdiğini söyleyebiliriz (Lane 2008:214; Çevik ve Şentürk, 2008:1).

FMS hastalarında güvensiz bağlanma skorlarının özellikle kaçınan bağlanma puanlarının normal popülasyondan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Güvensiz bağlanan kişiler günlük sıkıntılarını, hayatlarının tamamını etkileyen, çözülmesi güç bir problem olarak algırlar ve olumsuz duygulanımlarla baş etmekte güçlük çekerler (Govender ve ark., 2009:76). FMS hastalarının bağlanma ile ilgili emosyonel ihtiyaçlarını ağrı yoluyla yansıttığını söyleyebiliriz. Kronik ağrılı, kaygılı ve kaçınan bağlanma örüntüsü olan kişiler güvenli bağlananlara göre duygu odaklı başa çıkma yöntemlerini daha çok, problem odaklı başa çıkma yöntemlerini ise daha az kullanırlar (Simpson ve Rholes, 1998:143). SD düzeyi düşük olan kişiler de duygu odaklı baş etme yöntemlerini daha çok kullanmaktadırlar (Carey ve Correia, 1997:100; Carpenter ve Hasin, 1999:694). Bağlanma örüntüleri aynı zamanda

stresli, sıkıntılı durumlara karşı kişinin hangi duygu ve davranışı göstereceğini belirler (Hamarta ve ark.,2009:195). Güvenli bağlanması olan kişilerin bundan dolayı olumsuz duygu durumlara toleranslarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Rugancı, 2008).

FMS'nin etiolojisinde çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve erişkin travması önemli rol oynamaktadır (Boisset-Pioro ve ark.,1995:235). Çocukluk çağı travması çocuğun ruhsal açıdan sağlıklı gelişimini engeller ve emosyonel regülasyonda sorunlar yaşamasına yol açar (Maughan ve Cicchetti 2002:1525). Geçmişinde çocukluk çağı travma öyküsü olan kişilerin strese yanıtta aşırı hassasiyetleri olduğu ve stresle baş etmede sorunlar yaşadıkları bilinmektedir. Erken dönemde yaşanan travmalar FMS hastalarının duygusal ve fiziksel sıkıntılara karşı dayanma düzeylerini, bunlarla başa çıkma becerilerini, bilişsel olarak işlemlerini etkileyebilir. FMS'nin oluşumunda görülen bu bulgular bize FMS hastalarının SD derecelerinin düşük olduğuna işaret etmektedir.

FMS hastaları ile yapılan bir çalışmada, hastaların tedavi yardım arama davranışının toplumda görülme oranının %98 ile çok sık görüldüğü, aynı çalışmada FMS hastalarının semptomlarına normalize atıf yapmadıkları, somatize atıf yaptıkları sonucuna ulaşılmıştır. Normalize atıf yapmayan FMS'li hastalarda güvence arayışı olan tedavi arama davranışı gelişmektedir (Güleç ve ark.,2007:22). Yapılan bir diğer çalışmada sağlıklı kontrol grubuna göre FMS hastalarının bedensel duyumlarını abartarak algıladıkları sonucuna ulaşılmıştır (Güleç ve ark.,2007:16). FMS hastalarının rahatsızlıklarını bilişsel olarak felaketleştirici yorumladıklarını ve bundan dolayı tedavi arama davranışlarında bulduklarını söyleyebiliriz. FMS tanılı kadın hastalar ile sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırıldığı çalışmada FMS'li hastaların zarardan kaçınma puanları yüksek, kendini yönetme ve sebat etme puanları düşük bulunmuştur (Altunören ve ark., 2011:48). Bu bulgular bize FMS hastalarının RD düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir.

## **2.7. Romatoid Artrit'te Sıkıntıya ve Rahatsızlığa Dayanma'nın Rolü**

Kronik ağrı ile seyreden romatolojik bir hastalık olan RA semptomlarının oluşmasında ve gelişmesinde olumsuz yaşam olaylarının etkisi olduğu saptanmıştır (Dickens ve ark., 2003:209; Zautra ve ark., 1994:139). Hastaların önceden yaşamış oldukları stresli yaşam olaylarının ve hastalık kaynaklı kronik stresin RA hastalarının SD ve RD düzeylerini olumsuz yönde etkilediğini söyleyebiliriz.

RA ve FMS ile yapılan çalışmada her iki hastalıkta da aleksitimi olduğu belirtilmiştir (Ceran, 2013). Aleksitimi, kişilerin strese karşı dayanma gücünü azaltmakta ve duygulara

bağlı bedensel duyularını abartarak algılamalarına neden olmaktadır (Parker ve ark., 2001:107; Taylor ve Bagby 2004:68). Bundan dolayı RA hastalarının da FMS hastalarında olduğu gibi olumsuz duygusal problemleri ile baş etmede yetersiz olduklarını söyleyebiliriz. Bu bulgular bize RA hastalarının SD düzeylerinin düşük olduğuna işaret etmektedir.

Araştırmacılar kronik ağrı oluşumunda güvensiz bağlanmanın etkisine ve kronik ağrı nedeniyle hastaların algıladıkları tehdit ve olumsuz duygularla baş etmede kendilerini yetersiz hissettiklerini belirtmişlerdir (Mikail ve ark., 1994:1). Romatolojik hastalığı olanlar arasında kaygılı bağlanma biçimi olan kişilerde ağrının daha fazla olduğu görülmüştür (McWilliams ve ark., 2000:360). Yapılan çalışmada RA'lı hastaların kaygılı bağlanma puanları yüksek bulunmuştur (Ceran, 2013). Kaygılı bağlanmada kişi tehditleri aşırı ve felaketeleştirerek değerlendirir, çevresine bağımlılığı fazladır. Kaygılı bağlananların sağlık hizmetlerine daha fazla başvurduğu görülmüştür (Ciechanowski ve ark., 2003:627). RA'lı hastaların fiziksel duyularını, ağrılarını aşırı algıladıklarını ve çevresinden sürekli yardım arama davranışı sergilediklerini söyleyebiliriz. Bunun yanı sıra bu hastalarda tam iyileşmenin hiçbir zaman olmaması, alevlenme ve remisyon dönemlerinin birbirini takip etmesi, gidişatın belirsizliği, hareket kısıtlılığı fiziksel deformiteler ve beraberinde gelen psikososyal stresler, tedavide kullanılan ilaçların (steroid vb.) yan etkileri gibi etkenler de rahatsızlığa dayanmalarını etkileyen faktörlerdir (Craig ve ark., 1993:579). Bu bulgularla RA'lı hastalarının RD düzeylerinin düşük olduğunu ifade edebiliriz.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YÖNTEM

#### 3.1. Araştırma Modeli

Araştırmada, FMS ve RA hastalarında sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanma düzeylerinin incelemesini yapmak amacıyla genel tarama modeli kullanılmıştır. Genel tarama modeli, evrenden alınacak bir grubun, evrene genelleyebileceğimiz ve evreni temsil edebilecek örneklem üzerinde yapılan tarama düzenlemeleridir (Karasar, 2007:79).

#### 3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Denizli Devlet Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniği ile Romatoloji Polikliniğine başvuran FMS ve RA hastaları oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise 2016 Mayıs-2016 Ağustos tarihleri arasında Denizli Devlet Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniği ile Romatoloji Polikliniğine başvuran 18-55 yaş arası, kadın ve erkeklerin olduğu 30 FMS ve 30 RA hastasından meydana gelmektedir. Toplamda 60 hasta ile yapılan araştırmada 18 yaş altı erkek ve kadın, algı problemi olan ve iyi koopere olamayanlar, ileri derecede görme ve işitme kaybı olanlar, hamileler çalışmaya dahil edilmemiştir. Araştırma öncesi hastaların tümü araştırma ile ilgili bilgilendirilmiş ve hastaların yazılı onamları alınmıştır. Hastaların çalışmaya dahil olma kriterleri:

- 18 yaş üstü olma.
- Asgari düzeyde okur-yazar olan ve çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden kadın ve erkek hastalar.
- Algı problemi olmayan ve iyi koopere olabilen hastalar.
- İleri derecede görme ve işitme kaybı olmayanlar.
- Uzman hekim tarafından FMS tanısı konmuş hastalar.
- Uzman hekim tarafından RA tanısı konmuş hastalar.

Ayrıca araştırma için etik kurul onayı (26.05.2016 tarihli ve 09 sayılı) Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü etik kurulundan alınmıştır (EK).

### 3.3. Veri Toplama Araçları

#### 3.3.1. Sosyo-demografik Bilgi Formu

Araştırmaya katılan bireyler hakkında bilgi almak amacıyla araştırmacı tarafından sosyo-demografik bilgi formu hazırlanmıştır. Sosyo-demografik Bilgi Formunda bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, sosyal destek alıp almadığı gibi sorular yer almıştır (EK 1).

#### 3.3.2. Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ)

Sıkıntıya dayanma kapasitesindeki kişisel farklılıkları ölçmek amacıyla 2005'te Simons ve Gaher tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe formunun güvenilirliği ve geçerliliği 2012'de Sargin ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Öz bildirim dayalı 15 maddeden oluşan ölçekte katılımcılar (15-75) arası puan alabilirler. Maddeler 1 ile 5 arasında değişen likert tipi ölçeğe göre değerlendirilmektedir. Bu ölçekteki seçenekler (5) Kesinlikle katılmıyorum ile (1) Kesinlikle katılıyorum şeklinde belirlenmiş olup yüksek skorlar sıkıntıya dayanma yetisindeki yüksekliği işaret etmektedir. SDÖ, emosyonel sıkıntıya dayanma kapasitesini ölçme açısından 3 alt ölçekten oluşur: Tolerans, regülasyon ve öz yeterlidir (EK 2).

Tolerans, sıkıntı ve sonuçlarının felaketeleştirilmesi anlamına gelir ve sıkıntıya dayanma tolerans (SDÖ-T) alt ölçeği kişinin sıkıntıyla ne derece üstesinden gelebileceğini ölçmektedir. Sıkıntıya dayanma regülasyon (SDÖ-R) alt ölçeğinde, olumsuz duygulardan kaçınma ya da bu olumsuz duygularla baş etme gibi duyguların düzenlenmesi ölçülmektedir. Sıkıntıya dayanma öz yeterlik (SDÖ-Ö) alt ölçeğinde ise kişinin sıkıntıyla baş etmede kendi kapasitesinin ne kadar yeterli olduğu ölçülmektedir.

#### 3.3.3. Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği (RDÖ)

Rahatsız edici duyumlara dayanma kapasitesindeki kişisel farklılıkları ölçmek amacıyla Norman B. Schmidt ve arkadaşları tarafından 2006'da geliştirilen bu ölçeğin Türkçe formunun faktör yapısı, güvenilirliği ve geçerliliği 2012'de Özdel ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Rahatsızlığa dayanma ölçeği, rahatsızlığa dayanma (RD-RD) ve rahatsızlıktan kaçınma (RD-RK) alt ölçeklerinden oluşmaktadır. RD-RD bedensel duyumlara dayanma kapasitesini ölçerken, RD-RK ise bedensel duygulardan kaçınma derecesini ölçer. Ölçek 7'li likert tipi sorulardan oluşmaktadır ve katılımcılar (0-42) arası puan alırlar. Cevap seçenekleri 0 (bana hiç uygun değil) ve 6 (tümüyle bana uygun) arasında değişmektedir. Düşük skorlar kişinin rahatsız edici bedensel duyumlara dayanma kapasitesinin azalması anlamına gelir. (EK 3).

#### **3.3.4. Verilerin Analizi**

Veriler SPSS paket programıyla analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama  $\pm$  standart sapma ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Parametrik test varsayımları sağlandığında bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında bağımsız gruplar için t Testi (independent samples t test) kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar ise Ki kare analizi ile incelenmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Tüm analizlerde  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR VE YORUMLAR

#### 4.1. Araştırmaya Katılan Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgiler

Araştırmamıza dahil edilen katılımcıların, genel olarak 34 (%56,7)'ü kadın, 26(%43,3)'sı erkektir. FMS grubundaki katılımcıların 17 (%56,7)'si kadın, 13(%43,3)'ü erkektir. RA grubundaki katılımcıların 17 (%56,7)'si kadın, 13(%43,3)'ü erkektir.

FMS ve RA grubundaki katılımcıların medeni durumları incelenmiştir. Buna göre FMS grubundaki katılımcıların 3 (%10)'ü bekar, 22 (%73,3)'si evli, 5 (%16,6)'i diğer; RA grubunda ise 3 (%10)'ü bekar, 24 (%80)'ü evli, 3 (%10)'ü diğer olarak kaydedilmiştir.

