

**T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**FİBROMİYALJİ HASTALARINDA AĞRI
DÜZEYLERİNİN, AĞRI FELAKETLEŞTİRME,
METAKOGNİSYONLAR, DEPRESYON VE
ANKSİYETE SEMPTOMLARI İLE İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ VE BEL AĞRISI HASTALARI İLE
KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Betül Hacer ÖZATEŞ

**Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji**

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Anıl GÜNDÜZ

İSTANBUL - 2021

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**FİBROMİYALJİ HASTALARINDA AĞRI
DÜZEYLERİNİN, AĞRI FELAKETLEŞTİRME,
METAKOGNİSYONLAR, DEPRESYON VE
ANKSİYETE SEMPTOMLARI İLE İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ VE BEL AĞRISI HASTALARI İLE
KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Betül Hacer ÖZATEŞ

**Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji**

Bu tez 21/06/2021 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği ile kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Betül Hacer ÖZATEŞ

21.06.2021

ÖNSÖZ

Öncelikle tez yazım sürecimde bana kısıtlı vaktinden ve enerjisinden veren, bilgisini ve tecrübesini cömertçe paylaşan ve nihayete ulaşmasında büyük katkıları olan tez danışmanım Uzm. Dr. Anıl GÜNDÜZ'e sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım. Tamamlamakta olduğum yüksek lisans programında öğrenmiş ve pratiğime geçirmiş olduğum her şey için Prof. Dr. Mehmet Zihni SUNGUR ve Dr. Burcu SEVİM hocalarıma teşekkürü borç bilirim.

Veri toplama aşamasında yardımcı olmasının yanı sıra beni doğurduğu, maddi manevi besleyerek bugünlere getirdiği, bana ve kardeşlerime ilham kaynağı olduğu için annem Uzm. Dr. Nalan SOYDAŞ ENGİN'e içten teşekkürlerimi ve sonsuz sevgimi sunarım.

İstatistik bilgileri ile çalışmamda yardımlarını esirgemeyen, çalışmamı kendi çalışması gibi sahiplenen, akademik, profesyonel ve kişisel hayatımda etik olmayı bana öğreten babam Doç. Dr. Selçuk ENGİN'e saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Bu vesileyle tez yazma sürecimde desteklerini benden esirgemeyen kardeşlerim Ömer, Kerem, Kevser ve Furkan'a, her baktığımda yüzümü güldüren tatlı yeğenim Zeyd ve annesi Seher'e, süreci yakından takip eden ikinci ailem Dr. Halide ÖZATEŞ, Uzm. Dr. Veysel ÖZATEŞ, Mustafa, Betül ve Harun ÖZATEŞ'e, arkadaşlarım Zeynep, Esra, Hacer, Ayşenur, Hümeysra, Sümeyye ve Gökçe'ye, her zaman destekçim olmuş olan Aysel'e, bu sürece başlarken zihnimi yapılandıran, bana zaman ayırıp süreci adımlara bölmeme yardımcı olan Büşra'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Hepiniz iyi ki varsınız.

Son olarak hayat arkadaşım, iyi ve kötü günde yanımda olacağına söz vermiş ve bana verdiği her sözü tutmuş olan sevgili eşim Ahmet Faik ÖZATEŞ'e, yalnızca varlığı bile yeterli motivasyon kaynağı iken bana gösterdiği sabır, destek ve şefkat ile güç verdiği için sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Betül Hacer ÖZATEŞ

21.06.2021

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	i
TABLO LİSTESİ	ii
GRAFİK LİSTESİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE	9
1.1. Fibromiyalji Sendromu (FMS)	9
1.1.1. FMS Epidemiyolojisi	10
1.1.2. FMS Etiyolojisi	11
1.1.3. FMS ve Psikopatoloji.....	16
1.2. Kronik Bel Ağrısı	18
1.2.1. KBA Epidemiyolojisi.....	18
1.2.2. KBA Etiyolojisi.....	19
1.2.3. KBA ve Psikopatoloji	21
1.3. FMS ve KBA Hastalarının Karşılaştırıldığı Psikolojik Araştırmalar	22
1.4. Metakognisyon (Üstbiliş)	24
1.4.1. Metakognitif Teori	25
1.4.2. Metakognisyona (Üstbilişe) İlişkin Kavramlar.....	26
1.5. Metakognisyon (Üstbiliş) Alanında FMS Hasta Grubu ile Yapılan Araştırmalar	27
1.6. Ağrı Felaketleştirme	29
1.7. Ağrı Felaketleştirme ve Metakognisyon (Üstbiliş) Alanında Yapılan Araştırmalar	31
1.8. FMS ve Ağrı Felaketleştirme.....	33
BÖLÜM 2: YÖNTEM	36
2.1. Araştırma Modeli.....	36
2.2. Evren ve Örneklem.....	36
2.3. Veri Toplama Araçları.....	37
2.3.1. Sosyo-demografik Bilgi Formu	37
2.3.2. Beck Depresyon Envanteri	38

2.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği.....	38
2.3.4. Ağrı Felaketleştirme Ölçeği	38
2.3.5. Üst-Biliş Ölçeği-30	38
2.3.6. Vizüel Analog Skala (VAS).....	39
2.3.7. Fibromiyalji Etki Anketi	39
2.4. Verilerin Toplanması.....	40
2.5. Verilerin Analizi.....	40
BÖLÜM 3: BULGULAR	41
3.1. Araştırmaya Katılan Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgiler	41
3.2. Gruplar Arasında Demografik Özelliklerin Karşılaştırmalı Analizi.....	42
3.3. Araştırılan Ölçeklerin FMS Hastaları, KBA Hastaları ve Sağlıklı Kontrol Grubu Arasında Ortalama Skorlar Açısından Karşılaştırılması.....	46
3.4. Araştırılan Ölçeklerin FMS, KBA ve SKG Arasında Ortalama Ranklar Açısından Karşılaştırılması.....	50
3.5. Gruplar Arasındaki Farklılıkların Karşılaştırılarak İncelenmesi	52
3.6. Tüm Olgularda Yaş, Depresyon, Anksiyete, Ağrı Felaketleştirme, Ağrı Şiddeti Düzeylerinin ve Üstbilişlerin Korelasyonu	55
3.7. Fibromiyalji Hastalarında Yaş, Depresyon, Anksiyete, Ağrı Felaketleştirme, Ağrı Şiddeti ve Üstbilişlerin Korelasyonu.....	56
3.8. Kronik Bel Ağrısı Hastalarında Yaş, Depresyon, Anksiyete, Ağrı Felaketleştirme, Ağrı Şiddeti ve Üstbilişlerin Korelasyonu.....	57
3.9. FMS ve KBA Gruplarında AFÖ ve ÜBÖ-30 Alt Faktörlerinin Karşılaştırılması	58
3.10. Lineer Çoklu Regresyon Analizi	62
BÖLÜM 4: TARTIŞMA	66
4.1. Demografik Değişkenlere Yönelik Elde Edilen Bulguların Yorumlanması ve Tartışılması	66
4.2. Tüm Olgularda Değişkenler Arasındaki İlişkilere Yönelik Elde Edilen Bulguların Yorumlanması ve Tartışılması	67
4.2.1. Tüm Olgularda Sayısal Değişkenlerin Birbirleri ile İlişkilerine Ait Bulguların Yorumlanması ve Tartışılması	67
4.2.2. Tüm Olgularda AFÖ ve ÜBÖ-30 Alt Faktörlerinin Karşılaştırılması Sonucu Elde Edilen Bulguların Tartışılması	70

4.3. Gruplar Arasında Değişkenlere Bağlı İlişkilere Yönelik Elde Edilen Bulguların Yorumlanması ve Tartışılması	72
4.3.1. FMS Hastalarının, KBA Hastalarının ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Ölçekler Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçların Tartışılması	72
4.3.2. FMS ve KBA Hastalarında Yaş, Depresyon, Anksiyete, Ağrı Felaketleştirme, Ağrı Şiddeti ve Üstbilişlerin Karşılaştırılması Sonucu Elde Edilen Bulguların Tartışılması	75
4.3.3. Grupların Sayısal Değişkenler Yönünden Kendi Aralarında Karşılaştırılmaları Sonucunda Elde Edilen Bulguların Tartışılması.....	77
4.3.4. FMS ve KBA Hastalarında Ağrı Şiddetine Etki Eden Bağımsız Değişkenlerin İncelenmesi ve Tartışılması	79
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	81
KAYNAKÇA	83
EKLER.....	102
EK-1: Sosyo-Demografik Bilgi Formu.....	102
EK-2: Beck Depresyon Ölçeği	104
EK-3: Beck Anksiyete Ölçeği.....	105
EK-4: Ağrı Felaketleştirme Ölçeği	106
EK-5: Üstbiliş Ölçeği-30	107
EK-6: Fibromiyalji Etki Anketi	108
EK-7: Vizüel Analog Skala.....	109
EK-8: Fibromiyalji Sendromu ACR Tanı Kriterleri (2010).....	110
ÖZGEÇMİŞ.....	112

KISALTMALAR

ACR	: American College Of Rheumatology
AFÖ	: Ağrı Felaketleştirme Ölçeği
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
ÇDB	: Çoklu Doğrusal Bağlantı
FEA	: Fibromiyalji Etki Anketi
FMS	: Fibromiyalji Sendromu
KBA	: Kronik Bel Ağrısı
KK	: Korelasyon Katsayısı
MKİ	: Metakognitif İnanç
NHFTRP	: Nisa Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniği
SKG	: Sağlıklı Kontrol Grubu
ÜBÖ-30	: Üst-Biliş Ölçeği -30
VAS	: Vizüel Analog Skala

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Tüm Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	42
Tablo 2. FMS, KBA ve SKG Grupları Arasında Karşılaştırmalı Demografik Özellikler Tablosu	45
Tablo 3. Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeklerinin, Ağrı Felaketleştirme ve Üstbiliş-30 Ölçeklerinin ve Alt Faktörlerinin, Fibromiyalji Etki Anketi'nin ve Vizüel Analog Skala'nın FMS, KBA ve SKG Gruplarına Göre Ortalama Değerleri ve ANOVA Analizi ile Ortalamaların Karşılaştırılma Tablosu.....	49
Tablo 4. FMS, KBA ve SKG Arasında Beck Depresyon, Beck Anksiyete Ölçekleri, AFÖ ve ÜBÖ-30 Ölçekleri ve Alt Faktörleri, Fibromiyalji Etki Anketi ve Vizüel Analog Skala Ranklarının Karşılaştırılması	51
Tablo 5. FMS, KBA ve SKG Gruplarının Yaş ve Gelir Değişkenleri, Depresyon, Anksiyete ve Ağrı Şiddeti Düzeyleri, Metakognisyonlar, Ağrı Felaketleştirme Skorları ve Alt Faktörleri Yönünden Post Hoc Analizi	54
Tablo 6. Tüm Olgularda Yaş, Depresyon, Anksiyete, Ağrı Felaketleştirme, Ağrı Şiddeti ve Üstbilişlerin Korelasyon Tablosu.....	56
Tablo 7. FMS Hastalarında Yaş, Depresyon, Anksiyete, Ağrı Felaketleştirme, Ağrı Şiddeti ve Üstbilişlerin Korelasyon Tablosu	57
Tablo 8. KBA Hastalarında Yaş, Depresyon, Anksiyete, Ağrı Felaketleştirme, Ağrı Şiddeti ve Üstbilişlerin Korelasyon Tablosu	58
Tablo 9. FMS ve KBA Hastalarında AFÖ ve ÜBÖ-30 Alt Faktörlerinin Spearman Korelasyon Tablosu	60
Tablo 10. FMS ve KBA Gruplarında Ağrı Şiddetine Etki Eden Grup, Yaş, Cinsiyet, Eğitim, Gelir, Depresyon, Olumsuz Metakognitif İnançlar ve Çaresizlik Faktörlerinin Lineer Çoklu Regresyon Analizi Tablosu.....	63
Tablo 11. Fibromiyalji Hastalarında Gruplarında Ağrı Şiddetine Etki Eden Yaş, Cinsiyet, Eğitim, Gelir, Depresyon, Olumsuz Metakognitif İnançlar ve Çaresizlik Faktörlerinin Lineer Çoklu Regresyon Analizi Tablosu.....	64
Tablo 12. Kronik Bel Ağrısı Hastalarında Gruplarında Ağrı Şiddetine Etki Eden Yaş, Cinsiyet, Eğitim, Gelir, Depresyon, Olumsuz Metakognitif İnançlar ve Çaresizlik Faktörlerinin Lineer Çoklu Regresyon Analizi Tablosu	65

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1: Tüm Olgularda Yaş Dağılımı	41
Grafik 2: Grupların Karşılaştırmalı Yaş Ortalamaları.....	44

ÖZET

İstanbul Kent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü - Yüksek Lisans Tez Özeti

Tezin Başlığı: Fibromiyalji Hastalarında Ağrı Düzeylerinin, Ağrı Felaketleştirme, Metakognisyonlar, Depresyon ve Anksiyete Semptomları ile İlişkisinin İncelenmesi ve Bel Ağrısı Hastaları ile Karşılaştırılması

Tezin Yazarı: Betül Hacer ÖZATEŞ **Danışman:** Dr. Öğr. Üyesi Anıl GÜNDÜZ

Kabul Tarihi: 21.06.2021

Sayfa Sayısı: v (ön kısım) + 101(tez) + 10(ek)

Anabilimdalı: Psikoloji

Bilimdalı: Klinik Psikoloji

Literatürde psikolojik bileşenler ile karakterize ağrı ile fizyolojik temelli ağrının psikolojiye ait kavramlar çerçevesinde karşılaştırıldığı oldukça az çalışma bulunmaktadır. Bu araştırmanın amacı Fibromiyalji Sendromu hastaları (FMS), Kronik Bel Ağrısı hastaları (KBA) ve Sağlıklı Kontrol Grubunda (SKG) ağrı şiddeti, depresyon, anksiyete, ağrı felaketleştirme ve metakognisyon ölçeklerinin araştırılması ve karşılaştırılmasıdır.

Araştırmanın örneklemi 18-65 yaş arası 56 FMS, 30 KBA ve 37 SKG olmak üzere toplam 123 kişiden oluşmaktadır. Olgulara Sosyo-Demografik Forma ek olarak Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Ölçeği, Üst Biliş Ölçeği-30, Ağrı Felaketleştirme Ölçeği, Fibromiyalji Etki Anketi ve Vizüel Analog Skala uygulanmıştır. Araştırmanın istatistiği SPSS 22. versiyon kullanılarak değerlendirilmiştir. Dağılım normalliği değerlendirilmiş, gruplar kategorik değişkenler yönünden ki kare yöntemiyle; yaş, gelir ve ölçek skorları gibi sürekli değişkenler yönünden Kruskal Wallis testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Anlamli farklılık gösteren değişkenlerde post-hoc testler uygulanmış, son olarak ağrı şiddeti ile anlamli ilişki içerisinde bulunan değişkenlerin karıştırıcı değişkenlerle ve birbirleriyle kontrol edilmesi amacıyla çoklu lineer regresyonlar uygulanmıştır.

Araştırma sonucunda her grup için ağrı şiddeti ve ağrı felaketleştirme arasında yalnızca FMS grubunda anlamli düzeyde ilişki bulunmuştur. Bu bulgu, FMS hastalarında ağrı şiddetinin ağrı felaketleştirmeden diğerlerine göre daha fazla etkilendiğini göstermektedir. Diğer yandan FMS ile SKG arasında işlevsiz metakognisyonlar bazında anlamli düzeyde farklılık bulunurken, KBA grubunun anlamli düzeyde farklılığı olmadığı saptanmıştır. Son olarak yapılan regresyon analizleri sonucunda FMS ve KBA grupları birlikte incelendiğinde ağrı şiddeti ile AFÖ “Çaresizlik” alt ölçeği skorlarının bağımsız olarak ilişkili olduğu, FMS grubunda regresyonlar sonucunda anlamli ilişkide kalan değişken bulunmadığı ve KBA grubunda ÜBÖ-30 “olumsuz metakognitif inançlar” alt ölçeği skorlarının ağrı şiddeti ile bağımsız ilişkili olduğu bulunmuştur

Anahtar Kelimeler: Metakognisyon, Ağrı Felaketleştirme, Depresyon, Anksiyete, Fibromiyalji, Kronik Bel Ağrısı, Ruminasyon

ABSTRACT

Istanbul Kent University Institute Graduate Education Institute Abstract of Master's Thesis

Title of the Thesis: Examination of the Relationship Between Pain Intensity, Pain Catastrophizing, Metacognitions, Depression and Anxiety Symptoms in Fibromyalgia Patients and Comparison with Low Back Pain Patients

Author: Betül Hacer ÖZATEŞ **Supervisor:** Dr. Lecturer Anıl GÜNDÜZ

Date: 21.06.2021

Nu. of pages: v(pre text)+101(main body) + 10

Department: Psychology

Subfield:Clinical Psychology

There are very few studies in the literature that compare pain characterized by psychological components and physiologically based pain within the framework of psychological concepts. The aim of this study is to investigate and compare the pain severity, depression, anxiety, pain catastrophizing and metacognition scales in Fibromyalgia Syndrome patients (FMS), Chronic Low Back Pain patients (CLBP) and Healthy Control Group (HCG).

The sample of the study consists of a total of 123 people, aged between 18-65, with 56 FMS, 30 CLBP and 37 HCG. In addition to the Socio-Demographic Form, Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Scale, Metacognition Scale-30, Pain Catastrophizing Scale, Fibromyalgia Impact Questionnaire and Visual Analogue Scale were applied to the cases. The statistics of the research were evaluated using SPSS version 22. The normality of distribution was evaluated, and the groups were compared in terms of categorical variables using the chi-square method and the Kruskal Wallis test in terms of continuous variables such as age, income and scale scores. Post-hoc tests were applied to the variables that showed significant differences, and finally, multiple linear regressions were applied to control the variables that were significantly related to pain severity with confounding variables and with each other.

As a result of the research, a significant relationship was found between pain intensity and pain catastrophizing for each group only in the FMS group. This finding indicates that pain severity in FMS patients is more affected by pain catastrophizing than others. On the other hand, while there was a significant difference between FMS and HCG on the basis of dysfunctional metacognitions, there was no significant difference in the CLBP group. As a result of the regression analyzes performed, when the FMS and CLBP groups were examined together, it was found that the severity of pain and the PCS "Helplessness" subscale scores were independently related, there was no significant correlation in the FMS group as a result of the regressions, and the MCQ-30 "negative metacognitive beliefs" subscale scores in the CLBP group were. found to be independently associated with pain severity.

Keywords: Metacognition, Pain Catastrophizing, Depression, Anxiety, Fibromyalgia, Chronic Low Back Pain, Rumination

GİRİŞ

Problem Durumu

Günümüzde gelişen teknoloji ile kas gücüne duyulan ihtiyaç azalmış ve buna bağlı olarak insanlar daha sedanter yaşam biçimleri geliştirmeye başlamışlardır. Düzensiz ya da yanlış egzersiz programlarına içeriği doğal olmayan beslenme alışkanlıkları da eklendiğinde orantısız yağlanma, omurga eğrilikleri, duruş bozuklukları, kas erimeleri gibi sebeplere bağlı olarak ağrı şikayeti ile fizik tedavi ve rehabilitasyon alanına rağbet artmıştır. Tüm bunlara ek olarak fiziksel ağrıya eşlik eden ve zaman zaman sebep olan bir takım psikolojik etkenler de vardır. Modern yaşam koşullarının ve çalışma şeklinin getirdiği zorluklar, geçmiş travmalar, gündelik stresler ve geri tepen baş etme stratejileri ağrı başlangıcında tetikleyici rol oynayabilmektedir.

Fibromiyalji sendromu, etiyolojisi tam anlamıyla bilinmeyen, kronik yaygın ağrı, uyku bozuklukları ve yorgunluk ile karakterize yumuşak doku romatizmasıdır. Fibromiyaljide risk etkenleri kadın cinsiyet, orta yaş, düşük eğitim düzeyi, düşük aile geliri, boşanmış olmak ve engelli olmak şeklinde tanımlanmıştır (Sönmez ve diğerleri, 2015: 330). ACR (American College of Rhumatology) tanı kriterlerine göre klinisyen tarafından tespit edilir, çünkü laboratuvar testlerinde herhangi bir anormallik çıkmamaktadır (Bellato ve diğerleri, 2012: 1). Bahsi geçen tanı kriterlerinden biri hastanın öz bildirim ile doldurduğu Semptom Şiddeti Skalası'dır ve yorgunluk, dinç uyanamama, bilişsel semptomlar (örn. çalışma belleği kapasitesi, tanıma belleği, sözel bilgi, kaygı ve depresyon) gibi etmenleri incelemektedir (Wolfe ve diğerleri, 2010: 608, Bellato ve diğerleri, 2012: 7). Tanı ölçütlerinde ağrı en önemli bulgu iken, mental belirtiler de tanıda önemli bir yer tutmaktadır (Sönmez ve diğerleri, 2015: 329). Fibromiyalji depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik belirtilerle doğrudan ilişkilidir; hatta literatürde bu sendromu afektif spektrum bozukluğu içinde sınıflandırma gerekliliği tartışılmaktadır (Hudson ve diğerleri, 1985: 441; 2004: 884).

Fibromiyalji sendromunda psikiyatrik bozukluklar ile komorbidite sık görülmekte olup en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklar depresyon, somatoform bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluğudur (Tot ve Toros, 2002: 233). Kronik ağrılı hastalarda depresyonun ağrıdan sonra hastalık şiddetinin en önemli belirleyicisi olduğu bulunmuştur, ayrıca depresyonun ağrı algılamasını arttırdığı da bilinmektedir (Soran ve diğerleri, 2008: 3). Ağrı ile karakterize olan fibromiyalji sendromu da bu bağlamın

dışında değildir. Martinez ve arkadaşları fibromiyalji şiddeti ve depresyon şiddeti arasında pozitif bir ilişki olduğunu saptamışlardır (2013: 463). Yapılan bir diğer çalışmada fibromiyalji, nöropatik ağrı ve sağlıklı kontrol grubu depresyon ve anksiyete üzerinden karşılaştırılmış ve yalnızca fibromiyalji grubunda ağrı şiddeti ve mental semptomlar arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür (Gormsen ve diğerleri, 2010: 127.e5).

Yalnızca depresyon değil anksiyetenin de ağrı ile ilişkisi önceden beri bilinmektedir. Yapılan araştırmalarda kronik ağrıya sıklıkla depresyon ve anksiyete tanısının eşlik ettiği ve ağrı ile komorbid gelen depresyon ve anksiyete düzeylerinin sağlıklı kontrollerden anlamlı bir şekilde farklı olduğu gösterilmiştir (Bayram ve Erol, 2014: 348; Sayar ve diğerleri, 2001: 41). Fibromiyalji hastalarının ve sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri incelenmiş ve sürekli kaygı düzeylerinin FMS grubunda anlamlı olarak farklı olduğu, bununla birlikte sürekli kaygı düzeylerinin ağrı şiddeti ile paralel olduğu bulunmuş; durumluk ve sürekli kaygı ölçekleri arasındaki bu farkın anlık anksiyetenin ağrıya ikincil olmadığı, ancak sürekli kaygının muhtemelen nedensel olarak ağrı ile ilişkili olduğu çıkarımı yapılmıştır (Çeliker ve diğerleri, 1997: 183). Yunus ve arkadaşları FMS hastalarının %70'inde anksiyete olduğunu ve %68'inin anksiyete ve zihinsel stres ile birlikte semptomlarının daha da kötüleştiğini bildirmişler, ancak anksiyetenin tüm fibromiyalji komponentleriyle ilişkili olmadığını bulmuşlardır (Yunus ve diğerleri, 1981: 154). Tüm bu çalışmalar ışığında kronik eklem ağrısı ile görülen fibromiyalji sendromunun depresyon ve anksiyete ile yüksek eş tanı oranına sahip olduğu görülmektedir.

Literatürde ağrı tanımı tartışılmakta ve daha geniş kapsamlı ve açıklayıcı tanım teklifleri gündeme gelmektedir. Uluslararası Ağrı Çalışmaları Derneği (IASP) tarafından 1979'dan beri "Gerçek veya potansiyel doku hasarıyla ilişkili veya bu tür hasar açısından tanımlanan hoş olmayan bir duyusal ve duygusal deneyim" olarak tanımlanmış olan ağrı, Cohen ve ark. (2018) tarafından "Ağrı, bir kişinin bedensel veya varoluşsal bütünlüğüne yönelik tehdit endişesini yansıtan, karşılıklı olarak tanınabilen somatik bir deneyimdir" şeklinde tanımlanmak üzere tartışmaya sunulmuştur (Treede, 2018: 2). Güncel tartışmalardan çıkarımla ağrının tek başına duyusal bir deneyim olmadığı, bununla birlikte duygusal ve bilişsel yönlerinin de var olduğunu söylemek mümkündür.

Ağrı ile beraber gelen bilişsel içeriklerden bir tanesi "ağrı felaketleştirme" olarak adlandırılan, ağrı, ağrının getirecekleri ve götüreceklerine dair tehlike ve tehdit içeren

düşüncelerdir. Ağrı felaketleştirme, en genel şekliyle “gerçek ve beklenen ağrı deneyimlerinin abartılı bir olumsuz yorumu” olarak tanımlanmıştır ve ağrı hakkında yıkıcı düşünme, ağrının yüksek tehdit değerinin bir örneği olarak kabul edilmiştir (Crombez ve diğerleri, 2004: 99). Farklı kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları bazında yapılmış hem kesitsel hem de ileriye dönük çalışmalarda, ağrı felaketleştirmenin; ağrının şiddeti, afektif bozukluklar, kas ve eklem hassasiyeti, ağrıya bağlı sakatlık, kötü tedavi sonuçları ve potansiyel enflamatuvar hastalıkla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Edwards ve diğerleri, 2006: 325). Dolayısıyla kronik eklem ağrıları ile seyreden ve çeşitli afektif bozukluklarla yüksek komorbidite oranı olan fibromiyalji sendromunun ağrı felaketleştirme ile de ilişkili olması beklenebilir. Nitekim fibromiyaljili kadın ve sağlıklı kadın kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada ağrı felaketleştirme ve fibromiyalji tanısı arasında pozitif korelasyon bulunmuş, artan ağrı felaketleştirmenin FMS grubunda azalmış ağrı eşikleri ve ağrı toleransları ile ilişkili olduğu gösterilmiş ve ağrı hakkındaki yıkıcı düşüncelerin bu grupta artan ağrı algısında rol oynayabileceği öne sürülmüştür (Geisser ve diğerleri, 2003). Bununla birlikte fibromiyalji hastalarının ağrıya karşı aşırı duyarlılık bildirdikleri bilinmekte ve bu tetikte olma halinin fibromiyalji spesifik bir özellik olmadığı ancak ağrı yoğunluğu ve ağrı felaketleştirme düşünceleri ile ilgili olduğu öne sürülmektedir (Crombez ve diğerleri, 2004: 98). Yüksek düzeyde felaketleştirme düşüncelerinin ağrının daha yoğun algılanması, artan ağrı etkileşimi ve azalan psikolojik işlevsellik ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Osborne ve diğerleri, 2007: 59).

Fibromiyaljide işlevselliğin bozulması ağrıya yaklaşım, ağrı algısı ve ağrı beklentisi ile yakından ilgilidir. Ağrı felaketleştirmenin hastalığın tutarlı olmasıyla negatif, döngüsel olması, yani zaman zaman öngörülemeyen biçimde ağrıların gelmesi ve duygusal düzlemde algılanması ile pozitif olarak ilişkili olduğu bulunmuştur (van Wilgen ve diğerleri, 2008: 3624). Hastalık semptomlarının öngörülemeyen ve anlaşılabilir olması kaygı uyandırmakta ve felaketleştirme düşüncelerini beraberinde getirmektedir. Fibromiyalji hastalarındaki sürekli kaygının felaketleştirme düşünceleri ile pozitif, hastalıkla başa çıkma yöntemleri ile negatif ilişkili olduğunu belirtmiştir (Lillemor ve diğerleri, 1998: 318). Bahsi geçen sürekli kaygı ağrının yüksek tehdit değerinin bir sonucu olarak ortaya çıkabilmektedir. Ağrının içsel tehdit değerini artıran değişkenlerin, ağrı felaketleştirme gibi, aynı zamanda ağrıya karşı hassasiyeti de artırdığı düşünülmektedir (Crombez ve diğerleri, 2004: 99).

