

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Fibromiyalji sendromu (FMS), etyolojisi kesin olarak bilinmeyen, nöroendokrin, metabolik ve immunolojik anormallikler gösteren, yaygın kas-iskelet sistemi ağrısı, yorgunluk, vücudun çeşitli yerlerinde duyarlı noktalar ve sıklıkla birçok semptomun da eşlik ettiği, 3 aydan uzun süren, kronik ve sistemik bir hastalıktır (1, 2). Tüm kronik ağrı sendromlarında olduğu gibi işgücü kaybına, psikolojik bozukluklara, yüksek tanı ve tedavi maliyetlerine yol açar. FMS insidansı %1-2 (yetişkin kadınlarda %3-4, yetişkin erkeklerde ise %0.5) olarak saptanmıştır . FMS en sık 35-50 yaş aralığında ve kadınlarda görülmektedir, kadınlarda erkeklerden 9-10 kat daha sık olduğu saptanmıştır (3).

FMS'nin duygudurum bozuklukları ile ilişkili olduğunu düşündüren çalışmalar vardır (4, 5). Majör depresif bozukluğun (MDB) sıklıkla FMS'ye eşlik ettiği ve yaşam boyu MDB oranının %20-80 gibi bir aralıkta değiştiği bildirilmektedir (6). Çeliker ve ark. (1997) tarafından yapılan bir çalışmada ise FMS'ye anksiyetenin eşlik ettiği ve anksiyete düzeyinin ağrı şiddetiyle ilişkili olduğu ileri sürülmüştür. Literatürde depresyon ve anksiyetenin FMS olan hastalarda sık görüldüğünü destekleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır (7, 8).

“Başa çıkma” bireyin kendisi için stres oluşturan olay ve etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanabilir (9). Söz konusu durumlara karşı kişinin kullandığı başa çıkma tutumları, yaş, cinsiyet, kültür ve hastalık gibi çok çeşitli etkenlere bağlı olarak değişebilmekte ve bireye özgü bir nitelik taşımaktadır (10). Stres verici etkenlerin olumsuz etkilerini en aza indirmek ya da tümüyle ortadan kaldırmak için bazı başa çıkma metotlarını kullanmak evrensel bir tutumdur. Örneğin obsesif kompulsif bozukluğu (OKB) olan hastalarda yapılan bir çalışmada obsesif kompulsif belirtilere karşı hastaların 15 farklı başa çıkma tutumunun olduğu ve tamamının da uyuma yönelik olmadığı tespit edilmiştir (11) . Hastalık daha az şiddetli iken başa çıkma konusunda etkin olan tutumların, hastalık şiddeti arttıkça

etkinliğini kaybetmekte olduğu ve kişilerin yeni çözümlerine girebildikleri belirlenmiştir (12).

Erdem ve ark. (2008)'nin yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) olan hastalarla yapmış oldukları çalışma sonucuna göre, bu kişilerin sağlıklı kontrollere kıyasla işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını daha fazla kullandıklarını gösterilmiştir (13).

Migren ve kronik ağrılı hastaların başa çıkma tutumlarını değerlendirdiğimizde ise, kronik ağrı hastalarının kendi kendine başa çıkma ve bilinçli bilişsel girişimlere başvurma değerlerinin migren hastalarına, migren hastalarının çaresizlik puanlarının da FTR hastalarına oranla anlamlı ölçüde yüksek bulunduğu belirlenmiştir (14).

Üstbiliş, kişinin kendi zihinsel olay ve işlevlerinin farkında olmasını, zihin olaylarını ve işlevlerini amaçlı yönlendirebilmesini içeren bir üst sistemdir. Üstbilişsel sistem, kişinin kendiliği hakkındaki inançları doğrultusunda kendini denetim altında tutması şeklinde de açıklanabilmektedir. Üstbiliş kavramı ilk olarak Flavell (1979) tarafından kullanılmış olup, Flavell üstbilişini “kişinin kendi bilişsel süreçleri hakkındaki bilgisi ve bu bilginin bilişsel süreçleri kontrol etmek için kullanılması” şeklinde tanımlamıştır (15). Üstbilişle ilgili yapılan çalışmalarda kullanılmakta olan çeşitli değerlendirme ölçekleri bulunmaktadır.

Üstbilişsel sistemde meydana gelebilecek herhangi bir sapmanın, doğal olarak pek çok psikopatolojinin ortaya çıkmasında ve devam etmesinde önemli bir faktör olacağı düşünölmektedir (16, 17, 18, 19). Konuyla ilgili olarak, son yıllarda psikiyatrik hastalıklarla ilgili (depresyon, OKB, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), YAB, şizofreni) yapılmış olan üstbilişsel çalışmaların sayısının giderek artmakta olduğu gözlenmektedir. Örneğin, OKB ile üstbiliş arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmaların sonuçlarına göre; üstbilişsel faktörlerin obsesif kompulsif ve patolojik endişe belirtileriyle pozitif ilişki içinde olduğu saptanırken (16, 17, 18), YAB'u olan hastalarda ise olumsuz inançların ön planda olduğu sonucuna

varılmıştır (19). Fiziksel ya da psikosomatik hastalıklar alanında ise üstbilişsel değerlendirmenin yapıldığı az sayıda çalışmaya rastlanılmaktadır.

Bu tez çalışmasının amacı FMS olan hastaların, depresyon ve anksiyete düzeylerini, stresle başa çıkma tutumlarını ve üstbilişsel özelliklerini incelemektir. İncelenen her üç alanda da FMS olan hastalarda, sağlıklı kontrol grubuna göre farklı sonuçlar elde edilebileceği ve FMS'nun etkileriyle depresyon ve anksiyete düzeyleri, stresle başa çıkma özellikleri ve üstbilişsel değerlendirme sonuçları arasında anlamlı bir ilişki bulunacağı öngörülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Fibromiyalji Sendromu

2.1.1. Tanım

FMS yaygın kas-iskelet ağrısı, spesifik anatomik bölgelerde belirgin hassasiyet, yorgunluk, kalitesiz uyku, gastrointestinal şikayetler, psikolojik problemler gibi semptomlarla karakterize, etiyojisi bilinmeyen kronik bir hastalıktır (1, 20).

2.1.2. Tarihçe

FMS semptomlarının varlığı ilk olarak 1800'lü yıllarda bilinmeye başlanmıştır. 1850'de Frorier, bazı hastaların kaslarının basınca hassas olduğunu ve bu hastalarda lokal veya sistemik enflamasyon bulgusuna rastlanmadığını, bununla birlikte yorgunluk ve uyku düzensizliğinin ise sık olarak gözleendiğini bildirmişlerdir. Geçtiğimiz yüzyılın ilk yıllarında nörolog Sir William Gowers (1845–1915), kas ağrıların ve romatizmalarının fibröz doku inflamasyonundan kaynaklandığını ileri sürmüştür. Ardından Stockman'ın fibröz dokuda ödematöz değişiklikler gördüğünü belirtmesiyle de bu görüş desteklenmiştir (3, 21). Fibrozit terimi birçok kas iskelet sistemi ağrısını anlatmak için yaygın kullanılmakta olan bir terim olmakla birlikte, bu sendromda var olduğu düşünülen kastaki yumuşak dokunun inflamatuvar hiperplazisi ile ilgili düşünce hiçbir zaman doğrulanamamıştır. Bu yüzden psikojen romatizma, non-artiküler romatizma, yumuşak doku romatizması, miyofibrozitis gibi terimler bu sendromun tanımlanmasında sıklıkla kullanılmıştır (22). Bu gelişmelerin sonucunda Hench ilk defa FMS terimini kullanmıştır (23). 1968'de Trout ise, FMS'yi sendrom olarak tanımlamış ve FMS bileşenlerini yaygın kas iskelet sistemi ağrısı, yorgunluk, uyku bozukluğu ve tendonların yapışma yerinde hassasiyet şeklinde açıklamıştır. FMS'nin tanı kriterlerinin netleşmesine yönelik ilk gerçekçi adımlar Smythe ve Moldofsky'nin araştırmalarıyla atılmıştır. 1970'li yılların ortalarında bu iki araştırmacı tarafından fibrozitik hassas noktalar bildirilmiş ve FMS

olan hastaların evre 4 uyku bozukluğuna sahip olduğu gösterilmiştir. FMS terimi ise 1980'lerde fibrozit yerine tercih edilmeye başlanmış; Smythe ve ark. (1981) tarafından FMS tanı kriterlerinin geliştirilmesi de hastalığa farklı bir boyut kazandırmıştır. Günümüze kadar bu kriterlerde bir takım değişiklikler yapılmış ve son olarak 1990'da Amerika Romatoloji Birliği (ACR, American College of Rheumatology), çok merkezli kriter komitesi tarafından yaygın ağrı ve hassas noktaların ayrıntılı tanımlandığı FMS sınıflama kriterleri yayımlanmıştır. Bu kriterler genel kabul görmüş ve kısa süre sonra da Dünya Sağlık Örgütü tarafından FMS tanınmıştır (24).

2.1.3. Epidemiyoloji

FMS prevalansı ile ilgili ilk rakamlar 1980 yıllarında yayınlanmıştır. Toplum temelli çalışmalar, ilk olarak İsveç ve Norveç'te yapılmıştır. Bu çalışmalara göre FMS insidansı %1-2 (yetişkin kadınlarda %3-4, yetişkin erkeklerde ise %0.5) olarak saptanmıştır. FMS en sık 35-50 yaş aralığında görölmektedir, kadınlarda erkeklerden 9-10 kat daha sık olduğu saptanmıştır (25). Beyaz ırkta daha sık gözlenmekle birlikte, coğrafi dağılımla hastalık arasında bir bağlantı görölmemiştir (3). ACR'nin Amerika'da 1990 yılında yapmış olduğu kriter çalışmasında; ortalama yaş 49, ortalama kadın hasta oranı ise %89 olarak belirlenmiştir. Amerikan nüfus sayımından elde edilen bilgiler ışığında FMS hastalarının eğitim düzeyi ve gelirlerinin genel ortalamanın üzerinde olduğu sonucuna varılmıştır (26).

2.1.4. Tanı Ölçütleri

Günümüzde hala ACR'nin (1990) yayınladığı tanı kriterleri kullanılmaktadır. ACR kriterlerinde FMS ağrısı, vücudun sağ veya sol yarısında, belin üstünde veya altında ve bunlara eşlik eden aksiyal ağrı şeklinde tanımlanmaktadır. Bu ağrının en yoğun hissedildiği hassas noktaların tespiti tanı için önem taşımaktadır (25).

2.1.5. Klinik Belirtiler

Bu sendromda görülen belirtiler; kas iskelet sistemine ait olanlar, kas iskelet sistemine ait olmayanlar ve FMS'ye eşlik eden diğer belirtiler olmak üzere başlıca 3 grupta sınıflandırılabilir (25, 27).

Kas iskelet sistemine ait belirti ve bulgular:

FMS'nin primer semptomu kronik, yaygın ağrıdır. Ağrıya çoğu kez uyku düzensizliği, sabah yorgunluğu, halsizlik, baş ağrısı ve pareteziler eşlik eder. Hastalar hekime, en sık ağrı şikayeti ile başvurmaktadır. Ağrı kronik ve yaygın karakterdedir. Özellikle simetrik olması, bel, boyun ve omuzda lokalize olması, hiçbir zaman tamamen kaybolmaması önemlidir. Ağrıya eşlik eden önemli diğer bir yakınma da istirahatteki yaygın sertlik, diğer bir deyişle tutukluktur. Bu yakınma özellikle sabahları daha fazladır ve 1-2 saat kadar sürebilmektedir. Hastaların yarısında subjektif yumuşak doku şişliği, hastaların %88'inde de kronik, tekrarlayıcı uyuma ve karıncalanma tarzında paretezik yakınmalar bulunabilmektedir (28).

Kas iskelet sistemi dışındaki belirti ve bulgular:

Hastalar genellikle sabah yataktan yorgun kalkar. Hasta bunu sıklıkla "tüm enerjisinin kaybolduğu" şeklinde ifade eder. Hastalar, yorgunluk nedeni ile işe konsantre olmada güçlük çekerler. Yorgunluk ve bitkinlik son derece rahatsız edici olup kişinin yaşamını etkiler ve bu yakınmalar gün boyunca da artış gösterir. Hastaların uykuları hafiftir ve sabahları dinlenmiş olarak uyanmazlar, sabahları kendilerini daha yorgun hissederler. Tüm yakınmalar sabahları daha fazladır. FMS olan kişilerde uykunun non-REM evresinde bozukluk saptanırken, uykunun REM evresinin ise normal olduğu dikkat çekmektedir (29).

Birlikte görülebilen diğer hastalıklar:

Hastaların yarısında irritabl barsak hastalığı, gerilim tipi baş ağrıları, dismenore ve premenstruel sendrom gibi psikosomatik hastalıklara ait yakınmalar görülebilmektedir (27, 30).

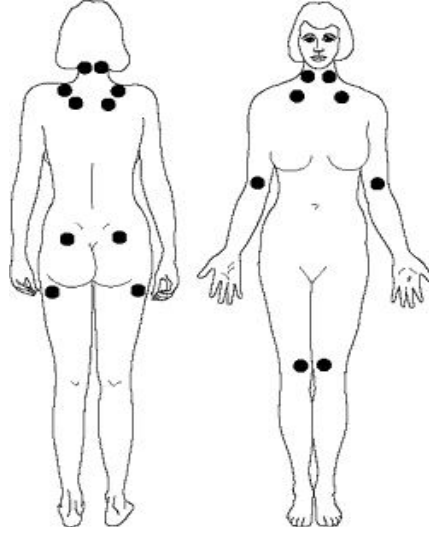
2.1.6. Klinik Bulgular

1990 yılında Çok Merkezli Ağrı Kriter Komitesi tarafından bilateral olmak üzere FMS olan hastalarda sağ ve sol vücut yarılarında simetrik olarak lokalize olan 18 adet hassas nokta tespit edilmiştir (25).

Hassas noktaların yerleşim yerleri şöyledir: a) Oksiput: Suboksipital kas insersiyonu b) Alt servikal: C5-6 intertransvers boşluğun önü c) Trapezius: Trapez kası üst kenar orta noktası d) Supraspinatus: Spina skapula üzerinde medial kenara yakın supraspinatus kas origosu e) 2. kosta: 2. kostakondral eklem f) Glutea: Kalça üst dış kadranı g) Lateral epikondil: Lateral epikondilin 2 cm distali h) Büyük trokanter: Trokanterik çıkıntının arkası i) Diz: Artiküler hattın proksimalinde medial yağ yastıkçığı.

Aynı komite tarafından tanımlanmış olan kontrol noktaları ise:

a) Ön kol: Ön kolun dorsalinde alt 1/3'ü b) Ayak ortası: Dorsal 3. metatars 17 c) Ayak baş parmak tırnağı şeklindedir. Bu noktalar FMS olan hastalarda genellikle hassas değildir ve FMS'nin konversiyon reaksiyonlarından ayırt edilmesinde faydalı olduğu ileri sürülmektedir. Bu ayırım, cilt kıvrım hassasiyeti, reaktif kutanöz hiperemi ve deride retiküler pigmentasyon gibi diğer fizik muayene bulgularını da içermektedir. FMS için tanımlanan hassas noktalar Şekil 1'de gösterilmektedir (29).



Şekil 1. FMS İçin Tanımlanmış Hassas Noktalar (29).

Eşlik eden diğer bulgular:

Raynaud fenomeni, huzursuz bacak sendromu, ağız ve göz kuruluğu, temporo-mandibüler disfonksiyon sendromu, kaslarda krampların görülmesi, görme bozuklukları, deri bulguları, göğüs ağrısı, hipermobilité sendromu, kalpte mitral kapakta bozukluk, iştah artması veya azalması vb... (31, 32).

Etkileyen faktörler:

Hastalar yakınmalarının psikolojik stres, hava değişimleri, soğuk veya rutubet ile arttığını ifade ederler. Çalışma ortamında iş arkadaşları veya amirlerle olan gerginliklerin, çalışma koşulları dışında da boşanma, gebelik, ailede hastalık olması, tek başına aşırı sorumluluk yüklenme gibi stres faktörlerinin de FMS belirtilerini arttırdığı bilinmektedir. Kadınlarda menstruasyon döneminde de belirtiler artabilir. Sıcak duş ve banyo, ılık ve kuru hava, tatil, dinlendirici uyku ile belirtiler genellikle hafifler (33).