**Tablo 3.** Demografik Verilerin Yüzdelerle Dağılımı

Değişkenler	FMS N=30 (%)	RA N=30 (%)
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	17 (%56.7)	17 (%56.7)
Erkek	13 (%43.3)	13 (%43.3)
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar	3 (%10)	3 (%10)
Evli	22 (%73.3)	24 (%80)
Diğer	5 (%16.6)	3 (%10)
<b>Meslek</b>		
Hemşire	4 (%13.3)	–
Öğretmen	4 (%13.3)	3 (%10)
Ev Hanımı	6 (%20)	12 (%40)
İşçi	10 (%33.3)	13 (%43.3)
<b>Ortalama Eğitim Süresi (yıl)</b>	<b>FMS (X±Ss)</b>	<b>RA (X±Ss)</b>
Eğitim	10.03 ± 5.35	7.86 ± 3.91
<b>Yaş Ortalaması</b>		
Yaş	41.86 ± 9.22	43.86 ± 8.40

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde FMS'li hastaların ortalama eğitim süresi 10.03 ± 5.35 yıl iken RA grubunun ortalama eğitim süresi 7.86 ± 3.91 yıldır.

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması dağılımları FMS hasta grubunda ortalama 41.86 ± 9.22 iken RA hasta grubunda ortalama 43.86 ± 8.40 dır.



Araştırmaya katılan FMS ve RA hasta gruplarında çalışma durumları incelenmiştir. Buna göre FMS grubunda 21 (%70)'i çalışıyor, 8 (%26,7)'i çalışmıyor, 1 (%3,3) emeklidir. RA grubunda 12 (%40)'si çalışıyor, 15 (%50)'i çalışmıyor, 3 (%10)'ü emekli olarak bulunmuştur.

Katılımcıların hangi meslek grubu dağılımına baktığımızda; FMS grubundaki hastaların 4 (%13,3)'ü hemşire, 4 (%13,3)'ü öğretmen, 6 (%20)'sı ev hanımı, 10 (%33,3)'ü işçi, 6 (%20)'sı memur iken RA grubundaki hastaların ise 3 (%10)'ü öğretmen, 12 (%40)'si ev hanımı, 13 (%43,3)'ü işçi, 2 (%6,7)'si memurdur.

#### **4.2. FMS ve RA Hastalarının Başvurdukları Tedavi Yöntemleri ve Eşlik Eden Diğer Hastalıklar**

Araştırma grubundaki FMS ve RA hastalarının hastalıkları ile ilgili başvurdukları farklı tedavi yöntemleri incelendiğinde; FMS grubunda 11 (%36,6)'i psikiyatrik tedavi alırken 19 (%63,3)'ü psikiyatrik tedavi almamıştır. RA grubunda ise hastaların 7 (%23,3)'si psikiyatrik tedavi alırken 23 (%76,6)'ü psikiyatrik tedavi almamıştır. FMS ve RA grubundaki hastalar psikiyatrik tedavi alıp almadıklarına göre gruplandırıldığında SD alt ölçeklerinden SDÖ-Ö (P=.038) ve SDÖ-T (p=.005) puanlarının psikiyatrik tedavi almayan hasta grubunda istatistiksel olarak daha anlamlı çıktığı görülmüştür (p<0.05). Buna göre, psikiyatrik tedavi alan FMS ve RA hastalarının SDÖ alt ölçeklerinden SDÖ-Ö ve SDÖ-T düzeyleri psikiyatrik tedavi almayan FMS ve RA hastalarına göre daha düşüktür.

Katılımcılara FMS ve RA hastalığı dışında başka bir hastalığının olup olmadığı sorulduğunda FMS grubundaki hastaların 17 (%56,7)'sinde başka bir hastalığının olduğu, 13 (%43,3)'ünde başka bir hastalığının olmadığı; RA grubundaki hastaların 13 (%43,3) ünde başka bir hastalığının olduğu, 17 (%56,7)'sinde başka bir hastalığının olmadığı görülmüştür.

#### **4.3. FMS ve RA Hastalarının Sosyal Destek Açısından İncelenmesi**

Araştırmaya dahil olan katılımcıların sosyal destek alıp almadıklarına bakıldığında; FMS grubundaki hastaların 11 (%36,7)'inin sosyal destek aldığı, 19 (%63,3)'ünün sosyal destek almadığı; RA grubunda ise bu dağılım 21 (%70)'inin sosyal destek aldığı, 9 (%30)'ünün sosyal destek almadığı görülmüştür.

FMS ve RA grubunda, sosyal destek alanların bu desteği kimden aldıkları incelendiğinde; FMS grubunda 6 (%54,5)'sı eşinden, 3 (%27,3)'ü ailesinden, 2 (%18,2)'si arkadaşından, RA grubunda ise 15 (%71,4)'i eşinden, 6 (%28,6)'sı ailesinden sosyal destek almıştır.

Her iki gruba genel olarak bakıldığında sosyal destek alan veya almayan kişiler iki gruba ayrıldığında SDÖ'nün alt ölçeklerinden olan SDÖ-T ( $p=.012$ ), SDÖ-R ( $p=.017$ ) ve SDÖ-Toplam ( $p=.005$ ) puanlar sosyal destek almayan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Buna göre, sosyal destek alan FMS ve RA hastalarının sosyal destek almayan FMS ve RA hastalarına göre SD düzeyi daha yüksektir.

Sosyal desteğin kimden (eş, aile) alındığı ile SDÖ ve RDÖ puanları arasında istatistiksel açıdan bir anlamlılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

#### 4.4. FMS ve RA Hastalarının Ölçekler Açısından İncelenmesi

FMS ve RA hastaları üzerinde yapılan SDÖ ve RDÖ toplam ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tablo 4'de görüldüğü gibi SDÖ toplam ( $p=.000$ ), SDÖ-Ö ( $p=.037$ ) ve SDÖ-T ( $p=.001$ ) puan ortalamaları RA hastalarında FMS hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Buna göre, FMS hastalarının SD düzeyi RA hastalarına göre daha düşük olduğu görülmüştür. SDÖ-R( $p=.347$ ), RDÖ-RD ( $p=.806$ ), RDÖ-RK ( $p=.800$ ) ve RDÖ toplam ( $p=.986$ ) puan ortalamaları her iki grubun karşılaştırılmasında istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 3).

**Tablo 4.** FMS ve RA Hastalarının Ölçeklere Göre Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması İçin Bağımsız Gruplar t Testi Tablosu

Değişkenler	FMS	RA	t	p
	$\bar{X}\pm Ss$	$\bar{X}\pm Ss$		
SDÖ-T	22.90±7.48	29.93±6.99	-3,760	.000
SDÖ-R	6.83±2.67	7.53±3.02	-,949	.347
SDÖ-Ö	8.23±2.25	9.56±2.56	-2,137	.037
SDÖ Toplam	37.96±10.82	47.03±9.93	-3,380	.001
RDÖ-RD	12.43±4.59	12.73±4.80	-,247	.806
RDÖ-RK	10.03±3.90	9.76±4.19	,255	.800
RDÖ-Toplam	22.46±7.17	22.50±7.36	-,018	.986

Bağımsız gruplar t testi

#### 4.5. SDÖ ve RDÖ'nin Korelasyon Analizi

Çalışmada ölçeklerin korelasyonuna bakıldığında FMS grubunda SDÖ-Ö'nün hem SDÖ-R hem de RDÖ Toplam arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır. Ancak RA grubunda ölçekler arasında herhangi bir korelasyon gözlenmemiştir (Tablo 4).

**Tablo 5.** SDÖ ve RDÖ Korelasyon Analizi

Değişkenler	SDÖ-T	SDÖ-R	SDÖ-Ö	SDÖ-Toplam	RDÖ-RD	RDÖ-RK	RDÖ-Toplam
<b>FMS</b>		.019	000	000	.094	.356	.114
	SDÖ-T						
	SDÖ-R		.022	000	.756	.383	.500
	SDÖ-Ö			000	.100	.039	.027
	SDÖ-Toplam				.115	.201	.085
	RDÖ-RD					.022	.000
	RDÖ-RK						.000
<b>RA</b>	RDÖ-Toplam						
	SDÖ-T	.023	.024	000	.606	.885	.675
	SDÖ-R		.545	000	.603	.504	.968
	SDÖ-Ö			001	.311	.490	.290
	SDÖ-Toplam				.794	.780	.991
	RDÖ-RD					.072	000
	RDÖ-RK						000
RDÖ-Toplam							

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA

Önceleri somatik olarak bilinen fakat yapılan araştırmalar ile psikosomatik bir hastalık olarak kabul edilen FMS (Lipowski, 1988:1358; Kroenke, 2007:593) ile somatik bir hastalık olan RA'lı (Hochberg ve ark., 1991:1498) hastaların sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanma düzeyleri arasında herhangi bir farkın olup olmadığı bu çalışmada incelenmiştir. Yapılan araştırmalarda FMS ve RA hastalarında gözlenen depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olması, çocukluk çağı travmalarıyla sıkça karşılaşılması nedeniyle her iki hastalıkta da sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanma düzeylerinin hastalığın oluşması, gelişmesi ve sürmesinde etkileyici bir rolü olduğu düşünülmektedir. Düşük sıkıntıya dayanma düzeyi ile depresyon ve anksiyete belirtileri arasında tutarlı bir ilişki vardır (Keough ve ark., 2010:567). Bu ilişki PTSD, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, sosyal anksiyete, genel üzüntü durumunda görülen anksiyete tablosunun da önüne geçmiştir (Marshall-Berenz EC ve ark., 2010:623; Capron DW ve ark., 2013:349).

Çalışmamızda FMS ve RA hastalarının sıkıntıya dayanma alt ölçeklerinden “sıkıntıya tolerans” düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu, buna göre FMS'li hastaların “sıkıntıya tolerans” düzeyi RA'lı hastalarına göre düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak, FMS hastalarının sıkıntılı durumlara katlanmaları ve bu durumların üstesinden gelmeleri RA hastalarına göre daha güç olabilmektedir. Sıkıntıya tolerans kişinin sıkıntı ve sonuçlarını felaketleştirmesi ile ilgilidir (Sargın ve ark., 2012:152). FMS'lilerdeki ağrıyı felaketleştirme irrasyonel düşünce kalıbı diğer romatolojik hastalıklar ile kıyaslandığında FMS'li hastalarda daha belirgindir. Bu durum FMS hastaları arasında psikolojik ve fiziksel fonksiyonların sağlıklı gelişmesine engel olarak kabul edilmektedir (Edwards ve ark., 2006:325; Hassett ve ark., 2000:2493). Beck ve ark. (1985) kişilerin anksiyeteye yol açan uyarınları gerçekte olduklarından daha tehlikeli algılandıklarını ve bu uyarınlardan sonucunu felaketleştirdiğini belirtmiştir. FMS hastalarının anksiyete ve depresif yakınmaları RA hastalarına göre daha yüksek seyreder (Gür, 2008:4). Bulgularımız bu çalışmaların sonuçları ile uyumludur.

Yapmış olduğumuz çalışmada FMS ve RA hastalarının sıkıntıya dayanma alt ölçeklerinden “öz yeterlilik” düzeyinde klinik olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre FMS'li hastaların “öz yeterlilik” puanının RA'lı hastalara göre düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, FMS'li hastaların RA hastalarına göre sıkıntıyla başetme kapasitesindeki yeterliliği daha düşüktür. Bandura, tehdit edici olduğunu düşündükleri bir

uyaranla karşılaştıklarında öz yeterlilik kapasitelerini yetersiz gören bireylerin yüksek derecede subjektif sıkıntı tarif ettiklerini belirterek anksiyete ile baş etmede davranışsal stratejilerin yanı sıra bireyin öz yeterlilik algısının da belirleyici olduğunu öne sürmüştür (Bandura, 1988:77). Yani öz yeterliliği düşük olan kişilerin yaşamış oldukları sıkıntıların sonuçlarını felaketleştirdiğini ve içinde buldukları durumla baş etmede kendilerini yetersiz gördüklerini söyleyebiliriz. Madenci ve ark. (2006:19) FMS ve kronik ağrılı hastalar üzerinde yapmış oldukları çalışmada ağrıyla başa çıkma becerilerinden “kendi kendine başa çıkma” ve “bilinçli bilişsel girişimlerde bulunma” tutumunun FMS’li hastalarda daha düşük çıktığı sonucuna ulaşmışlardır. Fiziksel hastalığı olan bireylerin katıldığı çalışmalarda öz yeterliliği yüksek olan hastaların daha düşük düzeyde kaygı ve depresyon yaşadığı, ağrıyı daha az hissettikleri, fiziksel aktivitelerinde de daha az kısıtlama algıladıkları görülmüştür (Barlow ve ark., 2002: 11; Buckelew ve ark., 1996: 97). Dirik ve ark. (2011:45) yapmış olduğu çalışmada FMS hastalarının yaşadıkları kaygı, depresyon gibi psikolojik sıkıntıların hastaların algıladığı öz yeterlilik ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda FMS’li hastaların yaşadığı psikolojik sıkıntıların, RA’lı hastalardan daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (Barlow ve ark., 2002:11; Altan ve ark., 2004:7). Ataoğlu ve ark. (1998:29) yaptıkları çalışmada FMS hastalarının çaresizlik ve tıbbi çare arama davranışını fazla kullandığı görülmüştür, buna göre öz yeterliliği düşük olan FMS hastalarında ağrı ile kendi kendine başa çıkmaları düşüktür diyebiliriz. Bu bulgular çalışmamızın sonucunu desteklemektedir.