Ağrı felaketleştirme dűřünce içeriği ile bağlantılı olduğu kadar dűřünme sűreleri ile de bağlantılıdır. Dűřünce sűrelerini yűneten mekanizmalar “metakognisyon” olarak adlandırılmaktadır. Metakognisyon en basit tanımıyla “dűřünme hakkında dűřünme” olarak tanımlanabilir (Wells, 2011: 2). Metakognisyonlar pozitif ve negatif metakognitif inanışlardan meydana gelir. Pozitif ve negatif metakognitif inançlar farklı hareket ederek birbirinden farklı mekanizmalar ile ilişkili olabilir ya da farklı psikolojik etmenler arasında aracı rol oynayabilmektedirler. Spada ve diğerleri (2015) tarafından yapılmış enine kesitsel çalışmada pozitif ve negatif metakognitif inançların ağrı felaketleştirmeyi şekillendirmede farklı roller oynayabileceği kanıtlanmıştır. Endiřeyle ilgili pozitif metakognitif inançların (örneğin, “endişelenmek, işleri zihnimde özmemeye yardımcı olur”) nevrotiklik ve ağrı felaketleştirme arasındaki ilişkiye, negatif olanların ise (örneğin, "endişelenmem benim için tehlikelidir") ağrı felaketleştirme ve uyumsuz ağrı davranışları arasındaki ilişkiye aracılık ettiği bulunmuştur (Spada ve diğerleri, 2016: 5). Bu alışma metakognitif inançlar ve ağrı felaketleştirme arasındaki bağlantının boyutunu da göstermektedir. Ağrı felaketleştirmenin abartma ve ağrının tehdit değerini üzerine dűřünme eğilimi içermesi metakognitif inanışlar tarafın şekillendirilmesinde etkili oluyor olabilir (Schűtze, 2016: 148; Sullivan ve diğerleri, 2001a: 58).

Fibromiyalji hastalarının ve sağlıklı kontrol grubun karşılaştırıldığı bir çalışmada fibromiyalji grubunun metakognitif dűřünceleri ve bu dűřünceleri takip eden geri tepen bař etme stratejilerini daha sık kullandığı bulunmuştur (İnanır ve diğerleri, 2015: 175). Bununla birlikte başka bir çalışmada fibromiyalji hastalarının metakognisyonun “kontrol edilemezlik ve tehlike” faktűrünü ۆlen sorularda anlamlı olarak yüksek sonuç aldıkları bulunmuştur (Özsoy ve Okan, 2018: 356). Dolayısıyla ağrının tehdit değerinin olduğu önemli olduğu ağrı felaketleştirme bilişlerinin, metakognisyonların en azından bir kısmıyla ilişkisi olabileceği dűřünülebilir.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma; ACR (American College of Rhumatology) kriterlerine göre ayaktan izlenen fibromiyalji tanısı almış hastalarda, kronik bel ağrısı hastalarında ve sağlıklı kontrol grubunda depresyon, anksiyete, ağrı felaketleştirme, metakognisyon ve ağrı şiddeti arasındaki ilişkiyi incelemeyi ve bahsi geçen ۆ grup arasında karşılaştırma yapmayı amaçlamaktadır.

Araştırmanın Önemi

Literatür incelendiğinde bu çalışma kapsamında incelenmiş olan kavramların bir kısmının birbirinden bağımsız olarak ayrı ayrı incelenmiş olduğu bazı çalışmalar göze çarpmaktadır. Fakat tüm kavramların tek potada eritildiği ve fibromiyaljinin hem ağrı grubu hem sağlıklı kontrol grubu içerisinde karşılaştırıldığı bu kapsamda bir çalışma daha önce yapılmamıştır. Çalışmanın literatürdeki çalışmalardan bir diğer farkı düşünce içeriği olan ağrı felaketleştirme ve düşünme süreci olarak adlandırılan metakognisyonların, somatik ve psikolojik yakınmaları olan ağrı grubu ve fizyolojik temelli ağrı grubu içerisinde incelenmesidir.

Bununla birlikte çalışmanın katkı sağladığı alanlar güncel gelişmelerin olduğu ve yeni çalışmalar ile genişlemeye ihtiyaç duyulan alanlardır. Örneğin fibromiyalji etiyojisi tam olarak anlaşılammış hem teoride hem tedavi yöntemlerinde ihtilafların ve boşlukların olduğu bir alandır. Aynı şekilde metakognitif teori görece yeni bir teori olmakta ve bu teoriye dayanan metakognitif terapi yöntemi üçünce dalga terapi yöntemlerinden biri sayılmaktadır. Bu alanların yeni çalışmalar ışığında gelişmesi ve klinisyenlere yön göstermesi gerekmektedir.

Toplumsal düzlemde bu araştırma organik temelli olan ağrı ile psikolojik temelli ağrı arasındaki bilişsel ve metakognitif farkları ortaya koyarak bilime katkı sağlayacak, daha sonraki araştırmaların önünü açacak ve terapi süreçlerinde üzerinde durulacak düşünce içerikleri ve metakognisyonlar açısından yol gösterici olacaktır.

Araştırmanın Hipotezleri

H1: Depresyon ve anksiyete şiddeti kronik bel ağrısı ve sağlıklı kontrol gruplarına kıyasla fibromiyalji grubunda daha yüksektir.

H2: Fibromiyalji hastalarının ağrı felaketleştirme düzeyleri kronik bel ağrısı hastalarından ve sağlıklı kontrol grubundan daha şiddetlidir.

H3: Fibromiyalji hastalarının metakognisyonları kronik bel ağrısı hastalarından ve sağlıklı kontrol grubundan daha işlevsizdir.

H4: Fibromiyalji şiddeti arttıkça ağrı şiddeti de orantısız olarak artacaktır. FMS hastalarında ağrı şiddeti arttıkça ağrı felaketleştirme de artarken, KBA hastalarında ağrı şiddeti ile ağrı felaketleştirme orantısız bir artış göstermeyecektir.

H5: Ağrı felaketleştirme bileşenleri şiddetlendikçe, metakognisyonların bir kısmı da artış göstermektedir.

Sayıtlar

Araştırmaya katılan tüm katılımcıların, gönüllülük esaslı çerçevesinde uygulanan ölçeklere kendi düşüncelerini yansıtacak biçimde, dürüst, doğru ve samimi cevaplar verdikleri varsayılmıştır.

Sınırlılıklar

1. Araştırma bulguları, araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan “Beck Depresyon Ölçeği” , “Beck Anksiyete Ölçeği”, “Ağrı Felaketleştirme Ölçeği”, “Metakognisyon Ölçeği-30”, “Fibromiyalji Etki Anketi” ve “Görsel Analog Skala'nın” kapsam alanı ile sınırlıdır.
2. Araştırma, İstanbul Özel Nisa Hastanesi 2020 yılında Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon bölümüne tedavi amacı ile başvurmuş olan FMS ve KBA hastaları ve sağlıklı kontrol grubunu oluşturan sağlık çalışanları ile sınırlandırılmıştır. Bu nedenle araştırma bulguları verilerin toplandığı zaman dilimini ve örneklemin toplandığı çevreyi yansıtabilir.
3. Araştırma örneklemini 18-65 yaş aralığındaki kadın ve erkek bireyler oluşturmaktadır. Örneklemdaki cinsiyet dağılımı dengeli değildir. Kadın katılımcıların sayısı her grupta fazla ve gruplar arasında da orantılı değildir. Bu nedenle araştırma sonuçları ancak benzer özelliklere sahip örneklem için genellenebilir.
4. Araştırmanın verilerinin bir kısmı COVID-19 pandemi sürecinde toplanmıştır. Bu nedenle katılımcıların ölçeklere verdikleri cevaplar pandemi sürecinde yaşanan olumsuzluklardan etkilenmiş olabilir.

5. Sağlıklı kontrol grubu hastane çalışanlarından oluşmaktadır. Bu veri grubu da aynı şekilde pandemi sürecinde yaşanan olumsuzluklardan etkilenmiş olabilir.
6. Beck Ansiyete Ölçeği kaygının fiziksel semptomlarına odaklanmakta, dolayısıyla kaygının fiziksel yönü dışında kalan faktörlerini kapsamamaktadır.

Tanımlar

Ağrı Felaketleştirme: “Gerçek ve beklenen ağrı deneyimlerinin abartılı bir olumsuz yorumu” olarak tanımlanmıştır ve ağrı hakkında yıkıcı düşünme, ağrının yüksek tehdit değerine sahip olması olarak kabul edilmiştir (Crombez ve diğerleri, 2004: 99).

Depresyon: Depresyon, işlevselliğin ve hareketin azalması, çökme, kederli hissetme gibi duygusal yaşantıları açıklamak için kullanılan bir sözcüktür (Çelik ve Hocaoğlu, 2016:52). Depresyon tarihi oldukça eskilere dayansa da geçmişte melankoli olarak araştırılmış, depresyon kavramı olarak ancak 20. yüzyılda kullanılmaya başlanmıştır (Arıç, 2019:9).

Anksiyete: Anksiyete normal şartlarda da, tehlike durumlarında da ortaya çıkabilen, otonomik ve somatik belirtilerle beraber seyreden, öznel bir rahatsızlık ve huzursuzluk hissi olarak tanımlanabilir (Tekin ve Tekin, 2014:330). Anksiyete bozuklukları ise anksiyetenin herhangi bir stresör ya da uyaran olmaksızın ortaya çıkan ve işlevselliği bozan şiddette aldığı tanıdır (Kupfer, 2015:245).

Metakognisyon: “Üst-biliş” olarak da Türkçeye tercüme edilebilen metakognisyon, en basit tabiriyle “düşünme hakkında düşünme” olarak tanımlanır (Wells, 2011: 2). Daha kapsayıcı ve açıklayıcı bir tanım yapmak gerekirse, metakognisyon öğrenmeyle ilgili bilişsel süreçler üzerinde aktif kontrol içeren üst düzey düşünmeyi ifade eder (Livingston, 2003: 2).

Kronik Bel Ağrısı: Bel ağrısına sebep olabilecek belki binlerce seçenek olmasına karşın, özellikle yük kaldırma, vibrasyon, öne eğilirken dönme, uzun süreli oturma gibi lumbal vertebranın çeşitli yüklenme durumları bel ağrısı ile yakından ilişkilidir (Aktaş, 2007: 13). Yaş, ağrı şiddeti, psikososyal problemler, meslek tipi, yaşanan ve çalışılan ortam

gibi birçok faktörün ilişkili olduğu kronik bel ağrısı, tüm toplumlarda her yaştan insanı etkileyen önemli bir sağlık sorunudur (Aktaş, 2007: 43).

Fibromiyalji: Fibromiyalji sendromu, etiyolojisi tam anlamıyla bilinmeyen, kronik yaygın ağrı, uyku bozuklukları ve yorgunluk ile karakterize yumuşak doku romatizmasıdır. ACR tanı kriterlerine göre hastaya tanı konabilmesi için 3 koşulun sağlanması gereklidir (EK-8); yaklaşık 3 aydır semptomların benzer şiddette var olması, hastanın yakınmalarını açıklayan başka bir hastalığın olmaması, yaygın ağrı indeksinin ≥ 7 , semptom şiddet skalasının ≥ 5 puan veya yaygın ağrı indeksinin 3-6, semptom şiddet skalasının ≥ 9 puan olması (Wolfe ve diğerleri, 2010).

BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Fibromiyalji Sendromu (FMS)

Fibromiyaljinin tarihsel kökeni incelendiğinde 1904 yılında Gowers “nörasteni (sinir yorgunluğu)” ile açıklanmaya çalışılan bu hastalığa kas ağrıları ve kas romatizmalarının fibröz dokudaki inflamasyonunun sebep olduğunu ileri sürerek “fibrotis” demiş ve “fibromiyalji” teriminin tohumlarını atmıştır (Özçetin, 2014:35). İsim konusunda yaşanan tartışmalar içerik noktasında da devam etmiştir. Sonrasında da uzmanlar arasında pek çok fikir ayrılığı ve tanım farklılığı olmuştur. Müller ve arkadaşları (2007) FMS’yi dört ana grupta incelemiştir: psikopatoloji komorbiditesi olmadan ağrıya karşı artmış duyarlılık ile karakterize, FMS ve kronik ağrı ile gelen depresyon eş tanısı, FMS ve depresyon eş tanısı, somatizasyona bağlı FMS. Thieme ve arkadaşları (2004:843) ise üç ana başlıkta incelemiştir: anksiyete ile FMS, psikopatoloji eş tanısı ile FMS ve psikiyatrik eş tanısı olmayan FMS. Giesecke ve arkadaşları (2003) da aynı şekilde üç alt grupta kategorize etmişlerdir: sadece hassas noktalarda belirgin hassasiyet artışı ile seyreden FMS, orta derecede hassasiyet artışı ve hafif psikiyatrik değişiklikler ile görülen FMS ve depresif mod üstüne bilişsel bozukluklar görülen psikiyatrik bozukluk eş tanısı olan FMS.

FMS, mevcut sağlık durumunu her yönden etkileyen pek çok finansal, fiziksel, psikolojik, bilişsel ve sosyal eksikliğe yol açan yaygın ve yıkıcı bir sendromdur (Bernard ve diğerleri, 2000). Yaygın ağrı (kronik kas ağrıları, kas spazmları, sertlik, hassasiyet), yaygın yorgunluk ve birtakım eşlik eden fiziksel (karın krampları, baş ağrıları, çene kasılması), psikolojik (anksiyete, depresyon) ya da bilişsel (sürekli dikkat ve konsantrasyon sorunları, hafıza kayıpları, zihinsel karışıklık) semptomlar ile kendini gösteren; hormonal değişikliklere, aşırı zorlanmaya, stres faktörlerine ve diğer iç veya dış koşullara bağlı olarak yoğunluğunda dalgalanmalar görülen bir kronik ağrı durumudur (Turk ve Adams, 2016:358).

FMS hastaları ve hatta yakınları için yaşam kolay değildir. Bu hastalık ile yaşamın onlara doğrudan ve dolaylı maliyetleri olmaktadır. Doğrudan maliyetler; doktor ve pratisyen hemşire hizmetleri, reçeteli ve reçetesiz ilaçlar, besin takviyeleri masrafları iken, dolaylı maliyetler; hem hastalar hem de yakınları tarafından hastalıklarını tedavi etmeye çalışırken harcanan zaman ve enerjiyi içerir (Wassem ve Hendrix,

2003:26). ABD’de bir sağlık sigortası veri tabanı kullanılarak yapılan geniş çaplı bir çalışmada FMS tanısı almış olan hastaların toplam sağlık bakım maliyetleri ile FMS dışında herhangi başka bir tanı almış hastaların maliyetleri karşılaştırılmış ve FMS grubunun üç kat daha yüksek maliyete sahip olduğu görülmüştür. (Berger ve diğerleri, 2007).

1.1.1. FMS Epidemiyolojisi

FMS toplum içerisinde sık karşılaşılan bir hastalık olmasına karşın pek çok başka rahatsızlık ile benzer ve ortak semptomlara sahip olduğu için hastaların tanı almaları oldukça zorlaşmaktadır. Semptomların başlama zamanlarının ve tetikleyicilerinin de bilinmemesi sonucu hastalığın prevalansı ile alakalı kesin verilere ulaşmak mümkün olmamaktadır (Özüberk, 2018:5). Kas ağrısı, baş ağrısı, baş dönmesi, epigastrik rahatsızlık, uykusuzluk, karın ağrısı, asteni, kilo değişimi, alerji öyküsü, göğüs ağrısı, dispne, parestezi ve taşikardi tanıları konmuş birçok hasta esasen FMS tanısı almalıdır (McBeth and Jones, 2007: 403).

FMS prevalansı incelendiğinde Avrupa’da Norveç (%10,5) en yüksek prevalansa sahipken en düşük prevalanslar ise Finlandiya (%0,8) ve Danimarka’da (%0,7) görülmektedir (McBeth and Jones, 2007:403). Batı ölkelerinde prevalans %2-10 arasında değişirken, tüm dünyada görölme sıklığının %0,5-5,8 arasında olduğu söylenmektedir (Özkan ve diğerleri, 2012:1841).

FMS hastalığının popölasyonda yaygınlığı incelendiğinde kadın cinsiyette daha fazla tanı almış hasta olduğu görülmektedir (Yoshikawa ve diğerleri, 2010:473; Berger ve diğerleri, 2007:1498; Wolfe ve diğerleri, 1995a:15). FMS, kadınlar arasında önemli ölçüde daha yüksek bir prevalansla (FMS hastalarının% 80-90’ının kadın olduğu tahmin edilmektedir) genel ABD nüfusunun yaklaşık % 2-3’ünü etkiler (Turk ve Adams, 2016:358). 3000’den fazla tanılı FMS hastası ile yapılan bir araştırmada 50 yaş ve üzeri FMS hastalarında kadınların erkeklere oranla 6 kattan daha fazla olduğu bulunmuştur (Wolfe ve diğerleri, 1995b:23). Yapılan araştırma sonuçlarının aralarında gösterdikleri fark hesaba katıldığında kadınlarda %0.7 ile %13 arasında, erkeklerde %0.2 ile %3.9 arasında oldukça değişken prevalans oranları bildirilmektedir (McBeth and Jones, 2007: 403).

Yapılan araştırmalarda FMS yaygınlığının yaş arttıka artış gösterdiğini işaret eden bulgular vardır (Wolfe ve diğerleri, 1995b:19). FMS semptomlarının sıklıkla 20-55 yaş aralığında ortaya çıktığı görölmektedir (Berger ve diğerleri, 2007:1498). Tüm yaş gruplarında görölmesine rağmen, prevalans 40 ila 60 yaşları arasında zirveye ulaşmaktadır (Turk ve Adams, 2016:358). Başka bir veriye göre 14-84 yaşları arasında, en sık da 35-50 yaşlarında görölmektedir (Wolfe ve diğerleri 1995a:15). Ülkemizde yapılan bir araştırmada FMS prevalansı kadınlarda 20-64 yaş arası %3,6 ve 20-29 yaş arasında %0,9 olarak bulunmuştur (Topbaş ve diğerleri, 2005:140).

FMS'de demografik risk etkenleri incelendiğinde kadın cinsiyet, orta yaş, düşük eğitim düzeyi, düşük aile geliri, boşanmış olmak ve engelli olmak bunlardan sayılabilir (Sönmez, 2015:330).

1.1.2. FMS Etiyolojisi

Fibromiyalji sendromunda görölen semptomlara benzer durumlar en azından 17. yüzyıldan beri var olmasına rağmen, hala bu hastalığın nedeni belirlenebilmiş değildir ve tamamen iyileştiren bir tedavisi bulunmamıştır, sonuç olarak FMS tedavisi semptom yönetimi ile sınırlıdır (Bernard ve diğerleri, 2000: 42). Bununla birlikte FMS etiyolojisi ile ilgili pekçok teori vardır. Bunlar arasından literatürde en çok tartışılanlardan aşağıda bahsedilmektedir.

FMS nedeni hakkında en eskilere dayanan teorilerden biri genetik aktarım ile geçen spesifik bir profil olduğu ve bunun spontane olarak ya da bir yaralanma sonucu FMS ortaya çıkartabileceği şeklinde-dir (Waylonis ve Perkins, 1994: 408). Spontane olsun, fiziksel ya da duygusal travma sonucu sonradan ortaya çıkmış olsun, bu teori beraberinde FMS spesifik bir tedavi planı sunmamaktadır. Ayrıca bahsi geçen iki başlangıç şekli arasında tedaviye yanıt ve iyileşme süreci açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Waylonis ve Perkins, 1994).

FMS başlangıcı üzerine geliştirilmiş bir diğer teori nörohormonal deregölasyon sonucu oluştuğunu ileri sürer. Fibromiyaljinin kadınlarda daha sık göröldüğu bilinen bir gerçektir. Bununla birlikte menopoz öncesi ve sonrası artan FMS başlangıcı vakaları görölmektedir (Yoshikawa ve diğerleri, 2010:473). Bu durum araştırmacıların FMS ve nöroendokrin arasında direkt bir bağlantı görmelerine ve üzerine çalışmalar yapmalarına

yol açmıştır. Cinsiyet hormonlarının FMS'nin fizyopatogenezinde ve hastalığın ortaya çıkmasında rol oynayabileceği üzerine yapılandırılmış nöroendokrin bir çalışmada erkek FMS hastalarının ve erkek depresyon hastalarının bazı hormonları incelenip karşılaştırılmış ve hormon seviyeleri ile FMS arasında bir korelasyon bulunmuştur (Yoshikawa ve diğerleri, 2010:476-477).

Benzer şekilde en çok üzerinde durulan teorilerden bir diğeri ise nöroendokrin işlev bozukluğudur (Sönmez ve diğerleri, 2015:330). Yapılan çalışmalarda serotonerjik ve noradrenerjik nöronlardaki işlev bozukluğunun tüm yolakları etkileyerek depresyon, anksiyete, uyku bozukluğu ve ağrıya neden olduğu görülmektedir (Stahl, 2009:15). FMS hastalarının beyinlerinde incelenen omurilik sıvısındaki serotonin, noradrenalin ve dopamin düzeylerinin kontrollere oranla oldukça düşük olduğu gösterilmiştir (Gürsoy ve diğerleri, 2008:309). Bu alanda son zamanlarda popüler olmuş bir başka görüş de, FM'de serotonin taşıyıcı gen polimorfizmidir. Serotonin düzeyleri ve reseptör polimorfizmi FMS'na eşlik eden psikiyatrik bulgularla ilişkili olarak değerlendirilmektedir (Sönmez ve diğerleri, 2015:330). Yapılan çalışmalarda, psikolojik strese karşı P maddesi salınımında artış olduğu, eğer serotonin düzeyi yetersizse, P maddesinin yeterince baskılanamayacağı ve bunun sonucu olarak ağrının daha fazla algılanacağı bildirilmiştir (Gürsoy ve diğerleri, 2008:309).

FMS etiyojisi üzerine ilk teorilerin üretildiği dönemde ortaya çıkan bir başka teori ise FMS başlangıcında viral enfeksiyon etkisini savunur. FMS, iyi huylu miyaljik encephalomyelit ve kronik yorgunluk sendromunun aynı semptomlara sahip oldukları, aynı demografik gruplarda yaygınlık gösterdikleri, dolayısıyla aynı kökten geliyor olabilecekleri savunulmuştur (Goldenberg, 1988:111).

Başka bir teori FMS hastalığının komobidite gösterdiği migren, irritable bağırsak sendromu ve gerilim tipi baş ağrıları gibi biyofiziksel rahatsızlıklar doğrultusunda bir "disfonksiyonel spektrum bozukluğu" olduğu ve diğer disfonksiyonel bozukluklar ile klinik, psikolojik özelliklerin yanı sıra biyofizyolojik mekanizmaları da paylaştığı yönündedir (Yunus, 1994:811). FMS'nin fizyolojik yapı taşlarını ön plana alan bu teorisinin kökenleri esasen eskiye dayanmaktadır ve oldukça uzun zamandır tartışılmaktadır. Örneğin Neeck ve Riedel (1994:771), etiyojisinin tam olarak bilinemediğini ifade etmelerinin yanı sıra "bozukluğun kökeninin kas olması mantıklı görünüyor" demişlerdir. Benzer şekilde Ursin ve arkadaşları da (1993) FMS'nin bir kas

ağrısı olduğu, dolayısıyla kaslardan kaynaklanıyor olduğu öngörüsü ileri sürmüşlerdir. Başka bir çalışmada ise Lindman ve arkadaşları (1995:7), fibromiyalji hastalarının iskelet kaslarındaki yüksek enerji fosfat seviyelerinin düşmesinin keşfedilmesiyle FMS'nin bir mikrosirkülasyon bozukluğundan kaynaklandığını, öne sürmüşlerdir.

Bir diğer teori ağrı algısı ile ilgilidir. Yapılan çalışmalar FMS hastalarının ağrı uyaranlarına karşı artmış hassasiyetleri olduğunu göstermektedir (McDermid ve diğerleri, 1996; Sönmez ve diğerleri, 2015). Bu durumu açıklamak için “ağrı algısının hipervijilans modeli” geliştirilmiştir ve bu modelin açıklayıcılık kapsamı bazı ağrı hastalarının ağrıya karşı artmış bir hassasiyeti, dış uyaranlara karşı aşırı dikkati ve ağrı ile ilişkili duyular ile zihinsel meşguliyeti şeklinde özetlenebilir (Chapman, 1978). Bu modelin iki hasta, bir sağlıklı grup ile incelendiği bir çalışmada, FMS hastalarının basınç dolorimetresi ve ses jeneratörü ile maruz kaldıkları rahatsız edici uyaranlara ilişkin algılarında ve bedensel duyuları değerlendirmelerinde farklılık gösterdikleri bulunmuştur (McDermid ve diğerleri, 1996). Fibromiyaljili bireylerde görülen deney ortamında oluşturulan ağrıya artan yanıt, hem iç hem de dış caydırıcı olayların algısal olarak büyütülmesini içeren 'hipervijilans' olarak değiştirilmiş bir yanıt stiline sahip olduklarını gösterir (Rollman ve Lautenbacher, 1993:157). Ağrı algısının hipervijilans modelinin, kronik ağrı hastalarının dış uyarıya artan dikkat ve ağrı duyuları ile meşgul olmaları nedeniyle ağrıya karşı yüksek bir duyarlılığa (örn. düşük eşik ve tolerans) sahip olduğunu belirtir (McDermid ve diğerleri, 1996:133). Bu teori FMS hastalarının ağrı algısının diğer kronik ağrı hastalarının ağrı algılarından farklı olduğunu, dolayısıyla ağrı algısı tabanlı bir etiyolojik köken barındırıyor olabileceğini savunur. Bununla birlikte FMS hastalarının yalnızca ağrı söz konusu olduğunda değil, ses uyararı olduğunda da hipervijilans gösterdikleri unutulmamalıdır (McDermid ve diğerleri, 1996:141).

Yine benzer bir teori “merkezi duyarlılaşma teorisi”dir. Merkezi sinir sisteminin periferik girdiye yükseltilmiş tepkisi olarak tanımlanan merkezi duyarlılaşma, FMS gibi yaygın hastalıkların patofizyolojisini çeşitli açılardan ele alıp açıklamaya yardımcı bir araç olarak tıpta büyük öneme sahiptir (Yunus, 2015:70). Bu perspektiften bakıldığında, FMS'li kişilerin kronik baş ağrısı, temporomandibular bozukluklar ve irritabl bağırsak sendromu gibi diğer fonksiyonel sendromları olan hastalar ile benzer şekilde değiştirilmiş duyuşsal bilgi işleme sistemleri olduğu ve duyuşsal bilgileri zararlı olarak yorumlamak için daha düşük bir eşığe sahip oldukları savunulmaktadır (Turk ve Adams, 2016:358). Yani

rahatsız edici bir uyarana ile karşılaştığında daha bu uyarının ağrı olup olmadığı bilinmezken, FMS ve bahsi geçen diğer bozukluklarda bu rahatsız edici uyarana ağrı olarak algılama eşiği çok daha düşüktür.

FMS etiolojisini açıklamak için geliştirilmiş bir diğer teori FMS'nin biyopsikososyal bir hastalık olduğunu ve tedavi sürecinin her yönüyle değerlendirme içerdiğini savunur. Fibromiyaljinin biyopsikososyal perspektifi, FMS ile yaşama deneyimini anlamak ve etkili tedavi sağlamak için gerekli olan biyolojik, psikososyal ve davranışsal faktörler arasındaki etkileşimleri anlamaya odaklanır. Semptomlardaki benzerliklere rağmen, FMS hastalarının her birinin benzersiz olduğunu ve deneyimlerine göre kişiselleştirilmiş tedaviye ihtiyaç duyduklarını savunan bu bakış açısı, aynı tanıya sahip tüm hastaların aynı olduğunu ve dolayısıyla aynı tedaviye ihtiyaç duyduklarını varsayan sağlıkçıları "hasta tekdüzelik mitini" benimsemek ile suçlamaktadır (Turk ve Adams, 2016:357). Biyopsikososyal model, hastalığı biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler arasındaki karmaşık etkileşim olarak görür ve birincil odak noktası, bireysel semptomlar ve patofizyolojiden ziyade ağrı yaşayan bireyin kendisidir (Gatchel ve diğerleri, 2007:3).

Başka bir hipotez ise FMS hastalarının somatik yakınmalarının sağlık çalışanları tarafından ciddiye alınmaması ve psikolojik boyut sebebiyle hastaların etiketlenerek tedavi almakta zorlanmaları sonucu ortaya çıkmıştır. FMS'nin biyolojik yönünün altını çizen bu teori organ sistemlerindeki disfonksiyonları sorumlu tutmaktadır (Bernard ve diğerleri, 2000:50). 554 FMS hastası ve 169 kontrol grubu ile yapılan oldukça geniş çaplı bir çalışmada FMS'de görülen yalnızca psikolojik değil diğer semptomlar ve ilave sağlık durumları (kesecik iltihabı, kıkırdak yumuşaması, kabızlık, ishal, alt çene eklem disfonksiyonu, vertigo, sinüs ve tiroid problemleri) yapılan anketler sonucu göz önüne serilmektedir (Waylonis ve Heck, 1992).