2.1.7. Etiyoloji

FMS'nin etyopatogenezinde birçok teori ileri sürülmüştür. Bunlar içinde santral ve periferik teoriler, immunolojik teoriler diğerlerine göre daha önemli yer tutmaktadır (23). Santral teoriler içinde uyku bozukluğu, ağrı modülasyon bozukluğu, santral sinir sistemi biyokimyasında değişiklikler, nöroendokrin

disfonksiyon bulunurken, periferik teoriler içinde ise otonomik disfonksiyon, kas ve kas işlevlerinde bozukluk yer almaktadır. İmmunolojik teorilerde en çok üzerinde durulan konular arasında, FMS'nin immün sistem regülasyon bozukluğuna bağlı olarak gelişebileceği yönünde fikirler yer almaktadır (34). FMS olan hastaların yaklaşık yarısı şikayetlerinin grip benzeri ateşli bir hastalıktan sonra ani olarak başladığını ifade etmektedir (35). Ayrıca kokzaki, parvo, ve HIV virüsü infeksiyonlarından sonra da FMS vakaları bildirilmiştir. Bu nedenle FMS'de aktif infeksiyonun doğrudan etkisinden ziyade enfeksiyonun immün ve enflamatuvar bir süreci tetikleyebileceği veya daha büyük olasılıkla infeksiyonların davranışları engelleyici, inaktivite edici ve stresi tetikleyici bir mekanizma ile ortaya çıkabileceği gibi düşüncelere son yıllarda daha çok yer verilmektedir. Diğer teoriler denilen kısım ise travma sonrası stres, fiziksel travma ve psikolojik faktörleri içermektedir (36).

Etyolojide psikolojik faktörler:

Yapılan çalışmalarda spesifik bir patofizyoloji ve laboratuvar bulgusunun tespit edilememesi sonucunda bazı araştırmacılar, hastalığın psikolojik kökenli olduğu yönünde bir kanaate sahip olmuşlardır. FMS ile psikojenik ağrılar, psikonevrozlar ve kişilik bozuklukları arasında sıkı ilişki olduğuna inanılmıştır (37). Psikolojik sendromlar ve FMS arasındaki ilişkiyi destekleyen çok sayıda çalışmalar bulunmakta olup, FMS olan hastalarda, major afektif hastalıkların ailevi yaygınlığının yüksek olması, karakteristik bir bulgu olarak öngörülmüştür. Buradan yola çıkarak FMS'nin major afektif hastalığın bir formu olabileceği ya da bu psikiyatrik hastalığın bazı kişilerde FMS gelişmesine yatkınlık yaratıcı bir faktör olabileceği ileri sürülmektedir (38). Bazı araştırmacılara göre FMS, irritabl kolon, panik bozukluğu gibi hastalıklar aynı patofizyolojiyi paylaşan farklı klinik tablolardır. Buna karşılık, bu hastalardaki yoğun psikolojik sıkıntının, fiziksel semptomlar ve çevresel faktörlerle paralel bir ilişki içinde olduğunu destekleyen bazı çalışmalar bulunmaktadır. Payne ve ark. (1982) yapmış oldukları bir çalışmada FMS olan ve Romatoid Artritli (RA) iki hasta grubunun MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) değerlendirmelerini karşılaştırmışlar ve FMS olan hastalarda acelecilik, hipokondriazis, histeri, psikopatik sapmalar, psikastenisi, şizofreni ve manik patolojileri anlamlı oranda yüksek bulmuşlardır (39). FMS olan hastaların yaşamları

boyunca FMS'ye eşlik eden yüksek düzeylerde psikolojik stres ve çeşitli psikiyatrik hastalıklar göstermeye eğilimli oldukları belirlenmiştir. Ancak yine de bu hasta grubunda görülen anormal ağrı algılaması ve FMS'nin diğer semptomları sadece psikiyatrik hastalıklara bağlanmamaktadır. Bununla birlikte psikiyatrik hastalık ve psikolojik stresin, ağrı şiddeti algılamasını arttırabileceği ve FMS olan hastaları tedavi için doktora başvurmaya motive edebileceği genel olarak kabul edilmektedir (40). Bu alanda yapılmış ilgili çalışma sonuçları değerlendirildiğinde, premorbid psikiyatrik durumların FMS gelişimi için yatkınlığa neden olduğu belirtilmektedir. FMS'ye özellikle MDB eşlik ettiğini bildiren çalışmalar çoğunlukla bulunmaktadır (6).

Depresyon bulguları gösteren FMS olan hastalarda diğer kronik ağrılı durumlarda olduğu gibi şiddetli kronik ağrıyı da içeren somatik semptomlar daha sık görülmektedir. Yapılan kesitsel çalışmalarda çocukluk döneminde cinsel şiddet ve istismara maruz kalan bireylerin kalmayanlara göre daha fazla oranda kronik ağrı semptomları gösterdiği tespit edilmiştir (41). FMS bulguları gösteren bireyler sağlıklı bireylerle kıyaslandığında ise, çocukluk döneminde travmatik strese maruz kalma oranının daha yüksek düzeyde olduğuna dikkat çekilmektedir (42). FMS olan hastaların %50'sinden fazlasında TSSB olduğu bulunmuş, ancak TSSB'nun FMS'nin sebebi mi yoksa sonucu mu olduğu kesin olarak açıklanabilmiş değildir (43).

Sonuç olarak, FMS ile ilgili kesin kanıtlar, FMS patogenezinde çok sayıda stres tetikleyicisinin önemli bir role sahip olduğunu göstermektedir.

2.2. Stres Kavramı ve Stresle Başa Çıkma Tutumları

Stres, Folkman, Lazarus ve ark. (1986) göre, bireyin uyumunu bozan, bireyi zorlayan ve aşan talepler olup Fransızca "Estrece" ve Latince "Estrictio" kelimelerinden türetilmiştir (44).

Stres kavramını ilk kez ortaya atan Hans Selye, organizmanın her türlü değişime karşı gösterdiği genel tepkisine bu adı vermiştir ve bu tepkinin olumlu veya olumsuz farklı uyaranlara karşı geliştirilebilen, uyum sağlamayı kolaylaştırıcı bir amacı olduğunu açıklamıştır. İnsan bedeni kural olarak haz ya da zarar veren olaylar

arasındaki farkı ayırtamaz, bundan dolayı da gerek negatif ve gerekse pozitif uyarılar karşısında organizmanın göstermiş olduğu tepkiler ortaktır, uyarının değişmesiyle paralel farklılıklar göstermez (44, 45)

Başka bir kaynağa göre de stres kavramı Jessie Barnard tarafından, yararlı ve zararlı stres şeklinde gruplandırılmıştır. Yararlı stres (eustress) istenen ve yaşandıkça kişiye olumlu yönde katkı sağlayan bir durumken, zararlı stres (distress) ise bireyin potansiyelini azaltan, enerjisini tüketen olumsuz bir stres türüdür (46).

Literatüre bakıldığında, stres kavramına yüklenen anlamların farklılıklar gösterdiği görülmektedir. Cüceloğlu (1996) stresi, “kişinin fiziki ve sosyal çevreden gelen uyumunu bozan etkenler karşısında, fiziksel ve psikolojik sınırlarının ötesinde gösterdiği gayret” şeklinde tanımlamaktadır. Başka bir deyişle, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi veya tehlikeye düşmesi sonucu oluşan bir durumdur. Stres, oluş farklılıklarına göre; felaket (catastrophic) stresi, akut stres ve günlük (endemic) stres olmak üzere üç şekilde sınıflandırılabilir (47).

Stresi, bir süreç olarak değerlendirdiğimizde, kişilerin stresle karşılaştıklarında vermiş oldukları tepkileri üç basamakta adlandırabiliriz: alarm, direnç ve tükenme basamağı. Bu üç basamağa “genel uyum sendromu” da denilebilmektedir. (44, 45).

Başa çıkma (coping) kelimesinin kökeni, ise eski Yunancada yer alan “kolahos” kelimesidir. Kelime anlamı “karşılama, karşı karşıya gelmek ve çarpma” şeklindedir (48).

Literatür taramasına dayalı yapılmış olan bir çalışmada başa çıkma kavramının, kaynakları başarılı şekilde kullanmak, aktif davranışlarda bulunmak ve etkin çözümlerle isteklerin azaltılması gibi anlamları içerdiği sonucuna varılmıştır (48). Başa çıkma, stresörlerin tetiklediği duygusal gerilimi ortadan kaldırabilmek ve bu durum karşısında direnebilmek için gösterilen davranışsal ve duygusal tepkilerin tümüne verilen isimdir (49). Başa çıkma tutumları duygu odaklı, sorun odaklı ve

işlevsel olmayan olmak üzere sınıflanabilmektedir. Duygu odaklı başa çıkma stres kaynaklı olumsuz duyguları kontrol altına alma ve olumlu yöne odaklanmaya ilişkin davranışları içerirken, sorun odaklı başa çıkma denildiğinde ise, kendini kontrol altında tutma, sorumluluğunu kabul etme, planlı bir şekilde problem çözme ve sorun üzerinde olumlu olarak durma gibi davranışlar yer almaktadır (50).

Başka bir açıdan da başa çıkma tutumlarına aktif ve pasif tutumlar şeklinde bakılmaktadır. Aktif tutumlar doğrudan stresörün kendisinin yok edilmesini esas alan duygusal ve davranışsal tepkileri içerirken, pasif tutumların da tam tersi stres faktörlerinden kaçınmayı hedef alan tepkileri içermesi dikkat çekicidir. Başa çıkma tutumlarının çeşitliliğine diğer bir örnek de uyuma yönelik olan ve olmayan başa çıkma tutumları şeklindedir. Pasif, emosyonel gerilimi azaltmaya yönelik veya maladaptif başa çıkma tutumları ile MDB arasında anlamlı bir ilişkinin varlığı ileri sürülmektedir (50). Bu bağlamda bireyin stres yanıtını ortaya çıkaran etkenler karşısında tercih ettiği başa çıkma tutumlarını bilmemiz, tedavi protokolünün belirlenmesinde ve terapötik etkinliğin izlenmesi gibi alanlarda sağlık çalışanlarına anlamlı ölçüde katkı sağlayacak ve tedavide yardımcı olacaktır.

Bizim toplumumuz da içinde olmak üzere birçok toplumda yaşanan psikiyatrik rahatsızlıkları stresli yaşam olayları ile açıklamaya yönelik bir eğilim dikkati çeker. Yaşanan durum hasta tarafından olmasa bile genellikle yakınları ve çevresi tarafından dinsel öğelerle veya doğüstü olaylarla ilişkilendirilmektedir. Bu etmenler de hastanın yaşadığı sorunlara yaklaşım tarzını, alternatif çözümler arama ve üretebilme yetisini, yani stresle başa çıkma tutumlarını doğal olarak etkilemektedir (51).

Stresle psikiyatrik ve psikosomatik hastalık ilişkisi uzun yıllardır üzerinde durulan bir konu olmakla beraber, yapılan çalışmalarda stres düzeyi arttıkça bu hastalıkların da sıklık ve şiddetinde anlamlı düzeylerde artış olacağı öngörülmüştür (52).

Stresin ölçülmesi ve stresle başa çıkma tutumlarının değerlendirilmesiyle ilgili bu alanda etkinliği kanıtlanmış başlıca birkaç ölçek geliştirilmiştir. Bunlar arasında Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilen “Baş Etme Yolları” ile Carver, Scheier ve Weintraub (1989) tarafından geliştirilen “Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)” en yaygın olarak kullanılan ölçekler arasında yer almaktadır. Bu ölçekler yardımıyla kişilerin gündelik hayatlarında yaşamış oldukları zorluklara ve bunaltı verici olaylara karşı ne gibi tepkiler verdikleri incelenmiştir. Örneğin, Flett ve ark. (1996) tarafından depresif kadın hastalar üzerinde Stresli Durumlarda Başa Çıkma Ölçeği (The Coping Inventory for Stressful Situations, CISS) ve BDÖ kullanılarak yapılmış olan bir çalışmada, duygulara yönelik başa çıkma tarzlarının depresif belirtilerle pozitif yönde ilişkili olduğu bildirilmiştir. Texas Üniversitesi’nde yapılmış olan bir araştırmada da MDB belirtileri olan öğrencilerin daha yüksek oranda etkin olmayan, pasif başa çıkma yöntemleri kullandıkları gösterilirken (52), Muris ve ark. (2001) tarafından yapılan çalışmada ise yetişkinlerle benzer şekilde gençlerin depresyon puanlarının aktif başa çıkma tutumları ile negatif, pasif başa çıkma tutumlarıyla ise pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Bu konuda birçok araştırmacı pasif başa çıkma tutumlarının depresyon için “yakıt” işlevi gördüğünü ifade etmektedirler. Kanada’da ayaktan tedavi gören MDB hastaları ile hastane personeli ve üniversite öğrencisi olan sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışma sonucuna göre, MDB olan hasta grubunun anlamlı düzeyde pasif başa çıkma tutumlarını kullandıkları belirlenmiştir (53).

Choi (2003) tarafından depresif üniversite öğrencileri üzerinde yapılmış benzer bir çalışmada da, depresif belirti şiddeti azaldıkça aktif başa çıkma tarzını kullanma oranlarında artış olduğu şeklinde ortak sonuçlara varılmıştır. Bu sonuçlardan yola çıkılarak, depresyon varlığının stresle başa çıkma tutumlarından çaresizlik içeren ve pasif başa çıkma tutumlarını kullanma eğilimini arttırdığı, problemler karşısında pasif başa çıkma tutumlarını daha çok kullanan kişilerin de depresyon geliştirmeye daha yatkın bireyler olduğu çıkarımına varılabilir.

FMS gibi psikosomatik bir hastalık olan migrene sahip hastaların pasif başa çıkma tutumlarını, aktif başa çıkma tutumlarına oranla sıklıkla kullandıkları ve pasif

başa çıkmanın alt grubu olan çaresizlik puanlarının migrenöz baş ağrıları olan bireylerde anlamlı ölçüde yüksek olduğu vurgulanmaktadır (54).

Psikosomatik hastalıklar grubunda yer alan FMS ile ilgili üzerinde durulan önemli konulardan biri de FMS olan hastalarda ağrı ile başa çıkma tutumlarıdır. Bu çalışmalar değerlendirildiğinde FMS olan hastaların tıbbi çare arama ve çaresizlik girişimleri gibi pasif başa çıkma tutumlarını tüm diğer başa çıkma yöntemlerine göre daha fazla kullanmakta olduğu birçok çalışma ile desteklenmiştir. FMS ile osteoartrozlu (OA) hastaların kıyaslandığı başa çıkma tutumlarını inceleyen bir araştırma sonucuna göre de, OA'lu hastaların en sık kendi kendine başa çıkma tutumunu kullandığı tespit edilirken, FMS olan hastaların ise sıklık sırasına bakılarak tıbbi çare arama, çaresizlik, kendi kendine başa çıkma ve bilinçli bilişsel girişimler adındaki yöntemleri sıklıkla kullandıkları ileri sürülmektedir (55).

2.3. Üstbiliş Tanımı ve Özellikleri

Üstbiliş (metakognisyon), kognisyonlarımızı düzenleyen, denetleyen üst düzey bilişsel yapıları, bilgileri ve süreçleri içeren zihinsel işlevlerin amaçlı yönlendirebilmesini sağlayan üst düzey bir kavramdır. Diğer bir deyişle kişinin ne bildiğini bilmesi, ne düşündüğü hakkındaki düşüncesi, yani dikkatinin kendi bilişsel süreci üzerine çevrilmiş olmasıdır (56).

Nelson (1999) üstbilişi, kişinin kendi bilişleri hakkındaki bilişi şeklinde özel bir biliş türü olarak tanımlamıştır. Biliş kavramı ile kişinin algılama, anlama ve anımsayabilme gibi zihinsel süreçlerinin açıklanabileceği vurgulanırken, üstbiliş kavramıyla ise bireyin kendi algılaması, anlama ve anımsayabilmesi gibi zihinsel süreçleri üzerine düşünebilmesinin açıklanmakta olduğu ileri sürülmüştür (57).