Çalışmamızda FMS'li ve RA'lı hastalar arasında sıkıntıya dayanma alt ölçeklerinden “regülasyon” alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamasa da klinik anlamda hem FMS’li hem de RA’lı hastaların sıkıntıya dayanma “regülasyon” alt ölçeği puanları düşük düzeyde bulunmuştur. Sıkıntıya dayanma regülasyon alt ölçeği düşük olan kişiler, olumsuz duygulardan kaçınmak için yoğun çaba sarfederler veya bu olumsuz duygu durumunu azaltmak için birçok farklı yöntemi denerler. Amir ve ark. (2000:7) yaptıkları çalışmada FMS ve RA hastalarının kaçınma tarzı başa çıkma puanları arasında bir fark bulamamışlar fakat sağlıklı kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır. Altınören ve ark. (2011:31) yapmış oldukları çalışmada FMS hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre yüksek zarardan kaçınma, düşük kendini yönetme ve düşük sebat etme puanlarının olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar araştırmamızın sonucunu desteklemektedir.

Yaptığımız çalışmada FMS ve RA hastalarının sıkıntıya dayanma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Buna göre FMS’li hastalarının sıkıntıya dayanma düzeyi RA’lı hastalarına göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Sıkıntıya

dayanmanın, birçok bozukluğun oluşmasında, gelişmesinde ve sürmesinde önemli bir rolü vardır (McHugh and Otto, 2012). Buna göre sıkıntıya dayanma düzeyi düşük olan kişilerin bu rahatsızlıklara yakalanma riski daha yüksektir diyebiliriz. FMS'li hastaların psikolojik problemlerinin RA'lı hastalardan daha yüksek düzeyde olduğunu gösteren çalışmalar vardır. FMS'li ve RA'lı hastaların karşılaştırıldığı çalışmaları incelediğimizde, Güleç ve ark. (2004:191) tarafından yapılan çalışmada FMS'li hastaların anksiyete ve içe döndürülmüş öfke puanlarının RA'lı hastalara oranla anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmüştür. Scheidt ve ark. (2014:88) ise FMS hastalarının depresyon skorlarını RA'lı hastalara göre yüksek bulmuştur. Şengül ve ark. (2008:104) ise FMS'li hastaların RA'lı hastalara göre depresyon skorlarını yüksek fakat her iki grup arasında anlamlı farklılık bulamamıştır. Hudson ve ark. (1985:441), FMS'li hastalarda RA'lı hastalara göre hem depresyon hem de anksiyete oranını yüksek bulmuşlardır. Walker ve ark. (1997:572) FMS'li hastaların RA'lı hastalara göre çocukluk çağı travma puanlarını yüksek olarak saptamıştır. Bir başka çalışmada FMS hastalarının somatoform disosiasyon puanlarının RA hastalarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Näring ve ark., 2007:872). Sıkıntıya dayanma aynı zamanda duygu düzenlenme ile ilişkilidir, hatta daha üst bir yapıdır (Simons and Gaher 2005:83). Duygu düzenleme ve bağlanma, aleksitimi ve çocukluk çağı travmalarının etiyolojisinde önemli bir bileşendir (Kobak ve ark 1991:461; Feeney 1995a: 143; Lazarus and Folkman 1984; Shipman ve ark. 2007:268). Yapılan araştırmalarda, FMS hastalarının RA hastalarına göre, çocukluk çağı travma, aleksitimi ve kaygılı-kaçınma bağlanma puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Walker ve ark. 1997:572; Şengül ve ark. 2008:104; Ceran 2013). Bu çalışmalar ışığında her ikisi de kronik ağrı ve benzer psikopatolojik rahatsızlıklar barındıran FMS ve RA hastalarının psikolojik rahatsızlıklarının düzeyleri arasındaki farklılıktan dolayı sıkıntıya dayanma düzeyleri arasında da fark olduğunu ve sıkıntıya dayanmanın psikolojik rahatsızlıkları tetikleyen bir faktör olabileceğini söyleyebiliriz.

Çalışmamızda FMS ve RA hastalarının rahatsızlığa dayanma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Bu sonuç ile araştırmamızdaki hipotezimiz doğrulanamamıştır. Rahatsızlığa dayanma, kişilerin rahatsız edici bedensel duyumlarına dayanma kapasitesi ve bu duyumlardan kaçınma eğilimleri ile ilgilidir. Amir ve ark. (2000:7)'nin çalışmalarında FMS'li ve RA'lı hastaların "kaçınma tarzı başa çıkma" puanları açısından her iki grup arasında da fark bulunamamıştır. Rahatsızlığa dayanma düzeyi düşük olan kişiler, aleksitimik kişilerde de görülen bedensel duyumlarını gerçek dışı algılayıp yorumlama eğilimindedirler. Yapılan bir çalışmada aleksitimik kişilerin duygusal duyumlarına

bağlı bedensel duyularını abarttığı belirtilmiştir (Taylor and Bagby 2004:68). Farklı bir çalışmada da FMS ve RA hastaları sağlıklı kontrol grubuna göre daha aleksitimik bulunurken, kendi aralarında herhangi bir fark bulunamamıştır (Güleç ve ark., 2004:191). Bu hastaların bedensel duyularını abartarak, normal bedensel duyularını yoğun, zararlı ve rahatsız edici biçimde algılama eğiliminde olduklarını söyleyebiliriz. FMS'li ve RA'lı hastaların ortak noktalarından biri de fiziksel ağırlı bir rahatsızlıklarının olması, rahatsızlığa dayanma kavramı da çoğunlukla fiziksel rahatsızlığa dayanmayı kapsamaktadır (Sargın ve ark., 2012:152). FMS ve RA hastalarında rahatsızlığa dayanma düzeyleri arasında farkın olmaması, her iki hastalıkta görülen bu benzerliklerden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda FMS ve RA hastaları arasında rahatsızlığa dayanma düzeyleri açısından bir fark bulunmaması ve FMS hastalarının RA hastalarına göre daha düşük sıkıntıya dayanma düzeyinin olması, FMS'nin daha çok psikolojik nedenli bir hastalık olmasından kaynaklandığını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda FMS ve RA hastalarını psikiyatrik tedavi alan ve almayan diye gruplandırarak bu durumun sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanma düzeylerini nasıl etkileyebileceğini araştırdık. Çalışmamızda psikiyatrik tedavi alan FMS ve RA hastalarının sıkıntıya dayanma alt ölçeklerinden “sıkıntıya dayanma tolerans” ve “sıkıntıya dayanma özyeterlilik” düzeyi psikiyatrik tedavi almayan FMS ve RA hastalarına göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu bulgu bize sıkıntıya daha dayanıksız olan kişilerin psikiyatrik tedaviye başvurmuş olabileceğini göstermektedir. Çalışmamızdaki hastaların gördüğü psikiyatrik tedavinin niteliği hakkında yeterli veri yoktur. Ancak hastaların aldıkları tedaviden yararlanmadıkları çıkarımında bulunursak, alınan psikiyatrik tedavinin yararlı olmadığını, sıkıntıya dayanma ve rahatsızlığa dayanmaya özel tedavi yöntemi uygulanması gerektiğini söyleyebiliriz. Yapılan bir çalışmada, psikolojik yardım arayan kişilerin stres ve huzursuzluk veren olayların daha fazla etkisinde kaldığı, daha az olumlu yaşantılara sahip olduğu, aile yakınlığı ve sosyal katılımlarının ise daha sınırlı olduğu görülmüştür (Goodman ve ark., 1984:292). FMS ve RA gruplarının her ikisinde de cinsiyet faktörü, bireylerin eğitim durumları, meslekleri, çalışıp çalışmamaları, medeni durumları gibi demografik verilerin yanı sıra FMS ve RA tanılarına ek olarak başka bir rahatsızlığın olup olmaması sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanma düzeylerini etkilemediği yaptığımız çalışmada bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan kişilerin yaşamlarında sosyal destek alıp almadığı ve eğer sosyal destek alıyorsa bunu kimden aldığı sorulmuştur. Bunun sonucunda kişilerin sosyal destek almasının sıkıntıya dayanma düzeyini arttırdığı, özellikle sıkıntıya dayanma alt ölçeklerinden

“tölerasyon” ve “regülasyon” puanlarının yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Lutgendorf SK ve ark. (2009:176)'nın yapmış olduğu bir çalışmada sosyal desteğin depresyon ve anksiyeteyi düşürdüğü bulunmuştur. Çalışmamızda hastaların sosyal desteği kimden aldığı (eş, arkadaş, aile, flört) sıkıntıya dayanma düzeyinde anlamlı bir farklılığa neden olmadığı gözlenmiştir.

Çalışmamızda kullandığımız SDÖ ve RDÖ ölçekleri ve her birinin alt ölçekleri ile FMS ve RA arasındaki korelasyona bakıldığında FMS grubunda SDÖ-T ile SDÖ-R arasında, SDÖ-Ö ile RDÖ-Toplam arasında pozitif yönde orta düzey anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Bu sonuç Sıkıntıya dayanma ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında da bulunan sonuçlarla desteklenmiştir. Ancak çalışmamızda SDÖ-Ö ile RDÖ-RK arasında pozitif yönde ilişki çıkarken Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasında negatif yönde ilişki bulunmuştur. RA grubunda ölçekler ve alt grupları arasında herhangi bir korelasyon bulunmamıştır. Her ölçeğin kendi alt grupları arasında korelasyona sahip olduğu görülmüştür.



## SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada FMS hastaları ile RA hastalarının sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanma düzeylerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Bu çalışmanın sonucunda, FMS'li hastaların sıkıntıya dayanma alt ölçeklerinden sıkıntıya dayanma "öz yeterlilik", sıkıntıya dayanma "tolerans" ve ayrıca "sıkıntıya dayanma toplam" puanları RA'lı hastalara göre daha düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Bu sonuç birinci hipotez olan FMS'li ve RA'lı hastaların sıkıntıya dayanma düzeyleri arasında anlamlı farklılık olduğunu sıkıntıya dayanma "regülasyon" alt ölçeği hariç desteklemektedir. FMS'li ve RA'lı hastalar arasında rahatsızlığa dayanma dereceleri anlamlı bir farklılık olduğu öne sürülen ikinci hipotez ise her iki hastalık arasında rahatsızlığa dayanma düzeyleri arasında farklılık bulunmayışı nedeniyle doğrulanamamıştır.

Her çalışmada olduğu gibi bu çalışmanın da bazı limitasyonları vardır. Çalışmaya dahil edilen örneklemin az kişiden oluşması, bu konu ile ilgili literatürde yapılmış çalışmanın azlığı gibi nedenler bu limitasyonlar içerisinde sayılabilir.

Bu çalışmada elde edilen sonuçların gelecekte yapılacak olan çalışmalara ışık tutacağına inanılmaktadır.