Bir diğer hipotez kronobiyolojik teori modelidir. Uyku ve uyanıklık şekilleri FMS'de önemli bir bulgu olma potansiyeli taşımaktadır. Bu teoriye göre FMS oluşumu, dördüncü evre uyku azlığı ile ilişkilidir (Bernard ve diğerleri, 2000:50). FMS'de görülen onarıcı olmayan uyku, kronik yorgunluk ve bütün vücuda yayılmış sızlama gibi semptomlar üzerine yapılan araştırmalar bu hastalarda uyku sırasında çeşitli evrelerde vijilans görüldüğünü göstermektedir (Moldovsky, 1993:50). Yine benzer bir çalışmada FMS hastalarının yaklaşık dörtte üçünün onarıcı olmayan uyku rapor ettikleri, ve bu

raporu genellikle semptomlarda bir artış veya "alevlenme"nin izlediği bulunmuştur (Berger ve diğerleri, 2007:1498). Başka bir çalışmada Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği kullanılmış ve FMS ve depresyon hastalarında sonuçlar benzer olarak kontrol grubundan yüksek (daha kalitesiz uyku) bulunmuştur (Özçetin, 2014:37). Uykunun psikolojik, fiziksel, davranışsal ve sosyal yönleri göz önüne alındığında oldukça spesifik bir etiyolojik köken öneriyormuş gibi gözükken bu teorinin aslında pek çok farklı alandaki işlevsizliklere açıklama getirdiği görülmektedir.

FMS etiyolojisi ile ilgili en yaygın olarak savunulan görüşlerden bir tanesi ise altta yatan psikolojik ya da psikiyatrik bir problem ile ilişkili olduğudur. Bu görüş kendi içerisinde de fikir ayrılıklarını barındırmaktadır. FMS'de görülen yüksek psikopatolojik komorbidite iki düşünceyi akla getirmektedir. Bunlar ortak olarak paylaşılan patofizyolojik mekanizmalar ve hastalığı hızlandırıcı faktörler şeklinde sıralanabilir (Şeker, 2019:10). Genetik ve çevresel faktörlerin paylaşılması tetikleyici bir olaya yanıt olarak depresyon gelişme riskini arttırdığı gibi benzer şekilde, olası predispozan elementler fiziksel veya psikososyal stres unsurları ile birleştirildiğinde FMS'nin başlama olasılığını da arttırmaktadır (Şeker, 2019:10). Bu durum şu ihtimalin önünü açmaktadır: fibromiyalji ve depresyon, duygusal spektrum bozukluğunun iki tezahürünü temsil ediyor olabilirler çünkü benzer patofizyolojiyi paylaşırlar ve büyük ölçüde aynı tedavi planına cevap vermektedirler (Gracely ve diğerleri, 2012:1). Hatta kimi araştırmacılar bu teoriyi bir sonraki aşamaya taşımış ve FMS ile depresyonun "temelde yatan tek bir bozukluğun farklı belirti sunumları" olduklarını ileri sürmüşlerdir (Maletic ve Raison, 2009:5292). Russell (1993) FMS üzerine yazılmış nörotransmitterler, hormonlar, metabolizmalar, sitokinler ve yapısal proteinlerle ilgili 160'tan fazla makaleyi gözden geçirmiş ve serotonin işlevindeki merkezi bir anormalliğin, FMS'nin tüm klinik belirtilerini olmasa da çoğunu açıklayabileceği sonucuna varmıştır.

FMS etiyolojisinin kesin olarak bilinmemesi ve etiyolojik hipotezlerin yapılan araştırmalar sonucu elimine olarak sayılarının azalacağına, üstlerine başkalarının eklenmesi ile sayılarının artması kapsayıcı bir başka teorinin ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Bu teori tek bir FMS değil, başlangıç şekillerine, zamanlarına ve gösterdikleri semptomatik tablolara göre pekçok farklı FMS şekli olduğunu savunmaktadır (Wolfe, 1994:31). Bu teori hiçbir hipotezi dışarıda bırakmayacak şekilde kapsayıcı bir yaklaşım sunmaktadır.

Son olarak FMS etiyojisi literatürde tartışılırken bir yandan FMS'nin varlığı konusunda dahi fikir birliği sağlanmış değildir. Kimi araştırmacılar FMS'nin gerçekten var olmadığına ve FMS ile birlikte seyreden köklenmiş problemlerin uygun şekilde tedavi edilmesinin FMS semptomlarının tamamını ortadan kaldıracığına inanmaktadırlar (Berger ve diğerleri, 2007:1504).

1.1.3. FMS ve Psikopatoloji

FMS pek çok fiziksel rahatsızlık ile birlikte görüldüğü gibi psikopatolojiler ile eş tanı oranı da çok yüksektir. Fibromiyalji ve sağlıklı kontrol grubu ya da diğer romatizmal hastalık grupları karşılaştırıldığında, FMS'de psikiyatrik bozukluk eş tanısı ve psikiyatrik belirti oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Özçetin, 2014:34). Altınören ve arkadaşları (2011:35) tarafından yürütülen çalışmada bu oran %76.5 olarak bulunmuştur. FMS'li hastaların yaklaşık üçte birinde anksiyete ve depresyon eş tanısı vardır (White ve diğerleri, 2002:593). FMS hastalarının % 27-60'ında güncel bir anksiyete bozukluğu bulunmuştur ve mevcut majör depresif bozukluk oranları % 14 ile % 23 arasında değişmektedir (Arnold ve Whalen, 2010:489; Hudson ve diğerleri, 1992:365). Geniş çaplı (1756 öğrenci) yapılan araştırmalardan birinde öğrencilerde (yaş ortalaması 11) kas iskelet ağrısı ve FMS olanların daha çok depresif belirtiler gösterdiği bulunmuştur (Mikkelsen ve diğerleri, 1997). FMS'li ve sağlıklı kadınların karşılaştırıldığı bir çalışmada FMS grubunda depresyon ve aleksitimi düzeyleri sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Kaya ve diğerleri, 2010:105). Yine başka bir çalışmada FMS hastalarında yüksek düzeyde saptanan depresif belirtilerin daha yüksek ağrı algısı ve daha düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu savunulmuştur (Aguglia ve diğerleri, 2011:264). FMS ve romatoid artritli hastaların karşılaştırıldığı başka bir çalışmada hastalardaki anksiyete ve depresyon ile ağrı şiddeti arasında direkt bir ilişki olduğu gösterilmektedir (Ataoglu ve diğerleri, 2002).

FMS'nin en çok eş tanı gösterdiği psikopatolojiler depresyon ve kaygı bozuklukları, çocukluk çağı ve erişkinlik dönemi travmaları ile ilişkili travma sonrası stres bozukluğu, dissosiyatif bozukluklar ve somatoform bozukluklar şeklinde sıralanabilir (Özçetin, 2014:34). Başka bir çalışmada FMS'de en yaygın bozukluğun majör depresyon (yaşam boyu % 68, anlık % 22) olduğu ve bunu distiminin (% 10) panik bozukluğun (yaşam boyu % 16, anlık % 7) ve fobilerin (yaşam boyu % 16, anlık % 12) takip ettiği bulunmuştur (Epstein ve diğerleri, 1999:57). Aynı somatoform

bozukluklarda olduğu gibi FMS’de de fiziksel muayenede ya da laboratuvar tetkiklerinde açıklayıcı bir bulgu saptanamadığı halde bedensel yakınmalar barizdir (Özçetin, 2014:34). Kadın FMS hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada sıklıkla ağrıyı algılamadan önce tetikleyici olarak psikolojik etkenleri algıladıkları gösterilmiştir (Cedraschi ve diğeri, 2013:268).

FMS’de psikiyatrik eş tanı görüldüğü gibi birtakım bilişsel çarpıtmalar, işlevsiz baş etme yöntemleri ya da patolojik kişilik kümelenmeleri de görülmektedir. Örneğin mükemmeliyetçilik, nörotizm, aleksitimi, psikasteni, dolaylı saldırganlık, zarardan kaçınma davranışı ve bastırılmış öfke yüksek, anlaşılabilirlik düzeyi ve yansızlık ise düşük bulunmuştur (Özçetin, 2014:34). Başka bir çalışmada FMS hastalarında sürekli kaygının hastalıkla işlevsel baş etme yöntemleri ile ters orantılı, felaketleştirme düşünceleriyle ise doğru orantılı olduğu bulunmuştur (Hallberg ve Carlsson, 1998:316). Bu bulgunun kaygıyı bilişsel çarpıtmaların merkezi olarak konumlandırarak FMS’de depresyon ve/veya anksiyete eş tanısını açıklayabileceği savunulmaktadır (Sönmez, 2015:333). Altınören ve arkadaşları (2011:36) tarafından FMS hastalarında mizaç karakter özellikleri üzerine yapılan bir çalışmada FMS hastalarında kendini yönetme ve sebat etme düşük, zarardan kaçınma yüksek bulunmuştur.

FMS hastalarının antidepresanlara olumlu cevap verdiği klinikte gözlenmektedir. Hatta literatürde bu sendromu depresyon ve diğeri affektif spektrum bozukluklar ile yüksek komorbidite gösterdiği ve antidepresanlara yanıt verdiği öne sürülerek afektif spektrum bozuklukları içinde sınıflandırma gerekliliği tartışılmaktadır (Hudson, 2004). Yapılan bir araştırmada bölgesel ağrısı olan, FMS olan ve sağlıklı kontrol gruplarının serotonin düzeyleri karşılaştırılmış ve FMS grubunda en düşük bulunmuştur (Wolfe ve diğeri, 1997). FMS, somatoform ağrı bozukluğu, şizofreni ve sağlıklı kontrol olmak üzere 4 grubun dokunma algısının karşılaştırıldığı bir çalışmada sağlıklı kontrol dışındaki 3 grupta daha şiddetli bir uyarılma algısı olduğu saptanmış ve post-hoc testlerde farkın ağrı gruplarından (FMS ve somatoform bozukluk) kaynaklandığı bulunmuştur (Karst ve diğeri, 2005:111). Araştırma sonucunda FMS ve somatoform ağrı bozuklukları gibi merkezi ağrı bozukluklarında kendi kendini izleme mekanizmasının olması gerektiği gibi işlemediği savunulmuştur (Karst ve diğeri, 2005.111).

Tüm bu bulgular FMS ve en sık eş tanı gösterdiği psikopatolojiler arasında işleyiş ve/veya ortaya çıkış ortaklıklarının olduğunu ve bir etiyojik köken aranıyorsa pek çok faktörü içeren geniş çaplı tekrarlayan çalışmalar ile hastaların yalnızca hastalığına değil, hastalığın yaşantılarına yansımasına, algılarına, yürüten ve sürdüren mekanizmalara da bakılması gerektiğini göstermektedir.

1.2. Kronik Bel Ağrısı

Bel ağrısı, üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra ikinci en yaygın hekim başvuru nedenidir (Andersson, 1999:581). Bel Ağrıları semptom sürelerine göre tanı alırlar; 1 aydan kısa süren ağrılar akut, 1-3 ay arasında devam edenler subakut, 3 aydan fazla devam eden ağrılar kronik bel ağrısı olarak adlandırılmaktadırlar (Söğüt ve Eser, 2020:70). Kronik Bel Ağrısı (KBA), 12. kaburga ve alt gluteal kıvrımlar arasında lokalize, bacak ağrısı olan veya olmayan ağrı olarak tanımlanmıştır (Krismer ve Van Tulder, 2007:77). KBA yaygınlığı, hareketliliği kısıtlaması, günlük işlevselliği engellemesi, kalıcı sakatlıklara neden olması, her yaş grubunda görülebilmesi ve yaşam boyu ağrıya sebep olması dolayısıyla bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir (Koley ve diğerleri, 2010:43; Söğüt ve Eser, 2020:70).

Bakıldığı zaman KBA ölüm oranları yüksek olan hastalıklardan değildir. Fakat gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda işçi kas gücünde azalma, hastalık ve tedavi maliyetleri gibi ekonomik sorunlara yol açabildiği için parmakla gösterilen bir sağlık problemi haline gelmiştir (Söğüt ve Eser, 2020:70). Bunların yanı sıra KBA oldukça yaygındır. En sık doktora başvuru hastalıklar sıralandığında ikinci, en çok ameliyat edilen hastalıklar arasında üçüncü ve yatarak tedavi edilen hastalıklar arasında beşinci sırada yer almaktadır (Nabiyev ve diğerleri, 2015:242).

1.2.1. KBA Epidemiyolojisi

KBA'nın Dünya çapında sağlık otoritelerinin gündemine girmesinin başlıca nedenlerinden biri yaygınlığıdır. Frymoyer (1998:291) insanların neredeyse %90'ının hayatlarının bir döneminde bel ağrısı yaşadıklarını savunmaktadır. Dünyada yetişkinlerde KBA prevalansını küresel olarak değerlendiren epidemiyolojik çalışmalarda nokta prevalansı %12, bir aylık prevalans %23, bir yıllık prevalans %38 ve yaşam boyu prevalans yaklaşık %40 oranlarında bulunmuştur (Manchikanti ve diğerleri, 2014:3).

Türkiye’de prevelans oranları ise kırsal bölgelerde yaklaşık olarak %80, şehirlerde ise yaklaşık %47 olarak gösterilmektedir (Gilgil ve diğerleri, 2005:1094).

Bel ağrısı yalnızca yaşlı nüfusta görülmemektedir. 20 yaşında ve üzerinde olan %14 oranında olgu en az bir kez ve iki hafta süre ile ayakta iş göremez hale getiren ağrı raporlamışlardır (Söğüt ve Eser, 2020:71). 50 yaşına gelene kadar ise hayatlarının bir döneminde kesinlikle bel ağrısı çekmiş olan olguların oranı %85’tir (Esen ve Toprak, 2018:461). Bununla birlikte yaş ile prevelansın arttığı da bilinmektedir. Yapılan bir araştırmanın sonuçlarında kadınlarda 21 yaşından 34 yaşına KBA oranı %320 artarken, erkeklerde 45 yaşından 54 yaşına %293 oranında arttığı görülmektedir (Manchikanti ve diğerleri, 2014:5).

Cinsiyet değişkeni incelendiğinde kadınların erkeklerden daha sık KBA geliştirdikleri görülmektedir. Küresel çapta yapılmış bir çalışmada KBA prevelansının en yüksek olduğu demografik grup 40-80 yaş arası kadınlar olarak tespit edilmiştir (Hoy ve diğerleri, 2012:2028). Başka çalışmalar da kadınlarda prevelansın erkeklere göre daha yüksek olduğu sonucuna varmakla birlikte, meslek grupları içerisinde risk grubu olarak ev hanımlarını işaret etmektedir (Altinel ve diğerleri, 2008:328). Başka bir çalışma da mesleki risk grubu olarak ağır kaldırdıkları, sık eğilip kalktıkları ve uzun süre ayakta durdukları gerekçeleriyle işçilerde ve ev hanımlarında KBA riskinin arttığını belirtmektedir (İlhan ve diğerleri:110). Bir başka çalışmada kadınların eğitim düzeyi düştükçe bel ağrısı riskinin arttığı bulunmuştur (Söğüt ve Eser, 2020:77). Yine kadın cinsiyette risk oluşturan bir başka kişisel özellik topuklu ayakkabı kullanma alışkanlığıdır. Kadınlarda topuklu ayakkabı giyenlerin giymeyenlere oranla daha yüksek KBA riski taşıdıkları bulunmuştur (Aksakal ve diğerleri, 2015:44).

1.2.2. KBA Etiyolojisi

KBA çok çeşitli nedenler sonucu oluşabilmekte, dolayısıyla başlatan etkeni bulmak zor olabilmektedir. Buna rağmen KBA vakalarının yaklaşık %10’unda spesifik bir neden tanımlanmıştır (Krismer ve Van Tulder, 2007:77). KBA’ya sebep olabilecek etkenler psikososyal nedenler, mesleki etkenler ve bireysel faktörler olmak üzere birkaç başlık altında toplanabilmektedir (Ay ve Evcik, 2008:228). Bu nedenler KBA üzerine kesin ve genellenebilir etiyolojik açıklamalar sunmamakla beraber tanı, tedavi ve gelecekte yapılacak çalışmalar için fikir vermektedir. Bel ağrılarının büyük

çoğunluğunun “mekanik bel ağrısı” (omurgaya yük binmesi sonucu oluşan ağrı) olduğu ve daha çok dejeneratif ve/veya travmatik durumlar neticesinde oluşarak nadiren de olsa bel dışında kalça ve uyluklara da yayılabileceği savunulmaktadır (Nabiyev ve diğerleri, 2015:243; Deyo ve diğerleri, 1992:761). Fakat yapılan çalışmalar KBA başlangıçları mekanik olarak tanımlansa da başka pek çok oluşum nedeni ile bağlantı kurmaktadır.

Bahsi geçen nedenlerden biri kişinin sağlığı hakkında negatif inançları olmasıdır. KBA etiyojisi üzerine yapılan bir derlemede sağlığı üzerine olumsuz değerlendirmeleri olanlarda KBA oluşumunun arttığı saptanmıştır (Aksakal ve diğerleri, 2015:40).

Başka bir neden doğum yapmış ya da yapacak olmak olabilir. Türkiye’de yapılan bir araştırmada üç ve daha fazla sayıda doğum yapmış olan kadınların sıfır, bir veya iki doğum yapmış olan kadınlara göre bel ağrısı geliştirme oranları daha yüksek bulunmuştur (Söğüt ve Eser, 2020:77). Yine Türkiye’de yapılan bir başka araştırmada her iki gebeden birinde hamile olma durumuna bağlı bel ağrısı şikayeti olduğu, kürtaj geçirmiş kadınlarda bu oranın daha da arttığı belirtilmiştir (Sencan ve diğerleri, 2018:7).

Bel ağrısı ile en ilişkin nedenlerden biri de yanlış egzersiz yapma ya da hareketsizlik, yani düzenli egzersiz yapmama durumudur. Türkiye’de yapılmış bir çalışmada haftada en az 1 saat spor yapan bireylerde KBA riskinin daha düşük olduğu saptanmıştır (İlhan ve diğerleri:110). Yine ülkemizde yapılmış başka bir çalışmada düzenli egzersiz alışkanlığı KBA riskini azaltan bir faktör olarak bulunmuştur (Şimşek ve diğerleri, 2017:77).

Fazla kilo, yani kas, eklem ve kemiklere gereğinden fazla ağırlık binmesi de bir diğer neden olma ihtimali taşımaktadır. Araştırmalar da beden kitle indeksi arttıkça KBA geliştirme riskinin arttığını göstermektedir (Esen ve Toprak, 2018:468; Söğüt ve Eser, 2020:78). Bununla birlikte literatürde beden kitle indeksinin normalin altında olmasının, yani fazla zayıflığın da bel ağrısı ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Özdemir ve diğerleri, 2013:33).

KBA üzerine yapılan araştırmalar sonucu kadraja girmiş olan ve bel ağrısı ile ilişkisi tartışılan bir diğer etken sigara kullanımınıdır. Literatürde hem bel ağrısı ve sigara arasında ilişki olduğunu savunan (Goldberg ve diğerleri, 2000; Iizuka ve diğerleri, 2017:996), hem de bir ilişki olmadığını savunan (Ganesan ve diğerleri, 2017:613) çalışmalar mevcuttur. Bununla birlikte bu ilişkinin bulunduğu çalışmalarda mekanik

temellere dayandırılarak açıklanması ve ilişki bulunmayan çalışmalarda bulgunun kısıtlılıklar altında açıklanması sigara kullanımının etiyolojik bir etken olarak tartışılması için zemin hazırlamaktadır. Sigara kullanımının kemiklerde mineral yoğunluğunu azaltarak osteoporoza yol açtığı, kan akımını azaltarak disklerin sağlıklı çalışma mekanizmasını bozduğu ve öksürmeye neden olarak bel ağrısı riskini arttırdığı savunulmaktadır (Boshuizen ve diğerleri, 1993:35-36).

Sonuç olarak KBA da FMS gibi tartışmalı bir etiyolojik arka plana sahiptir. Çalışmalar, KBA'nın tek ve kesin bir etiyoloji ile açıklanamayacağını ve ortaya çıkmasında klinik, psikolojik, psikososyal ve kültürel faktörlerin etkisi olabileceğini ortaya koymaktadır (Yağcı ve diğerleri, 2010:37). Bununla birlikte her bir spesifik vakada neden ve/veya arka plan aydınlanamıyor olsa da toplum ruh sağlığı açısından risk faktörü taşıyan etkenler tanı ve tedaviye yardımcı olmak için literatürde mevcuttur.

1.2.3. KBA ve Psikopatoloji

Kronik hastalıklar, geçmeyecek olma durumu, uzun süre sağlıklı olandan mahrum kalma hali ve ilaç/tedavi sürdürme mecburiyeti gibi sebeplerle kişilerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedirler. Bir de bahsi geçen kronik hastalık devamlı ağrı içerdiğinde baş etmek daha da zorlaşmaktadır. Yaşam zorlantılarının ve artan stresörlerin bireyde psikopatoloji gelişme riskini arttırdığı bilinmektedir. Devamlı ağrı beraberinde gelen kısıtlanma hissi nedeniyle depresyona yatkınlık oluşturabilmektedir ve KBA tanısı almış olan hastaların da yaklaşık %30-60'ına depresyon bulgularının eşlik ettiği görülmektedir (Ay ve Evcik, 2008:228).

Kronik ağrılara farklı psikopatolojilerin farklı derecelerde eşlik ettiği bilinmekte olup bunlar arasında en öne çıkanın depresyon olması araştırmacılarca konu edinilmiş ve üzerine farklı hipotezler sunulmuştur. Leino ve Magni (1993:89) tarafından derlenmiş olan en popüler iki tanesi şu şekildedir: Birincisi, kronik ağrı altta yatan depresyonun dışavurumudur ve depresif belirtiler somatik olarak ağrı ile ortaya çıkıyordur. İkincisi ise kronik ağrının depresyona neden olduğu yani depresyonun ikincil bozukluk olarak geldiği şeklindedir. Görüldüğü gibi iki hipotez birbirlerine taban tabana zıt gözükmemektedir ve ikisinden birisi hala kabul görmüş değildir.

Psikopatolojiler ağrı algısını da etkilemekte, dolayısıyla kronik ağrı hastalarında varlık göstermeleri önem arz etmektedir. Ağrı hastalarında genel sağlık durumunun olumsuz olması, ağrının ne yaparlarsa hafifleyeceğinin bilinmemesi, fonksiyonel bozukluk varlığı ve psikopatoloji eş tanıları ağrının kalıcı hale gelmesine sebep olan etkenler olarak sıralanmaktadır (Chou ve Shekelle, 2010:1295). Yapılan çalışmalarda depresyonun var olan ağrının daha şiddetli hissedilmesine sebep olduğu gösterilmektedir (Ay ve Evcik, 2008:228). Yazıcı ve arkadaşları (2003:100) tarafından yapılmış olan bir çalışmada ise bunun aksine bel ve boyun ağrısı grubunda kontrol grubuna kıyasla depresyon açısından anlamlı bir fark bulunamamış, fakat anksiyete oranları bel ve boyun ağrısı grubunda kontrollere göre anlamlı olarak farklı bulunmuştur.

Mevcut ağrı etiyojisi psikosomatik ise ağrı muayene bulgularından daha abartılı gözükebilmektedir (Nabiyev ve diğerleri, 2015:244). Bu noktada bireyin ağrı algısı ve bilişleri devreye girmektedir. Bahsi geçen tipte bel ağrıları bilişsel davranışçı terapiye olumlu yanıt vermektedirler (van der Windt ve diğerleri, 2008:84). Bu da ağrıda kişisel algının ve felaketleştirme benzeri bilişlerin ne kadar kritik bir rol oynadığını göstermektedir. Zaten literatürde de en çok anılan psikososyal faktörlerde depresyon ve anksiyete ile birlikte ağrıdan kaçınma davranışı da yer almaktadır (Dündar ve diğerleri, 2009:100).

Tüm KBA literatürün gözden geçirildiği bir derlemede; psikolojik faktörlerin ağrının her aşamasında (başlangıç, akut, subakut, kronik) etkili olduğu, stres, sıkıntı, anksiyete, ruh hali, duygular, bilişsel işlevler ve ağrı davranışının önemli bir faktör olduğu, kişilik konusunda karışık sonuçlar görüldüğü ve potansiyel olarak travmatik yaşantıların da etkili olabileceği gösterilmiştir (Linton, 2000:1148).

1.3. FMS ve KBA Hastalarının Karşılaştırıldığı Psikolojik Araştırmalar

Literatür incelendiğinde FMS hastalarının ekseriyetle romatoid artrit hastaları ile karşılaştırıldıklarını görülmektedir (Ataoğlu ve diğerleri, 2002; Güleç ve diğerleri, 2004; Ahles ve diğerleri, 1991). Osteoartrit hastaları (Ataoğlu ve diğerleri, 2018), depresyon hastaları (Ataoğlu ve diğerleri, 2018;) sağlıklı kontrol grupları (Kaya ve diğerleri, 2010; Sayar ve diğerleri, 2001; van Middendorp ve diğerleri, 2008; De Boer ve diğerleri, 2012), şiddetine kıyasla diğer FMS hastaları (Martinez ve diğerleri, 2013), nöropatik ağrı hastaları (Gormsen ve diğerleri, 2010), somatoform ağrı bozukluğu tanılı hastalar (Karst

ve diğerleri, 2005), kronik trapez kası ağrısı tanılı hastalar (Lindman ve diğerleri, 1995), diğer santral sensitizasyon sendromları (Yunus, 2015) ve şizofreni hastaları (Karst ve diğerleri, 2005) literatürde karşılaştırıldığı diğer hasta gruplarıdır. Bununla beraber FMS hastaları ve KBA hastalarının karşılaştırıldığı çalışmaların oldukça kısıtlı olduğu göze çarpmaktadır.

Literatürde bazı bozukluklarda FMS eş tanısı görülme sıklığının daha fazla olduğuna dair çalışmalar vardır. Bahsi geçen bozukluklardan biri migrendir. Migrenli hastaların %22'sinde FMS eş tanısı olduğu tespit edilmiş ve bu yüzdelerdeki hastaların daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları ve daha yüksek mental sıkıntı yaşadıkları bulunmuştur (Ifergane ve diğerleri, 2006:451). Eş tanı oranı yüksek olan bir diğer bozukluk hepatit C enfeksiyonudur. Yapılan bir çalışmada hepatit C enfeksiyonu olan hastalarda FMS prevalansının % 18,9 olduğu bulunmuştur (Kozanoğlu ve diğerleri, 2003:248). Hüppe ve arkadaşları (2004:77) ise KBA tanısı almış hastalarda FMS eş tanı oranının % 12.6 olduğunu bulmuşlardır. Başka bir çalışmada ise bu oran 55'te 15, yani %27.3 olarak bulunmuştur (Yağcı ve diğerleri, 2010:39).

Literatürde yer alan az sayıdaki FMS ve KBA karşılaştırması ile yapılandırılmış çalışmalar incelenmiştir. Yalnızca KBA olan hastalar ile FMS ve KBA eş tanısı olan hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada eş tanılı grubun daha yüksek ağrı şiddeti beyan ettiği, daha düşük enerji düzeyine sahip oldukları, sağlık durumlarının engellilik üzerindeki etkisinin daha yüksek olduğu fakat her iki grup arasında depresyon düzeyi farklılığı olmadığı bulunmuştur (Yağcı ve diğerleri, 2010:40). Bahsi geçen çalışmanın temeli bazı KBA tanılı hastalarda hangi tedavi uygulanırsa uygulansın iyileşme olmadığı ve hasta memnuniyetinin oldukça düşük olduğunun gözlemlenmesine dayanmaktadır, nitekim bu hastaların FMS eş tanıya sahip oldukları tespit edilmiştir (Yağcı ve diğerleri, 2010:39).

Başka bir çalışmada ise FMS ve çalışmaya bağlı kas ağrısı hastaları (çoğunluk bel ağrısı) baş etme düzeyleri (hem ağrıyla baş etme hem de genel olarak baş etme) incelenmek üzere karşılaştırılmış, verilen ölçekler ve incelenen alt ölçekler sonucu FMS hastalarının stresli durumları daha tehdit edici olarak algıladıkları ve sürekli kaygı söz konusu olduğunda daha yüksek puanlar aldıkları bulunmuştur (Hallberg ve Carlsson, 1998:309). Aynı çalışmada FMS hastalarının KBA hastalarına oranla daha düşük problem çözme ve katarsis puanları aldıkları, başa çıkmada din ve alkolü daha sık kullandıkları,

fakat her iki grubun da ağrı duyumlarını görmezden gelme ve dikkat dağıtmada yüksek, ağrı hislerini yeniden yorumlama, ağrı felaketleştirme ve dua/umut etmede düşük puanlar aldıkları bulunmuştur (Hallberg ve Carlsson, 1998:316).

FMS, KBA ve esasen erkeklerde meydana gelen kronik bir omurga bozukluğu olan ankilozan spondilit hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada hastalığın temelde bakım, ilaçlar ve işe gidilemeyen günler gerektirmesiyle çıkan toplam masraf FMS ve KBA grubunda daha yüksek bulunmuşken, genel iyilik hali ise FMS ve KBA grubunda anlamlı olarak düşük bulunmuştur (Boonen ve diğerleri, 2005:396). Bakıldığında bu hastalıkların gerektirdikleri ilaçlar, bir FTR uzmanı tarafından değerlendiriliyor olmaları ve fizyoterapiye yönlendirilmeleri sabitken, ağrı deneyiminin ve çözüm arama davranışı çeşitliliğinin üç ağrı grubunda farklılık gösterebildiği görülmektedir.