Flavell'den itibaren üstbiliş kavramına çok çeşitli ve kapsamlı ek açıklamalar ve yorumlar getirilmiştir. Üstbilişsel boyutlar Flavell (1979) tarafından üstbilişsel bilgiler (metacognitive knowledge) ve üstbilişsel deneyimler (metacognitive experiences) şeklinde açıklanmış, daha sonra Brown (1987) tarafından da biliş bilgisi

(knowledge of cognition) ve bilişin düzenlenmesi (regulation of cognition) biçiminde boyutlara ayrılmıştır. Son yıllarda yapılmakta olan üstbilişsel modelleme çalışmalarından edinilen bilgilerin ise üstbilişi; üstbilişsel bilgi (metacognitive knowledge), üstbilişsel izleme (metacognitive monitoring) ve üstbilişsel denetleme (metacognitive control) olmak üzere 3 boyutlu bir kavram olarak ele aldığı dikkati çekmektedir (57, 58).

Üstbiliş, kişinin kendi öğrenmesinin, belleğinin, öğrenme işlevlerinin farkında olması, hangi tür öğrenme yönteminin etkili, hangilerinin etkisiz olduğunu bilmesi, öğrenme işlevini başarıyla tamamlayacak şekilde yaklaşım tarzı planlayabilmesi, etkin öğrenme stratejilerini kullanabilmesi, kişinin kesitsel ve bütün olarak öğrenme işlevlerini izleyebilmesi ile birlikte daha önce kişinin kaydedilmiş ve depolanmış olan bilgilerini geri çağrılabilmesi ve bu alanda etkin yöntemleri üretebilmesi gibi özellikler içermektedir (59).

Psikolojide her ne kadar Piaget'nin üstbiliş kavramını kullanmadığı belirtilmekteyse de, Piaget'nin bilişsel gelişim evrelerinden en son gelişim evresi olan soyut işlemler dönemindeki özelliklerden, bireyin düşüncelerini sınavabilmesi, soyut düşünüp, genellemeler yapabilmesi, soyut kavramları kullanarak bir fikirten diğerine geçebilmesi, diğer kişilerin düşüncelerini sağlıklı bir şekilde anlamlandırabilmesi, çok açılı düşünebilme ve alternatif çözümler üretebilmesi gibi parametrelerin üstbiliş kavramı ile birebir örtüşmekte oluşu dikkatlerimizi bu ortak kesite çevirmektedir (60).

Üstbilişsel beceriler, bilginin sözel iletişimi, sözel ikna ve anlama, okuduğunu anlama ve yazma, dil becerisi, algı, dikkat, bellek, problem çözme kapasitesi ve sosyal biliş gibi kognitif işlevlerin önemli bir kısmında etkin rol oynamaktadır. Etkin olduğu geniş spektrum nedeniyle, üstbiliş kavramı her geçen gün artan bir ivme ile yapay zeka, iletişim becerileri, sosyal ve bilişsel öğrenme kuramları, bilişsel ve davranış modifikasyonu ile eğitim, yaşlılık bilimi, kişilik gelişimi ve bilişsel gelişim gibi yaşamsal alanlarda söz sahibi olarak, hızla yaygınlık kazanmaktadır. Buradan yola çıkılarak, gerek ülkemizde, gerekse yurt dışında üstbiliş modellerini araştıran

çalışmaların sayısında da paralel bir artış görülmektedir. Yapılan çalışmalarda, Kaygı Verici Düşünceler Ölçeği (The Anxious Thoughts Inventory, AnTI), Düşünce Kontrol Ölçeği (Thought Control Questionnaire, TCQ) ve Üstbilis Ölçeği (Metacognitions Questionnaire, MCQ) olmak üzere başlıca 3 farklı ölçekle üstbilis değerlendirildiği görülmektedir (19, 61). Bu ölçeklerden sadece ÜBÖ-30, psikopatolojik durumlardaki üstbilisel fonksiyonları değerlendirmeye özgü bir ölçek iken, Kaygı Verici Düşünceler Ölçeği ile Düşünce Kontrol Ölçeği'nin ise hem normal hem de psikopatolojik durumlarda kullanılabilen ölçekler olması, ÜBÖ-30 için önemli bir avantaj olup, yapılan çalışmalarda sıklıkla kullanılması sonucunu doğurmuştur (61).

Üstbilis sistemi, kişinin bilişsel süreçlerinin etkin ve uyumlu olmasında önemli rol oynar. Psikolojik bozukluklarda işlevsel olmayan düşünce ve başa çıkma tutumlarına bazı üstbilisel işlevlerdeki yetersizlikler yol açabilmektedir.

Şizofreni hastalarında üstbilis ile ilgili Bacon ve ark. (2001) tarafından yapılan bir çalışmaya göre, bilme hissi (feeling of knowing) kalıbıyla kullanılan paradigmanın yani üstbilisel işlevlerin kontrol grubuna oranla önemli ölçüde azaldığı, çalışma sonucunda edinilen çıkarımlara bakılarak üstbilisel işlevlerin bozulduğu, bu sonucun da şizofrenideki bozulmuş bilişsel farkındalığı desteklediği ileri sürülmüştür. Bununla beraber şizofreni tanısı olan hastaların kontrol grubuyla karşılaştırıldıklarında kayıtlı bilgiyi geri çağırma güçlüğü yaşadıkları ya da geri çağıramadıkları ve şizofreni hastalarının büyük çoğunluğunda semantik belleğin bozulduğu bilgisine çalışma sonucunda varılmıştır (62).

YAB ve sosyal fobi (SF) hastalarında yapılmış üstbilisel modelle ilintili bir başka çalışmaya göre ise YAB saptanan bireylerde yararsız ve kaygıyı arttıran hatalı ve olumsuz inanışların olduğu belirtilirken, SF'de olumsuz inanışların yanı sıra dikkat sorunlarına odaklanılmış, dikkati düzenleme, kaygı süreci ve davranışsal yapılandırma süreci gibi metakognitif tedavi ve terapi seçenekleri üzerine vurgu yapılmıştır (63).

Üstbilişle ilgili ülkemizde yapılan çalışmalardan biri olan, Emül ve ark. (2009) tarafından gerçekleştirilen “Psikojenik prematür ejakülasyon” tanılı hastalarda metakognisyon başlıklı araştırmada hastalara ÜBÖ-30, BDÖ ve BAÖ uygulanmış, üstbiliş, depresyon ve anksiyete puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlenmiştir. Elde edilen çalışma verileriyle uyumlu olarak, hastaların prematür ejakülasyon problemi ile baş edebilme stratejileri içinde öncelikle endişelenme, azalan sırayla güvence arama veya düşünceyi baskılama yollarını tercih ettikleri şeklinde önemli sonuçlara ulaşılmıştır. Ayrıca bu çalışma ile prematür ejakülasyonu olan erkeklerin, kaygı veren olaylar üzerine üstbilişsel düzeyde kontrollü bir endişelenme sağlamanın sorunları çözebileceği ve hatta kişiyi istenmeyen durumlardan korumakta bir miktar yardımcı bile olabileceği varsayımı ileri sürülmüştür (64).

Literatürde psikosomatik hastalıklarla ilgili olarak üstbilişsel değerlendirmenin yapıldığı az sayıda çalışma bulunmaktadır. FMS, irritabl barsak sendromu, kronik ağrı ve kronik ürtiker gibi psikosomatik hastalıklarla ilgili herhangi bir üstbilişsel çalışmaya rastlanmamıştır. Bundan dolayı bu tez çalışması bu alandaki ilk değerlendirme niteliği taşıyor olması bakımından önem arz etmektedir.

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

Çalışma grubumuz Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR Polikliniği'nde FMS tanısı konmuş olan 202 kadın hasta ve 143 sağlıklı kadın kontrolden oluşmaktadır. Sağlıklı kadın kontroller hasta yakınları arasından yaş, eğitim düzeyi ve medeni hal açısından eşleştirilerek seçilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların yaygın ağrı varlığı ve hassas noktalara yönelik muayeneleri FTR Polikliniği hekimlerince yapılmış olup bu hastaların FMS tanısı ACR (1990) kriterlerine göre konulmuştur. Sağlıklı kontrollerin FMS tanılarının bulunmadığı da bu şekilde belirlenmiştir.

Tüm katılımcılara bilgilendirilmiş gönüllü olur formu imzalatıldıktan sonra, yüz yüze görüşme yoluyla sosyodemografik ve sağlık bilgi formu ve diğer çalışma ölçekleri uygulanmıştır. Hasta grubunda görüşme yapmayı veya ölçekleri doldurmayı engelleyecek düzeyde bedensel bir hastalığı ya da bilişsel yetersizliği olan hastalar çalışmaya alınmamıştır.

Bu araştırma Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu tarafından 28.05.2012 tarih ve 12GOKAEK-013 proje numarasıyla onaylanmıştır.

3.1. Sosyodemografik ve Sağlık Bilgi Formu

Bu çalışma için araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Yaş, meslek, eğitim düzeyi, medeni hali, bilinen psikiyatrik hastalık tanısı, kronik fiziksel hastalık olup olmadığı, kronik fiziksel hastalık varsa tanısı, süres ve ailede psikiyatrik hastalık varlığı bilgilerinin kaydedildiği bir formdur.

3.2. Kullanılan Ölçekler

3.2.1. FMS Etki Anketi (FEA)

FEA, FMS'te fiziksel fonksiyonu ve sağlık durumunu değerlendiren spesifik bir ölçektir. Burckhardt ve ark. (1991) tarafından geliştirilen bu ölçek, Bennett (2005) tarafından yeniden düzenlenmiştir (65, 66). Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sarmer ve ark. (2000) tarafından yapılmıştır (67).

Fiziksel fonksiyon, kendini iyi hissetme hali, işe gidememe, işte zorlanma, ağrı, yorgunluk, tutukluk, anksiyete ve depresyon olmak üzere 10 ayrı parametreyi değerlendirmektedir. Kendini iyi hissetme özelliği dışında düşük puanlar iyileşmeyi veya hastalıktan daha az etkilenildiğini göstermektedir. Hasta tarafından doldurulmaktadır. Toplam puan 100'dür. FEA'de ilk başlık 10 soru içerir ve fiziksel fonksiyon skalasını oluşturmaktadır. 10 soru puanlanır ve bir fiziksel engellilik puanı elde edilir. Her alt başlık 4'lü likert tipi skala ile puanlandırılır. Her alt başlık 0 (her zaman) ile 3 (hiçbir zaman) arası puanlanır ve en yüksek puan 33 olabilir. Hasta tarafından işaretlenen soruların puanları toplanır, soru sayısına bölünür ve 0-3 arası ortalama sonuç elde edilir. 2. başlık ters puanlanır, böylece daha yüksek puan engellilik anlamına gelmektedir (örneğin 0=7, 1=6, 2=5, 3=4, 4=3, 5=2, 6=1, 7=0). Ortalama puan 0-7 arasındır. Üçüncü başlık direkt olarak puanlanmaktadır (örneğin 7=7, 0=0). 4-10 arası sorular hasta tarafından 10 üzerinden puanlanıp, her soru için 0-10 arası puan kaydedilmektedir. Her sorudan elde edilen cevapların toplanıp toplam sonuç elde edilebilmesi için bir normalizasyon işlemi uygulanması gerekmektedir.

Eğer hasta tüm soruları yanıtlamamışsa, yanıtladığı sorulardan elde edilen toplam sonuç on ile çarpılıp işaretlenen soru sayısına bölünerek net sonuca varılmaktadır (67).

3.2.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Çalışmada, bireylerde depresyon varlığının belirlenmesi ve varolan depresyonun şiddetinin derecelendirilmesi amacıyla, BDÖ kullanılmıştır. Beck ve ark. (1961) tarafından geliştirilen bu ölçeğin, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik

çalışması, Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. BDÖ, depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Her biri 0-3 puan arasında değerlendirilen 21 sorudan oluşan, kendini değerlendirme ölçeğidir. Olgular, bugün dahil geçen hafta içinde kendilerini nasıl hissettiklerini anlatan cümleyi seçerler.

Ölçeğin Türkçe için geçerlik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir. Elde edilen puan 0-63 arasında değişir. 0-13 puan arası depresyon yok, 14-24 puan arası orta derecede depresif yakınmalar, 25 puanın üzeri ise yoğun depresif yakınmalar olarak değerlendirilir (68).

3.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Çalışmaya katılan bireylerin anksiyete düzeylerini ölçmek için BAÖ kullanılmıştır. BAÖ, 21 sorudan oluşmaktadır ve ölçekte sorulan her bir soru 0-3 puan arasında değişmektedir. Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği, kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Beck ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve ark.(1998) tarafından yapılmıştır (69, 70). Elde edilen puanlara göre, 8–15 puan hafif düzeyde anksiyeteyi, 16-25 puan orta düzeyde anksiyeteyi, 26-63 puan şiddetli düzeyde anksiyeteyi göstermektedir (70).

3.2.4. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

COPE, Carver ve ark. (1989) tarafından geliştirilmiştir. Ağargün ve ark. (2005) tarafından Türkçeye çevrilmiş ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (71, 72). Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç ve bunaltı verici olaylarla karşılaştıklarında nasıl tepki verdikleri incelenmektedir.

Soruların dört seçeneği bulunmaktadır.

Seçenekler;

“1=Asla böyle bir şey yapmam; 2= Çok az böyle yaparım; 3= Orta derecede böyle yaparım; 4=Çoğunlukla böyle yaparım” şeklindedir. Ölçek 60 soru ve 15 alt ölçekten oluşmaktadır.

Her alt ölçek dörder sorudan oluşup başa çıkma tutumu hakkında bilgi verirken, her alt ölçekten alınacak puanın yüksekliği ise hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından kullanıldığı konusunda araştırmacıyı bilgilendirmektedir. COPE birey tarafından uygulanan, kendi bildirim ölçeği özelliği taşımaktadır.

3.2.5. Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)

Cartwright-Hatton ve Wells (1997) tarafından geliştirilen ölçeğin orijinal adı “Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ)” şeklindedir. Daha sonra Wells ve Cartwright-Hatton (2004) bu ölçeğin 30 maddelik kısa formunu (ÜBÖ-30) oluşturmuşlardır. Yazarlar, ölçeği hazırlama sürecinde YAB, OKB, Hipokondriasis ve Panik Bozukluğu hastalarının endişe (worry) ve girici düşüncelerini (intrusive thoughts) sormuşlar, bu tip bilişsel faaliyetlerle uğraşmalarının nedenlerini ve bunlarla ilgili olarak yaşadıkları sorunları bildirmelerini istemişlerdir. Bu işlem sonucunda üstbilişleri içeren bir ifade havuzu elde etmişler, psikometrik işlemler sonucunda bu havuzdan 61 maddelik bir üstbiliş ölçeği uzun formunu meydana getirmişlerdir. ÜBÖ-30’daki her madde, “(1) kesinlikle katılmıyorum” ile “(4) kesinlikle katılıyorum” uçlarına sahip, 4 birimli Likert tipi derecelendirme skalası üzerinden yanıtlanır.

Ölçekten alınabilecek puanlar 30 ile 120 arasında değişir ve puanın yükselmesi patolojik tarzda üstbilişsel faaliyetin arttığına işaret etmektedir. Wells ve Cartwright-Hatton (2004) yaptıkları psikometrik çalışmaya göre, ÜBÖ-30’daki maddeler beş faktöre dağılmaktadır ve bu dağılım uzun formdakiyle özdeştir.

(1) Olumlu inançlar, 1, 7, 10, 20, 23 ve 28. maddelerden oluşur ve endişelenmenin, plan yapma ya da problem çözmeye yardımcı olduğuna dair, endişelenmeye yönelik olumlu inançları içermektedir. Aynı zamanda bu faktöre göre endişe, arzu edilir bir kişilik özelliğidir.

(2) Kontrol edilemezlik ve tehlike, 6, 13, 15, 21, 25, 27. maddeleri içerir ve iki boyuttan oluşmaktadır. Birincisi, ‘insanın işlevlerini yerine getirebilmesi ve güvende kalabilmesi için endişelerini kontrol etmesi gereklidir’ şeklindeki inançtır. Diğeri, endişenin kontrol edilemeyeceğine dair inançtır.

(3) Bilişsel güven, 8, 14, 18, 24, 26 ve 29. maddeleri içerir ve kişinin kendi bellek ve dikkat yeteneklerine güveninin olmaması ile ilgilidir.

(4) Düşünceleri kontrol ihtiyacı, 2, 4, 9, 11, 16, 22. maddelerden oluşmakta ve batıl inanç, cezalandırılma ve sorumlu olma temalarını içeren olumsuz inançları kontrol altına alma ihtiyacını içermektedir. Bu inançlar, kişi onları kontrol edemediği takdirde ortaya çıkacak zarar verici sonuçlardan kişinin sorumlu olacağına ve cezalandırılacağına ilişkindir.