## KAYNAKÇA

- Aaron, C. A., Bradley, L. A., Alaron, G. S., Alexander, R. W., Alexander, M. T., Martin, M. Y. and Alberts, K. R. (1996). Psychiatric diagnoses in patients with fibromyalgia are related to health care seeking behavior rather than illness. *Arthritis Rheum.* (39), 436-445.
- Ablin, J. N. and Buskila, D. (2015). Update on the genetics of the fibromyalgia syndrome. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* (29), 20-8.
- Ablin, J., Neumann, L. and Buskila, D. (2008). Pathogenesis of fibromyalgia-A review. *Joint Bone Spine.* 75(3), 273-9.
- Abrantes, A.M., Strong, D.R., Lejuez, C.W., Kaher, C., Carpenter, L.L., Price, L.H., ...Richard A. Brown (2008). The role of negative affect in risk for early lapse among low distress tolerance smokers. *Addictive Behaviors.* 33(11), 1394-1401
- Acar, A. (2015). *Romatoid Artritli Hastalarda Kalprotektin Düzeyinin Değerlendirilmesi Ve Egzersiz Tedavisinin Etkisi.* Yüksek Lisans Tezi, Namık Kemal Üniversitesi, Tekirdağ.
- Adams, L. M. and Turk, D. C. (2015). Psychosocial Factors and Central Sensitivity Syndromes. *Curr Rheumatol Rev.* 11(2): 96–108.
- Afarı, N. Ahumada, S. M., Wright, L. J., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V. and Cuneo. J. G. (2014). Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med.* (76), 2–11.
- Ahlmen, M., Svensson, B., Albertsson, K., Forslind, K. and Hafstrom, I. (2010). Influence of gender on assessments of disease activity and function in early rheumatoid arthritis in relation to radiographic joint damage. *Ann. Rheum. Dis.* (69), 230–233.
- Akıncı, A. (2002). Aktivite ve Fonksiyonel Evrelendirme. V. Hamuryudan (Ed.), *Romatoid Artrit* (ss: 65-71). Ankara: MD Yayıncılık.
- Akıncı Tan A. (2009) Fibromiyalji nöropatik ağrı mıdır? Tan E, editör. *Nöropatik Ağrı* (ss;153-67). Ankara: Nobel Matbaacılık.
- Akkoc, Y. (2001). Fibromyalji Sendromunda etyopatogenez, nöroendokrin ve otonomik sinir sistemi. *IV. RASD Geleneksel Sempozyumu Özet Kitabı* Elazığ.

- Akkoç, N. (2010). Türkiye’de Romatizmal Hastalıkların Epidemiyolojisi ve Diğer Ülkelerle Karşılaştırılması. *Raed Dergisi*. (2), 1-8.
- Akkuş, S., Koşar A., ve Beyazıt, O. (1998). Fibromiyalji tanısı konan 220 vakanın klinik özellikleri. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*. 1(1), 41-46.
- Alamanos, Y. and Drosos, A. A. (2005). Epidemiology of adult rheumatoid arthritis. *Autoimmun. Rev.* (4), 130–136.
- Ablin J, Neumann L and Buskila D. (2008). Pathogenesis of fibromyalgia-A review. *Joint Bone Spine*. 75(3), 273-9.
- Altan, L., Bingöl, Ü., Sağırkaya, Z., Sarandöl, A. ve Yurtkuran, M. (2004). Romatoid artritli hastalarda anksiyete ve depresyon. *Romatizma*. (19), 7-13.
- Altunören, Ö., Orhan, F. Ö., Nacitarhan, V., Özer, A., Karaaslan, M. F. and Altunören, O. (2011). Fibromiyalji Sendromlu Kadınların Depresyon ve Mizaç Karakter Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. (48), 31.
- Amel Kashipaz, M. R., Swinden, D., Todd, I. and Powell, R. J. (2003). Normal production of inflammatory cytokines in chronic fatigue and fibromyalgia syndromes determined by intracellular cytokine staining in short-term cultured blood mononuclear cells. *Clin Exp Immunol*. (132), 360-365.
- Ames, D., Cummings, J. L., Wirshing, W. C., Quinn, B. and Mahler, M. (1994). Repetitive and compulsive behavior in frontal lobe degenerations. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. (6), 100–113.
- Amir, M., Neumann, L., Bor, O., Shir, Y., Rubinow, A. and Buskila, D. (2000). Coping styles, anger, social support, and suicide risk of women with fibromyalgia syndrome. *Journal of Musculoskeletal Pain*. 8(3), 7-20.
- Amital, D., Fostick, L., Polliack, M. L., Segev, S., Zohar, J., Rubinow, A. and Amital, H..(2006). Posttraumatic stress disorder, tenderness, and fibromyalgia syndrome: are they different entities? *J. Psychosom. Res.* 61(5), 663–669.
- Anderberg, U. M., Marteinsdottir, I., Theorell, T. and Von Knorring, L. (2000). The impact of life events in female patients with fibromyalgia and in female healthy controls. *European Psychiatry*. (15), 295-301.

- Anestis, M. D., Selby, E. A, Fink, E. L. and Joiner, T.E. (2007). The multifaceted role of distress tolerance in dysregulated eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*. 40(8), 718–726.
- Ankara Üniversitesi. (2014). Fibromiyalji sendromu. <http://www.ichastaliklariromatoloji.medicine.ankara.edu.tr> (8.04.2017)
- Areskoug-Josefsson, K. and Oberg, U. (2009). A literature review of the sexual health of women with rheumatoid arthritis. *Musculoskel. Care*. (7), 219–226.
- Arnold, L. M. (2006). Biology and Therapy of Fibromyalgia, New therapies in fibromyalgia. *Arthritis Research and Therapy*. 8(4), 212- 225.
- Arnold, L. M. (2010). The pathophysiology, diagnosis, and treatment of fibromyalgia. *Psychiatr Clin North Am*. 33(2), 375-408.
- Arnold, L. M., Hudson, JI., Keck, P. E., Auchenbach, M. B., Javaras, K. N. and Hess, E. V. (2006). Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *J Psychiatry*. 67(8), 1219-25.
- Ataoğlu, S., Özçetin, A., Ataoğlu, A., İçmeli, C., Makarç, S. ve Yağlı, M. (2002) Fibromyaljili ve romatoid artritli hastalarda ağrı şiddeti ile anksiyete ve depresyon ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 3(4), 223-6.
- Atlı, A. D., Öztek, F. ve Erdoğan, S. (1997). Primer Fibromyalji sendromunda nokturnal growth hormon sekresyonu. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*. 22(3), 106-110.
- Ay S. (2015). Fibromiyalji Sendromunun Patogenezi, *Turkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics*. 8(3), 5-9.
- Bailey, B. E., Freedendfeld, R. N., Kiser, R. S. and Gatchel, R. J. (2003) Life time physical and sexual abuse in chronic pain patients: psychosocial correlates and treatment outcomes. *Disabil Rehabil*. (25), 331-42.
- Bandura, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety research* (1), 77-98.
- Barkley, R. A. (1997). Attention-deficit/hyperactivity disorder, self-regulation, and time: Toward a more comprehensive theory. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. (18), 271–279.
- Barlow, D. H., Allen, L. B. and Choate, M. L. (2004). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders. *Behavior Therapy*. (35), 205–230.

- Barlow, J. H., Cullen, L. A. and Rowe, I. F. (2002). Educational preferences, psychological well-being and self-efficacy among people with rheumatoid arthritis. *Patient Educ Couns.* (46), 11-19.
- Barton, A. (2009). Worthington, J. Genetic susceptibility to rheumatoid arthritis: An emerging picture. *Arthritis Rheumatol.* (61), 1441–1446.
- Bayram, K. ve Erol, A. (2014). Fibromiyalji ve Romatoid Artritte Çocukluk Çağı Örselenmeleri, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. *Nöropsikiyatri Arşivi.* (51), 344-349
- Beck, A. T., Emery, G. and Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias.* New York: Basic Books.
- Bellato, E., Marini, E., Castoldi, F., Barbasetti, N., Mattei, L., Bonasia, D. E. and Blonna, D. (2012). Fibromyalgia Syndrome: Etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Pain Res Treat.* (2012), 426-130.
- Bendixen, M. and Frisch, M. (2003). Risk factors of rheumatoid arthritis. *Ugeskr Laeger.* (165), 1020-3.
- Bertolucci, P. H. and De Oliveira, F. F. (2013). Cognitive impairment in fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep.* 17(7), 344.
- Besteiro, J., Alvarez, M., Lemos, S., Muñiz, J., Costas, C. and Weruaga, A. (2008). Dimensiones de personalidad, sentido de coherencia y salud percibida en pacientes con un síndrome fibromiálgico. (Spanish) *International Journal of Clinical Health & Psychology.* 8(2), 411-27.
- Binkiewicz-Glińska, A., Bakula, S., Tomczak, H., Landowski, J., Ruckemann-Dziurdzińska, K., Zaborowska-Sapeta, K., ...Kiebzak, W. (2015). Fibromyalgia Syndrome-a multidisciplinary approach. *Psychiatr Pol.* 49(4), 801–810.
- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine.* (64), 71–84.
- Blauer, K. L., Poth, M., Rogers, W. M. and Bernton, E. W. (1991). Dehydroepiandrosterone antagonizes the suppressive effects of dexamethasone on lymphocyte proliferation. *Endocrinology.* (129), 3174-9.

- Bohn, D., Bernardy, K., Wolfe, F. and Häuser, W. (2013). The Association Among Childhood Maltreatment, Somatic Symptom Intensity, Depression, and Somatoform dissociative Symptoms in Patients with Fibromyalgia Syndrome: A Single-Center Cohort Study. *Journal of Trauma & Dissociation*. 14(3), 342-58. DOI: 10.1080/15299732.2012.736930.
- Boisset-Pioro, M. H., Esdaile, J. M. and Fitzcharles, M. A. (1995). Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum*. (38), 235-41.
- Bonafede, R. P., Downey, D. C. and Bennett, R. M. (1995). An association of fibromyalgia with primary Sjogren's syndrome: a prospective study of 72 patients. *J. Rheumatol*. (22), 133–36.
- Bonn-Miller, M. O., Zvolensky, M. J. and Bernstein, A. (2009). Discomfort Intolerance: Evaluation of Incremental Validity for Panic-relevant Symptoms Using 10% Carbon Dioxide-enriched Air Provocation. *J Anxiety Disord*. 23(2), 197–203.
- Bornovalova, M. A., Gratz, K. L., Daughters, S. B., Nick, B., Delany-Brumsey, A., Lynch, TR., ... Lejuez, CW. (2008). A multimodal assessment of the relationship between emotion dysregulation and borderline personality disorder among inner-city substance users in residential treatment. *J. Psychiatr. Res*. (42), 717–726.
- Bradley, L. A. (2009). Pathophysiology of fibromyalgia. *Am J Med*. (122), 22–30.
- Bradley, L. A. and McKendree-Smith, N. L. (2002). Central nervous system mechanisms of pain in fibromyalgia and other musculoskeletal disorders: behavioral and psychological treatment approaches. *Curr Opin Rheumatol*. (14), 45-51.
- Branco, J. C., Bannwarth, B., Failde, I., Abello Carbonell, J., Blotman, F., Spaeth, M., ...Matucci- Cerinic, M. (2010). Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. *Semin Arthritis Rheum*. (39), 448- 453.
- Brons, R., Kraaimaat, F., Geenen, R. and Bijlsma, J. (1993). Type of stressor and depressive mood in patients with rheumatoid arthritis. *Percept Mot Skills*. (77), 634.
- Brooks, P. M. (1991). Nonsteroidal antiinflammatory drugs: Differences and similarities. *N Engl J Med*. (324), 1716-1725,
- Brown, R. A., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., Strong, D. R., and Zvolensky, M. J. (2005). Distress tolerance and early smoking lapse (theory and clinical implications). *Clinical Psychology Review*. (25), 713–733.

- Buckelew, S. P., Huyser, B., Hewett, J. E., Parker, J. C., Johnson, J. C., Conway, Kay D. R. (1996). Self-efficacy predicting outcome among fibromyalgia subjects. *Arthritis Care Res.* (9), 97-104.
- Buckner, J. D., Keough, M. E. and Schmidt, N. B. (2007). Problematic alcohol and cannabis use among young adults: The roles of depression and discomfort and distress tolerance. *Addictive Behaviors* (32), 1957–1963.
- Buskila, D. (2009). Developments in the scientific and clinical understanding of fibromyalgia. *Arthritis Res Ther.* 11(5), 242.
- Buskila, D., Neumann, L., Hazanov, I. and Carmi, R. (1996). Familial aggregation in the fibromyalgia syndrome. *Semin Arthritis Rheum.* (26), 605-11.
- Buskila, D., Odes, L. R., Neumann, L. and Odes, H. S. (1999). Fibromyalgia in inflammatory bowel disease. *J. Rheumatol.* (26), 1167–1171.
- Calandre, E. P., Garcia-Carrillo, J., Garcia-Leiva, J. M., Rico-Villademoros, F., Molina-Barea, R. and Rodriguez-Lopez, CM. (2011). Subgrouping patients with fibromyalgia according to the results of the fibromyalgia impact questionnaire: a replication study. *Rheumatol Int.* (31), 1555–1559.
- Capron, D. W., Norr, A. M., Macatee, R. J. and Schmidt, N. B. (2013). Distress tolerance and anxiety sensitivity cognitive concerns: testing the incremental contributions of affect dysregulation constructs on suicidal ideation and suicide attempt. *Behav Ther.* 44(3),349-58.
- Carey, K. B. and Correia, C. J. (1997). Drinking motives predict alcohol-related problems in college students. *J. Stud. Alcohol.* (58), 100-105.
- Carpenter, K. M. and Hasin, D. S. (1999). Drinking to cope with negative affect and DSM-IV alcohol use disorders: A test of three alternative explanations. *Journal of studies on alcohol.* (60), 694-704.
- Carr, C. P., Martins, C. M., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B. and Juruena, M. F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *J Nerv Ment Dis.* (201), 1007–20.
- Carville S, Buskila D and Choy E (2009). Generalized pain syndromes- including fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *2007-2009 EULAR; Eular on-line course on rheumatic diseases.* module no:34: 1-35.