1.4. Metakognisyon (Üstbiliş)

Metakognisyon (Üstbiliş) en basit tabiriyle düşünme üzerine düşünmedir. Wells (2011:1) kitabında metakognisyonu (üstbiliş) kognisyona uygulanan kognisyon olarak tanımlamış, örnek olarak bir orkestradaki orkestra şefine benzeterek açıklamıştır. Metakognisyonlar (Üstbilişler) bilişsel teoriden farklı olarak düşünce içeriklerini değil, düşünme süreçlerini yansıtır. Örneğin “Ya yarınki sınavdan kalırsam” endişesi bilişsel davranışçı tekniklerle alternatifler getirilen (Aşağı doğru inen ok tekniği/ Olabilecek en kötü senaryoyu tespit etme/ Destekleyen ve desteklemeyen kanıtları bulma) bir düşünce içeriği iken, metakognitif tekniklerde (Düşünme süreçlerini ve paternlerini tespit etme) böyle düşünmenin arkasındaki düşünce üzerine geliştirilmiş inançlar ve geri tepen baş etme stratejileri sorgulanır. Metakognisyon (Üstbiliş) aynı zamanda zihin için bir bilgi edinme aracıdır. Hem içsel düşünce ve duygular hakkında, hem de başa çıkma süreçleri ya da düşünme şeklini kontrol eden stratejiler hakkında bilgi sunar (Wells, 2011:22).

Metakognisyonlar (Üstbilişler) yaşadığımız olaylar, kendimiz ve etrafımızdaki dünya hakkında ne düşündüğümüzden çok nasıl düşündüğümüze odaklanır ve bu teoriye göre duygusal acının kaynağı kişinin zihninde beliren düşüncelere nasıl yanıt verdiği (Wells, 2011:vii). Metakognisyonların (Üstbilişlerin) işlevsiz olması, yani düşüncelere verilen yanıt şekli yıkıcı, istenmeyen şekilde zarar verici ve kendi kendini tekrar edici olabilmektedir.

1.4.1. Metakognitif Teori

Metakognitif Teori 1995 yılında Adrian Wells tarafından ortaya atılmıştır. Üçüncü dalga terapi yöntemlerinden olan “Metakognitif Terapi”nin ortaya çıkmasını sağlayan teoridir. Teorinin dayanak aldığı model Kendini Düzenleyici Yönetici İşlev Modeli (S-REF/ Self Regulatory Executive Function) olarak adlandırılmaktadır, böyle adlandırılmasının nedeni ise duygusal bozukluklarda yukarıdan aşağıya sürdürülen kontrol mekanizmalarının yadsınamaz rolüdür (Wells, 2000:14). S-REF modeli, duygusal patolojide rol oynayabilecek süreç ve içerik faktörlerinin çokluğuna ve bunların etkileşimlerini açık bir bilişsel model içinde ele alma ihtiyacına binaen oluşturulmuş ve psikolojik bozukluklarda ortak veya trans-tanısıl bilişsel dikkat süreçlerinin rol oynadığı fikrini açıkça ortaya koyan ilk model olarak literatürde yer almıştır (Wells ve Matthews, 2014:xxvi). S-REF modelinin merkezinde, tüm psikolojik bozuklukların bir sonraki bölümde detaylıca bahsedilecek olan bilişsel dikkat sendromu (BDS) olarak adlandırılan düşünme stilinden kaynaklandığı ve sürdürüldüğü yer almaktadır (Wells ve Matthews, 2014:xxvi).

Metakognitif Teori, Bilişsel Davranışçı Teori’den farklı olarak duygu ve düşüncelerde süregiden dengesizliklerin işlevsiz metakognisyonlardan (üstbilişlerden) kaynaklandığını ileri sürmektedir (Wells, 2011:viii). Metakognisyonların (Üstbilişlerin) oluşma sürecinde beslendiği kaynaklar vardır. Bunlardan biri metakognitif bilgidir. Metakognitif teoriye göre iki tür metakognitif bilgi vardır: açık/açıklayıcı inançlar ve örtük/yöntemsel inançlar (Wells ve Matthews, 2014:44; Wells, 2011:5). Açık bilgi sözel olarak ifade edilebilen tür iken (Endişelenmek beni delirtebilir), örtük bilgi dikkati yönlendirmenin kontrolü, belleğin taranması ve yargıların oluşturulmasında kullanılan kısayollar şeklinde düşünmeye rehberlik eden kural ya da programlar, yani kısaca “düşünme becerileri” olarak açıklanabilir (Wells, 2011:5).

Her teori gibi metakognitif teorinin de psikopatoloji oluşumunu açıklayan bir önermesi vardır. Metakognitif teori bilgi, deneyim ve stratejilerdeki uygunsuzluğun psikopatolojiye yol açan işlevsiz düşünme paternlerine yol açtığını savunur (Wells, 2011:5). O halde bu işlevsiz düşünme paternlerinin değiştirilmesi, bilgi ve deneyimin artırılması ve işe yarayan yeni stratejiler edinilmesi psikolojik rahatsızlıkların tedavi edilmesini sağlayacaktır.

Metakognitif teoride bireyin ona sıkıntı veren düşünme paterninin ve stratejilerinin yerine metakognitif stratejileri benimsemesi önerilir. Bu stratejiler düşünme şeklini değiştirme ve psikolojik bozukluklarda en sık karşılaşılan problem olan “kontrol dışında olma” deneyiminin önüne geçmeyi amaçlar (Wells, 2011:7)

1.4.2. Metakognisyona (Üstbilişe) İlişkin Kavramlar

Metakognitif teorinin açıklanması gereken çeşitli bileşenleri vardır. Bunlardan ilki zihinde düşüncelerin, inançların ya da olayların nasıl deneyimlendiğini yöneten iki mod, metakognitif mod ve nesne modudur. Adrian Wells (2011:8) nesne modunu “düşünce ve inançlar ile kişinin direkt kendilik ve dünya deneyimlerinin ayırışamadığı, düşüncelerin gerçeklik ve kendilik ile eşitlendiği alışlagelmiş düşünce deneyimleme şekli” olarak tanımlamaktadır. Metakognitif mod ise bu tanımın hemen hemen tam tersidir. Metakognitif modda düşünceler değişen kesinlik derecelerine sahip, gerçeğin fotokopisi olmayan, gerçeği bir ölçüde temsil ediyor olan, geriye çekilip zihin içinde izlenebilen yapılardır (Wells, 2011:8).

Metakognitif kavramlardan bir diğeri psikolojik bozuklukların doğası açıklanırken sıklıkla bahsedilen Bilişsel Dikkat Sendromudur (CAS/Cognitive Attentional Syndrome). Bilişsel Dikkat Sendromu endişe, ruminasyon, tehdit tarama, kendine odaklı aşırı dikkat ve güvence arama, rahatlamak için alkol/madde/ilaç kullanma, düşünce baskılama gibi işlevsiz baş etme stratejileri ile karakterizedir (Roussis ve Wells, 2008:214; Wells, 2011:11). Bilişsel Dikkat Sendromu pozitif ve negatif metakognitif inançlar sonucu şekillenmekte ve sürdürülmektedir (Gündüz ve diğerleri, 2019:1394-1395).

Olumlu metakognitif inançlar Bilişsel Dikkat Sendromu aktivasyonu ile başlatılan stratejilerin (endişe, ruminasyon, tehdit tarama vs.) yararlı olduğu ile ilgilidir (Wells, 2011:15). Olumlu metakognitif inançlara örnekler aşağıda sıralandığı gibidir:

“Endişe edersem hazırlıklı olurum.”

“Tehlikeye odaklanmak beni güvende tutar.”

“Her şeyi hatırlamak zorundayım, böylece suçlanması gerekenin kim olduğunu bilirim.”

“Neden bu şekilde hissettiğimi incelersem cevapları bulurum.”

“Düşüncelerimi kontrol etmezsem kötü şeyler yapabilirim.” (Wells, 2011:15).

Olumsuz metakognitif inançlar ise içsel olayların olumsuz önemi ve anlamı ile ilgili, düşüncelerin kontrol edilemezliği ve tehlikesi ana başlıklarından birisine dahil olabilecek inançlardır, yani düşünme stratejilerin dezavantajları veya olumsuz değerlendirmeleriyle ilgilidirler (Wells, 2011:16; Kollmann ve diğerleri, 2016:2). Aşağıda bu inançlara örnekler sıralanmıştır:

“Endişem üzerine kontrol sahibi değilim.”

“Endişe etmek bedenime/zihnime zarar verebilir.”

“Kötü düşünceler benim kötü şeyler yapmamı sağlayacak güce sahiptirler.”

“Kontrol edilemeyen düşünceler deliliğin belirtisidir.”

“Huzursuz hissetmek tehlikede olduğum anlamına gelir.” (Wells, 2011:16)

Olumlu ve olumsuz metakognitif inançlar herhangi bir stresör olmadan ve psikolojik bozukluk tanısına gerek duymadan da edinilebilirken, erken dönem travmatik yaşantıların çocuklarda tehdit edici ve üzücü duygularla baş etmeye çalışırken olumlu ve olumsuz metakognitif inançlara ve Bilişsel Dikkat Sendromu aktivitesine yol açtığı bulunmuştur (Myers ve Wells, 2015:2). Ayrıca literatürde olumlu ve olumsuz metakognitif inançları incelemek üzerine yapılmış pek çok çalışmada ikisinin birbirlerine paralel seyrettiği bulunmuştur (Kollmann ve diğerleri, 2016:8; Fernie ve Spada, 2008:359).

1.5. Metakognisyon (Üstbiliş) Alanında FMS Hasta Grubu ile Yapılan Araştırmalar

Metakognitif Teorinin, özellikle son yıllarda yapılan araştırmalar ile ne kadar geniş bir etki alanına sahip olduğu keşfedilmiş, araştırmacıların gitgide daha fazla bozukluk ile bağlantı kurmaları ve sayısı artan çalışmalar ile psikoloji alanında kendisine sağlam bir yer edinmiştir. Yapılan çalışmalar sonucu pek çok psikolojik bozukluk ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Bunlardan bazıları depresyon (Wells ve diğerleri, 2009), Yaygın Anksiyete Bozukluğu (Wells, 2011), Panik Bozukluk (Wells ve Carter, 2001), Obsesif Kompulsif Bozukluk (Fisher ve Wells, 2005), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Roussis ve Wells, 2006), alkol bağımlılığı (Spada ve Wells, 2010), kumar bağımlılığı

(Spada ve diğeri, 2015), ve erteleme hastalığıdır (Ferne ve Spada, 2008). FMS ve psikopatolojik eş tanı oranının ne kadar yüksek olduğu düşünülürse FMS hastalarında da işlevsiz metakognisyonlar (üstbilişler) bulunması beklenebilir, en azından bu alanda çalışma yapılmasının gerekliliği ortadadır. Yukarıda bahsi geçen psikolojik rahatsızlıkların yanı sıra FMS ile benzer karakteristik özellikler taşıyan fiziksel sağlık bozuklukları üzerine de çalışmalar yapılmıştır fakat FMS’de metakognisyonların (üstbilişlerin) rolünü araştıran çalışmalar oldukça azdır (Kollmann ve diğeri, 2016:2). Örneğin Kronik Yorgunluk Sendromu’nda (Maher-Edwards ve diğeri, 2011) ya da Parkinson Hastalığı’nda (Brown ve Ferne, 2015) metakognisyonların (üstbilişlerin) rolü daha önce araştırılmıştır. Fakat gerek psikoloji gerekse ağrı literatüründe FMS ve metakognisyon (üstbiliş) ortak kümesinde yapılan araştırmalar oldukça kısıtlıdır.

FMS’de metakognisyonun (üstbilişin) rolünü araştıran ilk çalışmalardan olan Kollmann ve arkadaşları (2016:7) tarafından yürütülen araştırmada, semptomların kontrolü ile ilgili olumlu metakognitif inançların fiziksel işlevsellikte bozulmayı önemli ölçüde yordadığı, belirtilerin kontrolü ile ilgili olumsuz metakognitif inançların ise stres, anksiyete, depresyon ve tüm metakognisyon (üstbiliş) değerleri kontrol edildiğinde FMS etki değerini anlamlı şekilde yordadığı bulunmuştur. Görüldüğü gibi olumlu ve olumsuz metakognitif inançlar farklı etki mekanizmalarına sahip olup varlık göstermeleri birbirlerinden farklı sorunlara yol açabilmektedir.

Metakognisyonlar (Üstbilişler) baş etme mekanizmalarının nasıl kullanıldığını, hangi stratejilerin uygulandığını ve işlevsel baş etme oranlarını da etkilemektedir. FMS hastaları ve sağlıklı kontrol grubunun baş etme mekanizmaları arasındaki farkların incelendiği bir çalışmada FMS hasta grubunda inkâr, davranıştan kaçınma, madde kullanımı, duygusal destek ihtiyacı, diğeri aktivitelerin bastırılması ve metakognitif düşüncelerin kullanımı sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (İnanır ve diğeri, 2015:175). Bir kısmı FMS hastalarından oluşan karma etiyolojik arka plana sahip kronik ağrı hastaları ile yapılan bir çalışmada günlük baş etme düzeyleri incelendiğinde daha güçlü metakognitif inançlara sahip olan kişilerin günden güne daha fazla duygusal sıkıntı bildirdikleri bulunmuştur (Ziadni ve diğeri, 2018:756).

Metakognisyon (Üstbiliş) kavramı SRE-F model ile doğmuştur. Bu sebeple yürütücü işlevlerin işleyişi ve ideal işleme şekline dair önermeler barındırmaktadır. FMS hastalarında yürütücü işlevlerin incelendiği bir çalışmada bakılan iki endeksten biri olan

Metakognisyon (Üstbiliş) Endeksi beş alt faktörünün (Başlatma, Çalışma Belleği, Planlama/Organize Etme, Kendi Kendini İzleme ve Materyallerin Düzenlenmesi) toplam puanı incelendiğinde FMS hasta grubunda anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur (Gelonch ve diğerleri, 2016:115-117). Alt ölçeklerin incelendiği başka bir çalışma ise FMS hastalarında metakognisyon (üstbiliş) işlevlerinin ve zihin kuramının incelendiği bir çalışmadır. FMS grubunun ÜBÖ-30 toplam puanının, 'bilişsel güven' (bireyin kendi hafızası ve dikkat yeteneklerine güven duymaması) ve 'kontrol edilmezlik-tehlike' (bireyin işlevlerini yerine getirebilmesi ve güvende kalabilmesi için endişelerini kontrol etme ihtiyacı) alt boyutlarında kontrol grubundan yüksek olduğu saptanmıştır (Özsoy ev Okan, 2018:356).

1.6. Ağrı Felaketleştirme

Ağrı çok yönlü ve sübjektif bir deneyimdir. Nöroendokrinel perspektife göre ağrı algısı, iki yönlü yükselen ve alçalan yolakların bir sonucudur (Stahl, 2009:11). Fakat literatürdeki geniş tartışmalar, kabul edilmiş ağrı tanımları ve değerlendirilmeye sunulmuş olan yeni tanımlar ağrının tek başına duyuşsal bir deneyim olmadığı, bununla birlikte duyuşsal ve bilişsel yönlerinin de olduğu sonucunu ortaya koymaktadır. Geniş perspektiften bakıldığında ağrı deneyimi çok yönlü ve kapsamlı olmakla birlikte, birey özelinde incelendiğinde kişinin sübjektif algısı ile oldukça ilgilidir.

Ağrı deneyiminin en belirleyici faktörlerinden birinin ağrı felaketleştirme olduğu söylenebilir. Hatta literatürde ağrı felaketleştirmenin ağrı deneyiminin en çetin ve güvenilir psikolojik belirtilerinden biri olduğu söylenmektedir (Turk ve Rudy, 1992:111). Ağrı felaketleştirme üç boyuttan oluşmaktadır. Bunlar ruminasyon (geçmişe yönelik geniş getirir şekilde düşünme), abartılı algı (durumu/olayı olduğundan büyük algılama) ve çaresizliktir (olaylar ve sonuçları üzerinde herhangi bir kontrol hissetmeme). Ağrı felaketleştirme yalnızca ağrı hastalarında görülmeyebilir, ağrı çeken fakat klinik olmayan popülasyonda da görülebilmektedir. Ağrı hastalarındaki ve klinik olmayan fakat ağrısı olan bireylerdeki ağrı felaketleştirme seviyelerini karşılaştıran bir çalışmada ağrı şiddeti ve ağrı felaketleştirme arasında her iki grupta da lineer bir ilişki bulunmuştur (De Boer ve diğerleri, 2012:1044). Sağlıklı yetişkinler ile ağrı felaketleştirme üzerine yapılan başka bir araştırmada birtakım psikofiziksel ağrı testi uygulanmış ve ağrı felaketleştirmenin akut ağrılı uyarıma inflamatuvar yanıtlarla ilişkili olduğu bulunmuştur (Edwards ve diğerleri, 2008:140). Bu bilgi ışığında ağrı felaketleştirmenin sinir sistemini

hassaslaştırarak ağrı iletiminin güçlenmesini sağladığı söylenmektedir (De Boer ve diğerleri, 2012:1044).

Ağrı felaketleştirme üzerine yapılmış çalışmalardan oluşan geniş bir psikoloji literatürü vardır. Yapılan çalışmalarda ağrı felaketleştirme ağrı deneyiminin bilişsel bileşeni olarak tartışılırken, depresyon ise duygusal belirleyicisi olarak tartışılmaktadır (Sullivan ve diğerleri, 1995:15). Bununla birlikte beyin bölgelerindeki aktivasyonun incelendiği bir çalışmada ağrı felaketleştirmenin depresyondan bağımsız olarak, beyindeki ağrı beklentisinden (medial frontal korteks, serebellum), ağrıya dikkatten (dorsal ACC, dorsolateral prefrontal korteks), ağrının duygusal yönlerinden (klostrum, amigdala ile yakından bağlantılı) ve motor kontrolden sorumlu birçok farklı bölgede artan aktivite ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Gracely ve diğerleri, 2004:). Aynı çalışmada bu bulgular; ağrı felaketleştirmenin dikkat ve beklentiyi etkileyerek ve ağrıya karşı duygusal tepkileri artırarak ağrı algısını etkilediği, beyindeki ağrı felaketleştirmeden sorumlu bölümlerin aktivasyonu ile daha fazla ağrı felaketleştirme üretilmesine neden olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Ağrı felaketleştirme psikopatolojik bilişsel bileşenlerdendir ve diğer bileşenler ile doğrudan ve/veya dolaylı olarak ilişkilidir. Multidisipliner yaklaşım ile tedavi edilen ağrı hastalarında, ağrı felaketleştirme düşüncelerindeki değişikliklerin daha iyi tedavi sonuçları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Jensen ve diğerleri, 2001:661). Ayrıca yakın tarihli bir çalışma, bilişsel yeniden yapılandırmanın engelli bireylerde ağrı şiddetini azaltabileceğini öne sürmektedir (Ehde ve Jensen, 2004:257). Yine engelli bireyler ile yapılan başka bir çalışmada ağrı felaketleştirenlerin felaketleştirmeyenlere oranla daha fazla fiziksel ve psikolojik işlevsizlik gösterdikleri bulunmuştur (Engel ve diğerleri, 2000:229). Miyofasiyal ağrısı olan bir hasta örneğinde aleksitiminin depresyon, öz-yeterlilik ve ağrı felaketleştirme ile ilişkisini araştıran bir çalışmada düşük öz-yeterlilik ve yüksek ağrı felaketleştirme puanları ile orta derecede ilişkili olduğu bulunmuş, aleksitimi olan bireylerin ağrı felaketleştirme ile ortak bir payda paylaştıkları, her ikisinin de negatif afektif deneyim getirmesi sebebiyle ağrı felaketleştirmeye daha yatkın olabilecekleri söylenmiştir (Lumley ve diğerleri, 2002).

Heyneman ve arkadaşları (1990:75-76) sağlıklı bireylerde ağrı felaketleştirmeyi araştırırken dikkat dağıtmanın kendine komut verme kadar ağrı toleransını arttırmadığını fakat az ağrı felaketleştiren bireylerin dikkat dağıtma tekniğinden fayda gördüklerini,

dolayısıyla kronik ağrı hastalarında dikkat dağıtma tekniğinin iş görebilmesi için önce ağrı felaketleştirmenin çalışılmasını gerektiğini öne sürmüşlerdir. Campbell ve arkadaşları (2010:205) tarafından yapılan bir çalışmada da ağrı felaketleştirmenin deneysel olarak oluşturulan ağrıda dikkat dağıtma tekniklerinin ağrı kesici etkisini azalttığı bulunmuştur. Bahsi geçen çalışmaların tamamı ağrı felaketleştirmenin tedavi sonuçlarını etkilediğini ve eğer tedavi sürecinde hedefe alınırsa tedavinin verimliliğinin artabileceğini göstermektedir.

1.7. Ağrı Felaketleştirme ve Metakognisyon (Üstbiliş) Alanında Yapılan Araştırmalar

Metakognitif Teori içeriğinde psikolojik bozuklukların açıklamasını ve tedavi önerisini barındırdığı gibi ağrı ve ağrı bağlantılı fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklar için de önermeler barındırmaktadır. Örneğin geliştirmiş olduğu alternatif dikkatle odaklanma stratejileri anksiyete yönetimi ve koşullu mide bulantısının tedavisinde kullanıldığı gibi ağrı yönetimi müdahalelerinde de tedavi bileşenleri olarak kullanılabilir (Wells, 2002:132). Bunun yanı sıra endişe kavramı ve endişeye verilen yanıtlar formülasyon ve tedavi sürecinde önemli bir yer tutmaktadır. Wells (2011:90) kitabında endişenin felaketleştirmeyi bünyesinde barındırdığını ve subjektif kontrolünün oldukça zor olduğunu yazmıştır. Kaygıyı kalıcı hale getiren bilişsel çarpıtmalar sıralanırken de dikkat kitlenmesi ve felaketleştirme sayılmaktadır (Wells ve Matthews, 2014:5). Metakognitif bir kavramsallaştırma yapıldığında ağrı felaketleştirme, ruminasyon ve endişeye benzer bir başa çıkma stratejisi olarak Bilişsel Dikkat Sendromunun bir parçası olarak düşünülebilir ve dolayısıyla artan ağrı seviyeleri ve başka uyumsuz sonuçlar doğurması beklenecektir (Spada ve diğerleri, 2016:8). Dolayısıyla metakognisyon (üstbiliş) alanında çalışan araştırmacılar için ağrı felaketleştirmeyi de araştırma kapsamlarına alma ihtiyacı doğmuştur.

Ağrı felaketleştirmede metakognisyonların rolü incelenirken yararlanılabilecek modeller vardır. Wells'in (2011) kitabında bahsettiği Metakognitif Model'e benzer olarak "Ağrıyla İlgili Endişenin Yanlış Yönlendirilmiş Problem Çözme Modeli" isimli başka bir model daha mevcuttur. Eccleston ve Crombez'in (2007) modeli, endişenin ağrıyı ortadan kaldırmanın bir yolunu bularak ağrıyla ilişkili rahatsızlığı hafifletme çabası olduğunu öne sürmektedir. Buradaki sıkıntı özellikle kronik ağrılı hastalarda ağrının ortadan kalkmayabileceği gerçeğidir. Schütze (2016:150) modeldeki kısır döngüyü "endişenin

sebat döngüsünde devam ettiği, çünkü sorunun acıya rağmen değerli bir hayatın nasıl yaşanacağı sorusundan ziyade biyomedikal perspektiften ağrıyı azaltma açısından zayıf bir çerçeveye oturduğu” şeklinde açıklamışlardır. Bu açıdan bakıldığında üçüncü dalga tedavilerinin bilişsel içerikler yerine bilişsel süreçleri hedefleyerek ağrı sonuçlarını iyileştirmede başarı sağlayacağı, metakognisyonların (üstbilişlerin) ağrı felaketleştirmeyi açıklamada ve değiştirmede önemli bir rol oynadığı söylenebilir (Schütze, 2016:149).

Ağrı felaketleştirme ve metakognisyon birlikte incelendiğinde ortaya çıkan sonuçlar oldukça ilgi çekicidir. Karma kronik ağrı etiolojisinden gelen 211 katılımcı ile yapılan bir araştırmada daha yoğun ağrı şiddeti ve endişe hakkında olumsuz üstbilişsel inançları olan katılımcıların, daha yüksek seviyelerde ağrı felaketleştirme bildirdikleri, bunun yanı sıra daha yüksek depresyon ve kaygı oranına sahip oldukları bulunmuştur (Ziadni ve diğerleri, 2018:756). Nevrotiklik, endişe ile ilgili metakognitif inançlar, ağrı felaketleştirme ve ağrı davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada sunulan model, nevrotiliğin, endişeyle ilgili olumlu metakognitif inançlar aracılığıyla aktive olan ağrı felaketleştirme üzerinde etkili olduğunu, ağrı felaketleştirmenin ise olumsuz metakognitif inançlar ile gelen ağrı davranışı ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Spada ve diğerleri, 2016:9). Özetle endişe ile ilgili olumlu metakognitif inançların nevrotiliklik ve ağrı felaketleştirme arasındaki ilişkide aracı rol oynadığı, endişe ile ilgili olumsuz metakognitif inançların ise ağrı felaketleştirme ve ağrı davranışı arasındaki ilişkiye aracılık ettiği bulunmuştur (Spada ve diğerleri, 2016:9).

Metakognisyonlar (Üstbilişler), ağrı felaketleştirme ve ağrı kontrol inançları üzerine yapılmış başka bir çalışmada yeniden değerlendirme ve dikkat dağıtma içerikli metakognisyonların (üstbilişlerin) daha fazla kullanımı, ağrı üzerinde daha fazla algılanan kontrol ile ilişkilendirilirken, endişe ve ceza içerikli metakognisyon (üstbiliş) kullanımı ise daha fazla ağrı felaketleştirme ilişkilendirilmiştir (Yoshida ve diğerleri, 2012:207). Bahsi geçen bulgular doğrultusunda araştırmacı, metakognisyonların (üstbilişlerin) hem ağrı kontrol inançları hem de ağrı felaketleştirme ile ilişkili olduğunu ve bu nedenle ağrı ile ilgili bilişsel içeriğin geliştirilmesinde ve/veya sürdürülmesinde önemli bir rol oynayarak hastanın işlevselliğini etkileyebileceğini öne sürmektedir (Yoshida ve diğerleri, 2012:207).

Ağrı felaketleştirme ve metakognisyon üzerine yazılmış bir derlemede; ağrı felaketleştirmenin daha kötü ağrı sonuçlarını tahmin etmede önemli bir parametre olduğu,

ruminasyonun ağrı felaketleştirme ölçülürken altın standart olarak kabul edilebilecek merkezilikte olduğu ve ruminasyonu sekteye uğratmayı amaçlayan üçüncü dalga terapi yöntemlerinin (birisi metakognitif terapi) ağrı felaketleştirme tedavisinde etkili olduğu sonuçları çıkmıştır (Schütze, 2016:151). Ağrı üzerine çalışırken metakognisyonların (üstbilişlerin) dikkate alınması gerektiğini savunan başka araştırmacılar da vardır. Ziadni ve arkadaşları (2018:757) kronik ağrıda psikolojik ve işlevsel durumu anlamaya yönelik mevcut sezgisel çerçevelerin metakognisyon (üstbiliş) içermediğini fakat son çalışmaların, irrasyonel süreçler ve intrusif düşünceler dahil olmak üzere ağrı felaketleştirmenin ötesinde bilişsel süreçleri dikkate almanın önemini ortaya koyduğunu vurgulamaktadırlar.

1.8. FMS ve Ağrı Felaketleştirme

Ağrı da tıpkı FMS gibi tek başına bağımsız bir oluşum değildir; birçok boyutu, sunumu, seviyesi ve sonucu vardır. Ağrı ve FMS deneyimleri sadece fiziksel değildir, duygusal ve bilişsel bileşenleri de vardır. Doku hasarı, ağrı uyaranlarının sinirsel olarak işlenmesinden kaynaklanan ağrı algısı ve ağrı deneyimi arasında bire bir ilişki olmadığından, modern kavramsallaştırmalar ağrıyı, santral sinir sistemi içinde modüle edilen nosiseptif girdinin bireysel algılarının bir sonucu olarak görür (Turk ve Adams, 2016: 367). Yani ağrı felaketleştirme gibi bilişsel bir baş etme yöntemi bireysel algı çerçevesinde kabul edilen ağrı deneyimini değiştirebilme gücüne sahiptir. Literatürde FMS hastaları ile yapılmış pek çok çalışmada karşılaştırıldıkları diğer ağrı gruplarına göre daha fazla ağrı felaketleştirme düşüncelerine sahip oldukları yer almaktadır (Hallberg ve Carlsson, 1998:317; van Wilgen ve diğerleri, 2008;)

Ancak ağrı felaketleştirme tıpkı ağrı deneyimi gibi yalnızca bilişsel düzeyde işleyen bir süreç değildir, duygulanım ile de yakından ilişkilidir. FMS hastaları ile yapılan bir çalışmada, ağrı felaketleştirmenin hastalık tutarlılığıyla negatif, döngüsel bir zaman çizelgesi ve hastalığın duygusal temsili ile pozitif ilişkili olduğu, yaşanan semptomları anlayamama, semptomların zamanla değiştiğini ancak öngörülemez olduğunu düşünme, FMS'yi ciddi bir hastalık olarak görme ve bu hastalığın duygusal sonuçlarını fark etme gibi faktörlerin de felaketleştirmeye katkı sağladığı bulunmuştur (van Wilgen ve diğerleri, 2008:3623). FMS hastalarında fonksiyonel beyin görüntüleme ile yapılan bir çalışmada ise ağrı felaketleştirmenin ağrıya verilen duygusal tepkileri arttırarak, dikkat ve beklentiyi değiştirerek ağrı algısını etkilediği ve ağrı felaketleştirme ile aktive olan

beyin bölgelerinin ağrıya daha canlı cevap vererek daha çok ağrı felaketleştirmeyi beraberinde getirdiği bulunmuştur (Gracely ve diğerleri, 2004:835). FMS ve KBA hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada FMS hastalarının daha yoğun ağrı şiddeti, daha negatif duygulanım ve daha fazla ağrı felaketleştirme düşünceleri bildirdikleri, ayrıca ağrı felaketleştirmenin ağrıya karşı tetikte olma ile de korelasyon gösterdiği ve ağrı şiddeti ile birlikte FMS hastaları ile ağrıya karşı tetikte olma arasındaki ilişkide aracı rol oynadıkları bulunmuştur (Crombez ve diğerleri, 2004:98).