(5) Bilişsel farkındalık, 3, 5, 12, 17, 19 ve 30. maddelerden oluşur ve kişinin kendi düşünce süreçleri üzerinde sürekli uğraşmasını ifade etmektedir.

Wells ve Cartwright-Hatton'nın (2004) yaptıkları psikometrik çalışmaya göre, ÜBÖ-30'un maddeler arası korelasyon matrisi .3'ün üstündedir ve bu değer maddelerin faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir. Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) ölçümü .90'dır ve maddelerin faktör analizine uygunluğunu desteklemektedir. İç tutarlılık için düzeltilmiş madde toplam korelasyonları tüm ölçek için .31 - .68 aralığında, olumlu inançlar .77 - .83, bilişsel güven .72 - .87, kontrol edilemezlik ve tehlike .70 - .82, bilişsel farkındalık .56 - .83 ve kontrol ihtiyacı .30 - .65 aralığındadır. Ölçeğin tüm olarak iç tutarlılık Cronbach Alpha değeri .93'dür ve faktörler için Alpha değerleri .72 ile .93 aralığındadır. Alt ölçekler arası korelasyonların tümü anlamlı bulunmuştur ve bu korelasyonlar ÜBÖ-30'un uzun versiyonundakilerle tutarlıdır. Yapı geçerliği için yapılan karşılaştırmalı uyum indeksi CFI (comparative fit index) .90'dır ve yapı modelinin iyi bir uyum gösterdiğine işaret etmektedir. Diğer taraftan, bir yapı test etme analizi olan RMSR (root mean square residual) .04'dür. Bu katsayının küçülmesi model uyumunun arttığına işaret eder ve .05'den küçük olması ise iyi bir model uyumu olduğunu

göstermektedir. Yazarlar yakınsak geçerliği (covergent validity) için, ÜBÖ-30'un sürekli kaygı, obsesif kompülsif belirtiler ve patolojik endişe ile olan korelasyonuna bakmışlar ve ÜBÖ-30'un, bu üç değişkenle de anlamlı düzeyde korelasyon gösterdiği sonucuna varmışlardır (19, 61).

4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışma gruplarının genel özellikleri hakkında bilgi vermek amacı ile tanımlayıcı analizler yapılmıştır.

Sürekli değişkenlerin dağılımlarının normallik değerlendirilmesinde “Kolmogorov-Smirnov Testi” kullanılmıştır. Çalışma ve kontrol grupları için sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında normallik değerlendirilmesine göre “Bağımsız İki Örneklem T Testi” veya “Mann-Whitney U-Testi” kullanılmıştır.

Kategorik değerlerin karşılaştırılmasında “Ki-kare Testi” kullanılmıştır. Sürekli değişkenlere ait veriler ortalama±standart sapma şeklinde, kategorik değişkenlere ilişkin veriler ise n (%) şeklinde verilmiştir. Çalışmamızda p değerleri 0.05’den küçük hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışmada ölçümle belirtilen değişkenler arasında “Pearson Korelasyon Katsayısı” ile ilişki düzeyleri incelenmiştir. Regresyon analizi “Backward Basit Regresyon Yöntemi” ile yapılmıştır.

Hesaplamalarda hazır istatistik yazılımı kullanılmıştır (IBM SPSS Statistics 20, SPSS inc., an IBM Co., Somers, NY).

5. BULGULAR

5.1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırma gruplarımız 202'si FMS hastası ve 143'ü sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 345 kadından oluşmaktaydı. Her iki grup eğitim düzeyleri açısından, okur yazar, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunu olacak şekilde sınıflandırılmış olup, FMS grubunda okur yazar sayısı 23 (%11.4), ilkokul mezunu olanların sayısı 135 (%66.8), ortaokul mezunu olanların sayısı 14 (%6.9), lise mezunlarının sayısı 13 (%6.4), üniversite mezunlarının sayısı ise 17 (%8.4) olarak bulunmuş iken, kontrol grubunda okur yazar sayısı 22 (%15.4), ilkokul mezunu 74 (%51.7), ortaokul mezunu 16 (%11.2), lise mezunu 13 (%9.8) ve üniversite mezunu olanların sayısı da 17 (%11.9) olarak bulunmuştur. Gruplar arasında eğitim düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0.086$).

Gruplar mesleki açıdan karşılaştırıldığında FMS grubunda ev hanımı sayısı 172 (%85.1), öğrenci sayısı 4 (%2.0), memur olanların sayısı 12 (%5.9), işçi olarak çalışmakta olanların sayısı 9 (%4.5), serbest meslek grubunda çalışanların sayısı 3 (%1.5), emekli olmuş bireylerin sayısı ise 2 (%1.0) bulunmuşken, kontrol grubunda ev hanımı sayısı 112 (%78.3), öğrenci sayısı 5 (%3.5), memur sayısı 16 (%11.2), işçi sayısı 5 (%3.5), serbest meslek grubundaki bireylerin sayısı 2 (%1.4) ve emekli olmuş olan bireylerin sayısı ise 3 (%1.4) olarak belirlenmiştir. Her iki grup arasında mesleki yönden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.421$).

Her iki grup medeni durumları açısından kıyaslandığında, FMS grubundaki hastaların 37'si (%18.4) bekar, 155'i (%77.1) evli ve 9'u (%4.5) ise boşanmış idi. Kontrol grubuna bakıldığında hastaların 22'si (%15.4) bekar, 109'u (%76.2) evli, 12 (%8.4) kişi de boşanmış olarak saptanmış ve her iki grup arasında istatistiksel olarak

anlamli bir fark bulunmamıştır (p=0.279). Her iki grubun sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Nitel Değişkenler ve Kategorileri, n %		FMS (n=202)	Kontrol (n=143)	p
Eğitim Durumu	Okuryazar	23 (11.4)	22 (15.4)	0.086
	İlkokul	135 (66.8)	74 (51.7)	
	Ortaokul	14 (6.9)	16 (11.2)	
	Lise	13 (6.4)	14 (9.8)	
	Üniversite	17 (8.4)	17 (11.9)	
Meslek	Ev Hanımı	172 (85.1)	112 (78.3)	0.421
	Öğrenci	4 (2.0)	5 (3.5)	
	Memur	12 (5.9)	16 (11.2)	
	İşçi	9 (4.5)	5 (3.5)	
	Serbest Meslek	3 (1.5)	2 (1.4)	
	Emekli	2 (1.0)	3 (2.1)	
Medeni Hal	Bekar	37 (18.4)	22 (15.4)	0.279
	Evli	155 (77.1)	109 (76.2)	
	Dul	9 (4.5)	12 (8.4)	

p<0.05 istatistiksel olarak anlamlıdır

FMS: Fibromiyalji Sendromu

Ki-kare Testi

Araştırmamıza katılan grupların psikiyatrik tedavi öyküleri incelendiğinde veriler şu şekilde idi; FMS grubunda psikiyatrik tedavi öyküsü bulunmayanlar 121 (%59.9), major depresyon tanısı alanlar 77 (%38.1), anksiyete bozukluğu tanısı almış olanlar 4 (%2.0), kontrol grubunda psikiyatrik tedavi öyküsü olmayanlar 120 (%83.9), depresyon tanısı alanlar 19 (%13.3), anksiyete bozukluğu tanısı alanlar ise 4 (%2.8) kişiden oluşmakta idi. İki grup karşılaştırıldığında depresyon tanısı alan bireylerin FMS grubunda belirgin farkla daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.001).

FMS ve kontrol grubundaki bireyler fiziksel hastalık öyküsü bakımından incelendiğinde, FMS olan bireylerin 61'inde (%30.2) fiziksel hastalık öyküsü pozitif iken, 141 (% 69.8) bireyde fiziksel hastalık öyküsüne rastlanmamıştır. Kontrol grubunda fiziksel hastalık öyküsü bulunanlar 44 (%30.8), fiziksel hastalık öyküsü bulunmayanlar 99 (%69.2) kişi olarak belirlenmiş, gruplar arasında fiziksel hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.910$).

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı incelendiğinde FMS hasta grubundaki bireylerden 179 (% 88.6) kişinin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmazken, 61 (%30.2) kişinin ailesinde ise psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmuştur. Kontrol grubuna bakıldığında, 120 (%83.9) kişide ailede psikiyatrik hastalık öyküsü varken, 23 (%16.1) kişide ailede psikiyatrik hastalık öyküsüne rastlanılmamıştır. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p=0.206$).

Her iki grup ailede FMS öyküsünün varlığı bakımından karşılaştırıldığında, FMS grubunda ailede FMS öyküsü bulunanların sayısı 25 (%12.4) iken bulunmayanların sayısı 176 (%87.6) olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise ailede FMS öyküsü bulunan birey sayısı 10 (%7.0), ailede FMS öyküsü olmayan birey sayısı 133 (%93.0) bulunmuştur. Ailede FMS öyküsünün varlığı açısından FMS ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.100$). Psikiyatrik ve fiziksel tedavi öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık ve FMS öyküsü ile ilgili veriler Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablo 2. Psikiyatrik Tedavi, Fiziksel Hastalık Öyküsü, Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü ve Ailede FMS Öyküsü ile İlgili Verilerin Karşılaştırılması

Nitel Değişkenler ve Kategorileri, n %	FMS (n=202)	Kontrol (n=143)	P	
Psikiyatrik Tedavi Öyküsü	Yok	121 (59.9)	120 (83.9)	<0.001
	Depresyon	77 (38.1)	19 (13.3)	
	Anksiyete	4 (2.0)	4 (2.8)	
Fiziksel Hastalık Öyküsü	Var	61 (30.2)	44 (30.8)	0.910
	Yok	141(69.8)	99 (69.2)	
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var	23 (11.4)	23 (16.1)	0.206
	Yok	179 (88.6)	120 (83.9)	
Ailede FMS Öyküsü	Var	25 (12.4)	10 (7.0)	0.100
	Yok	176 (87.6)	133 (93.0)	

p<0.05 istatistiksel olarak anlamlıdır

FMS: Fibromiyalji Sendromu

Ki-kare Testi

5.2. FEA, BDÖ, BAÖ, ÜBÖ-30 Kontrol-Hasta Değerlendirme Sonuçları

FEA puanları FMS hastalarında 66.22 ± 14.65 , kontrol grubunda 29.50 ± 16.26 olarak bulunmuş olup, FMS hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < 0.001$).

BDÖ puanları FMS grubunda 18.07 ± 9.12 , kontrol grubunda 7.72 ± 6.44 ; BAÖ puanları ise FMS grubunda 18.28 ± 11.26 , kontrol grubunda 8.48 ± 6.64 olarak bulunmuştur. Hem BDÖ, hem BAÖ puanlarının FMS grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmış ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$, $p < 0.001$).

Olumlu inançlar, olumsuz inançlar, bilişsel güven, düşünce kontrol ihtiyacı, bilişsel güven ve toplam ÜBÖ-30 puanları (TÜBÖ) olmak üzere tüm parametreler FMS grubunda, kontrol grubuna göre daha yüksektir. Kontrol grubu ve FMS grubu arasındaki farklılığın tüm alt ölçekler ve toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (tüm karşılaştırmalarda $p<0.001$). FEA, BDÖ, BAÖ, ÜBÖ-30 alt grupları ve TÜBÖ puanları ve karşılaştırmaları Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. FEA, BDÖ, BAÖ ile ÜBÖ-30 Alt Ölçekleri ve TÜBÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek puanları	FMS (n=202) (ort±SD)	Kontrol (n=143) (ort±SD)	p
FEA	66.22±14.65	29.50±16.26	<0.001 ^a
BDÖ	18.07±9.12	7.72±6.44	<0.001 ^b
BAÖ	18.28±11.26	8.48±6.64	<0.001 ^b
Olumlu İnançlar	14.67±4.32	12.01±3.61	<0.001 ^b
Olumsuz İnançlar	15.77±4.27	11.46±3.47	<0.001 ^b
Bilişsel Güven	16.01±5.03	12.23±3.35	<0.001 ^b
Düşünce Kontrol İhtiyacı	16.08±4.15	12.89±3.60	<0.001 ^b
Bilişsel Farkındalık	17.04±3.77	13.48±3.30	<0.001 ^a
Toplam Üstbiliş Ölçeği Puanı	79.55±16.53	62.24±13.21	<0.001 ^b

$p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlıdır

FEA: Fibromiyalji Etki Anketi

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

^aBağımsız İki Örneklem t testi

^bMann-Whitney U testi

5.3. COPE Kontrol-Hasta Değerlendirme Sonuçları

COPE alt ölçeklerinden inkar puanı FMS grubunda (8.69±3.00), kontrol grubuna göre (7.54±3.06) anlamlı derecede yüksekti ($p<0.001$); davranışsal olarak boş verme puanı FMS grubunda (7.94±3.00), kontrol grubuna göre (7.12±2.88) anlamlı derecede yüksekti ($p=0.009$); duygusal sosyal destek kullanım puanı FMS

grubunda (11.30±2.90), kontrol grubuna göre (11.89±2.86) anlamlı derecede yüksekti (p=0.046); madde kullanımı puanı FMS grubunda (5.76±3.02), kontrol grubuna göre (5.37±2.86) anlamlı derecede yüksekti (p=0.021). TCOPE ve alt ölçeklerinin puanları ve karşılaştırmaları Tablo 4'te verilmektedir.

Tablo 4. TCOPE ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Toplam COPE ve Alt Ölçek Puanları	FMS (n=202)	Kontrol (n=143)	p
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	12.57±2.84	13.21±2.26	0.100 ^b
Zihinsel Boş Verme	9.96±2.65	10.27±2.33	0.442 ^b
Soruna Odaklanma/Duyguları Açığa Vurma	12.25±2.91	11.98±2.53	0.235 ^b
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	11.38±3.30	12.11±2.47	0.081 ^b
Aktif Baş Etme	12.07±2.74	12.15±2.91	0.652 ^b
İnkar	8.69±3.00	7.54±3.06	<0.001 ^b
Dini Olarak Baş Etme	14.15±3.19	14.38±2.61	0.611 ^b
Şakaya Vurma	7.77±3.07	8.13±2.79	0.143 ^b
Davranışsal Olarak Boş Verme	7.94±3.00	7.12±2.88	0.009 ^b
Geri Durma	10.57±2.73	10.23±2.26	0.172 ^b
Duygusal Sosyal Destek Arayışı	11.30±2.90	11.89±2.62	0.046 ^b
Madde Kullanımı	5.76±3.02	5.37±2.86	0.021 ^b
Kabullenme	10.75±3.05	10.39±2.55	0.228 ^b
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	11.00±2.58	10.34±2.32	0.025 ^b
Plan Yapma	11.51±2.88	11.90±3.06	0.182 ^b
Toplam Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	159.72±20.70	153.84±17.01	0.006 ^a

p<0.05 istatistiksel olarak anlamlıdır

^a:Bağımsız İki Örneklem t testi

^b:Mann-Whitney U testi

5.4. Korelasyon Analizi Sonuçları

Hasta ve kontrol gruplarında ortalama FEA puanları ile ortalama BAÖ ve BDÖ puanları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Hasta grubunda hem BAÖ ile FEA arasında (r=0.22, p=0.002) hem de BDÖ ile FEA arasında pozitif yönde korelasyon (r=0.49, p=0.000) saptanmıştır. Kontrol grubunda da hem BAÖ ile hem

de BDÖ ile FEA arasında pozitif yönde korelasyon ($r=0.35$, $p=0.000$; $r=0.57$, $p=0.000$) saptanmıştır. Hasta ve kontrol gruplarında FEA ile BAÖ ve BDÖ puanlarının korelasyonu Tablo 5’te verilmektedir.