- Ceran, S. (2013). Fibromiyalji Sendromu Tanısı Konulan Hastalarda Ebeveynlik Algısı, Aleksitimi Ve Bağlanma Özellikleri. Uzmanlık Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Chandran, A., Schaefer, C., Ryan, K., Baik, R., McNett, M. and Zlateva, G. (2008). The comparative economic burden of mild, moderate, and severe Fibromyalgia: results from a retrospective chart review and cross-sectional survey of working-age U.S. adults. *Journal of Managed Care Pharmacy*. 18 (6), 415–426.
- Christensen, A., Jacobson, N. S. and Babcock, J. C. (1995) Integrative behavioral couple therapy. In: Jacobson, N. S., Gurman, A. S., editors. *Clinical handbook of couples therapy*. New York: Guilford Press: 31-64.
- Ciechanowski, P. S., Sullivan, M. and Jensen, M. (2003). The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain*. (104), 627- 637.
- Clauw, D. (2003). The Health Consequences of the First Gulf War. *British Medical Journal*. 327(7428), 1357-1358.
- Clauw, D. J. (1995). The pathogenesis of chronic pain and fatiguesyndromes, with specialreferencetofibromyalgia. *Med. Hypoth.* (44), 369–378. doi:10.1016/0306-9877(95)90263-5.
- Claw, D. J. (2007). Fibromyalgia: Update on mechanisms and management. *J Clin Rheumatol*. (13), 102-9.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R. and Svrakic, D. M. (1991). The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. normative data. *Psychological Reports*. (69), 1047–1057.
- Coffey, K. A. and Hartman, M. (2008). Mechanisms of action in the inverse relationship between mindfulness and psychological distress. *Complementary Health Practice Review*. 13(2), 79-91.
- Colladoa, A., Alijotasb, J., Benitoc, P., Alegred, C., Romerae, M., Sañudof I ...Cots, J. M. (2002). documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en cataluña. *med clin (barc)*. (118), 745-9.
- Compas, B., Connor-Smith, J., Saltzman, H., Thomsen, A. and Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*. (127), 87–127.



- Corstorphine, E., Mountford, V., Tomlinson, S., Waller, G. and Meyer, C. (2007). Distress tolerance in the eating disorders. *Eating Behaviors*. 8(1), 91-97.
- Coşkun, N. C. (2015). Fibromiyalji Sendromunda Klinik, Tanı, Ayırıcı Tanı. *Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics*. 8(3), 15-21.
- Cogle, J. R., Timpano, K. R., Fitch, K. E. and Hawkins, K. A. (2011). Distress tolerance and obsessions: an integrative analysis. *Depress Anxiety*. 28(10), 906-14.
- Cox, B. J., Swinson, RP., Shulman, I. D., Kuch, K. and Reichman, J. T. (1993). Gender effects and alcohol use in panic disorder with agoraphobia. *Behavior Research and Therapy*. (31), 413– 416.
- Craig, T. K., Boardman, A. P., Mills, K., Daly-Jones, O. and Drake, H. (1993). The South London Somatisation Study. I: Longitudinal course and the influence of early life experiences. *The British Journal of Psychiatry*. 163(5), 579- 588.
- Creed, F. (1990). Psychological disorders in rheumatoid arthritis: A Growing Consensus? *Ann Rheum Dis*. (49), 808-12.
- Crofford, L. J. and Demitrack, M. A. (1996). Evidence that abnormalities of central neurohormonal systems are key to understanding fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Rheum Dis Clin North Am*. 22(2), 267-284.
- Crombez, G., Eccleston, C., Van Damme, S., Vlaeyen, J. W. S. and Karoly, P. (2012). Fear-avoidance model of chronic pain: the next generation. *Clin J Pain*. 28(6), 475–83.
- Çakır, T. (2015). Fibromiyalji Sendromunda Tanı Kriterleri. *Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics*. 8(3), 22-27.
- Çevik, A. ve Şentürk, V. (2008). Tarihsel Süreçte Psikosomatik Tıp ve Psikosomatik Bozukluklara Genel Bir Bakış. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 1(2), 1-11.
- Daughters, S. B., Sargeant, M. N., Bornovalova, M. A., Gratz, K. L. and Lejuez, C. W. (2008). The relationship between distress tolerance and antisocial personality disorder among innercity treatment seeking substance users. *Journal of Personality Disorders*. 22(5), 509–524.
- Daughters, S. B., Lejuez, C. W., Bornovalova, M. A., Kahler, C. W., Strong, D. R. and Brown, R. A. (2005). Distress tolerance as a predictor of early treatment dropout in a

- residential substance abuse treatment facility. *Journal of Abnormal Psychology*. (114), 729-734.
- Dickens, C., Jackson, J., Tomenson, B., Hay, E. and Creed, F. (2003). Association of depression and rheumatoid arthritis. *Psychosomatics*. (44), 209-15.
- Dirik, G., Sertel, P., Kartal, M. (2011). Fibromyalji Sendromlu Hastaların Yaşadıkları Psikolojik Sıkıntılar ile Sosyal Destek, Öz Yeterlik ve Yeti Yitimi İlişkisi. *Düzce Tıp Dergisi*. 13(1), 45-52.
- DiTella, M. and Castelli, L. (2013). Alexithymia and fibromyalgia:clinical evidence. *Front Psychol*. (4), 1-5 doi: 10.3389/fpsyg.2013.00909.
- Doğru, M. T., Aydın, G., Tosun, A., Keleş, I., Güneri, M., Arslan, A ...Orkun, S. ( 2009). Fibromyalji sendromu saptanan kadın hastalarda otonomik fonksiyon bozuklukları ve günlük otonomik değişimler ile aritmi sıklığı arasındaki bağıntılar. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. (9), 110-7.
- Dönmez, A. ve Erdogan, N. (2009). Fibromiyalji sendromu. *Klinik Gelişim*. 22(3), 60-64.
- Dunne, F. J. and Dunne, C. A. (2012). Fibromyalgia syndrome and depression: common pathways. *Br J Hosp Med (Lond)*. (73), 211-217.
- Edwards, R., Bingham, C., Bathon, J. and Haythornethwaite, J. (2006). Catastrophizing and Pain in Arthritis, Fibromyalgia, and Other Rheumatic Diseases. *Arthritis Rheum*. 55(2), 325-332.
- Eifert, G. H. and Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. (34), 293–312.
- Ernberg, M., Hedenberg-Magnusson, B., Alstergren, P. and Kopp, S. (1999) The level of serotonin in the superficial masseter muscle in relation to local pain and allodynia. *Life Sci*. 65(3), 313–25.
- Evren, B., Evren, C., Yapıcı, A. ve Guler, M. H. (2005). Fibromyalji hastalarında ağrı şiddeti ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişki. *Anatolian Journal of Psychiatry*. (6), 69-74.
- Feldner, M. T., Hekmat, H., Zvolensky, MJ., Vowles, K. E., Secrist, Z. and Leen-Feldner, E. W. (2006). The role of experiential avoidance in acute pain tolerance: A laboratory test. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. (37), 146–158.

- Felson, D. T. and Goldenberg, D. L. (1986). The natural history of fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 29(12), 1522-6.
- Fergus, T. A., Limbers, C. A., Griggs, J. O. and Kelley, L. P. (2017). Somatic symptom severity among primary care patients who are obese: examining the unique contributions of anxiety sensitivity, discomfort intolerance, and health anxiety. *J Behav Med.* 41(1), 43-51. DOI 10.1007/s10865-017-9873-8.
- Finestone, H. M., Stenn, P., Davies, F., Stalker, C., Fry, R. and Koumanis, J. (2000). Chronic pain and health care utilization in women with a history of childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl.* (24), 547-56.
- Finzel, S., Englbrecht, M., Engelke, K., Stach, C. and Schett, G. (2011). A comparative study of periarticular bone lesions in rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis.* (70), 122-127.
- Folkman, S. and Lazarus, R. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology.* (95), 107–113.
- García, D. A., Nicolás, I. M. and Saturno Hernández, P. J. (2016). Clinical Approach to Fibromyalgia: Synthesis of Evidence-based Recommendations, a Systematic Review; *Reumatol Clin.* 12(2), 65–71.
- García, J., Simón, M. A., Durán, M., Cancellor, J. and Aneiros, F. J. (2006). Differential efficacy of a cognitive-behavioral intervention versus pharmacological treatment in the management of fibromyalgic syndrome. *Psychol Health Med.* 11(4), 498-506.
- Geisser, M. E., Robinson, M. E. and Pickren, W. E. (1992). Differences in cognitive coping strategies among pain-sensitive and pain-tolerant individuals on the cold-pressor test. *Behavior Therapy* (23), 31–41.
- Gerlag, D. M., Norris, J. M. and Tak, P. P. (2016). RA: from risk factors and pathogenesis to prevention: towards prevention of autoantibody-positive rheumatoid arthritis: from lifestyle modification to preventive treatment. *Rheumatology (Oxford).* 55(4), 607-14.
- Ghafouri, N., Ghafouri, B., Larsson, B., Stensson, N., Fowler, C. J. and Gerdle, B. (2013). Palmitoylethanolamide and stearoylethanolamide levels in the interstitium of the trapezius muscle of women with chronic widespread pain and chronic neck-shoulder pain correlate with pain intensity and sensitivity. *Pain.* 154(9), 1649–58.
- Glass, J. M. (2008). Fibromyalgia and cognition. *J Clin Psychiatry.* 69(2), 20-4.

- Wolters Kluwer Health (2014). *Pathogenesis of fibromyalgia*. www. update.com. (10.04.2017).
- Goldenberg, D. L., Burckhardt, C. and Crofford, L. (2004). Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA*. (292), 2388-95.
- Goldenberg DL. (2014) Pathogenesis of fibromyalgia. www. update.com.
- Goodman, S. H., Sewell, D. R. and Jampol, R. C. (1984). On going to the counselor: Contributions of life stress and social supports to the decision to seek psychological counseling. *Journal of Counseling Psychology*. 41(3), 292-295.
- Govender, C., Cassimjee, N., Schoeman, J. and Meyer, H. (2009). Psychological characteristics of FMS patients. *Scand J Caring Sci*. 23(1), 76-83.
- Gran, J. T. (2003). The epidemiology of chronic generalized musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. (17), 547-61.
- Griep, E. N., Boersma, J. W. and De Kloet, E. R. (1994). Pituitary release of growth hormone and prolactin in the primary fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol*. (21), 2125-2130.
- Guedj, D. and Weinbergera. (1990). Effect of weather conditions on rheumatic patients. *Ann Rheum Dis*. (49), 158-159.
- Gupta, A., Silman, AJ., Ray, D., Morriss, R., Dickens, C., MacFarlane, GJ.,...McBeth, J.(2007). J The role of psychosocial factors in predicting the onset of chronic widespread pain: results from a prospecti ve population-based study. *Rheumatology*. (46), 666-71.
- Güleç, H., Sayar, K. ve Güleç, MY. (2007). Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Düşünen Adam*. 20(1), 16-24.
- Güleç, H., Sayar, K. ve Güleç, M. Y. (2007). Fibromiyaljide Tedavi Arayışının Psikolojik Etkenlerle İlişkisi. *Türk psikiyatri dergisi*. 18(1), 22-30.
- Güleç, H., Sayar, K., Topbaş, M., Karkucak, M. ve Ak, İ. (2004). Fibromiyalji sendromu olan kadınlarda aleksitimi ve öfke. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 15(3), 191-198.
- Gümüşdiş, G. (2003). Bağ Dokusu Hastalıkları: Romatoid Artrit. G. Gümüşdiş. E. Doğanavşargil. (Eds.). *Klinik Romatoloji El Kitabı* (ss: 209-227). İzmir: Güven Matbaası.