Ağrı felaketleştirme hastalık algısı, yaşam kalitesi, ağrı toleransı ya da fiziksel aktivite toleransı gibi bireylerin tanılar üstü günlük yaşamlarını nasıl sürdürdüklerini etkileyen faktörler ile de ilişkilidir. FMS hastalarının hastalık algıları üzerine yapılan bir araştırmada ağrı felaketleştirme; FMS semptomlarının sınırlı bir şekilde anlaşılması, FMS'nin döngüsel doğası ve hastalığın sebep olduğu duygular ile oluşturulmuş bir duygusal temsil ile ilişkili bulunmuştur (Wilgen ve arkadaşları, 2008:3622). 236'sı FMS olan 433 kronik ağrı hastası ile yapılan oldukça geniş çaplı bir araştırmada, engellilik, yaşam kalitesi ve sağlık gerilediğinde ağrı felaketleştirmenin, semptomların ve ağrı şiddetinin bunlar üzerinde negatif etkisi olduğu, öz-yeterliliğin ise pozitif etkilediği bulunmuştur (Börsbo ve diğerleri, 2010:2). Ağrıya bağlı korkunun FMS hastalarında fiziksel aktivite toleransı üzerindeki rolünü araştıran bir çalışmada korku düzeyi yüksek olan hastaların daha fazla dikkat, ağrı felaketleştirme, sakatlık ve olumsuz duygular bildirdikleri, düşük korku düzeyine sahip hastalara oranla daha fazla ağrı ve hassas noktaya sahip oldukları bulunmuştur (de Gier ve diğerleri, 2003:127).

FMS hastalarının depresyon ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere diğer pek çok psikopatoloji ile de yüksek komorbidite oranına sahip oldukları bilinmektedir. FMS ve ağrı felaketleştirme incelendiğinde depresyon ve anksiyetenin de resimde yer aldığı çeşitli çalışmalar ışığında söylenebilir. FMS ve KBA hastalarını karşılaştıran bir çalışmada ağrı felaketleştirme hem sürekli hem durumsal anksiyete ile pozitif korele ve FMS hastalarının da sürekli kaygı puanları daha yüksek bulunmuş, bu bulgular FMS hastalarının anksiyeteye eğilimli kişiliklere sahip oldukları, bu sebeple durumları olduğundan fazla tehdit edici olarak algıladıkları şeklinde yorumlanmıştır (Hallberg ve Carlsson, 1998:317-318). FMS'li kadın hastalar ile yapılan bir çalışmada depresyon, anksiyete ve ağrı felaketleştirmenin birbirleri ile ilişkili oldukları fakat ağrı şiddeti ile ya da basınçla oluşturulan ağrıya hassasiyet ile ilişkili olmadıkları bulunmuştur (Jensen ve

diğerleri, 2010:3488). Başka bir çalışmada ise daha yüksek ağrı felaketleştiririnin daha yoğun ağrı algılanması, daha fazla ağrı etkileşimi ve daha düşük psikolojik işlevsellik ile ilişkili olduğu gösterilmektedir (Osborne ve diğerleri, 2007:59). Yapılan bir çalışmada FMS semptomlarına odaklanmış aşırı dikkat, ağrıdan korkma ve felaketleştiririnin FMS ile gelen depresyon ve fiziksel engelliliğe katkıda bulunabileceği gösterilmiştir (Turk ve diğerleri, 2004:483). FMS hastalarında depresyon, anksiyete ve ağrı felaketleştiririnin ağrıya duyarlılık, ağrı semptomları ve genel sağlık durumu ile ilişkisini araştıran bir çalışmada bu üç bileşenin (depresyon, anksiyete ve ağrı felaketleştirme) kendi aralarında birbirleri ile ilişkili oldukları fakat deneysel ağrı şiddeti ya da deneysel ağrı sırasında görüntülenen beyin aktivitesi ile ilişkili olmadıkları bulunmuştur (Jensen ve diğerleri, 2010:3494).

Görüldüğü gibi ağrı felaketleştirme, FMS hastalarının baş etmek durumunda kaldıkları pek çok probleme ya katkı sağlamaktadır, ya aracılık etmektedir ya da doğrudan ve/veya dolaylı olarak ilişkilidir. Literatür incelendiğinde ağrı felaketleştiririnin FMS tedavisinin hedeflerine eklenmesinin iyi bir fikir olacağı görülmektedir.

BÖLÜM 2: YÖNTEM

2.1. Araştırma Modeli

Araştırmada, fibromiyalji sendromu (FMS) ve kronik bel ağrısı (KBA) hastalarında, bununla birlikte sağlıklı kontrol grubunda (SKG) depresyon, anksiyete, ağrı şiddeti ,ağrı felaketleştirme ve metakognisyonlar ile ilişkili inceleme yapmak amacıyla genel tarama modeli kullanılmıştır. Genel tarama modeli, evrenden alınacak bir grubun, evrene genelleyebileceğimiz ve evreni temsil edebilecek örneklem üzerinde yapılan tarama düzenlemeleridir (Karasar, 2007:79).

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Özel Nisa Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniği'ne başvuran fibromiyalji, bel ağrısı hastaları ve ağrı şikayeti olmayan hastane personelinden oluşan sağlıklı kontrol grubu oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini ise 2020 Ocak-2020 Aralık tarihleri arasında Özel Nisa Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniğine (NHFTRP) başvuran 18-65 yaş arası, her iki cinsiyetten 56 FMS, 30 KBA ve 37 SKG şeklinde meydana gelmektedir. Toplamda 123 hasta ile yapılan araştırmada 19 yaş altında ve 64 yaş üzerinde olanlar, ileri derecede görme ve işitme kaybı olanlar, her iki hastalığa da aynı zamanda sahip olanlar çalışmaya dâhil edilmemiştir. Araştırma öncesi hastaların tümü araştırma ile ilgili bilgilendirilmiş ve hastaların yazılı onamları alınmıştır. Hastaların çalışmaya dâhil olma kriterleri:

Fibromiyalji hastaları için;

- 18 yaş üstü olma,
- 65 yaş altı olma,
- Asgari düzeyde okur-yazar olma,
- Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmiş olma,
- İleri derecede görme ve işitme kaybına sahip olmama,
- Uzman hekim tarafından FMS tanısı almış olma,
- ACR kriterlerine göre gereken FMS etki anketi puanına ulaşmış olma,

- Yürümeye yardımcı herhangi bir araç kullanmama şeklindedir.

Kronik bel ağrısı hastaları için;

-18 yaş üstü olma,

- 65 yaş altı olma,

- Asgari düzeyde okur-yazar olma,

- Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmiş olma,

- İleri derecede görme ve işitme kaybına sahip olmama,

- Uzman hekim tarafından bel ağrısı tanısı almış olma,

- Yürümeye yardımcı herhangi bir araç kullanmama şeklindedir.

Sağlıklı kontrol grubu için;

-18 yaş üstü olma,

- 65 yaş altı olma,

- Asgari düzeyde okur-yazar olma,

- Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmiş olma,

- İleri derecede görme ve işitme kaybına sahip olmama,

- Güncel olarak fiziksel ağrı şikayeti bulunmama,

- Yürümeye yardımcı herhangi bir araç kullanmama şeklindedir.

Araştırma için etik kurul onayı İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı etik kurulundan alınmıştır. (EK)

2.3. Veri Toplama Araçları

2.3.1. Sosyo-demografik Bilgi Formu

Araştırmaya katılan bireyler hakkında bilgi almak amacıyla araştırmacı tarafından sosyo-demografik bilgi formu hazırlanmıştır. Sosyo-demografik bilgi formunda bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, yürümeye yardımcı araç kullanıp kullanmadığı gibi sorular yer almıştır. (EK-1)

2.3.2. Beck Depresyon Envanteri

Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında bedensel, duygusal, bilişsel ve güdüsel depresif belirtilerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş (Beck ve diğerleri, 1961) bir öz bildirim ölçeğidir. Hastada depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddetini ölçmek amacıyla uygulanır. Toplam 21 sorudan oluşur. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam 0-63 arasında değişebilir. Alınan puan ne kadar yüksekse depresyonun şiddeti o derece fazla olarak yorumlanır. Ölçeği Türkçeye uyarlama çalışması Hisli (1988) tarafından gerçekleştirilmiş ve psikometrik özelliklerinin yeterli olduğu gösterilmiştir. (EK-2)

2.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), hastanın yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir (Beck ve diğerleri, 1988). Toplam 21 sorudan oluşur. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Alınabilecek en yüksek puan ise 63'tür. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Ulusoy ve diğerleri, 1998). (EK-3)

2.3.4. Ağrı Felaketleştirme Ölçeği

Ağrı Felaketleştirme Ölçeği (AFÖ), ağrı içerisinde olan hastanın ağrı hissiyle ilişkili yıkıcı düşünce ve duygularının kapsamını değerlendirmek için oluşturulmuş olan 13 maddelik bir ankettir. Üç alt ölçekten oluşur: çaresizlik, abartılı algı ve ruminasyon. Her bir madde 5 puanlık bir ölçekte puanlanır ve daha yüksek değerler daha büyük yıkıcılığı temsil eder. Alt ölçekler için puanlar, karşılık gelen maddelerin toplamı ile verilmektedir; toplam puan, tüm maddelerin toplamı ile hesaplanır. AFÖ puanları 0 ila 52 puan arasındadır (Sullivan ve diğerleri, 1995). (EK-4)

2.3.5. Üst-Biliş Ölçeği-30

Üst-Biliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30), Cartwright-Hatton ve Wells tarafından 2004 yılında çeşitli üstbilişsel inanç ve süreçleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004). 4'lü likert tipi, toplam 30 maddeden oluşan

özbildirim türü bir ölçektir. Toplam puan aralığı 30-120 dir. Kavramsal olarak birbirinden farklı, fakat birbiriyle ilişki içinde olan beş faktörden oluşmaktadır. Olumlu inanışlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güvensizlik, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık olmak üzere beş boyut değerlendirilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Tosun ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Tosun ve Irak, 2008). (EK-5)

2.3.6. Vizüel Analog Skala (VAS)

Ağrı şiddetini tek boyutta ölçen VAS geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır. VAS'ın tarihsel kökenleri geriye doğru incelendiğinden ilk olarak Hayes ve Patterson (1921) tarafından kullanılıp günümüze kadar ulaştığı görülür. VAS iki ucu etiketlenmiş yatay bir doğru olarak kullanılır. Sol ucunda 'Hiç ağrı olmaması', sağ ucunda ise 'En dayanılmaz ağrı' ibareleri yer almaktadır, hasta o anki durumunu bu çizgi üzerinde işaretler. Sözü geçen yatay doğru parçasının uzunluğu 10 cm'dir ve değerlendirilirken her cm 1 birim olarak hesaplanır. Ağrının hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan kısmın uzunluğu hastanın ağrı şiddetini belirtir. Ağrı şiddeti için bu aralıklar; 3'ten küçükse hafif ağrı, 3-6 aralığıdaysa orta şiddete ağrı, 6'dan büyük bir dereceyse şiddetli ağrı olarak belirtilmiştir (Boonstra ve diğerleri, 2014). (EK-7)

2.3.7. Fibromiyalji Etki Anketi

Fibromiyalji Etki Anketi (FEA)'nin Türkçe versiyonu orijinal FIQ'daki gibi 10 maddeden oluşmaktadır. İlk madde, her biri 0'dan (her zaman yapabilir) 3'e (asla yapamaz) kadar Likert formatında puanlanan günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili 10 sorudan oluşmaktadır. Puanlar toplanır ve fiziksel işlev için bir puan elde etmek üzere geçerli puanların sayısına bölünür. 2. madde, hastanın geçen hafta kendini kaç gün iyi hissettiğini sorgular. 3. madde, geçen hafta kaç gün fibromiyalji ağrısından dolayı iş yapamaz hale geldiğini sorgular. 4.-10. Maddeler, iş yapabilme, ağrı, yorgunluk, sabah yorgunluğu, tutukluk, anksiyete ve depresyon ölçer. 2.-10. maddeler 100 mm görsel analog ölçeklerle ölçülür. Her bir maddenin puanları, 0 ile 10 arasında değişen bir ölçekte standartlaştırılır ve daha yüksek puanlar daha fazla bozulmayı gösterir. 10 alt madde bir araya getirilerek geçerli puan sayısına bölünerek bir fiziksel işlevsellik puanı elde edilir (Ediz ve diğerleri, 2011). (EK-6)

2.4. Verilerin Toplanması

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Ölçekler NHFTRP'nde toplanmıştır. Katılımcılar bu bölüme tedavi amaçlı başvurmuş olan 56 Fibromiyalji ve 30 kronik bel ağrısı hastasından ve ağrı şikayeti ile doktora başvurmamış 37 hastane çalışanından meydana gelmektedir. Hasta gruplarının tanıları uzman doktor tarafından koyulmuş ve tüm katılımcılar ölçekleri doldurmadan önce çalışma hakkında bilgilendirilmişlerdir. Katılımcılara çalışmaya ait bilgilendirici onam formu açıklanarak imzalatılmış ve ölçekler elden uygulanmıştır.

2.5. Verilerin Analizi

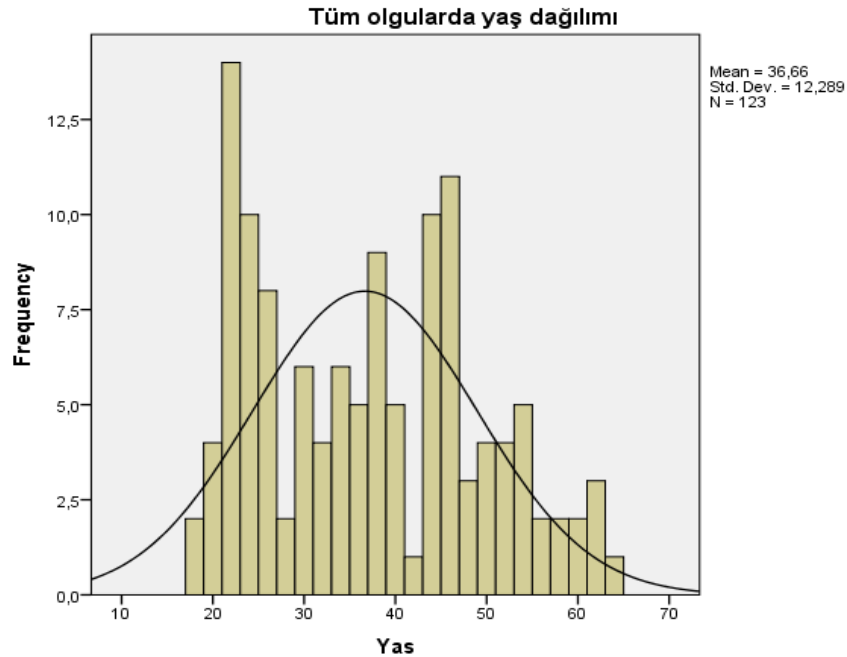
Veriler SPSS 22. versiyon kullanılarak değerlendirildi. Dağılım normalliği Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Grupların kategorik değişkenler yönünden karşılaştırılmasında ki -kare testi kullanılırken yaş, gelir ve ölçek skorları gibi sürekli değişkenler yönünden karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Ölçek skorlarının kendi aralarında karşılaştırılmasında Spearman korelasyon testi kullanıldı. Gruplar arasında anlamlı farklılık gözlenen değişkenlerde farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu araştırmak için yapılan post hoc testlerde Mann Whitney U testi kullanıldı. Post hoc testlerde Bonferroni düzeltmesi ile p değeri 0,0167 ve üzeri anlamlı kabul edilirken, diğer bütün testlerde anlamlılık sınırı $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Bununla birlikte korelasyon tablolarında $p < 0,01$ sınırı için anlamlı olan değerler de belirtilmiştir. Univaryat testlerde VAS ile anlamlı ilişkili olarak bulunan değişkenlerin karıştıracı değişkenlerle ve birbirleriyle kontrol edilmesi amacıyla çoklu lineer regresyonlar Enter yöntemiyle (bağımsız değişkenlerin bir blok halinde tek adımda girilip değerlendirildiği metod) uygulandı.

BÖLÜM 3: BULGULAR

Bu bölümde, katılımcılardan Sosyodemografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Ağrı Felaketleştirme Ölçeği, Üst-Biliş Ölçeği- 30, VAS ve Fibromiyalji Etki Anketi kullanılarak toplanan verilerin analiz edilmesi neticesinde elde edilen bulgular ve bu bulgular temel alınarak yapılan açıklamalar yer almaktadır. Önce demografik bilgiler, sonra betimleyici istatistikler, univaryat analiz bulguları, post hoc test bulguları ve regresyon verileri ele alınacaktır.

3.1. Araştırmaya Katılan Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgiler

Araştırmamıza dahil edilen katılımcıların, genel olarak 95 (%77,2)'i kadın, 28 (%22,8)'i erkektir. Toplam 123 katılımcı dahil edilmiştir. Bunların 77 (%62,6)'si evli, 1 (%0,8)'i boşanmış, 3 (%2,4) tanesi dul, 39 (%31,7)'u bekadır. Katılımcıların 62 (%50,4)'si ortaokul ya da lise mezunu, 58 (%47,2)'i üniversite mezunudur. Gelir düzeyleri 0-2000 TL arasında olan 15 (%12,2), 2001-4000 TL arasında olan 44 (%35,8), 4001-6000 TL arasında olan 23 (%18,7), 6001 TL ve üstü olan 30 (%24,4) katılımcı vardır. Katılımcıların doğum yeri dağılımı köy 29 (%23,6), ilçe 19 (%15,4), şehir 18 (%14,6) ve büyükşehir 54 (%43,9) şeklindedir. Katılımcıların çalışma durumları 17(%13,8)'si öğrenci, 20 (%16,2)'si emekli ve 82 (%66,6)'si çalışıyor şeklindedir.



Grafik 1: Tüm Olgularda Yaş Dağılımı

123 katılımcının tamamının yaş ortalaması $36,66 \pm 12,3$ bulunmuştur.

Tablo 1
Tüm Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişken	Gruplar	N	%
Cinsiyet	Kadın	95	77,2
	Erkek	28	22,8
	Toplam	123	100,0
Medeni Hal	Evli	77	62,6
	Bekar	39	31,7
	Bosanmış	1	,8
	Dul	3	2,4
	Toplam	120	97,6
Meslek	Öğrenci	17	13,8
	Emekli	20	16,2
	Çalışıyor	82	66,6
	Toplam	119	96,6
Eğitim Durumu	Ortaokul ve Lise	62	50,4
	Üniversite	58	47,2
	Toplam	120	97,6
Gelir Düzeyi	0-2000 TL	15	12,2
	2001-4000 TL	44	35,8
	4001-6000 TL	23	18,7
	6001 TL ve Üstü	30	24,4
	Toplam	112	91,1
Doğum Yeri	Köy	29	23,6
	İlçe	19	15,4
	Şehir	18	14,6
	Büyükşehir	54	43,9
	Toplam	120	97,6

N=Kişi Sayısı

3.2. Gruplar Arasında Demografik Özelliklerin Karşılaştırmalı Analizi

Katılımcıların cinsiyet dağılımı FMS grubu için 52 (%92.9) kadın ve 4 (%7.1) erkek, KBA grubu için 16 (%53.3) kadın ve 14 (%46.7) erkek, SKG için 27 (%73) kadın ve 10 (%27) erkek şeklindedir. Cinsiyet dağılımı gruplar arasında anlamlı olarak farklıdır ($p<0.001$).

Katılımcıların medeni halleri incelendiğinde FMS grubunda 44 (%83) evli, 6 (%11.3) bekar ve 1 (%1.9) dul, KBA grubunda 20 (%66.7) evli ve 9 (%30) bekar, SKG'nda 13 (%35.1) evli ve 24 (%64.9) bekar bulunmaktadır. Son iki grupta dul olgu yoktur. Gruplar arasında medeni haller anlamlı düzeyde farklıdır ($p<0.001$).

Katılımcıların ebeveyn durumları incelendiğinde FMS grubunda işaretlemiş olan 48 (%100) danışanın tamamı anne babalarının beraber yaşadıklarını bildirmiştir. KBA grubunda 27 olgu (%90) beraber yaşıyor, 3 (%10) boşanmış, SKG grubunda ise 34 (%97.1) olgu beraber yaşarken, 1 (%2.9) olgunun boşanmış olduğu görülmektedir. Ebeveyn durumları gruplar arasında benzerdir ($p=0,065$).

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde FMS grubunda ortaokul ve lise eğitimi almış 40 (%75.5), üniversite eğitimi almış 13 (%24.5) kişi olduğu, KBA grubunda ortaokul ve lise eğitimi almış 16 (%53.3) üniversite eğitimi almış 14 (%46.7) kişi olduğu, SKG grubunda ortaokul ve lise eğitimi almış 6 (%16.6), üniversite eğitimi almış 31 (%83.8) kişi olduğu bulunmuştur. Katılımcıların eğitim durumları gruplar arasında karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p<0.001$).

Katılımcıların çocukluklarında ebeveynler ya da akrabalar tarafından büyütülme durumları incelendiğinde FMS grubunda 51 (%96.2) anne babası, 2 (%3.8) akrabaları tarafından büyütülmüş katılımcı bulunmaktadır. KBA grubunun (30) ve SKG'nun (37) tamamı anne babaları tarafından büyütülmüş bireylerden oluşmaktadır. Gruplar arasındaki fark incelendiğinde anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p=0,276$).

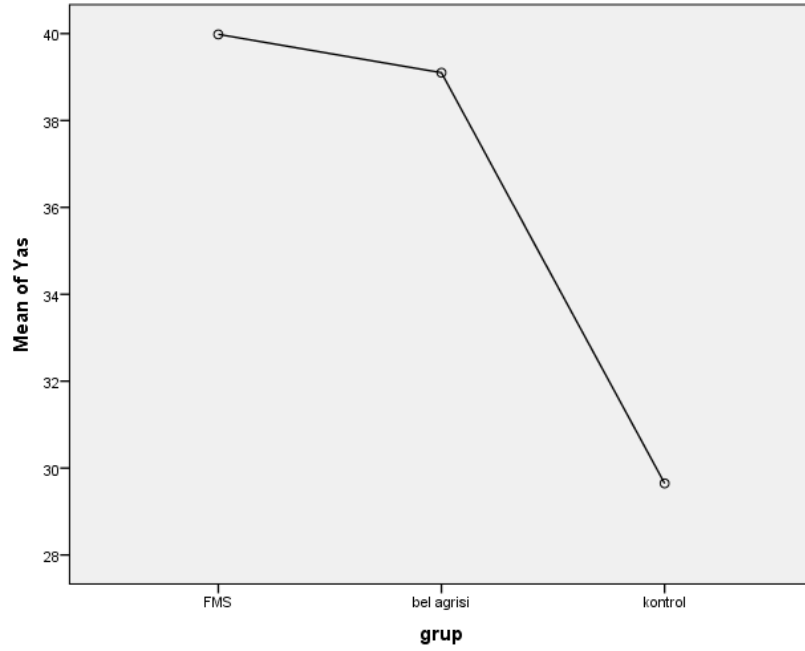
Katılımcıların daha önce psikolojik ya da psikiyatrik desteğe başvurma öyküleri incelendiğinde FMS grubunda 26 (%46.4) katılımcının evet, 30 (53.6) katılımcının hayır yanıtı verdiği görülmüştür. KBA grubunda ise 7 (%23.3) katılımcı evet, 23 (%76.7) katılımcı hayır yanıtı vermiştir. SKG'nda ise 5 (%13.5) kişi evet, 32 (%86.5) kişi hayır şeklindedir. Gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0,002$).

Katılımcıların herhangi bir kronik hastalığa (hipertansiyon, diyabet, osteoartrit, hiperlipidemi vb.) sahip olup olmadıkları incelendiğinde FMS grubunda 16 (%30.2) evet ve 37 (69.8) hayır cevabı gözlenirken, KBA grubunda 2 (%6.9) evet ve 27 (%93.1) hayır cevabı, SKG'nda ise 3 (%8.1) evet ve 34 (%91.9) hayır cevabı gözlenmiştir. Aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=0,006$).

Katılımcıların kimlerle yaşadıkları incelendiğinde FMS grubunda tek başına yaşayan 5 (%9.4), eşiyile yaşayan 40 (%75.5) ve anne babası ile yaşayan 8 (%15.1)

katılımcı vardır. KBA grubunda tek başına yaşayan 4 (%13.3), eşiyile yaşayan 21 (%70) ve anne babası ile yaşayan 5 (%16.7) katılımcı vardır. SKG'nda ise tek başına yaşayan 3 (%8.1), eşiyile yaşayan 14 (%37.1) ve anne babası ile yaşayan 20 (%54.1) katılımcı vardır. Gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p=0,001$).

Katılımcıların doğum yeri incelendiğinde FMS grubunda 17 (%31.1) köy, 6 (%11.3) ilçe, 7 (%13.2) şehir ve 23 (%43.4) büyükşehir doğumlu, KBA grubunda 8 (%26.7) köy, 7 (%23.3) ilçe, 8 (%26.7) şehir ve 7 (%23.3) büyükşehir doğumlu, SKG'nda 4 (%10.8) köy, 6 (%16.2) ilçe, 3 (%8.1) şehir ve 24 (%64.9) büyükşehir doğumlu katılımcı olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p=0,012$).



Grafik 2: Grupların Karşılaştırmalı Yaş Ortalamaları

Gruplar arası yaş ortalaması FMS grubunda 39,98, KBA grubunda 39,10 ve SKG'nda 29.65 şeklinde bulunmuştur. FMS ve KBA grupları yaş ortalamaları birbirlerine oldukça yakın olmakla birlikte, SKG anlamlı olarak farklı bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 2
FMS, KBA ve SKG Grupları Arasında Karşılaştırmalı Demografik Özellikler
Tablosu

Değişken	FMS N=56(%)	KBA N=30(%)	SKG N=37(%)	p
Cinsiyet				<0,001*
Kadın	52(%92.9)	16(%53.3)	27(%73)	
Erkek	4(%7.1)	14(%46.7)	10(%27)	
Medeni Hal				<0,001*
Evli	44(%83)	20(%66.7)	13(%35.1)	
Bekar	6(%11.3)	9(%30)	24(%64.9)	
Boşanmış	1(%1.9)	0(%0)	0(%0)	
Dul	2(%3.8)	1(%3.3)	0(%0)	
Ebeveyn Durumu				0,065
Beraber yaşıyor	48(%100)	27(%90)	34(%97.1)	
Boşanmış	0(%0)	3(%10)	1(%2.9)	
Eğitim Durumu				<0,001*
Ortaokul ve lise	40(%75.5)	16(%53.3)	6(%16.2)	
Üniversite	13(%24.5)	14(%46.7)	31(%83.8)	
Çocukken Kim Büyüttü				0,276
Anne-baba	51(%96.2)	30(%100)	37(%100)	
Akrabalar	2(%3.8)	0(%0)	0(%0)	
Psikiyatri Geçmiş				0,002*
Evet	26(%46.4)	7(%23.3)	5(%13.5)	
Hayır	30(%53.6)	23(%76.7)	32(%86.5)	
Kronik Hastalık				0,006*
Evet	16(%30.2)	2(%6.9)	3(%8.1)	
Hayır	37(%69.8)	27(%93.1)	34(%91.9)	
Kiminle Yaşıyor				0,001*
Tek başına	5(%9.4)	4(%13.3)	3(%8.1)	
Eşiyle	40(%75.5)	21(%70)	14(%37.1)	
Anne-baba ile	8(%15.1)	5(%16.7)	20(%54.1)	
Doğum Yeri				0,012*
Köy	17(%31.1)	8(%26.7)	4(%10.8)	
İlçe	6(%11.3)	7(%23.3)	6(%16.2)	
Şehir	7(%13.2)	8(%26.7)	3(%8.1)	
Büyükşehir	23(%43.4)	7(%23.3)	24(%64.9)	
Yaş Ortalaması				<0,001*
Yaş	39.98	39.10	29.65	

FMS: Fibromiyalji Sendromu; KBA: Kronik Bel Ağrısı; SKG: Sağlıklı Kontrol Grubu; N: Kişi Sayısı;

*: Ki Kare testi ile $p < 0.05$ için anlamlı.