Tablo 5. FEA Puanları ile BAÖ ve BDÖ Puanlarının İlişkisi

	Hasta FEA (n=202)		Kontrol FEA (n=143)	
	r	p	r	p
Beck Anksiyete Ölçeği	0.219	0.002	0.346	<0.001
Beck Depresyon Ölçeği	0.485	<0.001	0.564	<0.001

$p<0.01$ istatistiksel olarak anlamlıdır

FEA: Fibromiyalji Etki Anketi

Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır

Hasta ve kontrol gruplarında FEA puanları ile TCOPE ve alt ölçekleri (Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme, Zihinsel Boş Verme, Soruna Odaklanma/Duyguları Açığa Vurma, Yararlı Sosyal Destek Kullanımı, Aktif Baş Etme, İnkâr, Dini Olarak Baş Etme, Şakaya Vurma, Davranışsal Olarak Boş Verme, Geri Durma, Duygusal Sosyal Destek Arayışı, Madde Kullanımı, Kabullenme, Diğer Meşguliyetleri Bastırma, Plan Yapma) arasında yapılan korelasyon değerlendirmesinde hasta grubunda inkâr, davranışsal olarak boş verme, madde kullanımı ile FEA arasında pozitif yönde zayıf ancak istatistiksel olarak önemli korelasyon saptanmıştır ($r=0.172$, $p<0.05$). Duygusal sosyal destek arayışında ise negatif yönde zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=-0.140$, $p<0.05$). Kontrol grubunda ise inkâr, davranışsal olarak boş verme, madde kullanımı ile FEA arasında pozitif yönde zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=0.266$, $p<0.05$). Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif baş etme, duygusal sosyal destek arayışı, plan yapma arasında negatif yönde zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=-0.276$, $p<0.05$). Hasta ve kontrol gruplarında FEA ile TCOPE ve alt ölçeklerinin korelasyon değerleri Tablo 6’da verilmektedir.

Tablo 6. FEA Puanları ile TCOPE ve Alt Ölçekleri Puanlarının İlişkisi

	Hasta FEA (n=202)		Kontrol FEA (n=143)	
	r	p	r	p
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	0.011	0.879	-0.219	0.009
Zihinsel Boş Verme	0.096	0.176	-0.006	0.948
Soruna Odaklanma/Duyguları Açığa Vurma	0.065	0.357	0.084	0.320
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	-0.084	0.237	-0.178	0.033
Aktif Baş Etme	-0.037	0.597	-0.226	0.007
İnkâr	0.161	0.022	0.194	0.020
Dini Olarak Baş Etme	-0.044	0.534	-0.022	0.791
Şakaya Vurma	-0.036	0.610	0.033	0.698
Davranışsal Olarak Boş Verme	0.172	0.014	0.266	0.001
Geri Durma	0.063	0.375	0.038	0.651
Duygusal Sosyal Destek Arayışı	-0.140	0.047	-0.276	0.001
Madde Kullanımı	0.147	0.037	0.165	0.048
Kabullenme	0.098	0.164	-0.047	0.578
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	0.003	0.970	-0.117	0.164
Plan Yapma	0.025	0.719	-0.301	<0.001
Toplam Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	0.052	0.466	-0.076	0.365

p<0.01 istatistiksel olarak anlamlıdır

FEA: Fibromiyalji Etki Anketi

Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır

Hasta ve kontrol gruplarında FEA puanları ile TÜBÖ ve alt ölçekleri (olumlu inançlar, olumsuz inançlar, bilişsel güven, düşünce kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık) arasında yapılan korelasyon analizinde hasta grubunda olumlu inançlar ve bilişsel güven değişkeni hariç diğer değişkenler ile FEA arasında pozitif yönde zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır (r=0.168; r=0.154; r=0.186; r=0.154; p<0.05). Kontrol grubunda da ÜBÖ-30'nün tüm alt ölçekleri ve toplam puan ile FEA arasında pozitif yönde zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır (r=0.194; r=0.264; r=0.260; r=0.361; r=0.248; r=0.335; p<0.05). Hasta ve kontrol gruplarında FEA ile TÜBÖ ve alt ölçekleri puanlarının korelasyonu Tablo 7'de verilmektedir.

Tablo 7. Hasta ve Kontrol Gruplarında FEA Puanları ile Toplam Üstbilmiş Ölçeği (TÜBÖ) ve Alt Ölçekleri Puanlarının Korelasyonu

	Hasta FEA (n=202)		Kontrol FEA (n=143)	
	r	p	r	p
Olumlu İnançlar	0.104	0.141	0.194	0.020
Olumsuz İnançlar	0.168	0.017	0.264	0.001
Bilişsel Güven	0.003	0.971	0.260	0.002
Düşünce Kontrol İhtiyacı	0.154	0.029	0.361	<0.001
Bilişsel Farkındalık	0.186	0.008	0.248	0.003
Toplam Üstbilmiş Ölçeği Puanı	0.154	0.029	0.335	<0.001

p<0.05 istatistiksel olarak anlamlıdır

FEA: Fibromiyalji Etki Anketi

Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır

5.5. Regresyon Analizi Sonuçları

Uygulanan basit regresyon analizi yönteminde FEA bağımlı değişken; Olumlu İnançlar, Olumsuz İnançlar, Bilişsel Güven, Düşünce Kontrol İhtiyacı ve Bilişsel Farkındalık bağımsız değişkenler olarak alınmıştır. TÜBÖ’de geriye doğru eleme regresyon yöntemiyle elde edilen çoklu korelasyon, çoklu açıklayıcılık ve düzeltilmiş çoklu açıklayıcılık katsayısı değerleri Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. TÜBÖ’de Geriye Doğru Eleme Yöntemine Göre Elde Edilen Regresyon Modellerine İlişkin Çoklu Korelasyon, Çoklu Açıklayıcılık ve Düzeltilmiş Çoklu Açıklayıcılık Katsayısı Değerleri

Model-1		R	R ²	Düzeltilmiş R ²
TÜBÖ	Hasta n=202	0.154	0.024	0.019
	Kontrol n=143	0.335	0.113	0.106

Korelasyon katsayılarına bakıldığında Bilişsel Farkındalık, Olumsuz İnançlar, Düşünce Kontrol İhtiyacı değişkenlerinin FEA ile ilişkileri pozitif yönde zayıf ama

önemli olarak değerlendirilmiştir. ÜBÖ-30 için korelasyon katsayıları ve anlamlılık değerleri Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. ÜBÖ-30 İçin Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Değerleri

				Olumlu İnançlar	Olumsuz İnançlar	Bilişsel güven	Düşünce Kontrol İhtiyacı	Bilişsel Farkındalık
Pearson Korelasyon Katsayıları (FEA)	Hasta	n=202	r	0.104	0.168	0.003	0.154	0.186
			p	0.071	0.008	0.486	0.014	0.004
	Kontrol	n=143	r	0.194	0.264	0.260	0.361	0.248
			p	0.010	0.001	0.001	<0.001	0.001

p<0.01 istatistiksel olarak anlamlıdır

FEA: Fibromiyalji Etki Anketi

Model-2’ye göre çoklu belirtme katsayısı R=0.186 ve R²=0.035 bulunmuştur. Yani toplam değişimin ancak 0.03 (%3)’ü bu değişkenler ile açıklanabilmektedir. ÜBÖ-30’de geriye doğru eleme regresyon yöntemiyle elde edilen katsayı değerleri Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10. ÜBÖ-30’de Geriye Doğru Eleme Yöntemine Göre Elde Edilen Regresyon Modellerine İlişkin Çoklu Korelasyon, Çoklu Açıklayıcılık ve Düzeltilmiş Çoklu Açıklayıcılık Katsayısı Değerleri

Model-2	Hasta Grubu (n=202)			Kontrol Grubu (n=143)		
	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	R	R ²	Düzeltilmiş R ²
Bilişsel Farkındalık, Bilişsel Güven, Olumlu İnançlar, Olumsuz İnançlar, Düşünce Kontrol İhtiyacı	0.233	0.054	0.030	0.376	0.141	0.110
Bilişsel Farkındalık, Bilişsel Güven Olumsuz İnançlar, Düşünce Kontrol İhtiyacı	0.232	0.054	0.035	0.376	0.141	0.116
Bilişsel Farkındalık, Olumsuz İnançlar, Düşünce Kontrol İhtiyacı	0.229	0.053	0.038	0.373	0.139	0.120
Bilişsel Farkındalık Olumsuz İnançlar	0.206	0.042	0.033	0.368	0.135	0.123
Bilişsel Farkındalık	0.186	0.035	0.030	0.361	0.131	0.124

Değişken seçimi için geriye doğru eleme yöntemi kullanıldığında elde edilen model-3 hem hasta grubu hem de kontrol grubu için anlamlıdır (F=7.201, p=0.008; F=21.181, p<0.001). Hasta ve kontrol grupları için regresyon modeline ilişkin sonuçlar Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11. Hasta ve Kontrol Grubu İçin Elde Edilen Regresyon Modeline İlişkin Sonuçlar

Grup	Model3	Regresyon Katsayıları		Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları	t	p
		B	SH	Beta		
Hasta	Sabit	53.884	4.711	-	11.438	<0.001
	BF	0.724	0.270	0.186	2.683	0.008
n=202 s=14.43 R=0.186 R ² =0.035 F=7.201 p=0.008						
Kontrol	Sabit	8.504	4.737	-	1.795	0.075
	DKİ	1.630	0.354	0.361	4.602	<0.001
n=143 s=15.22 R=0.361 R ² =0.131 F=21.181 p<0.001						

s: Regresyon denkleminin standart hatası
B: Regresyon katsayıları
Beta: Standartlaştırılmış regresyon katsayıları. İlgili değişkende 1 standart sapmalık değişim olduğunda bağımlı değişkende kaç standart sapmalık değişim olduğunu gösterir. Basit doğrusal regresyon modelinde bu değer aynı zamanda bağımlı ve bağımsız değer arasındaki korelasyona (r=R) da eşittir
SH: Regresyon katsayılarının standart hatası
R: Çoklu korelasyon katsayısı
R ² : Çoklu açıklayıcılık katsayısı
F: Regresyon katsayısı yada katsayılarının sıfıra eşit olup olmadığını ilişkin tümel F değeri
t: Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t istatistiği

Hasta grubu için kurulan modele göre, FEA bağımlı değişkeni ile model-3'deki diğer bağımsız değişkenler arasında ne derece bir ilişki olduğunu gösteren açıklayıcılık katsayısı R=0.186'dir. Bu değer aynı zamanda, modelde bir bağımsız değişken olduğundan, bilinen korelasyon katsayısı r değerine eşit olmaktadır (Tablo 10 ve Tablo 11). Model-3'deki bağımsız değişkenler tarafından FEA bağımlı değişkenindeki değişimin ölçüsü olan açıklayıcılık katsayısı R²=0.035 olarak bulunmuştur.

Kontrol grubu için kurulan modele göre, FEA bağımlı değişkeni ile model-3'deki diğer bağımsız değişkenler arasında ne derece bir ilişki olduğunu gösteren

açıklayıcılık (çoklu belirtme) katsayısı $R=0.361$ 'dir. Bu değer aynı zamanda, model-3'de bir bağımsız değişken olduğundan, bilinen korelasyon katsayısı r değerine eşit olmaktadır (Tablo 10 ve Tablo 11). Model-3'deki bağımsız değişkenler tarafından FEA bağımlı değişkenindeki değişimin ölçüsü olan açıklayıcılık katsayısı $R^2=0.131$ olarak bulunmuştur.

Regresyon denklemi ise hasta grubu için $FEA=53.884+0.724BF$, kontrol grubu için ise, $FEA=8.504+1.630DKİ$ olarak bulunmuştur.

Buna göre hasta grubu için BF bağımsız değişkenindeki bir birimlik artış olduğunda FEA bağımlı değişkeninde 0.724 birimlik bir artış olmaktadır. Kontrol grubu için DKİ bağımsız değişkenindeki bir birimlik artış olduğunda FEA bağımlı değişkeninde 1.630 birimlik bir artış olmaktadır.

6. TARTIŞMA

Güncel kaynaklar incelendiğinde, FMS'nin çok faktörlü bir etyolojiye sahip olduğu, konuyla ilgili birçok biyolojik ve psikolojik değişkenin tespit edilmiş olduğu ancak hala nedeninin kesin olarak belirlenemediği görülmektedir. FMS'nin etyolojik açıklamalarından birinin de psikolojik değişkenler olduğu ve tanımlanabilen psikolojik değişkenler arasında, depresyon, anksiyete, çaresizlik duyguları, kötü baş etme stratejileri ve bazı kişilik özelliklerinin yer aldığı bildirilmiştir (73). Bizim çalışmamızda hem BDÖ, hem BAÖ puanlarının FMS olan hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Weir ve ark. (2006) FMS insidansını belirlemek amacıyla yapmış oldukları geniş veri tabanlı bir çalışma ile FMS'na depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik hastalıklar yanı sıra migren, irritabl barsak sendromu, kronik yorgunluk sendromu gibi eşlik eden psikosomatik hastalıkların da sıklığına dikkat çekmişlerdir (74).

Ayrıca yapılan çeşitli çalışmalarda FMS'de en sık görülen psikiyatrik hastalıklar MDB, somatoform bozukluklar, OKB ve panik bozukluğu olarak sıralanmış olup FMS olanlarda depresyonun yaşam boyu yaygınlığının %71'lere kadar yükselebildiği bildirilmiştir (75, 76).

Taşkın ve ark. (2007) tarafından FTR Polikliniğine ilk kez başvuran ve FMS tanısı konan hastalarda depresyon görülme sıklığını belirlemek amacıyla çalışmaya elli FMS olan hasta alınmış hastalarda azalan sırayla MDB, başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk ve distimik bozukluk tanıları belirlenmiş, en yüksek oranda görülen tanının MDB olduğu ifade edilmiştir (77). Kuloğlu ve ark. (1997) ise FMS'ye en sık eşlik eden psikiyatrik hastalığın distimi ve ardından somatizasyon bozukluğu olduğunu öne sürmüşlerdir (78).

FMS'de artmış depresyon yaygınlığını gösteren çalışmaların yanı sıra, FMS ve diğer romatolojik durumlar arasında depresyon görülme sıklığı açısından fark olmadığını bildiren çalışmalara da rastlanmaktadır. Bu bağlamda Yunus ve ark. (1991) tarafından geniş bir hasta örneklemeyle yapılmış olan çalışmaya göre, FMS

olan hastalardaki depresyon oranlarının RA hastaları ve sağlıklı bireylerde görülen depresyon oranlarıyla benzer olduğu ve arada anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (79). Bu konuda yapılmış başka bir çalışmada ise FMS'nin depresif kişilikle değil, klinik bulgulara eşlik eden depresif semptomlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (80). Hudson ve ark. (1985) yapmış oldukları bir çalışmada, psikiyatrik hastalığın, özellikle de depresyonun FMS klinik bulgularının ortaya çıkmasından önce var olduğu belirtilmiştir (76). Sayar ve ark. (1999) tarafından FMS'de umutsuzluk ve depresyon düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışmada, FMS olan hastalardaki depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı ölçüde yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (7). FMS'de psikolojik etkenlerin varlığını araştıran yakın tarihli bir çalışmada, gruplar BAÖ, BDÖ, FEA, Kontrol Odağı ve Semptom Yorumlama Anketi uygulanarak değerlendirilmiş ve FMS olan hastalarda FEA, BAÖ, BDÖ puanlarının sağlıklı kontrollerden daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir (81). Epstein ve ark. (1999) yapmış oldukları çok merkezli bir çalışmada FMS olan hastalarda fonksiyonel aktivitelerde belirgin azalma ile birlikte, başta MDB olmak üzere bazı psikiyatrik bozuklukların sıklığında artma olduğunu bildirmişlerdir (82).

Yine FMS ve kronik ağrılı hastalarda yapılmış farklı bir çalışmada da ağrıdan sonra hastalık şiddetinin en anlamlı yordayıcısının depresyon olduğu belirlenmiş ve tabloya eşlik eden depresyonun ağrı algılamasını görece daha da arttırdığı konusuna dikkat çekilmiştir (83).

FMS ile MDB arasındaki ilişkiyi ve depresyon görülme sıklığını belirlemek için yapılmış olan başka bir çalışma ile de FMS olan hastaların %20'sinde depresyon görüldüğü ifade edilmiştir (84). FMS olan hastalarda depresif belirtilerin klinik parametrelerle ilişkisini ve yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini araştıran bir çalışmada ise hastaların %83.3'ünde klinik olarak anlamlı depresif belirti saptanmıştır. Depresif belirtilerin sıklıkla yüksek ağrı algısı, kötü yaşam kalitesi ve bireyleri zorlayıcı yaşam durumları ve stresörlerle ilintili olduğu sonuçlarına varılmıştır (85).