- Gündüz, N., Polat, A., Erzincan, E., Turan, H. ve Tural, Ü. (2014). Fibromiyalji Sendromu ve Miyofasyal Ağrı Sendromu Tanılı Kadın Hastalarda Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve İlişkili Değişkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. (25),18.
- Gür, A. (2008). Fibromiyaljide Etiyopatogenez. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*. (54), 4-11.
- Hamarta, E., Deniz, M. E. ve Durmuşoğlu, N. S. (2009). Attachment styles as a predictor of emotional intelligence. *Educational Sciences: Theory & Practice*. (9), 195-229.
- Hammond, A., Jefferson, P., Jones, N., Gallegher, J. and Jones, D. (2002). Clinical applicability of an educational-behavioral joint protection programme for people with Rheumatoid Arthritis. *British Journal of Occupational Therapy Sep*. 65(9), 405-412.
- Hamuryudan, V. (2003). Romatoid Artrit. *Romatolojik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*. (34), 19-29.
- Hamuryudan, V. (2007). Romatoid Artrit. *Türkiyede sık karşılaşılan hastalıkları Enfeksiyon Hastalıkları, Romatizmal Hastalıklar, Afetlerde Ezilme Yaralanmaları Sempozyum Dizisi*. (55), 69-86.
- Hamuryudan, V. (2012). Romatoid Artrit in İçin. G. Biberöglü, K. Süleymanlar, G. S. Ünal (Ed.), *İç Hastalıkları*. (ss.2497-2505). İstanbul: Sempozyum Dizisi.
- Harding, S. M. (1998). Sleep in fibromyalgia patients: subjective and objective findings. *Am J Med Sci*. (315), 367-76.
- Harris, R. E. and Clauw, D. J. (2008). Newer Treatments for Fibromyalgia Syndrome. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 4( 6), 1333-1334.
- Hassett, A. L. and Gevirtz, R. N. (2009). Nonpharmacologic treatment for fibromyalgia: patient education, cognitive-behavioral therapy, relaxation techniques, and complementary and alternative medicine. *Rheum Dis Clin North Am*. 35(2), 393-407.
- Hassett, A. L., Cone, J. D., Patella, S. J. and Sigal, L. H. (2000). The role of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum. Nov*. 43(11), 2493-500.
- Hauser, W., Galek, A., Erbsloh-Moller, B., Köllner, V., Kühn-Becker, H., Langhorst J., ...Glaesmer, H. (2013). Posttraumatic stress disorder in fibromyalgia syndrome: prevalence, temporal relationship between posttraumatic stress and fibromyalgia symptoms, and impact on clinical outcome. *Pain*. (154), 1216–1223.

- Häuser, W., Glaesmer, H., Schmutzer, G. and Brähler, E. (2012). Widespread pain in older Germans is associated with posttraumatic stress disorder and lifetime employment status - Results of a cross-sectional survey with a representative population sample. *Pain*. (153), 2466–71.
- Hauser, W., Zimmer, C., Felde, E. and Köllner, V. (2008). What are the key symptoms of Fibromyalgia? Results of a survey of the German Fibromyalgia Association. *Schmerz*. 22(2), 176–183.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. and Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. *Guilford Press*, [https://contextualscience.org/publications/hayes\\_strosahl\\_wilson\\_1999](https://contextualscience.org/publications/hayes_strosahl_wilson_1999)
- Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E. V., Follette, V. M. and Strosahl, K. (1996) Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. (64), 1152–1168.
- Henriksson, C. M. (1994). Longterm effects of fibromyalgia on everyday life. A study of 56 patients. *Scand J Rheumatol*. 23(1), 36-41.
- Hochberg, M. C., Chang, R. W. and D'Wosh, I. (1991). The American College of Rheumatology 1991 ORTAK EPİTOP criteria for the classification of global functional status in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. (25), 1498-502.
- Hollander, J. L. and Yeostros, S. J. (1963). The Effect of Simultaneous Variations of Humidity and Barometric Pressure on Arthritis. *Bull Am Meteorol Soc*. (44), 489-494.
- Hudson, J. I., Goldenberg, D. L., Pope, H.G., Keck, P. E. and Schlesinger, L. (1992) Comorbidity of fibromyalgia with medical and psychiatric disorders. *Am J Med*. (92), 363-367.
- Hudson, J. I., Hudson, M. S., Pliner, L., Goldenberg, D. L. and Pope, H. G. (1985). Fibromyalgia and major depressive disorder: a controlled phenomenology and family history study. *Am J Psychiatry*. (142), 441-446.
- İnanıcı, F. ve Yunus, M. B. (2002). Management of fibromyalgia syndrome. In. ES Rachlin, IS Rachlin (Ed), *Myofascial Pain and Fibromyalgia Syndrome*. (pp:33-58), St Luis: Mosby.

- Jenewein, J., Moergeli, H., Wittmann, L., Buchi, S., Kraemer, B. and Schnyder, U. (2009). Development of chronic pain following severe accidental injury. *Results of a 3-year follow-up study J Psychosom Res.* (66), 119–126.
- Junior, M. H., Goldenfum, M. A. and Siena, C. A. (2012). Fibromyalgia: clinical and occupational aspects. *Rev Assoc Med Bras.* 58(3), 358-365.
- Kabat-Zinn, J. (1984). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry.* (4), 33–47.
- Kalyoncu, U., Akkoç, N., Direskeneli, H., Gül, A., Keser, G., Kiraz, S.,... Hamuryudan, V. (2013). Romatoid artritte hedefe yönelik tedavi (T2T): Türkiye Çalışma Grubu önerileri. *RAED Dergisi.* 5(2), 35-40.
- Karasar, N. (2007). *Bilimsel Araştırma Yöntemi.* Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Kashdan, T. and Steger, M. (2006). Expanding the topography of social anxiety: An experience-sampling assessment of positive emotions, positive events, and emotion suppression. *Psychological Science.* (17), 120–128.
- Kato, K., Sullivan, P. F., Evengard, B. and Pedersen, N. L. (2009). A population-based twin study of functional somatic syndromes. *Psychol Med.* (39), 497–505.
- Katz, P. P. and Yelin, E. H. (1993). Prevalence and correlates of depressive symptoms among persons with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* (20), 790-796.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Perel, J., Dahl, R. E., Moreci, P., Nelson, B., ...Ryan, N. D. (1997). The corticotropin releasing hormone challenge in depressed abused, depressed nonabused, and normal control children. *Biological Psychiatry.* (42), 669-79.
- Kavakcı, Ö., Semiz, M., Kaptanoğlu, E. ve Özer, Z. (2012). Fibromiyaljide EMDR'nin etkinliğinin araştırılması: Yedi olguyu içeren bir klinik çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 13(1), 75-81.
- Kavakçı, Ö., Kaptanoğlu, E., Kuğu, N. ve Doğan, O. (2010). EMDR Fibromiyalji Tedavisinde Yeni Bir Seçenek Olabilir mi? Olgu Sunumu ve Gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri.* (13), 143-151.
- Kayhan, Ö.(1995). *Fibromiyalji.* Ankara: Medikomat Basın Yayın.

- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A. and Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: the association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*. (41), 567–574.
- Klareskog, L., Catrina, A.I. and Paget, S. (2009). Rheumatoid arthritis. *Lancet*. 373(9664), 659–672.
- Kohlenberg, R. J. and Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Krabben, A., Huizinga, T. W. and Van der Helmvan Mil, A. H. (2012). Undifferentiated arthritis characteristics and outcomes when applying the 2010 and 1987 criteria for rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. (71), 238-41.
- Kroenke, K. (2007). Somatoform disorders and recent diagnostic controversies. *Psychiatric Clinics of North America*. (30), 593–619.
- Kroenke, K., Krebs, E. E. and Bair, MJ. (2009). Pharmacotherapy of chronic pain: a synthesis of recommendations from systematic reviews. *Gen Hosp Psychiatry*. (31), 206-19.
- Lane, R. D. (2008). Neural Substrates of Implicit and Explicit Emotional Processes: A Unifying Framework for Psychosomatic Medicine. *Psychosom Med*. (70), 214-31.
- Laurence, A., Bradley, and Alarcon, GS. (2005). Miscellaneous Rheumatic Diseases In: W. J. Koopman and L. W. Moreland (Ed). *Arthritis and Allied Conditions*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 1869-910.
- Lesley, M., Arnold, M. D., Daniel, J., Clauw, M. D., Bill, H. and McCarberg. (2011) Improving the recognition and diagnosis of fibromyalgia. *Mayo Clinic Proceedings*. 86(5), 457-64.
- Levent, Ö. ve Ataman, S. (2002). Romatoid Artrit Tedavisinde Yeni Yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi*. 2(2), 124-142.
- Leventhal, A. M. and Zvolensky, M. J. (2015). Anxiety, Depression, and Cigarette Smoking: A Transdiagnostic Vulnerability Framework to Understanding Emotion-Smoking Comorbidity *Psychol Bull*. January. 141(1), 176–212.
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J. and Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: A review of the empirical literature among adults. *Psychol Bull*. (136), 576-600.



- Linares, U. M., Perez, R., Perez, B., Lima, A.O., Torres, H. E. and Castano, P. J. (2008). Analysis of the impact of fibromyalgia on quality of life: associated factors. *Clinical Rheumatology*. (27), 613-9.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. (63), 757-766.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *AmJPsychiatry*. (145), 1358–1368.
- Luime, J. ., Colin, E. M., Hazes, J. M. and Lubberts, E. (2010). Does anti-mutated citrullinated vimentin have additional value as a serological marker in the diagnostic and prognostic investigation of patients with rheumatoid arthritis? A systematic review. *Ann Rheum Dis*. 69(2), 337-44.
- Lumley, M. A., Stettner, L. and Wehmer, F. (1996) How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *J Psychosom Res*. (41), 505-518.
- Lutgendorf, S. K., DeGeest, K., Sung, C. Y., Arevalo, J. M. G., Penedo, F., Lucci, J.A., ... Cole, S. W. (2009). Depression, Social Support, and Beta-Adrenergic Transcription Control in Human Ovarian Cancer. *Brain Behav Immun*. (23), 176–183.
- Lynch, T. R., Cheavens J. S., Cukrowicz, K. C., Thorp, S. R., Bronner, L and Beyer, J. (2007). Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. *Int J Geriatr Psychiatry*. (22), 131-143.
- Mac Donald, R. and Sorby, K. (2006). Protection and preservation: Maintaining occupational independence in clients with rheumatoid arthritis. In. L. Addy (Ed.) *Occupational therapy evidence in practice for physical rehabilitation* (101-107). Oxford: Blackwell.

- Macbeth, J. and Silman, A. J., (2001). The role of the psychiatric disorders in fibromyalgia. *Curr Rheumatol Rep.* (3), 157–164.
- MacPherson H., Altman, D. G., Hammerschlag, R., Youping, L., Taixiang, W., White A, ...on behalf of the STRICTA Revision Group (2010). Revised STAndards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture (STRICTA): Extending the CONSORT Statement. *PLoS Med.* 7(6): e1000261. doi: 10.1371/journal.pmed.1000261.
- Madenci, E., Herken, H., Yağız, E., Keven, S. ve Gürsoy, S. (2006). Kronik Ağrılı Ve Fibromiyalji Sendromlu Hastalarda Depresyon Düzeyleri Ve Ağrı İle Başa Çıkma Becerileri. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg.* 52(1), 19-21.
- Marshall-Berenz, E. C., Vujanovic, A. A., Bonn-Miller, M. O., Bernstein, A. and Zvolensky, M. J. (2010). Multi-method study of distress tolerance and PTSD symptom severity in a trauma-exposed community sample. *Journal of Traumatic Stress.* (23), 623–630.
- Martinez, J. E., Ferraz, M. B., Sato, E. I. and Atra, E. (1995). Fibromyalgia versus rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of the quality of life. *J Rheumatol.* 22(2), 270-4.
- Maughan, A. and Cicchetti, D. (2002). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Development.* (73), 1525–1542.
- Mazzola, A., Calcagno, M. L., Goicochea, M. T., Pueyrredon, H., Leston, J. and Salvat, F. (2009). EMDR in the treatment of chronic pain. *Journal of EMDR Practice and Research.* 3(2), 66-79.
- McBeth, J. and Jones, K. (2007). Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* (21), 403-25.
- McBeth, J., Chiu, Y. H., Silman, A. J., Ray, D., Morriss, R., Dickens, C., ...Macfarlane, G. J. (2005). Hypothalamic-pituitary-adrenal stress axis function and the relationship with chronic widespread pain and its antecedents. *Arthritis Res Ther.* (7), 992–1000. doi: 10.1186/ar1772.
- McHugh, R. K. and Otto, M. W. (2012). Refining the Measurement of Distress Intolerance. *Behavior Therapy.* (43), 641-651.