3.3. Araştırılan Ölçeklerin FMS Hastaları, KBA Hastaları ve Sağlıklı Kontrol Grubu Arasında Ortalama Skorlar Açısından Karşılaştırılması

Her üç grupta sayısal değişkenlerin ortalama skorlarının birbirleri ile ilişkisi incelendiğinde;

Katılımcıların BDE skorları incelendiğinde totalde minimum puanın 0, maksimum puanın 40 ve ortalama puanın ise 11,93 olduğu görülmektedir. Gruplar ayrı ayrı incelendiğinde ise FMS grubunda minimum puanın 4, maksimum puanın 40 ve ortalama puanın ise 17,44 olduğu, KBA grubunda minimum puanın 0, maksimum puanın 28 ve ortalama puanın ise 8,03 olduğu, SKG'nda ise minimum puanın 0, maksimum puanın 31 ve ortalama puanın ise 6,92 olduğu görülmektedir ($p<0.001$). BDE ölçeği için 0-9 puan arası hiç ya da minimal depresyon, 10-18 puan arası hafif-orta depresyon, 19-29 puan arası orta-şiddetli depresyon ve 30-63 puan arası şiddetli depresyon olarak tanımlanmıştır (Beck ve diğerleri, 1988:79). Buna göre FMS grubu için ortalama skorun orta-şiddetli depresyon marjına girdiği söylenebilir.

Katılımcıların BAÖ skorları incelendiğinde totalde minimum puanın 0, maksimum puanın 48 ve ortalama puanın ise 12,42 olduğu görülmektedir. Gruplar ayrı ayrı incelendiğinde ise FMS grubunda minimum puanın 3, maksimum puanın 48 ve ortalama puanın ise 18,95 olduğu, KBA grubunda minimum puanın 0, maksimum puanın 26 ve ortalama puanın ise 7,13 olduğu, SKG'nda ise minimum puanın 0, maksimum puanın 41 ve ortalama puanın ise 6,84 olduğu görülmektedir ($p<0.001$). Beck anksiyete ölçeği 8-15 puan arası hafif anksiyete belirtileri, 16-25 puan arası orta düzeyde anksiyete belirtileri, 26-63 puan arası şiddetle düzeyde anksiyete belirtileri olarak tanımlanmıştır (Bardhoshi ve diğerleri, 2016:356). Buna göre FMS grubu için ortalama skorun orta düzeyde anksiyete belirtilerini işaret ederken, KBA ve SKG ortalamalarının eşik altı kaldığı söylenebilir.

Katılımcıların AFÖ skorları incelendiğinde totalde minimum puanın 0, maksimum puanın 51 ve ortalama puanın ise 16,23 olduğu görülmektedir. Gruplar ayrı ayrı incelendiğinde ise FMS grubunda minimum puanın 1, maksimum puanın 51 ve ortalama puanın ise 21,98 olduğu, KBA grubunda minimum puanın 2, maksimum puanın 41 ve ortalama puanın ise 15,83 olduğu, SKG'nda ise minimum puanın 0, maksimum puanın 23 ve ortalama puanın ise 7,86 olduğu görülmektedir ($p<0.001$). AFÖ skoru olarak alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan 52'dir (Sullivan ve diğerleri, 1995). Ölçeğin kesme değeri 17 olarak bulunmuştur (Suren ve diğerleri, 2014:248).

Gruplardan yalnızca FMS grubunun ortalama skorlarının eşik üstünde kaldığı görülmektedir.

FMS hastalarında, AFÖ içerisinde yer alan alt boyutlara ilişkin elde ettikleri ortalama puanlara bakıldığında, Ruminasyon alt boyutunun 7,64; Abartılı Algı alt boyutunun 5,19 ve son olarak Çaresizlik alt boyutunun 9,15 olduğu görülmüştür.

KBA hastalarında, AFÖ içerisinde yer alan alt boyutlara ilişkin elde ettikleri ortalama puanlara bakıldığında, Ruminasyon alt boyutunun 5,59; Abartılı Algı alt boyutunun 4,14 ve son olarak Çaresizlik alt boyutunun 6,1 olduğu görülmüştür.

SKG hastalarında, AFÖ içerisinde yer alan alt boyutlara ilişkin elde ettikleri ortalama puanlara bakıldığında, Ruminasyon alt boyutunun 2,66; Abartılı Algı alt boyutunun 2 ve Çaresizlik alt boyutunun 3,08 olduğu görülmüştür.

AFÖ alt faktörleri gruplar arasında incelendiğinde ruminasyon ($p<0.001$), abartılı algı ($p<0.001$) ve çaresizlik ($p<0.001$) alt boyutlarının tamamında anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir.

Katılımcıların ÜBÖ-30 ölçeği skorlarına bakıldığında totalde minimum puanın 34, maksimum puanın 118 ve ortalama puanın ise 66,29 olduğu görülmektedir. Gruplar ayrı ayrı incelendiğinde ise FMS grubunda minimum puanın 35, maksimum puanın 118 ve ortalama puanın ise 70,47 olduğu, KBA grubunda minimum puanın 41, maksimum puanın 88 ve ortalama puanın ise 64,16 olduğu, SKG'nda ise minimum puanın 34, maksimum puanın 101 ve ortalama puanın ise 61,32 olduğu görülmektedir ($p=0.018$). Üstbiliş-30 ölçeğinden alınan puan minimum 30, maksimum 120 olabilmektedir.

FMS hastalarının, ÜBÖ-30 içerisinde yer alan alt boyutlara ilişkin elde ettikleri ortalama puanlara bakıldığında, Olumsuz Metakognitif İnançlar alt boyutunun 15,06; Kontrol İhtiyacı alt boyutunda 14,56; Olumlu Metakognitif İnançlar alt boyutunda 11,67; Bilişsel Özgüven 13,88; Bilişsel Öz-bilinç alt boyutunda 14,96 olduğu görülmüştür.

KBA hastalarında, ÜBO-30 içerisinde yer alan alt boyutlara ilişkin elde ettikleri ortalama puanlara bakıldığında, Olumsuz Metakognitif İnançlar alt boyutunun 13,43; Kontrol İhtiyacı alt boyutunda 14,11; Olumlu Metakognitif İnançlar alt boyutunda 11,42; Bilişsel Özgüven alt boyutunda 12,44 ve son olarak Bilişsel Öz-bilinç alt boyutunda 13,89 olduğu görülmüştür.

SKG hastalarında, ÜBO-30 içerisinde yer alan alt boyutlara ilişkin elde ettikleri ortalama puanlara bakıldığında, Olumsuz Metakognitif İnançlar alt boyutunun 12,31;

Kontrol İhtiyacı alt boyununun 12,65; Olumlu Metakognitif İnançlar alt boyununun 11,17; Bilişsel Özgüven alt boyununun 11,52 ve son olarak Bilişsel Öz-bilinç alt boyununun 13,91 olduğu görülmüştür.

ÜBÖ-30 alt faktörleri gruplar arasında incelendiğinde olumsuz metakognitif inançlar ($p=0.008$) ve bilişsel özgüven ($p=0.008$) alt faktörleri anlamlı bulunmuşken, kontrol ihtiyacı ($p=0.052$), olumlu metakognitif inançlar ($p=0.858$) ve bilişsel öz-bilinç ($p=0.223$) anlamlı bulunmamıştır.

Katılımcıların FEA skorları incelendiğinde totalde minimum puanın 6, maksimum puanın 103 ve ortalama puanın ise 56,34 olduğu görülmektedir. Gruplar ayrı ayrı incelendiğinde ise FMS grubunda minimum puanın 15, maksimum puanın 103 ve ortalama puanın ise 66,37 olduğu, KBA grubunda minimum puanın 13, maksimum puanın 74 ve ortalama puanın ise 48,42 olduğu, SKG'nda ise minimum puanın 6, maksimum puanın 44 ve ortalama puanın ise 22,33 olduğu görülmektedir ($p<0.001$). Fibromiyalji Etki Anketinde skoların toplamı 100 puana uyarlanacak şekilde hesaplanır. Alınan puan arttıkça FMS şiddeti de artar. (Burckhardt ve diğerleri, 1991;212).

Katılımcıların VAS skorları incelendiğinde totalde minimum puanın 0, maksimum puanın 10 ve ortalama puanın ise 4,82 olduğu görülmektedir. Gruplar ayrı ayrı incelendiğinde ise FMS grubunda minimum puanın 2, maksimum puanın 10 ve ortalama puanın ise 6,85 olduğu, KBA grubunda minimum puanın 1, maksimum puanın 10 ve ortalama puanın ise 5,65 olduğu, SKG'nda ise minimum puanın 0, maksimum puanın 8 ve ortalama puanın ise 1,14 olduğu görülmektedir ($p<0.001$). Katılımcıların, 100mm uzunluktaki doğru üzerine yaptığı işaretleme sonucunda, sol uç kısma (sıfır ağrı) olan uzaklığı ölçülerek VAS puanı belirlenir ve bu puan arttıkça ağrı şiddeti de artmaktadır (Crichton, 2001:706).

Tablo 3
Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeklerinin, Ağrı Felaketleştirme ve Üstbiliş-30 Ölçeklerinin ve Alt Faktörlerinin, Fibromiyalji Etki Anketi'nin ve Vizüel Analog Skala'nın FMS, KBA ve SKG Gruplarına Göre Ortalama Değerleri ve ANOVA Analizi ile Ortalamaların Karşılaştırılma Tablosu

Değişken	FMS				KBA				SKG				F	p
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max		
BDE	17,44	7,525	4	40	8,03	6,150	0	28	6,92	6,116	0	31	33,012	<0,001*
BAÖ	18,95	10,442	3	48	7,13	6,350	0	26	6,84	8,516	0	41	26,858	<0,001*
AFÖ	21,98	12,147	1	51	15,83	10,948	2	41	7,86	6,996	0	23	18,911	<0,001*
Ruminasyon	7,64	4,179	0	16	5,59	4,436	0	15	2,66	2,796	0	10	17,308	<0,001*
Abartılı Algı	5,19	3,217	0	12	4,14	2,949	0	9	2,00	1,971	0	7	13,738	<0,001*
Çaresizlik	9,15	6,008	0	23	6,10	4,585	0	17	3,08	3,193	0	10	16,237	<0,001*
ÜBÖ-30	70,47	16,335	35	118	64,16	13,801	41	88	61,32	13,450	34	101	4,194	0,018*
Negatif MKİ	15,06	4,280	7	24	13,43	3,553	6	20	12,31	4,093	6	21	5,030	0,008*
Kontrol İhtiyacı	14,56	3,956	6	24	14,11	3,017	8	20	12,65	3,356	6	19	3,029	0,052
Pozitif MKİ	116,727	438,455	6	23	114,231	440,157	6	20	111,765	347,694	6	22	0,153	0,858
Bilişsel Özgüven	138,889	425,005	7	24	124,444	386,636	6	19	115,294	358,647	6	21	3,859	0,024*
Bilişsel Öz-bilinç	149,623	335,102	7	24	138,929	335,922	8	20	139,118	296,819	8	19	1,522	0,223
FEA	66,37	16,276	15	103	48,42	17,528	13	74	22,33	15,411	6	44	31,218	<0,001*
VAS	6,85	1,590	2	10	5,65	2,502	1	10	1,14	1,686	0	8	105,981	<0,001*

FMS: Fibromiyalji Sendromu; KBA: Kronik Bel Ağrısı; SKG: Sağlıklı Kontrol Grubu; BDE: Beck Depresyon Envanteri; BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği; AFÖ: Ağrı Felaketleştirme Ölçeği; VAS: Vizüel Analog Skala; ÜBÖ-30: Üstbiliş Ölçeği-30; FEA: Fibromiyalji Etki Anketi; MKİ: Metakognitif İnanç; Mean: Ortalama değer; SD: Standart Deviasyon; Min: Minimum değer; Max: Maksimum değer; *: ANOVA testi ile $p < 0.05$ için anlamlı.

3.4. Araştırılan Ölçeklerin FMS, KBA ve SKG Arasında Ortalama Ranklar Açısından Karşılaştırılması

Her üç grupta sayısal değişkenlerin ortalama sıralarının birbirleri ile ilişkisi incelendiğinde;

Fibromiyalji hastalarında BDE skorları (86.95) gerek bel ağrısı hastalarından (44.53) gerekse kontrol grubundan (37.43) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Fibromiyalji hastalarında BAÖ skorları (86.75) gerek bel ağrısı hastalarından (43.72) gerekse kontrol grubundan (39.36) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Fibromiyalji hastalarının AFÖ toplam skorları (75.20) gerek bel ağrısı hastalarından (59.28) gerekse kontrol grubundan (34.24) anlamlı derecede yüksektir ($p<0,001$). AFÖ alt faktörlerinden “Ruminasyon” skoru FMS grubunda (74.67), KBA grubunda (58.67) ve SKG’nda (35.54) şeklinde bulunmuş ve anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$). Aynı şekilde “Çaresizlik” alt faktörü FMS grubunda (74.98), KBA grubunda (58.97) ve SKG grubunda (37.15) olarak bulunmuş ve anlamlı bir fark gözlenmiştir ($p<0,001$). Son olarak “Abartılı Algı” alt faktöründe FMS (72.45), KBA (62.40), SKG (38.10) bulunmuş ve anlamlı olarak farklı oldukları görülmüştür ($p<0,001$).

Fibromiyalji hastalarının ÜBÖ-30 toplam skorları (65.51) gerek bel ağrısı hastalarından (52.80) gerekse kontrol grubundan (45.18) anlamlı derecede yüksektir ($P=0,013$). ÜBÖ-30’un 5 alt faktörü de incelenmiştir. Bunlardan birincisi “endişenin kontrol edilemezliği ve tehlikesi hakkındaki olumsuz inançlar” 2, 4, 9, 11, 15 ve 21. soruların skor toplamından oluşturulmuştur. Bu skor FMS grubunda (68.14), KBA grubunda (56.57) ve SKG’nda (46.84) bulunmuş ve anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0,013$). İkinci alt ölçek olan “kontrol ihtiyacı” 6, 13, 20, 22, 25 ve 27. soruların skor toplamından oluşmuştur. Bu skor FMS grubunda (63.94), KBA grubunda (60.09) ve SKG’nda (46.90) şeklinde bulunmuş ve anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Üçüncü alt faktör “endişe ile ilgili olumlu inançlar alt faktörü” 1,7,10,19,23 ve 28. sorularının skor toplamından oluşturulmuştur. Bu skor FMS grubunda (59.20), KBA grubunda

(57.12) ve SKG'nda (56.74) bulunmuş, aralarında anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir. Dördüncü alt ölçek “bilişsel özgüven” 8, 14, 17, 24, 26 ve 29. soruların skor toplamından oluşmuştur. Bu skor FMS grubunda (65.69), KBA grubunda (56.50) ve SKG'nda (46.97) bulunmuş, aralarında zayıf sayılabilecek bir anlamlılık görülmüştür (p=0,035). Beşinci ve son olarak “bilişsel öz-bilinçlilik” alt faktörü 3, 5, 12, 16, 18 ve 30. soruların skor toplamlarından oluşmuştur. Bu skor ise FMS grubunda (63.24), KBA grubunda (53.30) ve SKG'nda (53.71) olarak bulunmuş ve anlamlı bir fark olmadığı ortaya çıkmıştır.

Fibromiyalji hastalarının VAS skorları (83.20) gerek bel ağrısı hastalarından (69.43) gerekse kontrol grubundan (22.81) anlamlı derecede yüksektir (p<0,001).

Tablo 4
FMS, KBA ve SKG Arasında Beck Depresyon, Beck Anksiyete Ölçekleri, AFÖ ve ÜBÖ-30 Ölçekleri ve Alt Faktörleri, Fibromiyalji Etki Anketi ve Vizüel Analog Skala Ranklarının Karşılaştırılması

Değişken	FMS	KBA	SKG	p
BDE	86.95	44.53	37.43	<0,001*
BAÖ	86.75	43.72	39.36	<0,001*
AFÖ	75.20	59.28	34.24	<0,001*
Ruminasyon	74.67	58.67	35.54	<0,001*
Çaresizlik	74.98	58.95	37.15	<0,001*
Abartılı Algı	72.45	62.40	38.10	<0,001*
ÜBÖ-30	65.51	52.80	45.18	0,013*
Negatif MKİ	68.14	56.57	46.84	0,013*
Kontrol İhtiyacı	63.94	60.09	46.90	0,60
Pozitif MKİ	59.20	57.12	56.74	0,93
Bilişsel Özgüven	65.69	56.50	46.97	0,035*
Bilişsel Öz-bilinç	63.24	53.30	53.71	0,29
FEA	54.79	33.00	9.83	<0,001*
VAS	83.20	69.43	22.81	<0,001*

FMS: Fibromiyalji Sendromu; **KBA:** Kronik Bel Ağrısı; **SKG:** Sağlıklı Kontrol Grubu; **BDE:** Beck Depresyon Envanteri; **BAÖ:** Beck Anksiyete Ölçeği; **AFÖ:** Ağrı Felaketleştirme Ölçeği; **VAS:** Vizüel Analog Skala; **ÜBO-30:** Üstbilmiş Ölçeği-30; **FEA:** Fibromiyalji etki anketi; **MKİ:** Metakognitif İnanç; *: Kruskal Wallis testi ile p<0.05 için anlamlı.

3.5. Gruplar Arasındaki Farklılıkların Karşılaştırılarak İncelenmesi

Grupların kendi aralarında ikili karşılaştırılmaların yapıldığı post hoc testler sonucu elde edilen bulgularda ($p < 0,0167$) şartını karşılayanlar anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Sosyo-demografik form ile ölçülen yaş değişkeni FMS ve KBA ($p = 0,680$) grupları arasında anlamlı olarak farklı bulunmazken, FMS ve SKG ($p < 0,001$) gruplarında ve KBA ve SKG ($p = 0,002$) grupları arasında anlamlı olarak farklı bulunmuştur.

Gelir değişkeni FMS ve SKG ($p = 0,001$) grupları arasında anlamlı, FMS-KBA ($p = 0,028$) grupları ve KBA-SKG ($p = 0,329$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

BDE ise FMS-KBA ($p < 0,001$) grupları ve FMS ve SKG ($p < 0,001$) grupları arasında anlamlıyken KBA-SKG ($p = 0,249$) grupları arasında anlamlı bulunmamıştır.

BAÖ, FMS-KBA ($p < 0,001$) grupları ve FMS ve SKG ($p < 0,001$) grupları arasında anlamlıyken, KBA-SKG ($p = 0,451$) grupları arasında anlamlı bulunmamıştır.

AFÖ, FMS ve SKG ($p < 0,001$) ve KBA ve SKG ($p = 0,002$) grupları için anlamlı olarak farklı bulunmuşken, FMS ve KBA ($p = 0,032$) grupları arasında bulunmamıştır.

VAS, da benzer şekilde FMS ve SKG ($p < 0,001$) ve KBA ve SKG ($p < 0,001$) grupları için anlamlı olarak farklı bulunmuşken, FMS ve KBA ($p = 0,029$) grupları arasında bulunmamıştır.

ÜBÖ-30, FMS ve SKG ($p = 0,004$) grupları arasında anlamlıyken, FMS ve KBA ($p = 0,122$) grupları ve KBA ve SKG ($p = 0,425$) grupları arasında anlamlı bulunmamıştır.

AFÖ alt ölçeklerinden “Ruminasyon” için; FMS ve KBA ($p = 0,043$) arasında anlamlı değilken, FMS ve SKG ($p < 0,001$), KBA ve SKG ($p = 0,007$) grupları arasında anlamlı bulunmuştur.

AFÖ alt ölçeklerinden “Abartılı Algı” için; FMS ve KBA ($p = 0,185$) grupları arasında anlamlı değilken, FMS ve SKG ($p < 0,001$), KBA ve SKG ($p = 0,003$) grupları arasında anlamlı bulunmuştur.

AFÖ alt ölçeklerinden “Çaresizlik” için; FMS ve KBA ($p = 0,025$) arasında anlamlı değilken, FMS ve SKG ($p < 0,001$), KBA ve SKG ($p = 0,004$) grupları arasında anlamlı bulunmuştur.

ÜBÖ-30 alt faktörlerinden “endişenin kontrol edilemezliği ve tehlikesi hakkındaki olumsuz inançlar” için; MS ve SKG ($p=0,005$) grupları arasında anlamlıyken, FMS ve KBA F ($p= 0,121$), KBA ve SKG ($p=0,211$) grupları arasında anlamlı bulunmamıştır.

ÜBÖ-30 alt faktörlerinden “kontrol ihtiyacı” için; FMS ve KBA ($p= 0,023$), FMS ve SKG ($p=0,566$), KBA ve SKG ($p=0,098$) gruplarının tamamının arasında anlamlı bulunmamıştır.

ÜBÖ-30 alt faktörlerinden “olumlu metakognitif inançlar” için; FMS ve KBA ($p=0,687$), FMS ve SKG ($p=0,851$), KBA ve SKG ($p=0,946$) gruplarının tamamının arasında anlamlı bulunmamıştır.

ÜBÖ-30 alt faktörlerinden “bilişsel özgüven” için; FMS ve KBA ($p= 0,011$) grupları arasında anlamlıyken, FMS ve SKG ($p=0,235$), KBA ve SKG ($p=0,258$) grupları arasında anlamlı bulunmamıştır.

ÜBÖ-30 alt faktörlerinden “bilişsel öz-bilinç” için; FMS ve KBA ($p=0,181$), FMS ve SKG ($p=0,214$), KBA ve SKG ($p=0,921$) gruplarının tamamının arasında anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 5

FMS, KBA ve SKG Gruplarının Yaş ve Gelir Değişkenleri, Depresyon, Anksiyete ve Ağrı Şiddeti Düzeyleri, Metakognisyonlar, Ağrı Felaketleştirme Skorları ve Alt Faktörleri Yönünden Post Hoc Analizi

Değişkenler		FMS-KBA	FMS-SKG	KBA-SKG
Yaş	U	794,500	523,500	311,500
	Z	-0,413	-4,026	-3,075
	P	0,680	<0,001*	0,002*
Gelir	U	440,000	560,000	398,000
	Z	-2,199	-3,290	-0,976
	P	0,028	0,001*	0,329
BDE	U	225,000	218,000	464,000
	Z	-5,523	-6,375	-1,153
	P	<0,001*	<0,001*	0,249
BAÖ	U	232,000	258,000	495,500
	Z	-5,514	-6,112	-0,753
	P	<0,001*	<0,001*	0,451
AFÖ	U	547,000	290,500	278,000
	Z	-2,149	-5,434	-3,101
	P	0,032	<0,001*	0,002*
VAS	U	590,000	59,000	82,000
	Z	-2,183	-7,695	-6,050
	P	0,029	<0,001*	<0,001*
ÜBÖ-30	U	518,000	568,000	373,000
	Z	-1,548	-2,898	-0,798
	P	0,122	0,004*	0,425
Ruminasyon	U	560,000	305,500	308,500
	Z	-2,028	-5,328	-2,715
	P	0,043	<0,001*	0,007*
Abartılı Algı	U	632,500	403,500	302,000
	Z	-1,325	-4,630	-2,939
	P	0,185	<0,001*	0,003*

Çaresizlik	U	538,500	363,500	308,000
	Z	-2,236	-4,959	-2,845
	P	0,025	<0,001*	0,004*
Negatif MKİ	U	598,000	609,500	400,000
	Z	-1,551	-2,826	-1,251
	P	0,121	0,005*	0,211
Kontrol İhtiyacı	U	654,000	672,000	345,500
	Z	-2,271	-,573	-1,656
	P	,023	,566	,098
Pozitif MKİ	U	887,500	696,500	437,500
	Z	-,403	-,188	-,067
	P	,687	,851	,946
Bilişsel Özgüven	U	620,500	611,000	381,500
	Z	-2,558	-1,187	-1,132
	P	,011*	,235	,258
Bilişsel Öz-bilinç	U	748,000	617,500	469,000
	Z	-1,339	-1,243	-,100
	P	,181	,214	,921

FMS: Fibromiyalji Sendromu; **KBA:** Kronik Bel Ağrısı; **SKG:** Sağlıklı Kontrol Grubu; **BDE:** Beck Depresyon Envanteri; **BAÖ:** Beck Anksiyete Ölçeği; **AFÖ:** Ağrı Felaketleştirme Ölçeği; **VAS:** Vizüel Analog Skala; **ÜBÖ-30:** Üstbilis Ölçeği-30; **MKI:** Metakognitif İnanç; **U:** Mann-Whitney U Testi Puanı; **Z:** Standardize Test Puanı; *: Mann-Whitney U Testi için $p < 0,0167$ için anlamlı.

3.6. Tüm Olgularda Yaş, Depresyon, Anksiyete, Ağrı Felaketleştirme, Ağrı Şiddeti Düzeylerinin ve Üstbilislerin Korelasyonu

Katılımcıların yaşları BDE skorları ile anlamlı korelasyon içinde değilken (0.078); BAÖ (0.030), AFÖ (0.003), VAS (<0.001) ve ÜBÖ-30 toplam sonuçları (0.001) ile anlamlı ölçüde ilişkili bulundu. BDE skorları BAÖ (<0.001), AFÖ (<0.001), VAS (<0.001) ve ÜBÖ-30 (<0.001) ile anlamlı ölçüde ilişkili bulundu. BAÖ skorları AFÖ (<0.001), VAS (<0.001) ve ÜBÖ-30 (<0.001) ile anlamlı ölçüde ilişkili bulundu. Ağrı felaketleştirme toplam skorları ağrı şiddeti (<0.001) ve ÜBÖ-30 (<0.001) ile anlamlı ölçüde ilişkili bulundu. Ağrı şiddeti skoru, ÜBÖ-30 (0.002) toplam skoru ile anlamlı ölçüde ilişkili bulundu.

Gruplar içinde VAS ve AFÖ skorları karşılaştırıldığında fibromiyalji hastalarında VAS ve AFÖ anlamlı ölçüde ilişkili bulunurken (0.034), kronik bel ağrısı ve sağlıklı kontrol gruplarında anlamlı ilişki saptanmadı (sırasıyla 0.494 ve 0.432).

Tablo 6
Tüm Olgularda Yaş, Depresyon, Anksiyete, Ağrı Felaketleştirme, Ağrı Şiddeti ve Üstbilişlerin Korelasyon Tablosu

		Yaş	BDE	BAÖ	AFÖ	VAS	ÜBÖ-30
Yaş	r	1,000					
	p	.					
	N	115					
BDE	r	,166	1,000				
	p	,078	.				
	N	114	122				
BAÖ	r	,202*	,667*	1,000			
	p	,030	,000	.			
	N	115	122	123			
AFÖ	r	,279*	,391*	,542*	1,000		
	p	,003	,000	,000	.		
	N	111	116	117	117		
VAS	r	,349*	,483*	,562*	,522*	1,000	
	p	,000	,000	,000	,000	.	
	N	114	121	122	116	122	
ÜBÖ-30	r	,316*	,407*	,420*	,479*	,285*	1,000
	p	,001	,000	,000	,000	,002	.
	N	106	111	112	107	111	112

BDE: Beck Depresyon Envanteri; **BAÖ:** Beck Anksiyete Ölçeği; **AFÖ:** Ağrı Felaketleştirme Ölçeği; **VAS:** Vizüel Analog Skala; **ÜBÖ-30:** Üstbiliş Ölçeği-30; **r:** Korelasyon Katsayısı; **N:** Kişi Sayısı; *: Spearman Korelasyon ile $p < 0.05$ için anlamlı.

3.7. Fibromiyalji Hastalarında Yaş, Depresyon, Anksiyete, Ağrı Felaketleştirme, Ağrı Şiddeti ve Üstbilişlerin Korelasyonu

FMS hastalarının yaşları, ÜBÖ-30 toplam sonuçları (0.003) ile anlamlı ölçüde ilişkili bulunmuşken, BDE (0.134); BAÖ (0.371), AFÖ (0.674), VAS (0.167) ve FEA sonuçları (0.988) ile anlamlı ölçüde ilişkili bulunmamıştır. BDE skorları BAÖ (0.001), AFÖ (0.001), FEA (0.003) ve ÜBÖ-30 (<0.008) ile anlamlı ölçüde ilişkili bulunmuşken VAS (0.116) skorları ile anlamlı ilişki içerisinde bulunmamıştır. BAÖ skorları AFÖ (0.001), VAS (0.020), FEA (<0.001) ve ÜBÖ-30 (0.047) ile anlamlı ölçüde ilişkili bulundu. Ağrı felaketleştirme toplam skorları ağrı şiddeti (0.034), FEA (<0.001) ve ÜBÖ-30 (<0.001) ile anlamlı ölçüde ilişkili bulundu. Ağrı şiddeti skoru, ÜBÖ-30 (0.002) toplam skoru ve

FEA (<0.001) ile anlamlı ölçüde ilişkili bulundu. ÜBÖ-30 toplam skorları ise FEA (0.064) ile anlamlı ilişki içerisinde bulunmamıştır.