Atagün ve ark. (2012) tarafından yapılan çalışmada FMS olan kadın hastalara FEA, BDÖ, Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri ve TAÖ uygulanmış ve hastalık şiddetinin ve yaşam kalitesinin belirlenmesinde yaş, aleksitimik yapı, depresyon ve anksiyete varlığı gibi faktörlerin etkin olduğu saptanmıştır (86).

Bu konuyla ilgili diğer çalışmalar incelendiğinde bazı araştırmalar, depresyonu olan ve olmayan FMS hastaları arasında sıklık açısından fark olmadığını (87) ileri sürerken, bazı çalışma sonuçları ise FMS'ye depresyonun değil anksiyete bozukluklarının daha fazla eşlik ettiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca FMS hastalarında artmış depresyon sıklığı ve depresyon şiddetiyle hassas noktalar arasında ilişki olduğu görüşünün aksine, FMS'de ağrı şiddeti ve hassas nokta sayısı ile anksiyete düzeyinin doğru orantılı olduğu varsayımını kuvvetlendiren çalışmalar da ortaya konmuştur (5). Bu alanda anksiyete bozukluğu ile yapılmış çalışmalardan biri de Şengül ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmadır. FMS ve RA olan hastalarda anksiyete, depresyon ile aleksitimi seviyeleri ve bu parametrelerin hastalığın şiddeti ile olan ilişkisi araştırılmış ve sonuçta FMS'de TAÖ ve BDÖ puanlarının yanı sıra, özellikle de BAÖ puanlarının da yüksek olduğu vurgulanmıştır (88).

FMS olan bireylerde özellikle depresyon sıklığıyla ilgili farklı sonuçlar bulunmasının nedeninin değerlendirme yöntemlerindeki farklılıklardan kaynaklanabileceği öne sürülmektedir (89). Her ne kadar FMS'ye eşlik eden depresyon ve anksiyete varlığı ve sıklıkları ile ilişkili farklı görüşler olsa da, çalışmaların büyük kısmında araştırmamızda da olduğu gibi FMS olan hastalarda depresyon ve anksiyetenin yüksek oranlarda görüldüğü sonucu ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamızdaki grupların başa çıkma tutumlarını incelediğimizde FMS olan hasta grubunda inkar, davranışsal olarak boş verme, madde kullanımı, duygusal destek arayışı puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmüştür. Hasta grubunun başa çıkma tutumları ile FEA arasındaki ilişkide inkar, davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı ile pozitif, duygusal sosyal destek arayışı ile negatif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. İşlevsel olmayan başa

çıkma yöntemlerinin FMS olan kadın hastalarda daha fazla kullanılması, bu bireylerin fiziksel ve psikojenik stresler karşısında daha fazla zorlandıkları ve karşılaştıkları güçlükleri inkara eğilimli oldukları varsayımı ile açıklanabilir.

Psikiyatrik ve psikosomatik hastalıklarda başa çıkma tutumlarını araştırdığımızda, bu konuda aynı hastalık grubunda da olsa birbirinden farklı başa çıkma tutumlarının kullanıldığı saptanmıştır. Bu çeşitliliğin başa çıkma tutumlarının yaş, cinsiyet, kültür, stresör çeşidi ve şiddeti ve hastalık gibi faktörlere bağlı olarak değişebilir olması ile bireye özgü özellik taşımasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (72).

Baş çıkma tutumlarına genel olarak bakıldığında, sorun odaklı, duygusal odaklı ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumları olmak üzere üçe ayrıldığı görülmektedir. Sorun odaklı olan bireylerin sorunun ana kaynağına ait başa çıkma tutumlarını, duygusal odaklı olan bireylerin ise ana kaynağın bireyde yol açtığı duygusal etkiyle ilişkili başa çıkma tutumlarını kullandıkları belirtilmektedir. Sorun odaklı başa çıkma tutumlarının ruhsal sıkıntıyı azalttığı, duygusal odaklı yaklaşımların ise anksiyete semptomlarına neden olabildiği ve bireyin ruhsal sıkıntısını arttırabildiği ifade edilmiştir (9).

Literatürde depresyon ve anksiyete bozukluğu ile başa çıkma tutumları arasındaki ilişkiyi değerlendirmeye yönelik çok sayıda çalışma vardır. Yavuz ve ark. (2013)'ın yaptığı yakın tarihli bir çalışma sonucuna göre hem depresyon ve anksiyete bozukluğu olanlarda duygusal odaklı başa çıkma tutumlarının daha fazla kullanıldığı, hem de duygusal odaklı başa çıkma tutumları ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki olduğu sonuçlarına varılmıştır. Otuzüç migren, 34 gerilim tipi baş ağrısı (GTBA) olan hasta ve 33 sağlıklı gönüllü ile gerçekleştirilen bu çalışmada migren ve GTBA'lı bireylerde yüksek düzeyde işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının kullanıldığı belirtilmiştir (90).

Psikosomatik hastalıklardan olan migren ve kronik ağrılı hastalarda depresyon düzeyi ve ağrı ile başa çıkma becerilerini değerlendirmek amaçlı Karaca

ve ark. (1999) tarafından yapılmış olan bir başka çalışmada 168 kronik ağrılı ve 28 migrenli hastaya BDÖ ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği (ABÖ) uygulanmış, migren ve kronik ağrılı hastaların BDÖ puanlarının yüksek olduğu ve depresyon düzeylerindeki artmayla birlikte çaresizlik tutumlarının da anlamlı düzeyde arttığı gözlenmiş, ağrı düzeylerinin artmasıyla başa çıkma tutumları arasında ise anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı bildirilmiştir (14).

Uçar ve ark. (2011) tarafından yürütülen, ev hanımlarında kronik bel ağrısını araştıran çalışmada, bedensel belirtilere odaklanma, bu belirtilerle gereğinden fazla meşgul olma ve başa çıkma yetisinin zayıf olmasının kronik ağrılı hastalarda iş görememe düzeyi ile ilişkili olduğu, depresyon başta olmak üzere birçok psikiyatrik rahatsızlığın bel ağrısına eşlik edebileceği belirtilmiştir (91). Aynı çalışmada süregen ağrının hastalarda umutsuzluk ve çaresizlik tutumlarını besleyerek hem başa çıkma tutumlarında yetersizliğe, hem de hastalarda depresyona, hatta özkıyım düşünce ve girişimlerine neden olabileceği vurgulanmıştır (92).

Madenci ve ark. (2006) tarafından kronik ağrılı ve FMS olan hastalarla yapılmış bir çalışmada, çaresizlik durumunun FMS grubunda, kendi kendine başa çıkma ve bilinçli bilişsel girişimlerde bulunma (ağrı üzerine olan dikkati başka yöne çevirme, ağrı duyusunu tekrar yorumlama, kendi kendine başa çıkma ve hayal kurma gibi) tutumunun da kronik ağrılı hasta grubunda anlamlı ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur (91, 93). Soran ve ark. (2008) tarafından FMS hastalarında fiziksel yeti yitimi olmaksızın kronik ağrının ağrıyla başa çıkma becerilerinde kısıtlılığa, bu durumun da depresif belirtilerde artışa neden olabileceği öne sürülmüştür (94). Hudson ve ark. (1985) FMS olan hastalarda bilişsel, duygusal ve davranışsal becerilerde yetersizliğin ve maladaptif başa çıkma tutumlarının kullanılmasının ağrıda artma nedenlerinden olabileceği görüşünü savunmuşlardır (76). FMS'de başa çıkma tutumlarını yordayan bir makalede de özyeterlik ve sosyal desteğin artması gibi faktörlerin, hastaların hastalıkla daha kolay baş etmesine olanak sağlayabileceğine dikkat çekilmiştir (95).

Literatürde psikosomatik hastalıklar içinde yer alan kronik ürtiker, psöriyazis vb. gibi kronik cilt hastalıklarında başa çıkma tutumlarını araştıran çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Konuyla ilgili başka çalışmalarda bu grup hastaların başkaları tarafından fiziksel olarak nasıl algılandıkları hakkında çok duyarlı oldukları, yoğun dışlanma kaygısı yaşadıkları, bazen yakın çevresi tarafından bile rahatsızlıkları ile alakalı yaralayıcı yorumlara maruz kaldıkları gerekçeleriyle iş ve özel hayatlarında sorunlar, emosyonel problemler yaşayabildiklerine işaret edilmektedir. Sıralanan bu nedenlerle kişilerin yaşadıkları yoğun stresle başetmek amacıyla alkol-madde ve gerilimlerini azaltıcı ilaç kullandıklarına ve hatta bu maddelere bağımlı hale gelebildiklerine dikkat çekilmektedir (95, 96). Bizim çalışmamızda FMS hasta grubunun kontrol grubuna kıyasla stresle başa çıkma tutumları arasında, işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarından biri olan madde kullanımına daha fazla başvurmaları, belirtilen sonuçlarla örtüşmektedir. Alkol ve madde kullanımıyla ilgili saptanan farklı araştırma sonuçlarının, toplumsal mitlerden ve alkol ve alkol dışı madde kullanımına sosyokültürel bakış açılarının farklılığından kaynaklanabileceği varsayılabilir.

Bireyin stresle başa çıkma becerisi ne kadar gelişmişse cilt lezyonlarından daha az etkileneceği, hem ruhsal yönden daha sağlıklı hem de yaşam kalitesi daha yüksek bir birey olabileceği vurgulanmaktadır (97, 98). Bu yorum, FMS olan hastalar için de geçerlilik taşımaktadır. Çalışmamızda incelediğimiz FMS olan kadınlarda inkar, madde kullanımı ve davranışsal olarak boş verme gibi işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının daha fazla kullanılması ile hastalık şiddeti, anksiyete ve depresyon puanlarının yüksekliği arasındaki ilişki dikkat çekmektedir. Ayrıca FMS hastalarının, stresle başa çıkma tutumlarından inkar yöntemini daha sık kullanmasıyla hastalığın kronisite kazanması arasında anlamlı bir ilişki olabileceği düşünülebilir.

İnkar yönteminin başa çıkmayı arttırma ya da azaltmaya yaradığı konusunda literatürde görüş birliğine varılamamıştır. Örneğin, Breznitz (1995) çalışmasında inkar mekanizmasının bireyin iç sıkıntısını azaltıp stresle başa çıkmasını arttırdığına ve bu nedenle yararlı bir yöntem olduğuna vurgu yaparken (99), Matthews ve ark.

(1986) ise stres kaynağı gerekli ve başarılı şekilde ortadan kaldırılmadığı sürece inkar yönteminin mevcut sorunu çözmekte yetersiz olmakla kalmayıp, ek sorunların ortaya çıkmasında rol oynayabileceğini ifade etmişlerdir (100). Levine ve ark. (1987) stresle karşılaşılan erken dönemlerde inkar yönteminin faydalı olabileceğini, ancak stres süregelenleştikçe problemi çözmeyi engelleyerek, başa çıkmayı güçleştirebileceğini ileri sürmüşlerdir (101).

Baş çıkma mekanizmaları ile FEA arasındaki ilişki incelendiğinde inkar, davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı arasında pozitif, duygusal sosyal destek arayışı arasında negatif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. İnkarı daha çok kullanan, davranışsal olarak boş verme eğilimi gösteren ve madde kullanımına yönelen hastalarda hastalık belirtilerinin de daha yoğun olarak yaşanması anlaşılır bir durumdur. Hastalık belirtilerinin şiddetindeki artış hastaların daha fazla umutsuzluğa kapılarak duygusal sosyal destek arayışlarının azalmasına neden olabileceği gibi, destek arayışı az olan hastalarda aslında bununla ilişkili olarak hastalık belirtileri de daha şiddetli yaşanıyor olabilir.

Stresle başa çıkmada başa çıkma tutumlarının çözüm odaklı, işlevsel yöntemler olması yanı sıra bireyin bilişsel ve üstbilişsel süreçlerinin de etkin ve işlevsel olması önemlidir. Bu bağlamda psikolojik bozukluklarda bazı üstbilişsel işlevlerde yetersizlikler görülebileceği gibi diğer bir ifadeyle üstbilişsel işlevlerdeki bozuklukların da birtakım psikolojik rahatsızlıklara neden olabileceği veya mevcut rahatsızlıklarda kötüleşmelere yol açabileceği söylenebilir. Wells ve Cartwright-Hatton (2004) bu düşüncüyü, bireyin bilişsel süreçlerinin uyuma yönelik çalışmasında üstbilişsel modelin etkin olduğunu, üstbilis sisteminde meydana gelebilecek herhangi bir sapmanın ise birçok psikopatolojinin gelişiminde rol oynayacağı ve sürdürülmesinde önemli bir etken olabileceğini belirten ifadeleriyle desteklemişlerdir (19, 61).

Çalışmamızda FMS hastalarındaki olumsuz inançlar, düşünce kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık üstbilis puanları ile FEA puanları arasında anlamlı korelasyon bulunmuştur. FEA puanları ile ÜBÖ-30 arasındaki birbirini yordama

ilişkinin anlayabilmek için yaptığımız geriye dönük regresyon değerlendirmesinde ise, FMS hasta grubunda bilişsel farkındalık puanlarının FEA puanlarını anlamlı ölçüde öngörebildiği belirlenmiştir. Literatürde, FMS hastalarında üstbiliş özelliklerinin değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu konuda bir karşılaştırma yapılamamaktadır. Bununla birlikte üstbilişin en çok incelendiği psikiyatrik hastalık gruplarında elde edilen sonuçlardan kısaca bahsedilecektir.

Literatürde OKB ile ilgili yapılan üstbilişsel değerlendirmelerde olumsuz inançların kaygı ve obsesif kompulsif belirtileri yordadığı ve bu bireylerin bilişsel güvenlerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir (102, 103, 104).

Bir diğer anksiyete bozukluğu olan YAB saptanan bireylerle üstbilişsel değerlendirme yapmak amacıyla yürütülmüş bir çalışmaya göre de, YAB olan bireylerin sağlıklı bireylere nispeten hatalı ve anksiyeteyi arttıran nitelikte olumsuz inanışlara sahip oldukları öne sürülmüştür (103, 105).

Hipokondriyazis tanısı almış bireylerde sağlıkla ilgili kaygının daha fazla olduğu ve bu hastalığa sahip bireylerde düşünceyi kontrol edememe ya da diğer bir deyişle düşünce kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık gibi üstbilişlerinin, hastalığın yordayıcısı olduğu ifade edilmiştir . Ayrıca pek çok araştırma ile hipokondriyazisi olan hastalardaki üstbilişsel gelişimin hastaların iyileşme sürecinde etkin rol oynadığı vurgulanmıştır (106).

Üstbilişle ilgili yapılmış çalışmaların çoğunda çalışmamızda da olduğu gibi kaygı ile ilgili olumsuz inançlar üstbilişinin ön planda olduğu, bu durumun ise bireyin stresle başa çıkmada doğal olarak işlevsel olmayan, sorun odaklı başa çıkma stratejilerini seçmesinde belirleyici olabileceğini düşündürmektedir (107, 108, 109). Diğer bir deyişle zayıf üstbilişsel kapasite ile olumsuz ve uyumu zorlaştıran başa çıkma tutumları arasında bir paralellik olabileceği sonucuna varılabilir.

Bununla beraber üstbilişsel değerlendirmenin yapıldığı ve kaygıyla ilişkili hem olumsuz hem de olumlu inançların saptandığı çalışmalar da bulunmaktadır. Bunlardan biri YAB hastalarla yapılmış olup çalışmada üstbilişsel modele göre kişilerin kaygılarıyla ilgili olumlu ve olumsuz inançlarının olabileceği belirtilmiştir (110). Yeni çalışma sonuçları ise YAB tanısı konan bireylerin bilişsel davranışçı terapiden sonra kaygılarıyla ilgili işlevsel olmayan inançlarında anlamlı düzeyde bir azalma olduğunu göstermiştir (111).