- McLean, S. and Clauw, D. J. (2004). Predicting Chronic Symptoms After an Acute ‘Stressor’-Lessons Learned From 3 Medical Conditions. *Medical Hypotheses*. 63(4), 653-658.
- McNally, R. J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological Psychiatry*. (52), 938–946.
- McWilliams, L. A. and Asmundson, G. J. (2001). Is there a negative association between anxiety sensitivity and arousal increasing substances and activities? *Journal of Anxiety Disorders*. (15), 161–170.
- McWilliams, L. A., Cox, B. J. and Enns, M. W. (2000). Impact of adult attachment styles on pain and disability associated with arthritis in a nationally representative sample. *Clinical Journal of Pain*. (16), 360–364.
- Middleton, G. D., McFarlin, J. E. and Lipsky, P. E. (1994). The prevalence and clinical impact of fibromyalgia in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. (37), 1181–1188.
- Mikail, S. F., Henderson, P. R. and Tasca, G. A. (1994). An interpersonally based model of chronic pain: An application of attachment theory. *Clinical Psychology Review*. (14), 1–16.
- Mitchell, M. A., Riccardi, C. J., Keough, M. E., Timpano, K. R. and Schmidt, N. B. (2013). Understanding the associations among anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance: A comparison of three models. *Journal of Anxiety Disorders*. (27), 147–154
- Nakasa, T., Miyaki, S., Okubo, A., Hashimoto, M., Nishida, K., Ochi, M. and Asahara, H. (2008). Expression of microRNA-146 in rheumatoid arthritis synovial tissue. *Arthritis Rheumatol*. (58), 1284–1292.
- Näring, G. W. B., Lankveld, W. G. J. M. van. and Geenen, R. (2007). Somatoform Dissociation and Traumatic Experiences in Patients with Rheumatoid Arthritis and Fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*. (2), 872-877.
- Nelson, J. L., Kathleen, M. D., Hughes, A. Anajane, B. S., Smith, G., Brenda, M. A., ...Hansen, A. (2014). Maternal-Fetal Disparity in HLA Class II Alloantigens and The Pregnancy- Induced Amelioration Of Rheumatoid Arthritis. *The New England Journal Of Medicine*. 329(7), 466-71.

- Nikolov, N. P. and Illei, G. G. (2009). Pathogenesis of Sjögren's syndrome. *Curr Opin Rheumatol.* 21(5), 465-70.
- O'Dell, J. R. (2011). Romatoid Artrit in L. Goldman, D. Ausiello, S. Ünal *Cecil Textbook of medicine Elsevier and Saunders.*341(7), 2003-2014.
- Olausson, P., Ghafouri, B., Ghafouri, N. and Gerdle, B. (2016). Specific proteins of the trapezius muscle correlate with pain intensity and sensitivity – an explorative multivariate proteomic study of the trapezius muscle in women with chronic widespread pain. *Journal of Pain Research.* (9), 345–356.
- Ostafin, B.D., Chawla, N., Bowen, S., Dillworth, T. M., Witkiewitz, K. and Marlatt, G. A. (2006). Intensive mindfulness training and the reduction of psychological distress: A preliminary study. *Cognitive and Behavioral Practice.* 13(3), 191-197.
- Özçetin, A., Ataoğlu, S., Kocer, E., Yazıcı, S., Yıldız, O., Ataoğlu, A. ve İçmeli, C. (2007). Effects of depression and anxiety on quality of life of patients with rheumatoid arthritis, knee osteoarthritis and fibromyalgia syndrome. *West Indian medical journal.* 56(2), 122-9.
- Özkan, O., Yıldız, M. ve Köklükaya, E. (2012). The Correlation of laboratory tests and sympathetic skin response parameters by using artificial neural networks in fibromyalgia patients. *J Med Syst.* 36(3), 1841-8.
- Özkan, Ş. (2015). *Somatizasyon Bozukluğu Ve Fibromiyalji Sendromunda Çocukluk Çağı Travmaları Ve Disosiyatif Yaşantıların Araştırılması.* uzmanlık tezi, Düzce Üniversitesi, Düzce.
- Özsoy, M. H., Altinel, L., Başarır, K., Çavuşoğlu, A.T. ve Dinçel V.E. (2006). Romatoid Artritte Eklem Hastalığının Patogenezi. *TOTBİD.* 5(3-4).
- Paras, M. L., Murad, M. H., Chen, L. P., Goranson, E. N., Sattler, A. L., Colbenson, K. M., ...Zirakzadeh, A. (2009). Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* 85(7), 618-29.
- Park, D. J., Kang, J. H., Yim, Y. R., Kim, J. E., Lee, J. W., Lee, K.E., ...Lee, S. S. (2015). Exploring genetic susceptibility to fibromyalgia. *Chonnam Med J.* (51), 58-65.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J. and Bagby, R. M. (2001). The Relationship Between Emotional Intelligence And Alexithymia. *Personality and Individual Differences.* 30 (1), 107-115.

- Patberg, W. R., Nienhuis, L. F., Veringa, F. (1985). Relation between meteorological factors and pain in rheumatoid arthritis in a marine climate. *J Rheumatol*; (12), 711-715.
- Pauley, K. M., Satoh, M., Chan, A. L., Bubb, M. R., Reeves, W. H. and Chan, E. K. (2008). Upregulated miR-146a expression in peripheral blood mononuclear cells from rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Res. Ther.* 10(4), R101.
- Pennings, S. M. and Anestis, M. D. (2013). Discomfort Intolerance and the Acquired Capability for Suicide. *Cognitive Therapy and Research.* 37(6), 1269–1275.
- Pincus, T. (2003). Psychological factors and rheumatoid arthritis. *International Journal of Advances in Rheumatology.* 1(2), 58-63.
- Pincus, T., Gibofsky, A. and Weinblatt, M. E. (2002). Urgent care and tight control of rheumatoid arthritis as in diabetes and hypertension: better treatments but a shortage of rheumatologists. *Arthritis Rheum.* (46), 851-4.
- Podolecki, T., Podolecki, A. and Hrycek, A. (2009). Fibromialgia – patogeneza i trudności diagnostyczno-terapeutyczne. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 3(119), 1–4.
- Quinn, E. P., Brandon, T. H. and Copeland, A. L. (1996). Is task persistence related to smoking and substance abuse? The application of learned industriousness theory to addictive behaviors. *Experimental and Clinical Psychopharmacology.* (4), 186–190.
- Raykos, B.C., Byrne, S.M. and Watson, H. (2009). Confirmatory and exploratory factor analysis of the distress tolerance scale (DTS) in a clinical sample of eating disorder patients. *Eating Behaviors.* (10), 215-219.
- Reynolds, M. D. (1978) Clinical diagnosis of psychogenic rheumatism. *West J Med*; 128(4), 285-290.
- Richards, J. and Gross, J. (2000). Emotion regulation and memory: The cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of Personality and Social Psychology.* (79), 410–424.
- Roemer, L. and Orsillo, S. (2003). Mindfulness: A promising intervention strategy in need of further study. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 10(2), 172-178.
- Roldán-Tapia, L., Cánovas-López, R., Cimadevilla, J. and Valverde, M. (2007). Cognition and perception deficits in fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *Reumatol. Clin.* 3(3), 101–109.
- Rooks, D. S. (2007). Fibromyalgia treatment update. *Curr Opin Rheumatol.* 19(2), 111- 17.

- Rottenberg, J. and Gross, J. (2003). When emotion goes wrong: Realizing the promise of affective science. *Clinical Psychology: Science and Practice*. (10), 227–232.
- Ruiz-Esquide, V. and Sanmarti, R. (2012). Tobacco and Other Environmental Risk Factors in Rheumatoid Arthritis. *Reumatol Clin*. (8), 342–350.
- Russell, I. J., Michalek, J. E., Vipraio, G. A., Fletcher, E. M. and Wall K. (1989). Serum amino acids in fibrositis/fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol*. (19), 158-63.
- Russell, J., Vaeroy, H., Javors, M. and Nyberg, F. (1992). Cerebrospinal fluid biogenic amine metabolites in fibromyalgia/fibrositis syndrome and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 35(5), 550–556.
- Salvarani, C., Cantini, F., Boiardi, L. and Hunder, G. G. (2002). Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis. *N Engl J Med*. 347(4), 261-71.
- Sargın, A. E., Özdel, K., Utku, Ç., Kuru, E., Alkar, Ö. Y. ve Türkçapar, M. H. (2012). Sıkıntıya Dayanma Ölçeği: Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. (1), 152-161.
- Sarzi-Puttini, P. and Cazzola, M. (2009). *II manuale del Paziente Affetto da Sindrome Fibromialgica*. Milano:GPAnet.
- Sarzi-Puttini, P., Buskila, D., Carrabba, M., Doria, A. and Atzeni, F. (2008). Treatment strategy in fibromyalgia syndrome: where are we now? *Semin Arthritis Rheum*. 37(6), 353-65.
- Scheidt, C. E., Mueller-Becsangèle, J., Hiller, K., Hartmann, A., Goldacker, S., Vaith, P. and Lacour, M. (2014). Self-reported symptoms of pain and depression in primary fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Nord J Psychiatry*. (68), 88-92.
- Schmidt, N. B. and Cook, J. H. (1999). Effects of anxiety sensitivity on anxiety and pain during a cold pressor challenge in patients with panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*. (37), 313–323.
- Schmidt, N. B. and Lerew, D. R. (1998). Prospective evaluation of psychological risk factors as predictors of functional impairment during acute stress. *Journal of Occupational Rehabilitation*. (8), 199–212.

- Schmidt, N. B., Richey, J. A. and Fitzpatrick, K. K. (2006). Discomfort intolerance: Development of a construct and measure relevant to panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. (20), 263–280. doi:10.1016/j.janxdis.2005.02.002.
- Schmidt, N. B., Richey, J.A., Cromer, K.R. and Buckner, J. D. (2007). Discomfort intolerance: Evaluation of a potential risk factor for anxiety psychopathology. *Behavior Therapy*. (38), 247–255. doi:10.1016/j.beth. 2006.08.004
- Segal, Z. V., Williams, M. G. and Teasdale, J. D. (2002) *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Semiz, M., Kavakcı, Ö., Pekşen, H., Tunçay, M. S., Özer, Z., Semiz, E. A. ve Kaptanoğlu E, (2014). Fibromiyalji Hastalarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Aleksitimi Ve Somatoform Dissosiyasyon. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg.* (60), 245-51.
- Sengül, C. B., Ateş, A., Şengül, C., Okay, T., Dilbaz, N. ve Karaaslan, Y. (2008). Fibromiyalji ve romatoid artritli hastalarda anksiyete, depresyon, aleksitimi ve disosiyasyon seviyeleri ve bu parametrelerin hastalık şiddeti ile ilişkisi. *Türkiye’de Psikiyatri*. (10), 104-108.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols And Procedures*. (2nd Ed). Newyork: Guilford Press.
- Siegel, R.D., Germer, C.K. and Olendzki, A. (2008). Mindfulness: What is it? Where does it come from? In D. Fabrizio (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness*. (pp. 17-35). New York: Guilford Press.
- Sifneos, P. (1988). Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affect and creativity. *Psychiatr Clin North Am*. 11(3), 287-92.
- Silverman, S., Sadosky, A., Evans, C., Yeh, Y., Alvir, J. M. and Zlateva, G. (2010). Toward characterization and definition of fibromyalgia severity. *BMC Musculoskeletal Disord*.8(11), 66.
- Simons, J. S. and Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*. (29), 83–102.
- Simons, L.E., Elman, I. and Borsook, D. (2014). Psychological processing in chronic pain: a neural systems approach. *Neurosci. Biobehav. Rev.* (39),61–78. doi:10.1016 /j.neubiorev.2013.12.006.