Tablo 7
FMS Hastalarında Yaş, Depresyon, Anksiyete, Ağrı Felaketleştirme, Ağrı Şiddeti ve Üstbilişlerin Korelasyon Tablosu

		Yaş	BDE	BAÖ	AFÖ	VAS	ÜBÖ-30	FEA
Yaş	r	1,000						
	p	.						
	N	56						
BDE	r	-0,205	1,000					
	p	0,134	.					
	N	55	55					
BAÖ	r	-0,122	0,425*	1,000				
	p	0,371	0,001	.				
	N	56	55	56				
AFÖ	r	0,059	0,436*	0,444*	1,000			
	p	0,674	0,001	0,001	.			
	N	53	52	53	53			
VAS	r	0,189	0,216	0,312*	0,295*	1,000		
	p	0,167	0,116	0,020	0,034	.		
	N	55	54	55	52	55		
ÜBÖ-30	r	0,400*	0,365*	0,274*	0,568*	0,291*	1,000	
	p	0,003	0,008	0,047	0,000	0,036	.	
	N	53	52	53	50	52	53	
FEA	r	-0,002	0,411*	0,504*	0,525*	0,500*	0,267	1,000
	p	0,988	0,003	0,000	0,000	0,000	0,064	.
	N	51	50	51	49	50	49	51

BDE: Beck Depresyon Envanteri; **BAÖ:** Beck Anksiyete Ölçeği; **AFÖ:** Ağrı Felaketleştirme Ölçeği; **VAS:** Vizüel Analog Skala; **ÜBÖ-30:** Üstbiliş Ölçeği-30; **r:** Korelasyon Katsayısı; **N:** Kişi Sayısı; *: Spearman Korelasyon ile $p < 0.05$ için anlamlı.

3.8. Kronik Bel Ağrısı Hastalarında Yaş, Depresyon, Anksiyete, Ağrı Felaketleştirme, Ağrı Şiddeti ve Üstbilişlerin Korelasyonu

Katılımcıların yaşları BDE (0.866); BAÖ (0.806), AFÖ (0.714), VAS (0.080) ve ÜBÖ-30 toplam sonuçları (0.331) ile anlamlı ilişki içerisinde bulunmamıştır. BDE skorları da benzer şekilde BAÖ (0.315), AFÖ (0.239), VAS (0.858) ve ÜBÖ-30 (0.931) toplam skorları ile anlamlı ilişki içerisinde bulunmamıştır. BAÖ skorları AFÖ (0.110) ve VAS (0.078) skorları ile anlamlı ilişki içerisinde bulunmamışken, ÜBÖ-30 (0.029) skorları ile anlamlı ölçüde ilişkili bulunmuştur. Ağrı felaketleştirme toplam skorları ağrı şiddeti (0.494) ve ÜBÖ-30 (0.114) ile anlamlı ilişki içerisinde bulunmamıştır. Ağrı şiddeti

skoru da benzer şekilde ÜBÖ-30 (0.238) toplam skoru ile anlamlı ölçüde ilişkili bulunmamıştır.

Tablo 8
KBA Hastalarında Yaş, Depresyon, Anksiyete, Ağrı Felaketleştirme, Ağrı Şiddeti ve Üstbilişlerin Korelasyon Tablosu

		Yaş	BDE	BAÖ	AFÖ	VAS	ÜBÖ-30
Yaş	r	1,000					
	p	.					
	N	30					
BDE	r	,032	1,000				
	p	,866	.				
	N	30	30				
BAÖ	r	-,047	,315	1,000			
	p	,806	,090	.			
	N	30	30	30			
AFÖ	r	-,071	-,226	,303	1,000		
	p	,714	,239	,110	.		
	N	29	29	29	29		
VAS	r	-,325	,034	,327	,132	1,000	
	p	,080	,858	,078	,494	.	
	N	30	30	30	29	30	
ÜBÖ-30	r	,203	-,018	,437*	,324	-,245	1,000
	p	,331	,931	,029	,114	,238	.
	N	25	25	25	25	25	25

BDE: Beck Depresyon Envanteri; **BAÖ:** Beck Anksiyete Ölçeği; **AFÖ:** Ağrı Felaketleştirme Ölçeği; **VAS:** Vizüel Analog Skala; **ÜBO-30:** Üstbiliş Ölçeği-30; **r:** Korelasyon Katsayısı; **N:** Kişi Sayısı; *: Spearman Korelasyon ile $p<0.05$ için anlamlı.

3.9. FMS ve KBA Gruplarında AFÖ ve ÜBÖ-30 Alt Faktörlerinin Karşılaştırılması

AFÖ ve ÜBÖ-30 alt faktörlerinin karşılaştırılması sonrasında, AFÖ alt faktörlerinin tamamının kendi aralarında korele oldukları görülmüştür ($p<0.001$). Aynı şekilde ÜBÖ-30 alt faktörlerinin tamamı da kendi aralarında koreledir ($p<0.001$).

ÜBÖ-30 “kontrol ihtiyacı” alt faktörü ile ilgili skorlar, ağrı felaketleştirmenin ruminasyon ($p=0.001$), abartılı algı ($p=0.003$) ve çaresizlik ($p=0.011$) alt faktörlerinin tamamı ile anlamlı ölçüde ilişkili bulundu.

Aynı şekilde ÜBÖ-30 “endişenin kontrol edilemezliği ve tehlikesi hakkındaki negatif inançlar” alt faktörü de, ağrı felaketleştiririnin her üç alt faktörü ile anlamlı ölçüde ilişkili bulundu ($p<0.001$).

ÜBÖ-30 “olumlu metakognitif inançlar” alt faktörü ile ilgili skorlar, ağrı felaketleştiririnin ruminasyon ($p=0.001$), abartılı algı ($p=0.001$) ve çaresizlik ($p=0.006$) alt faktörlerinin tamamı ile anlamlı ölçüde ilişkili bulundu.

ÜBÖ-30 “bilişsel özgüven” alt faktörü ile ilgili skorlar, ağrı felaketleştiririnin ruminasyon ($p=0.001$), abartılı algı ($p=0.001$) ve çaresizlik ($p=0.003$) alt faktörlerinin tamamı ile anlamlı ölçüde ilişkili bulundu.

ÜBÖ-30 “bilişsel öz-bilinç” alt faktörü ile ilgili skorlar, ağrı felaketleştiririnin ruminasyon ($p=0.003$), abartılı algı ($p=0.001$) ve çaresizlik ($p=0.010$) alt faktörlerinin tamamı ile anlamlı ölçüde ilişkili bulundu.

Tablo 9**FMS ve KBA Hastalarında AFÖ ve ÜBÖ-30 Alt Faktörlerinin Spearman Korelasyon Tablosu**

Alt Faktörler		Ruminasyon	Abartılı Algı	Çaresizlik	Negatif MKİ	Kontrol İhtiyacı	Pozitif MKİ	Bilişsel Özgüven	Bilişsel Öz-bilinç
AFÖ	r	1,000							
Ruminasyon	p	.							
	N	82							
AFÖ	r	,671*	1,000						
Abartılı	p	,000	.						
Algı	N	82	82						
AFÖ	r	,767*	,743*	1,000					
Çaresizlik	p	,000	,000	.					
	N	82	82	82					
ÜBÖ-30	r	,430*	,426*	,426*	1,000				
Negatif MKİ	p	,000	,000	,000	.				
	N	79	79	79	82				
ÜBÖ-30	r	,366*	,334*	,287*	,562*	1,000			
Kontrol İhtiyacı	p	,001	,003	,011	,000	.			
	N	78	78	78	81	81			

ÜBÖ-30	r	,376*	,368*	,308*	,438*	,684*	1,000		
Pozitif MKİ	p	,001	,001	,006	,000	,000	.		
	N	78	78	78	80	79	81		
ÜBÖ-30	r	,363*	,376*	,336*	,419*	,476*	,499*	1,000	
Bilişsel Özgüven	p	,001	,001	,003	,000	,000	,000	.	
	N	78	78	78	81	80	80	81	
ÜBÖ-30	r	,333*	,356*	,290*	,548*	,576*	,450*	,496*	1,000
Bilişsel Öz-bilinç	p	,003	,001	,010	,000	,000	,000	,000	.
	N	78	78	78	80	79	79	79	81

AFÖ: Ağrı Felaketleştirme Ölçeği; **ÜBÖ-30:** Üstbiliş Ölçeği-30; **MKİ:** Metakognitif İnanç; **N:** Kişi Sayısı; **r:** Korelasyon Katsayısı; *****: Spearman Korelasyon ile $p < 0.05$ için anlamlı.

3.10. Lineer Çoklu Regresyon Analizi

Kontrol grubu için ağrı bir kriter olmadığından testten önce kontrol grubu çalışma grubundan çıkartılarak sadece FMS ve KBA grubu ile testler uygulanmıştır. Böylece grup değişkeni doğrudan modele alınabilmiştir.

Enter yöntemi kullanılarak yapılan regresyonlarda ağrı şiddetini ölçen VAS bağımlı değişken olarak alınmıştır. VAS skorları ile anlamlı olarak ilişkili olan değişkenler karıştırıcı değişkenlerle birlikte bağımsız değişkenler olarak modele alınmışlardır. İlk olarak FMS veya KBA hastası olma, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi, psikometrik ölçek skorları (BDE, BAÖ, AFÖ, ÜBÖ-30) ve FEA Çoklu Doğrusal Bağlantı (ÇDB) yönünden incelenmiştir.

Kabul edilebilir sınırın üzerinde ÇDB sorununa yol açan değişkenler elenmiştir. Sonuçta VAS skorları bağımlı değişken; hasta grubu ($p=0,306$), yaşı ($p=0,718$), cinsiyeti ($p=0,224$), eğitimi ($p=0,685$), gelir düzeyi ($p=0,985$), BDE skorları ($p=0,657$), ÜBÖ-30 “Negatif Metakognitif İnançlar” alt faktörü ($p=0,151$) ve AFÖ “Çaresizlik” alt faktörü ($p=0,042$) bağımsız değişkenler olarak modele alındığında bu değişkenlerin toplam etkisi anlamlı bulunmuştur ($F=2.15$; $p=0.044$, Uyarlanmış $R^2=0.12$). Regresyon sonucunda VAS üzerinde bağımsız etkisi saptanan tek değişken ise AFÖ “Çaresizlik” alt faktörü olmuştur (Tablo 10).

Yarı kısmi korelasyonlar esas alındığında AFÖ “Çaresizlik” alt skorlarının VAS skorlarındaki değişimden % 5,7 oranında sorumlu olduğu bulunmuştur (Tablo 10).

Tablo 10

FMS ve KBA Gruplarında Ağrı Şiddetine Etki Eden Grup, Yaş, Cinsiyet, Eğitim, Gelir, Depresyon, Olumsuz Metakognitif İnançlar ve Çaresizlik Faktörlerinin Lineer Çoklu Regresyon Analizi Tablosu

Değişken	β	SH	Std. β	p	rp
Sabit	9,344	1,906		,000	
Grup	-,669	,647	-,159	,306	-,132
Yaş	-,009	,024	-,048	,718	-,047
Cinsiyet	-,778	,633	-,164	,224	-,157
Eğitim	-,224	,548	-,052	,685	-,053
Gelir	,005	,255	,002	,985	,002
BDE	,017	,037	,070	,657	,058
Negatif MKİ	-,096	,066	-,202	,151	-,184
Çaresizlik	,095	,046	,281	,042*	,259

BDE: Beck Depresyon Envanteri; **MKİ:** Metakognitif İnançlar; **β :** Beta, **Std.:** Standart, **SH:** Standart Hata, **rp:** Kısmi Korelasyon; *:Enter metodu ile Lineer Regresyon sonucunda $p < 0.05$ için anlamlı. Uyarlanmış R^2 : 0.12.

Daha sonra aynı işlem yalnızca FMS grubu üzerinden tekrarlanmış ve bu grupta bağımsız olarak risk faktörü olan herhangi bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 11) ($F=1.39$; $p=0.237$, Uyarlanmış $R^2=0.06$).

Tablo 11

Fibromiyalji Hastalarında Gruplarında Ağrı Şiddetine Etki Eden Yaş, Cinsiyet, Eğitim, Gelir, Depresyon, Olumsuz Metakognitif İnançlar ve Çaresizlik Faktörlerinin Lineer Çoklu Regresyon Analizi Tablosu

Değişken	β	SH	Std. β	p	rp
Sabit	5,778	1,834		,003	
Yaş	,022	,024	,160	,350	,154
Cinsiyet	-,635	,822	-,121	,445	-,126
Eğitim	-,396	,539	-,114	,467	-,120
Gelir	,094	,263	,058	,722	,059
BDE	,016	,034	,088	,630	,080
Negatif MKİ	,006	,065	,016	,932	,014
Çaresizlik	,083	,044	,341	,068	,295

BDE: Beck Depresyon Envanteri; **MKİ:** Metakognitif İnançlar; **β :** Beta, **Std.:** Standart, **SH:** Standart Hata, **rp:** Kısmi Korelasyon; Enter metodu ile Lineer Regresyon sonucunda $p < 0.05$ için anlamlı. Uyarlanmış R^2 : 0.06

FMS ve KBA gruplarında grup değişkeni dışında aynı değişkenlerle yapılan regresyonlar sonucunda FMS hastalarında anlamlı ilişkide kalan değişken bulunmazken, KBA grubunda “olumsuz metakognitif inançlar” alt skorları VAS skorları ile bağımsız olarak ilişkili bulunmuştur ($F=2.25$; $p=0.085$, Uyarlanmış $R^2=0.27$).

Bel ağrısı grubunda negatif MKİ alt skorlarının VAS değerlerindeki değişimden %22,7 oranında sorumlu olduğu hesaplanmıştır (Tablo 12).

Tablo 12

Kronik Bel Ağrısı Hastalarında Gruplarında Ağrı Şiddetine Etki Eden Yaş, Cinsiyet, Eğitim, Gelir, Depresyon, Olumsuz Metakognitif İnançlar ve Çaresizlik Faktörlerinin Lineer Çoklu Regresyon Analizi Tablosu

Değişken	β	SH	Std. β	p	rp
Sabit	14,114	3,749		,002	
Yaş	-,075	,067	-,344	,279	-,270
Cinsiyet	-,384	1,285	-,077	,769	-,074
Eğitim	-,229	1,395	-,045	,872	-,041
Gelir	-,009	,508	-,004	,986	-,005
BDE	,045	,174	,065	,798	,065
Negatif MKİ	-,399	,149	-,549	,016*	-,558
Çaresizlik	,056	,139	,099	,693	,100

BDE: Beck Depresyon Envanteri; **MKİ:** Metakognitif İnançlar; **β :** Beta, **Std.:** Standart, **SH:** Standart Hata, **rp:** Kısmi Korelasyon; *:Enter metodu ile Lineer Regresyon sonucunda $p < 0.05$ için anlamlı. Uyarlanmış R^2 : 0.27

BÖLÜM 4: TARTIŞMA

4.1. Demografik Değişkenlere Yönelik Elde Edilen Bulguların Yorumlanması ve Tartışılması

Fibromiyalji sendromunun cinsiyet dağılımı incelendiğinde kadın popülasyonda görülme sıklığının erkek popülasyona oranla daha fazla olduğu pek çok çalışma sonucunda ortaya çıkmaktadır (Yoshikawa ve diğerleri, 2010:473; Berger ve diğerleri, 2007:1498; Wolfe ve diğerleri, 1995a:15). Bizim çalışmamızda da bulgular literatürü destekler niteliktedir. Bununla birlikte, cinsiyet prevalansının bu denli farklı olması bir cinsiyetin diğerinden daha sık sağlıkla ilgili yardım arama davranışı gösteriyor olması da olabilir.

Literatür demografik dağılım yönünden incelendiğinde erkek FMS hastaları üzerine yapılan çalışmaların oldukça az olduğu, var olan çalışmaların da kadın ve erkek FMS hastalarını karşılaştıran çalışmalar olduğu görülmektedir (Yunus ve diğerleri, 2000; 2004; Wolfe ve diğerleri, 1995). Yaygın olarak bu alanda yapılan çalışmalar kadın FMS hastaları üzerine yapılandırılmaktadır.

FMS yaygınlığının yaş ile ilişkisi incelendiğinde yaşlılık ile arttığı bulunmuştur (Wolfe ve diğerleri, 1995:19). Araştırmamızın sonucunda elde edilen bulgularda FMS ve KBA hastaları arasında böyle bir ilişkiye rastlanmamıştır. Bununla birlikte her iki grup SKG'ndan anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Fakat bunun sebebi araştırmaya katılan SKG gönüllülerinin hastane çalışanlarından (doktor, hemşire, hostes ve sekreter) oluşması ve bu popülasyonda genç nüfusun ağırlıkta olması olabilir. Dolayısıyla yaş değişkeni baz alındığında bizim bulgularımız literatür ile paralellik göstermemektedir.

FMS hastalarının yüksek oran gösterdiği bir diğer demografik değişken eğitim düzeyleridir. FMS hastalarının prevalansının incelendiği bir çalışmada lise eğitimlerini tamamlayamama ve düşük gelirli ev ortamı genel popülasyona oranla oldukça yüksek bulunmuştur (Wolfe ve diğerleri, 1995:23). Bizim araştırmamızda da üniversite eğitimi almış FMS hastalarının oranı KBA hastalarına ve SKG'na oranla oldukça düşük kalmaktadır. Bu anlamda araştırma bulguları literatürü destekler niteliktedir.

FMS hastalarında boşanma oranlarının diğer romatizmal hastalıkları olanlara ve genel popülasyondakilere göre önemli ölçüde daha yüksek olduğu bulunmuştur Hawley

ve diğeri, 1991). Bizim bulgularımız böyle bir boşanma oranını desteklememekle beraber, FMS hastalarında evli olma durumunun daha yaygın bulunduğu çalışmaları desteklemektedir (Wolfe ve diğeri, 1995:26).

FMS hastalarının daha önce psikolojik ya da psikiyatrik desteğe başvurma öyküleri incelendiğinde KBA hastalarına ve SKG'na oranla daha yüksek bir oran olduğu bulunmuştur. Amerika'da bir sağlık sigortası veri tabanı kullanılarak yapılan bir incelemede tıbbi eş tanılarının yanı sıra FMS hastalarının depresyon ve anksiyete dahil olmak üzere duyu durum bozukluklarına sahip oldukları ve istisnasız olarak bu tıbbi ve psikiyatrik komorbiditelerin yaygınlığının, FMS hastaları arasında, FMS tanısı olmayan yaş ve cinsiyet uyumlu hastalara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur (Berger ve diğeri, 2007:1504). Literatürde geçen başka bir araştırmada FMS hastalarının geçmiş ya da devam eden depresyon şikayeti ya da tedavi öyküsü olduğu, hatta aile üyelerinde de bulunduğu gösterilmiştir (Wolfe ve diğeri 1995:25). Bizim çalışmamız psikolojik ya da psikiyatrik desteğe başvurma öyküleri incelendiğinde FMS hastaları için literatürü desteklerken, aile öyküsü anlamında psikiyatrik tanı ya da tedavide anlamlı bir fark bulmamıştır.

4.2. Tüm Olgularda Değişkenler Arasındaki İlişkilere Yönelik Elde Edilen Bulguların Yorumlanması ve Tartışılması

Bu bölümde FMS, KBA ve SKG olmak üzere her üç gruba ait toplamda 123 katılımcının tamamı değerlendirilmiş, gruplar arası farklılara bakılmadan değişkenlerin birbirleri ile nasıl bir ilişki içerisinde olduğu incelenmiştir.

4.2.1. Tüm Olgularda Sayısal Değişkenlerin Birbirleri ile İlişkilerine Ait Bulguların Yorumlanması ve Tartışılması

Araştırma sonucunda katılımcıların yaşlarının yüksek olması depresyon düzeylerinin yüksek olması ile ilişkili bulunmazken anksiyete düzeyleri ile korelasyon içinde olduğu bulunmuştur. Literatürde ergen grubu ile yapılan bir çalışmada ergenlerde yaş arttıkça depresyon ve anksiyete düzeylerinin de yükseldiği, psikiyatrik bozuklukların yaygınlığının yaşla arttığı görülmektedir (Akça ve diğeri, 2018: 262). 55 yaş altı unutkanlık şikayeti ile kliniğe başvuran hastalar ile yapılan bir çalışmada yaşlılık belirtileri gösterenlerin kontrol grubuna oranla hem depresyon hem de anksiyete ölçeklerinde daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur (Söğütü ve Alaca, 2019:20).

Literatürde yaş ile birlikte depresyon ve anksiyete düzeyleri de yükselirken, bizim çalışmamızda yalnızca anksiyete düzeyleri yaş ile ilişkili bulunmuştur.

Araştırmada yaş faktörü ağrı felaketleştirme ve ağrı şiddeti ile de ilişkili bulunmuştur. FMS hastalarında ağrıdan ve aktiviteden korkma prevalansını araştıran bir çalışmada yaş ve ağrı korkusu arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Turk ve diğerleri, 2004:486). Kadın FMS hastalarında hastalık algısının ağrı ve depresyonla ilişkisini inceleyen bir araştırmada ağrı şiddeti ve yaş arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (Sönmez ve diğerleri, 2015:333). Dolayısıyla ağrı şiddeti ve ağrı felaketleştirmenin yaş ile ilişkisi bizim araştırmamızda literatürden farklı olarak anlamlılık değerinde bulunmuştur.

Ağrı şiddeti ile depresyon ilişkisi incelendiğinde depresyon düzeyleri arttıkça ağrı şiddetinin de arttığı bulunmuştur. Sönmez ve arkadaşları (2015:332) tarafından yapılan bir araştırmada FMS hastalarının depresyon düzeyleri ve ağrı şiddetleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Benzer şekilde FMS'li ve romatoid artritli hastalarda ağrıyı etkileyen faktörleri araştıran bir çalışmada anksiyete ve depresyonun ağrı şiddeti üzerinde bir rolü olmadığı bulunmuştur (Trovato ve diğerleri, 2010:337). Fakat FMS'li kadın hastalarla yapılan başka bir çalışmada bu hastalarda hem depresyon düzeylerinin hem de anksiyete düzeylerinin ağrı şiddeti ile ilişkili olduğu, bununla birlikte depresyondansa anksiyete şiddetinin ağrı şiddeti ile daha ilişkili olduğu bulunmuştur (Evren ve diğerleri, 2005:73). Bizim çalışmamızda da ağrı şiddeti ve anksiyete arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Literatürde depresyon/anksiyete ve ağrı şiddeti arasındaki ilişki tartışmalı olsa da ağrı deneyimini psikokolojik zorlantılardan ayırmak oldukça zordur. FMS hastalarının ağrıyı algılayışlarını araştıran bir çalışmada, hastaların ağrı başlangıcını sıklıkla ilişki sorunları veya yas gibi ruhsal olaylarla bağdaştırdıkları bulunmuştur (Cedraschi ve diğerleri, 2013:268).

Çalışmamızda ağrı felaketleştirme yaş, depresyon, anksiyete, ağrı şiddeti ve metakognisyonlar ile ilişkili bulunmuştur. Literatürde de ağrının şiddeti ve felaketleştirme düşüncelerinin yoğunluğu ilişkili gösterilmiştir (Osborne ve diğerleri, 2007:52). Benzer şekilde FMS hastalarındaki sürekli kaygının felaketleştirme düşünceleri ile pozitif, hastalıkla başa çıkma yöntemleri ile negatif ilişkili olduğu bulunmuştur (Hallberg ve Carlsson, 1998:317). Bu bağlamda bizim bulgularımız da

anksiyete ve ağrı felaketleştirme arasında ilişki saptamış olup literatür ile paralellik göstermiştir.

Ağrı felaketleştirme; ruminasyon, abartılı algı ve çaresizlik bileşenleri dolayısıyla başa çıkma stratejilerine yardımcı olmamaktadır. Yapılan çalışmalarda ağrı felaketleştirmenin daha yoğun ağrı şiddeti, artan ağrı etkileşimi ve daha zayıf psikolojik işlevsellik ile önemli oranda ilişkili olduğu bulunmuştur ve bu bulgular literatürdeki birincil sağlık problemi ağrı olan kişiler için felaketleştirmenin daha kötü sonuçlar doğurduğu bilgisini desteklemektedir (Osborne ve diğerleri, 2007:59). Hem ağrı ile başa çıkma hem de hastalıktan iyileşme süreçlerinde psikolojik işlevselliğin rolü yadsınamaz. Ağrı felaketleştirme ve depresyon arasında bariz bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin potansiyel olarak acı verici durumların beklentisiyle artan duygusal sıkıntı beklentileriyle açıklanabileceği savunulmaktadır (Sullivan ve diğerleri, 2001b:148). Yani ağrı beklentisi psikolojik işlevsizlik beklentisini beraberinde getirmektedir.

Anksiyete de diğer psikolojik olgular gibi pek çok yüzeye sahiptir. Bunlar 4 kategori altında incelenebilir: Özel-duygusal bileşenler (gerginlik ve kaygı), bilişsel bileşenler (vesveseler ve baş edememe düşünceleri), fizyolojik bileşenler (kalp atış hızı, kan basıncının artması, gergin kaslar, nefes alış-verişin hızlanması, ağız kuruması, mide bulantısı, idrar ihtiyacı, ishal vs.) ve davranışsal bileşenler (kaçınma, performansın azalması ve artan irkilme) (Barlow, 2004:64; Sarıçam ve diğerleri, 2015:40-41). Anksiyete bileşenlerinin bir kısmının (gerginlik, vesvese, baş edememe düşünceleri, gergin kaslar, kaçınma, performansın azalması) depresyon bileşenleri ile ortaklık gösterdiği görülmektedir. Huppert'a (2009:576) göre hastaların 20%-40% 'nda depresyon ve anksiyete komorbidite göstermektedir. Bizim çalışmamızda da katılımcıların depresyon ve anksiyete düzeyleri literatür ile paralel olarak birbirleriyle ilişkili bulunmuştur.

Katılımcıların işlevsiz metakognisyonları diğer değişkenler (yaş, depresyon, anksiyete, ağrı şiddeti, ağrı felaketleştirme) ile ilişkili bulunmuştur. Araştırmacılar metakognisyonların (üstbilişlerin) sözlü iletişim, sözlü ikna, sözlü anlama, okuduğunu anlama, yazma, dil edinimi, dikkat, hafıza, problem çözme, sosyal biliş ve çeşitli özdenetim ve öz-talimat türlerinde önemli bir rol oynadığını bulmuşlardır (Flavell, 1979:906). Dolayısıyla yaş ve metakognisyon ilişkisi incelendiğinde bu alanlarda düşük işlevsellik ile paralel olan yaşlar dolaylı olarak metakognisyon ile de bağlantılıdır.

Depresyon ve anksiyete tedavilerinde işlevsiz metakognisyonları hedef alan Metakognitif Terapi kullanımının etkinliği yapılan çalışmalarda açıkça görülmektedir. Metakognitif Terapi kullanılan tedaviler sonucu öz bildirim ve görüşmeci derecelendirmeleriyle değerlendirilen depresyon ve anksiyete belirtilerinde önemli ölçüde gelişmeler olduğu saptanmıştır (Wells, 2011:245; Wells ve diğerleri, 2008).

Metakognisyonlar ve ağrı felaketleştirme ilişkisi incelendiğinde ise ağrı felaketleştiririnin, ruminasyon ve endişeye benzer bir başa çıkma stratejisi olarak düşünülebileceği söylenmektedir (Spada ve diğerleri, 2016:8). Dahası, yapılan bir araştırma sonucunda Bilişsel Dikkat Sendromu'nun endişe ve ceza biçimindeki yönlerinin ağrı felaketleştirme ile ilişkili olduğu ve ağrıyla ilgili düşünce ve davranışların sürdürülmesinde rol oynayabileceği bulunmuştur (Yoshida ve diğerleri, 2012:207).

Metakognisyon ve ağrı şiddeti arasındaki ilişki incelendiğinde ise ilk akla gelen ağrı şiddetinin metakognisyon ile ilişkili diğer kavramlar ile (anksiyete, depresyon, ağrı felaketleştirme vs.) oldukça etkileşim halinde olduğudur. Ancak literatürde ağrı şiddeti ve metakognisyon arasında direkt ilişki kuran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Schütze (2016:150) de yapmış olduğu derlemede ağrı şiddeti ve ağrı felaketleştirme arasındaki daha temel ilişkide üstbilişin rolünü araştırma gerekliliğine değinmiştir. Ancak metakognitif değişkenlerden olan farkındalığın kronik ağrı örnekleminde ağrı şiddeti ve ağrı felaketleştirme arasındaki ilişkiyi hafiflettiği yapılan çalışmalar ile gösterilmiştir (Schütze ve diğerleri, 2010:126). Önerilen, daha ciddi bir bilişsel odaklanmaya yönlendirilmeleri ile ağrı hastalarının bilişsel merkezileşmeden uzaklaşarak “metakognitif farkındalık” geliştirmeleri, bu yol ile düşünceleri gerçekliğin birebir yansımaları olarak görmekten ziyade yalnızca zihinde geçici olaylar olarak algılamaya teşvik edilmeleridir (Wells, 2005:346).