Literatüre bakıldığında üstbilişsel değerlendirmenin yapıldığı çalışmaların son yıllarda giderek arttığını görmekteyiz. Bu hızlı artışa ve araştırma çeşitliliğine rağmen FMS, irritabl barsak sendromu, kronik ağrı, kronik ürtiker, GTBA ve migren vb. gibi hastalıkların da içinde yer aldığı psikosomatik hastalık grubunda herhangi bir üstbilişsel çalışmanın yapılmadığı dikkati çekmektedir. OKB, YAB ve hipokondriyazisle ilgili bahsedilen çalışmaların sonuçlarına bakıldığında özetle, olumsuz inançların anksiyete ve hastalık belirtileri ile doğrudan ilişkili olduğu, eşlik eden depresyon varlığında bilişsel güvende azalma izlendiği, hipokondriyaziste belirtilerin düşünce kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık ile ilişkili olduğu anlaşılmaktadır. Çalışmamızda ÜBÖ-30 alt ölçekleri ile FEA arasındaki ilişki incelendiğinde olumsuz inançlar, düşünce kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık alt ölçeklerinin FEA değerleri ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Bu anlamda literatürdeki psikiyatrik hastalıklarla ilişkili çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik gösterdiği söylenebilir. Geriye doğru eleme yöntemi ile yapılan basit regresyon analizinde de sondan bir önceki aşamaya kadar FEA ile olumsuz inançlar ve bilişsel farkındalık arasındaki etkileşim anlamlılığını korumuş, son aşamada da hasta grubunda FEA bağımlı değişkeninin bilişsel farkındalık değişkenince açıklanabildiği belirlenmiştir. Bu bağlamda bilişsel farkındalığın hastalık belirtileri ile pozitif yönde bir korelasyon ilişkisinin bulunduğu düşünüldüğünde, hastalardaki farkındalık artışının hastalık belirtilerine odaklanmayı arttırma gibi bir durumla ilişkili olabileceği düşünülebilir. FMS hastalarının diğer meşguliyetleri bastırma başa çıkma tutumunu sağlıklı kontrollere göre anlamlı ölçüde daha fazla kullanıyor olmaları da hastalık belirtilerine odaklanmalarında rol

oynayabilir. Tedavi sürecinde bu ilişkilerin özellikle ele alınmasının önem taşıdığı düşünülmektedir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları ve güçlü yönleri bulunmaktadır. Çalışmamız sadece kadın hastalardan oluşmaktadır ancak FMS'nin sıklıkla kadın cinsiyetinde görülüyor olması bu durumu açıklayabilmektedir. Kesitsel bir çalışma olması ve örneklemimizin bir üniversite hastanesi FTR kliniğinden seçilmiş olması sonuçların genellenmesini engellemektedir. Depresyon ve anksiyete düzeylerinin hastaların kendilerini değerlendirdikleri ölçekler aracılığıyla belirlenmesi bir diğer kısıtlılığımızdır. Çalışmanın geniş bir örnekleme uygulanması ve örneklem grubunun FTR Polikliniği'nde ilk kez FMS tanısı alan hastaları içeriyor olması ise çalışmamızın güçlü yönleri arasında sıralanabilir. Çalışma sonuçlarımız FMS'de depresyon, anksiyete, başa çıkma tutumları ve üstbilişsel özellikler açısından neden sonuç ilişkisini açıklamaya çalışmakla birlikte, konuyla ilgili durum tespiti yapması ve sonuçların FMS tedavisine katkı sağlaması açısından da önem taşımaktadır. Bu alanda yapılacak özellikle boylamsal çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızın sonucunda literatürle uyumlu olacak şekilde FMS hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin sağlıklı kontrollere göre anlamlı ölçüde yüksek bulunduğu ve depresyon ve anksiyete düzeylerinin FEA puanları ile pozitif yönde anlamlı ilişkiye sahip olduğu belirlenmiştir.

Başta çıkma tutumlarına bakıldığında, hasta grubunda inkar, davranışsal olarak boş verme, madde kullanımı ve diğer meşguliyetleri bastırma tutumlarının daha fazla, duygusal sosyal destek arayışı tutumunun ise daha az kullanıldığı belirlenmiştir. İnkâr, davranışsal olarak boş verme, madde kullanımı ve diğer meşguliyetleri bastırma tutumları FEA puanları ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahipken, duygusal sosyal destek arayışı ile negatif yönde anlamlı ilişki göstermektedir. Bu özelliklerin hastalık belirtileri ile iki yönlü bir ilişki içinde olduğu izlenmektedir.

Üstbiliş değerlendirmesi hastalığın var olan durumunu anlamada önemli olmasının yanı sıra tedavide üzerinde durulması gereken özellikleri belirlemek açısından da önem taşımaktadır. FMS hastalarının sağlıklı kontrollere göre ÜBÖ-30'nin tüm alt ölçeklerinden daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Bu alt ölçeklerden olumsuz inançlar, düşünce kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık, FEA ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahiptir. Yapılan regresyon analizinde bilişsel farkındalığın FEA puanlarını yordadığı belirlenmiştir. Bu sonuçların da hem hastalık takibinde hem de tedavinin daha etkin hale getirilmesinde kullanılabileceği düşünülmektedir.

Özellikle literatürde psikosomatik hastalıklarda üstbilişsel değerlendirmeye yönelik yeterince çalışma bulunmayışı sonuçların tartışılmasında kısıtlılık yaratmaktadır. FMS alanında bu konuda yapılacak daha fazla sayıda araştırmaya ihtiyaç vardır. Ayrıca çalışmalardan elde edilecek sonuçlara göre düzenlenen tedavilerin etkinliğinin izlem çalışmaları ile değerlendirilmesi, bulgulara bu anlamda da güç kazandıracaktır.

KAYNAKLAR

1. Goldenberg DL. Septic arthritis. Lancet 1998; 17; 197-202.
2. Uveges JM, Parker JC, Smarr KL ve ark. Psychological symptoms in primary fibromyalgia syndrome: relationship to pain, life stress, and sleep disturbance. Arthritis Rheum 1990; 33: 1279-83.
3. Yunus MB, Dailey JW, Aldag JC ve ark. Plasma tryptophan and other amino acids in primary fibromyalgia: a controlled study. J Rheumatol 1992; 19: 90-104.
4. Pope HG Jr, Hudson JI, Jonas JM ve ark. Antidepressan treatment of bulimia: a two-year follow-up study. J Clin Psychopharmacol 1985; 5: 320-7.
5. Celiker R, Borman P, Oktem F ve ark. Psychological disturbance in fibromyalgia: relation to pain severity. Clin Rheumatol 1997; 16: 179-84.
6. Güleç G, Temiz ST, Armağan O ve ark. Comparison of fibromyalgia and patients with major depression according to sleep quality. Anadolu Psikiyatri Derg 2011; 12: 93-99.
7. Sayar K, Acar B, Aydın T. Fibromiyalji hastalarında umutsuzluk ve depresyon. Nöropsikiyatri Arsivi 1999; 36: 27-32.
8. Güleç H, Sayar K, Topbaş M ve ark. Fibromiyalji Sendromu Olan Kadınlarda Aleksitimi ve Öfke. Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15: 191-198.
9. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. J Pers Soc Psychol 1984; 46: 839-52.

10. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ ve ark. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol* 1986; 50: 571-98.
11. Ladouceur R, Rhéaume J, Freeston MH ve ark. Experimental manipulations of responsibility: an analogue test for models of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1995; 33: 937-46.
12. Purdon C, Clark DA. Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behav Res Ther* 1994; 32: 403-106.
13. Durukan İ, Erdem M, Tufan AE ve ark. DEHB olan çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kullanılan başa çıkma yöntemleri: Bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9: 217-223.
14. Karaca S, Demir F, Herken H ve ark. Kronik ağrılı ve Migrenli hastalarda depresyon düzeyleri ve ağrı ile başa çıkma becerileri. *Düşünen Adam* 1999; 12: 31-33
15. Dienes Z, Perner J. A theory of implicit and explicit knowledge. *Behav Brain Sci* 1999; 22: 735-55.
16. Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Dose meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: a test of the metacognitive model Article first published online: 2004 DOI: 10.1002/cpp.40
17. Hermans D, Engelen U, Grouwels L ve ark. Cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder: distrusting perception, attention and memory. *Behav Res Ther* 2008; 46: 98-113.

18. Janeck AS, Calamari JE, Riemann BC ve ark. Too much thinking about thinking?: Metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2003; 17: 181-95.
19. Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: the Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disord* 1997; 11: 279-96.
20. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB ve ark. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-72.
21. Henriksson KG, Bengtsson A. Fibromyalgia clinical entity? *Can J Physiol Pharmacol* 1991; 69: 672-713.
22. Boissevain MD, McCain GA. Toward an integrated understanding of fibromyalgia syndrome. II. Psychological and phenomenological aspects. *Pain* 1991; 45: 239-48.
23. İnanici F, Yunus MB. History of fibromyalgia past to present *Curr Pain Headache Rep* 2004; 5: 369-378.
24. Wolfe F, Ross K, Anderson J ve ark. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in general population. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 19-28.
25. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB. The American College of Rheumatology 1990 criteria for classification of fibromyalgia: report of multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-172.
26. McCall-Hosenfeld JS, Goldenberg DL, Hurwitz S ve ark. Growth hormone and insulin-like growth factor-1 concentrations in women with fibromyalgia. *J Rheumatol* 2003; 30: 809-14.

27. Yunus MB, Masi AT, Calabro JJ, Miller KA, Feigenbaum SL. Primary fibromyalgia (fibrositis): Clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin Arthritis Rheum* 1981; 11: 151-71.
28. Campbell SM, Clark S, Tindall EA ve ark. Clinical characteristics of fibrositis. A blinded controlled study of symptoms and tender points. *Arthritis Rheum* 1983; 26: 817-824.
29. Crofford LJ, Clauw DJ. Fibromyalgia: where are we a decade after the American College of Rheumatology classification criteria were developed? *Arthritis Rheum* 2002; 46: 1136-8.
30. Yunus MB, Ahles TA, Aldag JC ve ark. Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1991; 34: 15-21.
31. Anderberg UM, Marteinsdottir I, Theorell T, von Knorring L. The impact of life events in female patients with fibromyalgia and in female healthy controls. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 295-301.
32. Bennett RM: Fibromyalgia and the Facts. Sense or nonsense. *Rheum Dis Clin North Ame* 1993;19: 45-59.
33. Horven S, Stiles TC, Holst A. HLA antijens in primer fibromyalgia syndrome . *J Rheum* 1992; 19: 944.
34. Buchwald D, Goldenberg DL, Sullivan JL, et al. The chronic, acrive Epstein Barr virus infection syndrome and primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1987; 30: 1132-6.

35. Goldenberg DL. Do infections trigger fibromyalgia? *Arthritis Rheum* 1993; 36: 14-92.
36. Reynold MD. Clinical diagnosis of psychogenic rheumatism *West J Med* 1987; 12: 2-8.
37. Kurt E, Adanur Aİ, Oral ET ve ark. Duygudurum Bozukluğu Hastalarında ve Birinci Derece Akrabalarında "Affektif Spektrum Bozukluğu". *Düşünen Adam* 2002; 15: 158-163.
38. Anderberg UM, Marteinsdottir I, Theorell T ve ark. The impact of life events in female patients with fibromyalgia and in female healthy controls. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 295-301.
39. Payne TC, Leavitt F, Garron DC. Fibrositis and psychologic disturbance. *Arthritis Rheum* 1982; 25: 213-17.
40. Çeliker R. Miyofasiyal ağrı sendromu: tanı ve tedavisi. *Romatol Tıp Rehab* 1992; 3: 155-60.
41. Finestone HM, Stenn P, Davies F ve ark. Chronic pain and health care utilization in women with a history of childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl* 2000; 24: 547-56.
42. Bailet BE, Freedendfeld RN, Kiser RS ve ark. Life time physical and sexual abuse in chronic pain patients: psychosocial correlates and treatment outcomes. *Disabil Rehabil* 2003; 25: 331-42.
43. Sherman JJ, Turk DC, Okifuji A. Prevalence and impact of posttraumatic stress disorderlike symptoms on patients with fibromyalgia syndrome. *Clin J Pain* 2000; 16: 127-34.

44. Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve Başa Çıkma Yolları. İstanbul: Remzi Kitabevi. 1993: 9-25
45. Pehlivan, Z. ve Konukman, F. “Beden Eğitimi Öğretmenleri ile Diğer Branş Öğretmenlerinin Problem Çözme Becerisi Açısından Karşılaştırılması”, *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi* 2004; 2: 55–60.
46. Fried R. Endemic Stress: The Psychology Of Resignation And The Politics of Scarcity. *Journal of Orthopsychiatry*. 1980; 9: 4-19.
47. Papas R. Stres, Depresyon ve Anksiyete. İstanbul: Epsilon Yayıncılık. 1997: 185-194
48. Fleming R, Baum A, Singer JE. Toward an integrative approach to the study of stress. *J Pers Soc Psychol* 1984; 46: 939-949.
49. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav* 1980; 21: 219-239.
50. Rohde P, Lewinsohn PM, Tilson M ve ark. Dimensionality of coping and its relation to depression. *J Personality Social Psychol* 1990; 58: 499-511.
51. Razali SM, Khan UA, Hasanah CI ve ark. Belief in supernatural causes of mental illness among Malay patients: impact on treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94: 229-233.
52. Penland EA, Masten WG, Zelhart P ve ark. Possible selves, depression and coping skills in university students. *Pers Individ Dif* 2000; 29: 963-969.
53. Ravindran AV, Matheson K, Griffiths J ve ark. Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *J Affect Disord* 2002; 71: 121-130.

54. Karaca S, Demir F, Herken H ve ark. Kronik Ağrılı ve Migrenli Hastalarda Depresyon Düzeyleri ve Ağrı ile Başa çıkma Becerileri. *Düşünen Adam* 1999; 12: 31-33.
55. Ataoğlu S, Özçetin A, Ataoğlu A ve ark. Fibromyaljili ve romatoid artritli hastalarda ağrı şiddeti ile anksiyete ve depresyon ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3: 223-6.
56. Dienes Z, Perner J. A theory of implicit and explicit knowledge. Cambridge: Cambridge University Pres. 1999: 135-139
57. Nelson O. Cogniton Versus Metacognition. In: Sternberg R (Ed.). *The Nature of Cognition*, Massachusetts Institute of Technology, 1999; 99-103
58. Garner R, Alexander PA. Metacognition: Answered and unanswered questions. *Educational Psychologist* 1989; 24: 143-58.
59. Drmrod JE. *Human Learning*. New York: Macmillan P. Company. 1990: 56-59
60. Elkind D. (1974). *Childen and adolescence : Interpretive essays on Jean Piaget*. 2. Baskı, New York: Oxford University Press. 1974: 201-209
61. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ 30. *Behav Res Ther* 2004; 42: 385-96.
62. Bacon E, Danion JM, Kauffmann F ve ark. Consciousness in schizophrenia: a metacognitive approach to semantic memory. *Conscious Cogn* 2001; 10: 473-84.

63. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2004; 35: 207-318.
64. Emül M, Altunoluk B, Bagcioglu E ve ark. Psikojenik prematüre ejakülasyonu tanısı konan hastalarda metakognisyon. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10: 75-86.
65. Burckhardt C, Clark S, Bennet R. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: Development and validation. *Journal of Rheumatology*. 1991; 18: 728-34.
66. Bennet R, Schein J, Kosinski M ve ark. Impact of fibromyalgia pain on health related quality of life before and after treatment with tramadol/Acetaminophen. *Arthritis&Rheumatism* 2005; 53: 519-27.
67. Sarmer S, Ergin S, Yavuzer G. The validity and reliability of the Turkish version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rheumatology International* 2000; 20: 9-12.
68. Hisli N. Validity and reliability of Beck Depression Inventory in university students. *J Turk Psychiatry* 1989; 6: 3-13.
69. Beck AT, Epstein N, Brown G. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consulting Clin Psychol* 1988; 56: 893-97.
70. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmn H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *J Cog Psychother* 1998; 12: 8-17.
71. Carver CS, Scheier MF. Social intelligence and personality: Some unanswered questions and unresolved issues. In: Wyer R, Srull T. (Ed.). *Advances in social cognition: Social intelligence and cognitive assessments of personality*. 1989: 93-109

72. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK ve ark. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6: 221-226.
73. Arasıl T. Fibromiyalji. Ankara. Güneş Tıp Kitabevi. 2012; 18-112.
74. Weir PT, Harlan GA, Nkoy FL. The incidence of fibromyalgia and its associated comorbidities: a population-based retrospective cohort study based on international classification of diseases, J Clin Rheumatol 2006; 12: 124-28.
75. Tot Ş, Toros F. Fibromiyalji sendromunun psikiyatrik bozukluklar ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3: 232-239.
76. Hudson JI, Hudson MS, Pliner LF. Fibromyalgia and major affective disorder: a controlled phenomenology and family history study. Am J Psychiatry 1985; 142: 441-46.
77. Taşkın EO, Tıkız C, Yüksel EG ve ark. Fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğine ilk kez başvuran ve fibromiyalji tanısı konan hastalarda depresif bozuklukların görülme sıklığı ve aleksitimi ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8: 248-55.
78. Kuloğlu M, Ülkeröğlu F, Tezcan AE ve ark. Fibromiyaljili hastalarda psikiyatrik semptomatoloji ve tanı dağılımı. 6. Anadolu Psikiyatri Günleri 1997; 299-306
79. Yunus MB, Ahles TA, Aldag JC ve ark. Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. Arthritis Rheumatism 1991; 34: 15-21.