- Smolen, J. S., Breedveld, F. C., Burmester, G. R., Bykerk, V., Dougados, M., Emery, P., ...van der Heijde, D. (2016). Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force. *Ann. Rheum. Dis.* 75(1), 3-15.
- Soran, N., Altındağ, Ö. ve Demirkol, A. (2008). Fibromiyalji sendromunda depresyon düzeyi ve klinik parametrelerle ilişkisi. *Romatizma.* (23), 1-4.
- Staud, R. (2008). Heart rate variability as a biomarker of fibromyalgia syndrome. *Fut Rheumatol.* (3), 475-483.
- Tamburin, S., Maier, A., Schiff, S., Lauriola, M.F., DiRosa, E., Zanette, G. and Daniela, M. (2014). Cognitionan demotional decision-makingin chronic low back pain: an ERPs study during low a gambling task. *Front.Psychol.* (5), 1350 doi: 10.3389/fpsyg.2014.01350.
- Tan, A.A. (2009). Fibromiyalji nöropatik ağrı mıdır? E. Tan (Ed.), *Nöropatik Ağrı* (153-67). Ankara: Nobel Matbaacılık.
- Taylor, J. G. and Bagby, R. M. (2004). New Trends In Alexithymia Research. *Psychotherapy And Psychosomatics.* 73 (2), 68-77.
- Tesio, V., Torta, D., Colonna, F., Leombruni, P., Ghiggia, A., Fusaro, E., ...Castelli, L. (2015). Are fibromyalgia patients cognitively impaired? Objective and subjective neuropsychological evidence. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 67(1), 143-50.
- Topbas, M., Cakirbay, H., Gulec, H., Akgol, E., Ak I. ve Can, G. (2005). The prevalence of fibromyalgia in women aged 20-64 in Turkey. *Scand J Rheumatol.* (34), 140-144.
- Van der Linden, M. P., Knevel, R., Huizinga, T. W. and Van der Helmvan Mil, A. H. (2011). Classification of rheumatoid arthritis: comparison of the 1987 American College of Rheumatology criteria and the 2010 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism criteria. *Arthritis Rheum.* (63), 37-42.
- Van Houdenhove, B., Egle, U. and Luyten, P. (2005) The Role of Life Stress in Fibromyalgia. *Curr Rheumatol Rep.* (7), 365-70.
- Van Koulil, S., Effting, M., Kraaimaat, F. W., Van Lankveld, W., Van Helmond, T., Cats H, ...Evers, A. W. M. (2007). Cognitive-behavioural therapies and exercise programmes for patients with fibromyalgia: state of the art and future directions *Ann Rheum Dis.* 66(5), 571-581.



- Vane, J. R. (1996). Mechanisms of action of NSAIDs. *Br J Rheumatol.* (35), 1-3.
- Venables, P. J. (1996). Polymyositis-associated overlap syndromes. *Br J Rheumatol.* 35(4), 305-6.
- Villaverde, V., Balsa, A., Cantalejo, M., Fernández-Prada M, Madero MR, Muñoz-Fernández S, ...Martín-Mola E. (2000). Activity indices in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* (27), 2576-2581.
- Waldburger, J. M. and Firestein, G. S. (2008). Rheumatoid Arthritis: Epidemiology, Pathology, and Pathogenesis. JH. Klippel, JH. Stone, LJ. Crofford, PH. White (Ed.) *Primer on the Rheumatic Diseases.*(pp: 122-32). New York: Springer.
- Walker, E. A., Keegan, D., Gardner, G., Sullivan, M., Katon, W. J. and Bernstein, D. (1997). Psychosocial Factors in Fibromyalgia Compared With Rheumatoid Arthritis: II. Sexual, Physical, and Emotional Abuse and Neglect. *Psychosomatic Medicine.* (59), 572-577.
- Weissbecker, I., Floyd, A. and Dedert, E. (2006). Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia syndrome. *Psychoneuroendocrinology.* (31), 312-324.
- Wiech, K. and Tracey, I. (2013). Pain, decisions, and actions: a motivational perspective. *Front. Neurosci.* 2(7), 46. doi:10.3389/fnins.2013.00046.
- Wilson, H. D., Robinson, J. P. and Turk, D. C. (2009). Toward the identification of symptom patterns in people with fibromyalgia. *Arthritis Care Res.* (61), 527–534.
- Wolfe, F., Brähler, E., Hinz, A. and Häuser, W. (2013). Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: results from a survey of the general population. *Arthritis Care Res. (Hoboken)* 65(5), 777-785. doi:10.1002/acr.21931.
- Wolfe, F., Cathey, M. A. and Kleinheksel, S. M. (1984). Psychological Status in primary fibrositis and fibrositis associated with rheumatoid arthritis. *J. Rheumatol* (11), 500-6.
- Wolfe, F., Clauw, D., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D., Häuser, W., Katz, R. S., ...Winfield, J. B. (2011). Fibromyalgia Criteria and Severity Scales for Clinical and Epidemiological Studies: A Modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J. Rheumatol.* (38), 113–122.

- Wolfe, F., Clauw, D., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D., Katz, R. S., Mease, P., ... Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care Res* (62), 600–610.
- Wolfe, F., Hawleydj, Catheyma, Caro, X. and Russell, I. J. (1985) Fibrositis: Symptom frequency and criteria for diagnosis. *J Rheumatol.* (12), 1159-1163.
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J. and Russell, I. J. (1995). Aspects of fibromyalgia in the general population sex, pain threshold and fibromyalgia symptoms. *J. Rheumatol.* 22(6), 151.
- Wolfe, F., Smythe, H., Yunus, M., Bennett, R., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., ...Sheon, R. P. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis and Rheumatism.* (33), 160–172.
- Wood, P. B. (2004). Stress and dopamine: implications for the pathophysiology of chronic widespread pain. *Medical Hypothesis.* 62(3), 420-24.
- Yavuz, F. K. (2012). *Fibromiyalji ve Somatoform Bozukluk Hastalarında Kişilik Özelliklerinin Karşılaştırılması*. Tıpta uzmanlık tezi, Düzce Üniversitesi, Düzce.
- Yılmaz, H., Karaca, G., Demir Polat, H. A. ve Akkurt, H.E. (2015). Diz Osteoartrit, Romatoid Artrit ve Fibromiyalji Sendromlu Kadınlarda Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması: Bir Kontrollü Çalışma. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg.* (61), 197-202.
- Yunus, M. B. (1994). Fibromyalgia syndrome: clinical features and spectrum. R. Pillemer (Ed), *The Fibromyalgia Syndrome: Current Research and Future Directions in Epidemiology, Pathogenesis and Treatment.* (pp: 5-21). New York: The Haworth Medical Press.
- Yunus, M. B. (2002) A comprehensive medical evaluation of patients with fibromyalgia syndrome. *Rheum Dis Clin North Am.* 28(2), 201- 17.
- Yunus, M., Masi, A. T., Calabro, J. J., Miller, K. A. and Feigenbaum, S. L. (1981). Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin Arthritis Rheum.*(11), 151-71.

- Zautra, A. J., Burleson, M. H., Matt, K. S., Roth, S. and Burrows, L. (1994). Interpersonal stress, depression, and disease activity in rheumatoid arthritis and osteoarthritis patients. *Health Psychol.* (13), 139-48.
- Zvolensky, M. and Otto, M. (2007). Affective intolerance, sensitivity, and processing: Advances in clinical science introduction. *Behavior Therapy.* (38), 228–233.
- Zvolensky, M. J., Bernstein, A. and Vujanovic, A. A. (2011). *Distress Tolerance: Theory, Research, and Clinical Applications.* New York: Guilford Press.
- Zvolensky, M. J., Marshall, E.C., Johnson, K., Hogan, J., Bernstein, A., and Bonn-Miller, M.O. (2009). Relations between anxiety sensitivity, distress tolerance, and fear reactivity to bodily sensations to coping and conformity marijuana use motives among young adult marijuana users. *Experimental and Clinical Psychopharmacology.* 17(1), 31-42.

## EKLER

### EK1: DEMOGRAFİK VERİ FORMU

- 1- Yaşınız : \_\_\_\_\_
- 2- Cinsiyetiniz:
  - a- Kadın
  - b- Erkek
- 3- Medeni haliniz:
  - a- Evli
  - b- Bekar
  - c- Diğer
- 4- Son bitirilen okul:
  - a- İlkokul
  - b- Ortaokul
  - c- Lise
  - d- Üniversite
  - e- Üniversite üstü

Okuldan ayrıldığınız sınıf: \_\_\_\_\_
- 5- Mesleğiniz: \_\_\_\_\_  
Çalışıyor: \_\_\_\_\_ Çalışmıyor: \_\_\_\_\_ Emekli: \_\_\_\_\_
- 6- Hastalığınızın tanısı nedir?
  - a-Fibromiyalji Sendomu
  - b-Romatoid Artrit
- 7- Hastalığınızın tanısını ne zaman aldınız? \_\_\_\_\_
- 8- Hastalığınız ile ilgili çevrenizden destek alıyor musunuz?
  - a- Evet
  - b- Hayır

Cevabınız “Evet” ise kimden?

  - a- Eş
  - b- Aile
  - c- Arkadaş
  - d- Flört
- 9- Hastalığınız ile ilgili hangi tedavi yöntemlerinden faydalandınız? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.)
  - a- Fizik tedavi
  - b- Psikoterapi
  - c- Psikiyatrik ilaç tedavisi

d- Alternatif tedaviler

10- Şu anki hastalığınız dışında herhangi bir rahatsızlığınız var mı?

a- Evet

b- Hayır



## EK2: SIKINTIYA DAYANMA ÖLÇEĞİ

### SIKINTIYA DAYANMA ÖLÇEĞİ (DISTRESS TOLERANCE SCALE)

Aşağıda kişilerin sıkıntı veren durumlarla ilgili düşüncelerini anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki numaralardan uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. [1] tamamen katılıyorum, [5] hiç katılmıyorum arasında puanlama yapınız. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl düşündüğünüzü gösteren cevabı işaretleyin.

	Tamamen katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Pek katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1. Sıkıntılı ya da üzgün hissetmek bana dayanılmaz gelir	1	2	3	4	5
2. Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde tek düşünebildiğim ne kadar kötü hissettiğimdir	1	2	3	4	5
3. Sıkıntılı ya da üzgün hissetmenin üstesinden gelemem	1	2	3	4	5
4. Sıkıntılı duygularım beni tamamen ele geçirecek kadar yoğundur	1	2	3	4	5
5. Sıkıntılı ya da üzgün hissetmekten daha kötü bir şey yoktur	1	2	3	4	5
6. Sıkıntılı ya da üzgün olmaya diğer birçok kişi kadar katlanabilirim	1	2	3	4	5
7. Sıkıntı ya da üzüntü duygularım kabul edilemezdir	1	2	3	4	5
8. Sıkıntılı ya da üzüntülü hissetmemek için her şeyi yaparım	1	2	3	4	5
9. Diğer insanlar sıkıntılı veya üzüntülü hissetmeye benden daha çok dayanıyor gibiler	1	2	3	4	5
10. Sıkıntılı ya da üzgün hissetmek her zaman benim için ateşten gömlektir	1	2	3	4	5
11. Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde utanırım	1	2	3	4	5
12. Sıkıntılı hissetmek ya da üzüntülü olmak beni korkutur	1	2	3	4	5
13. Sıkıntılı veya üzgün hissetmeyi durdurmak için her şeyi yaparım	1	2	3	4	5
14. Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde hemen bir şeyler yapmalıyım	1	2	3	4	5
15. Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde, sıkıntının aslında ne kadar kötü hissettirdiğine odaklanmaktan kendimi alamam	1	2	3	4	5

### EK3: RAHATSIZLIĞA DAYANMA ÖLÇEĞİ

#### RAHATSIZLIĞA DAYANMA ÖLÇEĞİ (DISCOMFORT INTOLERANCE SCALE)

Aşağıda kişilerin rahatsızlık veren durumlarla ilgili düşüncelerini anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki numaralardan uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. [0] bu ifadenin size hiç uygun olmadığını, [6] ise bu ifadenin tam olarak size uygun olduğunu gösterir. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl düşündüğünüzü gösteren cevabı işaretleyin.

1.Fazla miktarda fiziksel rahatsızlığa katlanabilirim.	0	1	2	3	4	5	6
2. Yüksek bir ağrı eşiğim vardır.	0	1	2	3	4	5	6
3. Fiziksel olarak rahatsız hissetmemek için aşırı önlemler alırım.	0	1	2	3	4	5	6
4. Ağrım ya da acım olduğunda asla aspirin gibi ilaçlar almayan insanlardanım.	0	1	2	3	4	5	6
5. Egzersiz yaparken fiziksel sınırlarımı zorlarım.	0	1	2	3	4	5	6
6. Fiziksel olarak rahatsız hissetmeye başlayınca hemen huzursuzluğu gidermek için bir şeyler yapmaya başlarım.	0	1	2	3	4	5	6
7. Çoğu insanla karşılaştırıncı fiziksel huzursuzluk hissine daha duyarlıyım.	0	1	2	3	4	5	6