80. Nordahl HM, Stiles TC. Personality styles in patients with fibromyalgia, major depression and healthy controls. *Annals of General Psychiatry* 2007; 6: 9-38.
81. Güleç H, Sayar K, Güleç MY. The Relationship Between Psychological Factors and Health Care-Seeking Behavior in Fibromyalgia Patients. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18; 1-8.
82. Epstein SA, Kay G, Clauw D ve ark. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. A multicenter investigation. *Psychosomatics* 1999; 40: 57-63.
83. Hawley DJ, Wolfe F. Depression is not more common in rheumatoid arthritis: a 10-year longitudinal study of 6,153 patients with rheumatic disease. *J Rheumatol* 1993; 20: 2025-31.
84. Fuller E, Nimigon J, Brennenstuhl S. Individuals with fibromyalgia and depression: findings from a nationally representative Canadian survey. *Rheumatol Int* 2012; 32: 853-62.
85. Aguglia A, Salvi V, Maina G ve ark. Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: comorbidity and clinical correlates. *J Affect Disord* 2011; 128: 262-6.
86. Atagün Mİ, Atagün Z, Evren C ve ark. Mental symptoms are related with impact of the disease and impairment in quality of life in female patients with fibromyalgia. *Düşünen Adam* 2012; 25: 338-44.
87. Okifuji A, Turk DC, Sherman JJ. Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: why aren't all patients depressed? *J Rheumatol* 2000; 27: 212-9.

88. Şengül C, Ateş A, Şengül C, Okay T ve ark. Fibromiyalji ve Romatoid Artritli Hastalarda Anksiyete, Depresyon, Aleksitimi ve Disosiyasyon Seviyeleri ve Bu Parametrelerin Hastalık Şiddeti ile ilişkisi. Türkiye'de Psikiyatri 2008; 10: 104-108.
89. Soran N, Altındağ Ö, Demirkol A. Fibromiyalji sendromunda depresyon düzeyi ve klinik parametrelerle ilişkisi. Romatizma 2008; 23: 1-4.
90. Yavuz FK, Yavuz N, Ulusoy S ve ark. Gerilim ve Migren Tipi Baş Ağrılarına Eşlik Eden İşlevsel Olmayan Bilişsel İçerikler ve Tutumlar. The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2013; 26: 12-21.
91. Polatin PB, Kinney RK, Gatchel RJ ve ark. Psychiatric illness and chronic low-back pain. The mind and the spine-which goes first? Spine 1993; 18: 66-71.
92. Papciak AS, Feuerstein M, Belar CD. Alexithymia and pain in an outpatient behavioral medicine clinic. Int J Psychiatry Med 1987; 16: 347-57.
93. Madenci E, Herken H, Keven S ve ark. Fibromiyalji sendromlu hastalarda aleksitimi. Türkiye Klinikleri 2007; 27: 32-5.
94. Altindag O, Soran N, Demirkol A. The association between functional status, health related quality of life and depression after stroke. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 2008; 54: 89-91.
95. Dirik G, Sertel P. Fibromiyalji Sendromlu Hastaların Yaşadıkları Psikolojik Sıkıntılar ile Sosyal Destek, Öz Yeterlik ve Yeti Yitimi İlişkisi. Düzce Tıp Dergisi 2011; 13: 45-52.
96. Ginsburg IH. The psychosocial impact of skin disease. An overview. Dermatol Clin 1996; 14: 473-84.

97. Sukan M, Maner F. Quality of life in vitiligo and chronic urticaria patients. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006; 7: 76–81.
98. Koblenzer CS. Psychosomatic concepts in dermatology. A dermatologist-psychoanalyst's viewpoint. *Arch Dermatol* 1983; 119: 501-12.
99. Breznitz, S. The denial of stress. New York: International Universities Pres, 1983: 108-113
100. Matthews KA, Rakacsky CJ. Familiar aspects of the type A behavioral pattern and physiologic reactivity to stress. In: Schmidt TH, Dembroski TM (Ed.). *Biological and Psychological Factors in Cardiovascular Disease*. Berlin: Springer-Verlag, 1986; 228-245
101. Levine J, Warrenburp S, Kerns R. The role of denial in recovery from coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine* 1987; 49: 109-17.
102. Sica C, Steketee G, Ghisi M. Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive-compulsive symptoms, coping styles: A preliminary prospective study on an Italian non-clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2007; 14: 258-268.
103. Tosun A, Irak M. Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008; 19: 67-80.
104. Doğan K, Solak ÖS, Özdel K. Comparison of Metacognitions Between Obsessive Compulsive Disorder's Subtypes and Normal Healthy Controls. *JCBPR* 2013; 2: 34-40.

105. Matthews G, Hillyard EJ, Campbell SE. Metacognition and maladaptive coping as components of test anxiety. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 1999; 6: 111-26.
106. Buwalda FM, Bouman TK, Van Duijn MAJ. The Effect of a Psychoeducational Course on Hypochondriacal Metacognition. *Cogn Ther Res* 2008; 32: 689–701.
107. Ruscio AM, Borkovec TD. Experience and appraisal of worry among high worriers with without generalized anxiety disorder. *Behaviour Research Therapy* 2004; 42: 1469-82.
108. Bakerman D, Buhr K, Koerner N. Exploring the link between positive beliefs about worry and worry. Poster presented at the Annual Convention of the association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA. 2004.
109. Holowka DW, Dugas MJ. Measuring beliefs about worry: A psychometric evaluation of the Why Worry II Questionnaire. Poster presented at the 34 Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA. 2000.
110. Ladouceur R, Dugas MJ, Freeston MH ve ark. Efficacy of a cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 957-64.
111. Myriam MJ, Dugas MJ, Ladouceur R. Changes in dysfunctional beliefs before and after a cognitive behavioral treatment for people with generalized anxiety disorder. *Can J Behav Sci* 2000; 32: 91-96.

EKLER

EK 1:

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Adı Soyadı:

Medeni Hal:

Eğitim Durumu: Okur-yazar
İlkokul
Ortaokul
Lise
Üniversite

Meslek: Ev hanımı
Öğrenci
Memur
İşçi
Serbest mslk
Emekli

Yaş:

Boy:

Kilo:

Geçmişte Psikiyatrik Tedavi Öyküsü (tanı, tedavi hangi ilacı ne kadar süre ile kullandığı, ne kadar süredir ilaç kullanmadığı belirtilecek)

Bilinen fiziksel hastalık öyküsü (tanı, kullandığı ilaçlar)

Ailesinde bilinen psikiyatrik hastalık öyküsü

Ailede fibromiyalji öyküsü

FEA:

BDÖ:

BAÖ:

EK 2:

Fibromiyalji Etki Anketi (FEA)

1. Aşağıdaki aktiviteleri yapabiliyor musunuz?

*Alış veriş
daima (0) çoğu zaman (1) ara sıra (2) asla (3)

*Çamaşır yıkama kurulama
daima (0) çoğu zaman (1) ara sıra (2) asla (3)

*Yemek hazırlama
daima (0) çoğu zaman (1) ara sıra (2) asla (3)

*Elle bulaşık yıkama
daima (0) çoğu zaman (1) ara sıra (2) asla (3)

*Halıyı elektrik süpürgesiyle süpürme
daima (0) çoğu zaman (1) ara sıra (2) asla (3)

*Yatak yapma
daima (0) çoğu zaman (1) ara sıra (2) asla (3)

*Birçok blok yürüme
daima (0) çoğu zaman (1) ara sıra (2) asla (3)

*Arkadaş veya akraba ziyareti
daima (0) çoğu zaman (1) ara sıra (2) asla (3)

*Dışarıda çalışıyor musunuz
daima (0) çoğu zaman (1) ara sıra (2) asla (3)

*Araba kullanma
daima (0) çoğu zaman (1) ara sıra (2) asla (3)

2. Geçtiğimiz hafta 7 gün içinde kendinizi kaç gün iyi hissettiniz ?

1 2 3 4 5 6 7

3. Geçtiğimiz hafta fibromiyaljiniz yüzünden kaç gün işlerinizi aksattınız ?

1 2 3 4 5 6 7

4. İşe gittiğiniz zaman fibromiyaljinizin ağrısı işinizi yapabilmenizi ne kadar etkiler ?

problem yok 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 büyük zorluk

5. Ağrınız ne kadar kötü ?

ağrı yok 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 çok şiddetli ağrı

6. Ne kadar yoruluyorsunuz ?

yorgunluk yok 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 çok yorgun

7. Sabah kalktığınızda kendinizi nasıl hissediyorsunuz ?

dinlenmiş uyanıyorum 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 çok yorgun uyanıyorum

8. Tutukluğunuz ne kadar kötü ?

tutukluk yok 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 çok tutuk

9. Kendinizi ne kadar gergin sinirli veya endişeli hissediyorsunuz ?

gergin değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 çok gergin

10. Kendinizi ne kadar deprese olmuş veya çökük hissediyorsunuz ?

deprese değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 çok deprese

EK 3:

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

- | | | |
|----|-----|--|
| 1- | (a) | Kendimi üzgün hissetmiyorum |
| | (b) | Kendimi üzgün hissediyorum |
| | (c) | Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum |
| | (d) | Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum |
| 2- | (a) | Gelecekte umutsuz değilim |
| | (b) | Geleceğe umutsuz bakıyorum |
| | (c) | Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok |
| | (d) | Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek |
| 3- | (a) | Kendimi başarısız görmüyorum |
| | (b) | Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır |
| | (c) | Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum |
| | (d) | Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum |
| 4- | (a) | Herşeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum |
| | (b) | Herşeyden eskisi kadar zevk alamıyorum |
| | (c) | Artık hiçbir şeyden gerçekten zevk alamıyorum |
| | (d) | Bana zevk veren hiçbirşey yok. Herşey çok sıkıcı |
| 5- | (a) | Kendimi suçlu hissetmiyorum |
| | (b) | Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor |
| | (c) | Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum |
| | (d) | Kendimi her an için suçlu hissediyorum |
| 6- | (a) | Cezalandırıldığımı düşünmüyorum |
| | (b) | Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi hissediyorum |
| | (c) | Cezalandırılmayı bekliyorum |
| | (d) | Cezalandırıldığımı hissediyorum |
| 7- | (a) | Kendimden hoşnutum |
| | (b) | Kendimden pek hoşnut değilim |
| | (c) | Kendimden hiç hoşlanmıyorum |
| | (d) | Kendimden nefret ediyorum |
| 8- | (a) | Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum |
| | (b) | Kendimi zayıflıklarım ve hatalarıma için eleştiriyorum |
| | (c) | Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum |
| | (d) | Her kötü olayda kendimi suçluyorum |
| 9- | (a) | Kendimi öldürmek gibi düşüncelerin yok |
| | (b) | Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam |
| | (c) | Kendimi öldürmeyi isterdim |
| | (d) | Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm |

- 10- (a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum
(b) Eskisine göre şu sıralar daha fazla ağlıyorum
(c) Şu sıralarda her an ağlıyorum
(d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum
- 11- (a) Her zamankinden daha sinirli değilim
(b) Her zamankinden daha kolay sinirleniyor ve kızıyorum
(c) Çoğu zaman sinirliyim
(d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum
- 12- (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
- 13- (a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum
(b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum
(c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum
(d) Artık hiç karar veremiyorum
- 14- (a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum
(b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
- 15- (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor
(c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum
(d) Hiçbir iş yapamıyorum
- 16- (a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum
(b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
- 17- (a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum
(b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum
(c) Şu sıralarda nerdeyse herşey beni yoruyor
(d) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum
- 18- (a) İştahım eskisinden pek farklı değil
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil
(c) Şu sıralarda iştahım epey kötü
(d) Artık hiç iştahım yok
- 19- (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum
(b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim
(c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim
(d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim
Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum Evet () Hayır ()
- 20- (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var
(c) Ağrı, sızı beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor

- (d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum
- 21- (a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok
(b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum
(c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim
(d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı

EK 4:

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

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

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

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

EK 5:

COPE

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

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

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

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

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

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

3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.

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

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

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

5.Sorunla basa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.

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

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

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

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

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

8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.

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

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

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

10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm.

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

11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.

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

- 12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 13.Kendimi yasadığım soruna alıştırmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 18.Allah`in yardımını umarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 19.Bir eylem planı yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 20.Söz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 23.Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 24.Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 26.Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.
1 () 2 () 3 () 4 ()

28.Duygularımı dışarı vururum.

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

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

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

30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.

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

31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.

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

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

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

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

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

34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.

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

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

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

36.Sorunla ilgili saka yaparım.

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

37.İstediğimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.

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

38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.

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

39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.

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

40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.

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

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

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

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

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

- 43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bur durumda ne yaptıklarını sorarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek için daha doğru bir tavır takınırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()

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

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

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

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

60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.

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

EK 6:

ÜSTBİLİŞ ÖLÇEĞİ-30

Bu anket insanların kendi düşünceleri hakkında sahip oldukları inançları ile ilgilidir. Aşağıda, insanların ifade ettikleri bazı inançlar listelenmiştir. Lütfen her maddeyi okuyunuz ve bu ifadeye genellikle ne kadar katıldığınızı uygun numarayı daire içine alarak belirtiniz.

Lütfen tüm maddelere cevap veriniz, doğru ya da yanlış cevap yoktur.

	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Endişelenmek gelecekte olabilecek sorunları engellememe yardımcı olur	1	2	3	4
2. Endişelerim benim için tehlikelidir	1	2	3	4
3. Düşüncelerim hakkında çok düşünürüm	1	2	3	4
4. Endişelenerek kendi kendimi hasta edebilirim	1	2	3	4
5. Bir sorun üzerinde düşündüğüm esnada, zihnimin nasıl çalıştığının farkında olurum	1	2	3	4
6. Endişe verici bir düşünceyi kontrol altına almazsam, ve sonra bu düşüncem gerçekleşirse, bu benim hatam olur	1	2	3	4
7. Planlı kalabilmek için endişelenmem gerekir	1	2	3	4
8. Kelime ve isimlerle ilgili hafızama güvenim azdır	1	2	3	4
9. Durdurmak için ne kadar uğraşsam da, endişe verici düşüncelerim devam eder	1	2	3	4
10. Endişelenmek işleri zihnimde bir düzene koymama yardımcı olur	1	2	3	4
11. Endişe verici düşüncelerimi görmezden gelmek elimde değildir	1	2	3	4
12. Düşüncelerimi izler, takip altında tutarım	1	2	3	4
13. Düşüncelerimi her zaman kontrolüm altında tutabilmem gerekir	1	2	3	4

14.	Hafızam beni zaman zaman yanıltabilir	1	2	3	4
15.	Endişelerim beni deliye döndürebilir	1	2	3	4
16.	Düşüncelerimin sürekli farkındayım	1	2	3	4
17.	Hafızam zayıftır	1	2	3	4
18.	Zihnimin nasıl çalıştığına çok dikkat ederim	1	2	3	4
19.	Endişelenmek yaşadıklarımın başatmeme yardımcı olur	1	2	3	4
20.	Düşüncelerimi kontrol altına alamamak bir zayıflık işaretidir	1	2	3	4
21.	Endişelenmeye başladığımda, bunu durduramam	1	2	3	4
22.	Bazı düşünceleri kontrol altına almadığım için cezalandırılacağım	1	2	3	4
23.	Endişelenmek sorunları çözmeme yardımcı olur	1	2	3	4
24.	Yerlerle ilgili hafızama güvenim azdır	1	2	3	4
25.	Bazı düşünceleri akıldan geçirmek kötüdür	1	2	3	4
26.	Hafızama güvenmem	1	2	3	4
27.	Düşüncelerimi kontrol altına alamazsam, iş göremez hale gelirim	1	2	3	4
28.	İyi çalışmak için, endişelenmem gerekir	1	2	3	4
29.	Olaylarla ilgili hafızama güvenim azdır	1	2	3	4
30.	Düşüncelerimi sürekli incelerim	1	2	3	4