Özetle demografik değişkenlerden olan yaş dışında ölçek ile değerlendirilen tüm değişkenler totalde birbirleri ile anlamlı ilişki içerisinde bulundular.

4.2.2. Tüm Olgularda AFÖ ve ÜBÖ-30 Alt Faktörlerinin Karşılaştırılması Sonucu Elde Edilen Bulguların Tartışılması

FMS'de hastalık algısı ve alt faktörlerini inceleyen bir çalışmada ağrı şiddeti; hastalık belirti sayısı, süre, kişisel kontrol, döngüsel süre ve duygusal temsillerle ilişkili bulunmuş ve bu bulgular eşliğinde FMS'de ağrı ve duygudurum belirtilerinin farklı

düzeneklerle oluşabileceği öne sürülmüştür (Sönmez ve diğerleri, 2015:334). Bizim kullandığımız ölçeklerin de benzer alt ölçekleri vardır. Ağrı Felaketleştirme Ölçeği'nin çaresizlik, abartılı algı ve ruminasyon olmak üzere üç, Üstbiliş Ölçeği-30'un ise negatif ve pozitif metakognitif inançlar, bilişsel özgüven, bilişsel özbilinç ve kontrol ihtiyacı olmak üzere beş alt ölçeği vardır.

Ağrı felaketleştirme ve metakognisyonlara ait bileşenlerin birbirleri ile ilişkileri incelendiğinde ÜBÖ-30 alt faktörlerinin tamamının ağrı felaketleştirmenin hem ruminasyon, hem abartılı algı hem de çaresizlik bileşenlerinin tamamı ile pozitif yönlü bir ilişki içerisinde olduğu bulunmuştur. Ziadni ve arkadaşları (2018:760-761) da ağrı felaketleştirme ve metakognisyonların alt faktörlerini anksiyete, depresyon ve ağrı şiddetinin dahil olduğu bir denklemde incelemiş ve bizim çalışmamız ile benzer olarak negatif metakognitif inançların ağrı felaketleştirme, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile pozitif bir ilişki içerisinde olduğunu saptamıştır. Bizim çalışmamızda her iki ölçeğin alt faktörleri benzer mekanizmalar gibi hareket ederek ağrı felaketleştirme alt ölçekleri ile pozitif ilişkili çıkmışken, Ziadni (2018:760) günlük ağrı felaketleştirme skorları ve ÜBÖ-30 alt ölçeklerinden bilişsel özgüven, kontrol ihtiyacı ve olumsuz metakognitif inançlar arasında anlamlı bir ilişki bulmamıştır.

Spada ve arkadaşları (2016) tarafından yürütülmüş başka bir çalışmada ise kişilik özellikleri, ÜBÖ-30 alt faktörleri, AFÖ alt faktörleri ve ağrı davranışı incelenmiş, olumlu metakognitif inançların ağrı felaketleştirme ve nevroitiklik kişilik özelliği arasındaki ilişkide aracı rol oynadığı, olumsuz metakognitif inançların ise ağrı felaketleştirme ve ağrı davranışı arasındaki ilişkide aracı rol oynadığı bulunmuştur. Aynı modelde metakognitif inançların ve ağrı felaketleştirmenin nevroitiklik düzeyini etkileyerek ağrı davranışını (kaçınma, şikayet, yardım arama davranışı) arttırdığı söylenmektedir (Spada ve diğerleri, 2016:5). Fakat bahsi geçen çalışmada ortalama skorlar karşılaştırıldığında ağrı felaketleştirme skorları ne negatif ne de pozitif metakognitif inançlar ile anlamlı ilişki içerisinde bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda bu bulgulardan farklı olarak hem pozitif hem de negatif metakognitif inançlar ağrı felaketleştirme alt ölçekleri ile bağlantılı bulunmuştur.

Ziadni ve arkadaşları (2018:761) çalışma bulgularının Spada ve arkadaşları (2016) tarafından saptanmış bulgular ile tutarlı olduğunu, her iki çalışmanın da negatif metakognitif inançların ağrı felaketleştirme eğiliminin bir göstergesi olduğunu, ağrı

felaketleştirme ve metakognisyonların birbirlerinden bağımsız incelendiklerinde benzer duygu ve davranış sonuçların ayol açtıklarını ortaya koyduğunu bildirmişlerdir.

4.3. Gruplar Arasında Değişkenlere Bağlı İlişkilere Yönelik Elde Edilen Bulguların Yorumlanması ve Tartışılması

Bu bölümde SKG, FMS ve KBA hastalarının ölçekler ve ileri istatistik testleri ile karşılaştırılmaları sonucu elde edilen bulgular tartışılmıştır. Değişkenlerin gruplar arasında nasıl farklılık gösterdiği ve elenen değişkenler sonucu çalışmanın bağımlı ve bağımsız risk değişkenlerinin neler olduğu ele alınmıştır.

4.3.1. FMS Hastalarının, KBA Hastalarının ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Ölçekler Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçların Tartışılması

FMS hastalığının pek çok psikopatoloji ile komorbidite gösterdiği bilinmektedir. Klinikte görülen fibromiyaljili kişilerde sık görülen psikolojik sıkıntıların, FMS ile doğrudan ilişkili bir faktörden ziyade sağlık arama davranışlarının bir sonucu olabileceği öne sürülse de bunun aksini kanıtlayan çalışmalar daha fazladır (Wolfe ve diğerleri, 1995:25).

Depresif bozuklukların FMS hastalarının önemli bir kısmında yaygın bir komorbidite oluşturduğu bilinmektedir (Yoshikawa ve diğerleri, 2010:473; Aguilera ve diğerleri, 2019:160; Gur ve diğerleri, 2006:70). Depresyon skorları incelendiğinde polikliniğe başvurmuş olan romatizmal bozukluklar arasında hastalık tanıları ne olursa olsun depresyon puanlarının farklı olmadığı, tek istisnanın FMS tanısı olduğu görülmüştür (Wolfe ve diğerleri 1995:25). Erkek popülasyonda FMS ve depresyon hastalarını yaşam kalitesi ve nöroendokrin düzeyinde karşılaştıran bir çalışmada iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı fakat her iki grubun da testosteron seviyelerinin normalden düşük olduğu bulunmuştur (Yoshikawa ve diğerleri, 2010:477). Bizim araştırma bulgularımızda da FMS hastalarındaki depresyon düzeyinin hem KBA hastalarından hem de SKG'ndan yüksek olduğu bulunmuştur. FMS ve KBA hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada iki grup arasında depresyon düzeyi skorları anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Yağcı ve diğerleri, 2010:40). Depresyon düzeyleri bazında elde ettiğimiz bulgular literatürün büyük bir kısmı ile paralellik göstermektedir fakat bazı çalışmalar ile tutarlı olmadığı da görülmektedir.

Depresyon düzeyine paralel olarak FMS hastalarının anksiyete düzeylerinin de gerek KBA, gerekse SKG'ndan yüksek olduğu bulunmuştur. FMS hastalarında yalnızca durumluk değil, sürekli kaygı düzeylerinin de sağlıklı kontrollerden yüksek olduğu bulunmuş ve anksiyetenin ağrı ile nedensel bir ilişki içerisinde olduğu öne sürülmüştür (Çeliker ve diğerleri, 1997: 183). Başka bir çalışmada FMS hastalarının çoğuna anksiyetenin eşlik ettiği, anksiyete ve FSM birlikte görülen hastaların yarısından fazlasında bu durumun semptomların daha da kötüleşmesine neden olduğu bulunmuştur (Yunus ve diğerleri, 1981: 154). Bahsedilen son çalışmada anksiyete ve FMS'nin tüm bileşenleri incelenmiş ve fibromiyaljinin her komponentinin anksiyete ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. Bizim çalışmamızda anksiyetenin anlamlı olarak daha fazla eşlik ettiği tespit edilen yalnızca ACR kriterlerine göre FMS tanısı almış olan hastalardır. İleride yapılacak çalışmalarda detaylandırılarak anksiyetenin hangi semptomlar ile paralellik gösterdiğine bakılmalıdır.

Fibromiyalji hastaları ağrı felaketleştirme açısından incelendiklerinde ağrı felaketleştirme bileşenlerinin tamamında (çaresizlik, ruminasyon ve abartılı algı) hem kronik bel ağrısı hastalarından hem de sağlıklı kontrol grubundan fazla bu düşünce içeriğine sahip oldukları bulunmuştur. Literatür incelendiğinde FMS ve KBA hastalarının ağrı felaketleştirme özelinde incelendikleri çalışmalar oldukça azdır. FMS ve KBA hastalarını karşılaştıran bir çalışmada FMS hastalarının daha fazla ağrı felaketleştirme düşünceleri bildirdikleri, ayrıca ağrı felaketleştirmenin ağrı şiddeti ile birlikte FMS hastaları ile ağrıya karşı tetikte olma arasındaki ilişkide aracı rol oynadıkları bulunmuştur (Crombez ve diğerleri, 2004:98). Başka bir çalışmada yine FMS ve KBA hastaları karşılaştırılmış fakat muhtemelen çalışma kapsamı ağrı felaketleştirmeyi merkeze almadığı için Ağrı Felaketleştirme Ölçeği (AFÖ) değil "Baş Etme Stratejileri Ölçeği" kullanılmış ve alt faktörlerinden biri olan "ağrıya bağlı felaketleştirme"nin her iki grupta anlamlı olarak farklı çıkmadığı, her ikisinin de düşük puanlar aldığı bulunmuştur (Hallberg ve Carlsson, 1998:316). Bu alt ölçeğin ağrı felaketleştirme bileşenleri olan ruminasyon, abartılı algı ve çaresizlik düzeylerini ölçme yetkinliği bilinmemekle birlikte FMS ve fiziksel ağrı gruplarını karşılaştıran ağrı felaketleştirme çalışmalarından oldukça farklı bir bulgu olduğu ortadadır. FMS ve KBA yerine geçebilecek başka fiziksel ağrı gruplarının ağrı felaketleştirme özelinde incelendiği çalışmalar incelendiğinde FMS hastalarının diğer ağrı gruplarına oranla daha fazla ağrı felaketleştirme düşüncelerine sahip oldukları gösterilmiştir (Hallberg ve Carlsson, 1998:317; van Wilgen ve diğerleri,

2008:3618; Gracely ve diğeri, 2004:835). Örneğin FMS hastalarının romatoid artrit hastaları ile karşılaştırıldıkları bir çalışmada, FMS grubunun ağrı felaketleştirme düşüncelerini daha fazla kullandıkları gösterilmiştir (Sullivan ve diğeri, 2001b:152). Bizim bulgularımız literatürün büyük bölümü ile paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada metakognisyonları (üstbilişleri) incelemek için kullanılan ölçeğin 5 alt faktörü vardır: endişe ile ilgili olumlu metakognitif inançlar (tekrarlayıcı şekilde düşünmenin yararlarının olduğu inancı), kontrol edilemezlik ve tehlike sebebiyle olumsuz metakognitif inançlar (tekrarlayıcı şekilde düşünmenin kontrol dışı ve tehlikeli olduğu inancı), bilişsel güven (dikkat ve hafızaya güven duyma), düşünceleri kontrol ihtiyacı (belli düşüncelerin bastırılması gerektiği inancı) ve bilişsel farkındalık (kişinin kendi düşüncelerini izleme ve dikkati içeriye odaklama eğilimi) şeklindedir (Spada ve diğeri, 2010:65). Metakognisyon ve metakognisyonla ilişkili kavramlar incelendiğinde totalde fibromiyalji hastalarının hem kronik bel ağrısı hastalarından hem de sağlıklı kontrol grubundan daha işlevsiz metakognisyonlara sahip oldukları bulunmuştur. FMS hastalarının kontrol grubuna oranla daha işlevsiz metakognisyonlara sahip olduğu literatürdeki bilgilerle de desteklenmektedir (Geloch ve diğeri, 2016:115-117; Özsoy ev Okan, 2018:356; İnanır ve diğeri, 2015:175; Ziadni ve diğeri, 2018:756).

Alt faktörler incelendiğinde “kontrol ihtiyacı” ile bağlantılı olan metakognisyonların fibromiyalji ve bel ağrısı hastalarında benzer, sağlıklı kontrol grubunda daha az olduğu bulunmuştur. Kollmann ve arkadaşları (2016) “Semptom Kontrolü ile İlgili Metakognisyonlar Ölçeği”nin almanca geçerlik güvenilirliğini FMS hastaları ile yapmış ve bizim çalışmamızda alt faktör olarak incelenen kontrol ihtiyacını daha derinden incelemişlerdir. Sonuç olarak semptomların kontrolü ile ilgili olumsuz metakognitif inançların FMS etki değerini anlamlı şekilde yordadığını bulmuşlardır (Kollmann ve diğeri, 2016:7).

Çalışmamızda “Endişe ile ilgili olumlu inançlar” içeren pozitif metakognisyonların ise her üç grupta benzer oldukları görülmüştür. Literatür ile benzer olarak “bilişsel özgüven” başlığı altında toplanan metakognisyonların gruplar arasında anlamlı olarak farklı olduğu ve artış sırasıyla FMS, KBA ve SKG’nda yüksek oldukları bulunmuştur. Başka bir çalışmada da “bilişsel özgüven” alt faktörü FMS grubunda sağlıklı kontrollere oranla yüksek bulunmuştur (Özsoy ev Okan, 2018:356). “Bilişsel Öz-

bilinçlilik” ile bağlantılı metakognisyonların ise fibromiyalji grubunda daha yüksek, diğer iki grupta neredeyse aynı olduğu görülmüş fakat her üç grup karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Son olarak literatürdeki bilgiler ile paralel olarak “endişenin kontrol edilemezliği ve tehlikesi hakkındaki olumsuz inançlar” içeren negatif metakognisyonlar açısından her üç grubun birbirlerinden anlamlı olarak farklı oldukları bulunmuş ve sırasıyla FMS, KBA ve SKG yüksek çıkmıştır. Literatürdeki çalışmada da FMS grubunda ÜBÖ-30 toplam puanı ve “bilişsel özgüven” ile “endişenin kontrol edilemezliği ve tehlikesi hakkındaki olumsuz inançlar” olmak üzere 2 alt faktörü kontrol grubundan farklı bulunmuştur.

Araştırmada fibromiyalji hastalarının analog skalada belirttikleri ağrı şiddetlerinin de kronik bel ağrısı hastalarından daha fazla olduğu bulunmuştur. Sağlıklı kontrol grubu ağrı şikayeti ile tıbbi desteğe başvurmuş olmayan örneklemden seçildiği için bu grubun ağrı şiddeti oldukça düşük bulunmuştur. Literatüre bakıldığında FMS ve RA hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada FMS hastalarının ağrıya ve işitsel uyarılara hipervijilant bir şekilde yanıt verdikleri ve RA hastalarına göre basınç ve gürültü ile önemli ölçüde daha irrite oldukları bulunmuştur (McDermid ve diğerleri, 1996:140). Yine başka bir çalışmada FMS veya romatoid artritli hastalarda işitsel irkilme, alın soğuması ve psikolojik stresin ağrılı etkileri araştırılırken deney sırasında indüklenen ağrı ölçülmüş ve hem işitmeye, hem alın soğumasına hem de stres ağrılarının toleranslarının düşük olduğu ve kontrol gruplarından daha yüksek ağrı şiddeti bildirdikleri bulunmuştur (Drummond ve Willox, 2013:382). Bununla birlikte yalnızca KBA olan hastalar ile FMS ve KBA eş tanısı olan hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada eş tanılı grubun daha yüksek ağrı şiddeti beyan ettiği bulunmuştur (Yağcı ve diğerleri, 2010:40). Dolayısıyla FMS hastaları ile yapılan çalışmalarda sıklıkla ağrı şiddeti bulgusunun da yüksek çıktığı, bulgularımızın literatür ile paralel olduğu söylenebilir.

4.3.2. FMS ve KBA Hastalarında Yaş, Depresyon, Anksiyete, Ağrı Felaketleştirme, Ağrı Şiddeti ve Üstbilişlerin Karşılaştırılması Sonucu Elde Edilen Bulguların Tartışılması

FMS’de depresyon ve ağrının hastalık şiddetinin en önemli belirleyicisi olduğu söylenmektedir (Sönmez, 2015:330). Araştırma bulgularına göre FMS grubunda fibromiyalji şiddeti arttıkça ağrı şiddeti de artmakta, bununla birlikte ağrı şiddeti arttıkça ağrı felaketleştirme de artmaktadır. Aynı şekilde ağrı felaketleştirme arttıkça ağrı şiddeti

ve fibromiyalji şiddetinin arttığı, yani bu ilişkinin iki taraflı varlığı bulunmuştur (Tablo 6). Kollmann ve arkadaşları (2016:8) da FEA ölçeğinin ağrı deneyimlerini ölçmede oldukça kapsamlı olduğunu belirtmekle beraber fibromiyalji şiddetinin ağrı felaketleştirme ve metakognisyonlar da dâhil edilerek ölçülmesinin ağrı yoğunluğundan daha anlamlı bir veri sunabileceğini söylemişlerdir. Başka bir çalışmada ise FMS hastalarının ağrı felaketleştirme düzeylerinin yüksek olması; anksiyeteye daha meyilli bulunmaları, yaşadıkları stresli durumu olduğundan büyük ve baş edebilme kapasitelerini olduğundan küçük görmeleri, yani çözüm odaklı stratejiler geliştirememeleri ile bağdaştırılmıştır (Hallberg ve Carlsson, 1998:317). İleriki çalışmalarda hastaların anksiyete eğilimlerini ve baş etme stratejilerinin işlevselliğini değerlendiren ölçekler de eklenerek bu önerme araştırılmalıdır. Literatürde geçen bu çalışma ile benzer olarak bizim bulgularımızda da FMS hastalarında ağrı felaketleştirme; anksiyete düzeyleri, fibromiyalji şiddeti ve baş etme mekanizmalarını şekillendiren işlevsiz metakognisyonlar ile ilişkili bulunmuştur. Başka bir çalışmada FMS hastalarında anksiyete, depresyon, ağrı şiddeti ve ağrı felaketleştirme arasındaki ilişki araştırılmış fakat bizim bulgularımızdan farklı olarak ağrı şiddeti ve ağrı felaketleştirme arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Jensen ve diğerleri, 2010:3488). Aynı araştırmacının boylamsal olarak yürüttüğü başka bir çalışmasında ise hastaların ağrı felaketleştirme düzeylerindeki azalma başka değişkenlerin yanı sıra ağrı şiddetlerindeki azalma ile de ilişkilendirilmiştir (Jensen ve diğerleri, 2001:661). Kronik ağrı hastalarında ağrı felaketleştirme ve ağrı şiddeti arasındaki ilişkiye işaret eden başka çalışmalar da vardır (Ehde ve Jensen, 2004:204).

Yapılan çalışmalar FMS'de kas patolojisi bulunmadığını, serotonin, P maddesi ve galanin gibi ağrıyla ilgili biyokimyasal maddelerin kaslarda normal düzeyde bulunduğunu göstermektedir (Özçetin, 2014: 36). Buna karşın ağrı deney ortamında başlatılmış olsa dahi daha yüksek ağrı şiddeti bildirdikleri bulunmuştur (Drummond ve Willox, 2013:382). Turk ve Adams (2016:367) ağrı uyarılarının sinirsel olarak işlenmesinden kaynaklanan ağrı algısı ve ağrı deneyimi arasında bire bir ilişki olmadığını, ağrının hastaların bireysel algılarının bir sonucu olduğunu söylemiştir. Dolayısıyla geleneksel yöntemler ile saptanamayan bir ağrı deneyimleyen FMS hastalarında psikolojik faktörlerin ağrı üzerindeki etkisini yadsımadan tedavi süreçlerini geliştirmek gerekmektedir. Nitekim bizim bulgularımız da FMS hastalarında fibromiyalji şiddeti ile depresyon, anksiyete, ağrı feaketleştirme, ağrı şiddeti düzeylerinin ve işlevsiz metakognisyonların ilişkili olduğunu göstermektedir.

Her grup için ağrı şiddeti ve ağrı felaketleştirme arasındaki ilişki incelendiğinde yalnızca FMS grubunda bu ilişkinin olduğu, ne KBA ne de SKG için ağrı şiddeti ve ağrı felaketleştirme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. FMS ve KBA hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada da FMS hastalarının daha yoğun ağrı şiddeti ve daha fazla ağrı felaketleştirme düşünceleri bildirdikleri bulunmuştur (Crombez ve diğerleri, 2004:98). Elde edilen bu bulgular doğrultusunda ağrı felaketleştirmenin ağrı şiddeti ile değil, fibromiyalji ile bağlantılı diğer faktörler ya da fibromiyaljinin kendisi ile ilişkili olarak artış gösterdiği söylenebilir.

Kronik bel ağrısı hastalarında FMS hastalarından farklı olarak yalnızca anksiyete düzeyleri ve işlevsiz metakognisyonlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde KBA hastaları ile metakognisyon alanında yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Fakat anksiyete ve üstbilişlerin ilişkisi tanıdan bağımsız olarak kanıtlanmıştır (Wells, 2011; Myers ve Wells, 2015).

Sonuç olarak çalışmamız sonucunda elde ettiğimiz bulgular SKG ve KBA grupları için ağrı şiddeti daha bağımsız kabul edilebilirken FMS hastalarında ağrı şiddetinin ağrı felaketleştirmeden oldukça etkilendiğini göstermektedir. Bu bulgu FMS hastalarında ağrı deneyiminin bilişsel süreçler ile bağlantılı olarak yüksek hissedildiğini desteklemektedir.

4.3.3. Grupların Sayısal Değişkenler Yönünden Kendi Aralarında Karşılaştırılmaları Sonucunda Elde Edilen Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda grupların ikili karşılaştırılmaları sonucu bazı bulgular elde edilmiştir. Her üç grup depresyon skorları yönünden karşılaştırıldıklarında SKG ve KBA grupları birbirlerine benzerken, FMS grubu benzerliği bozmakta ve fark oluşturmaktadır. Literatürde de FMS hastalarının hem sağlıklı kontrollerden hem de fiziksel ağrı hastalarından daha yüksek depresyon düzeyine sahip olduğu yazmaktadır (Kaya ve diğerleri, 2010:105; Jensen ve diğerleri, 2010:3488).

Her üç grup anksiyete skorları yönünden karşılaştırıldıklarında da tıpkı depresyon skorları gibi, SKG ve KBA grupları birbirlerine benzerken, FMS grubu benzerliği bozmakta ve fark oluşturmaktadır. Bulgularımız anksiyetenin FMS hastalarında incelendiği çalışmalar ile de paralellik göstermektedir. Hatta Sönmez (2015:333) FMS hastalarındaki depresyon ve anksiyete eş tanısının yüksek oranda olması

durumunu, anksiyeteyi bilişsel çarpıtmaların merkezine alarak açıklayabileceğini savunmuştur.

Ağrı felaketleştirme ve ağrı şiddeti skorları incelendiğinde ise FMS ve KBA grupları birbirlerine benzerken, SKG grubu benzerliği bozmakta ve fark oluşturmaktadır. SKG ağrı şikâyeti ile polikliniğe başvuru yapmış popülasyondan oluşmadığı için bu grubun ağrı şiddeti bakımından anlamlı olarak farklı olması beklenen bir bulgudur. Burada anlamlılık oranında olmasa da FMS hastalarının KBA hastalarından daha fazla ağrı yoğunluğu bildirdiği görülmektedir. Zaten literatürde de FMS hastalarının kontrol gruplarına oranla daha yoğun ağrı bildirdikleri geçmektedir (Gormsen ve diğerleri, 2010:127.e3; Yoshikawa ve diğerleri, 2010:475). Buradaki ilgi çekici bulgu KBA hastalarının da SKG'na oranla daha fazla ağrı felaketleştirme yaptıklarının görülmesidir. Nitekim KBA hastalarının bir engellilik geliştirip geliştirmeyeceğini araştıran bir çalışma, ağrı felaketleştirme yapmalarını bir işlevsiz baş etme mekanizması olarak tanımlamış ve engellilik geliştirebilme işaretlerinden biri saymıştır (Chou ve Shekelle, 2010:1295). Romatoid artrit hastaları ile yapılan başka bir çalışmada da ağrı felaketleştirme işlevsiz baş etme stratejisi olarak geçmektedir (Keefe ve diğerleri, 1989). Görülmektedir ki fiziksel ağrı hastaları FMS hastaları kadar olmasa da zaman zaman ağrı ile işlevsiz yollardan baş edebilmekte, bu durumlarda ağrı felaketleştirmeyi kullanabilmektedirler. Yapılan bir araştırmada daha yoğun ağrı şiddeti belirten hastaların daha fazla felaketleştirme baş etme etme yöntemini kullandıkları bulunmuştur (Hallberg ve Carlsson, 1998:317). Bizim bulgularımızda da bu bilgi ile tutarlı olarak daha yoğun ağrı bildiren grupların daha yoğun ağrı şiddeti bildirdiği ve daha fazla ağrı felaketleştirme yaptıkları bulunmuştur.

Metakognitif inançlar incelendiğinde ise ÜBÖ-30 toplam skorlarının FMS-KBA grupları ve KBA-SKG grupları karşılaştırıldığında anlamlı olarak farklı değilken, FMS-SKG grupları karşılaştırıldığında anlamlı olarak farklı olduğu bulunmuştur. Buradaki farkın sebebinin hem SKG hem de FMS grupları olduğu söylenebilir. Bu bulgu ağrı grupları karşılaştırıldığında işlevsiz metakognisyonlar bazında anlamlı bir farklılık bulunmaması, sağlıklı kontrollerin fark oluşturabildiğini göstermekte, ağrı grupları bazında FMS daha fazla işlevsiz metakognisyonlara sahip olsa da örneklemin tamamında işlevsiz metakognisyonlara sahip olmanın ağrı hastalarına spesifik bir bilişsel süreç olmadığı görülmektedir. Wells (2011:1) kitabında metakognisyonların “ne” düşünüldüğü

değil, “nasıl” düşünülmesi ile ilgili olduklarını ve bireyin zihninin sağlıklı mı yoksa sağlıksız mı yönetildiğinden sorumlu olduklarını söylemektedir. Bu tanım her zihin özeline indirgenebilir. Bununla birlikte işlevsiz metakognisyonların psikopatoloji gelişmesindeki rolü bilinmemekte (Wells, 2011:5) ve FMS'nin psikopatolojiler ile komorbidite oranı hesaba katıldığında (Özçetin, 2014:34; Tot ve Toros, 2002: 233) KBA hastalarına göre daha fazla işlevsiz metakognisyon skoru almaları beklenmektedir. Fakat bu iki ağrı grubu karşılaştırıldığında FMS daha yüksek bulursa da aradaki fark anlamlılık oranında çıkmamıştır. Yine de FMS hastalarının daha fazla işlevsiz metakognisyonlara sahip olması, işlevsiz metakognisyonlara sahip olan ağrı hastalarının FMS tanısı alma ihtimallerinin olmayanlara oranla daha fazla olabileceğini düşündürmekte ve bu alanda yapılacak çalışmalara olan ihtiyacı göstermektedir.

4.3.4. FMS ve KBA Hastalarında Ağrı Şiddetine Etki Eden Bağımsız Değişkenlerin İncelenmesi ve Tartışılması

Univaryat testlerde ağrı şiddeti ile ilişkili bulunan faktörler lineer regresyonlarla test edildiğinde FMS grubunda ağrı şiddeti ile anlamlı ilişkide kalan değişken bulunmamıştır (Tablo 11). Dolayısıyla FMS hastaları için değişkenlerin ağrı şiddeti ile ilişkilerinin bağımsız olmadığı, diğer değişkenlerden etkilenen ilişkiler olduğu saptanmıştır. Yukarıda tartışıldığı gibi pek çok çalışmada univaryat testler sonucunda FMS ile ilişkili değişkenler ortaya çıkmaktadır, nitekim bizim çalışmamızda da depresyon, anksiyete, ağrı felaketleştirme, metakognisyonlar ve ağrı şiddeti çeşitli seviyelerde FMS ile ilişkili bulunmuştur. Fakat ileri analizler ile incelendiğinde bu ilişkilerin bağımsız olmadığı, yani diğer değişkenlerden etkilenen ilişkiler olduğu saptanmıştır.

KBA grubunda ise “olumsuz metakognitif inançlar” alt skorları ağrı şiddeti düzeyleri ile bağımsız olarak ilişkili bulunmuştur (Tablo 12). Spesifik olarak KBA'da metakognisyonların nasıl işlediğini araştıran niceliksel bir çalışma bulunamamıştır. Fakat kronik ağrı, aşırı yorgunluk ve stres nedeniyle uzun süreli izne ayrılan bireyler ile yapılan bir çalışmada, düşünceleri kontrol etme ihtiyacına ilişkin metakognisyonların, hastaların şikayetlerinin azalmasında ve işe geri dönmesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur (Jacobsan ve diğerleri, 2020:6).

FMS ve KBA, yani ağrı gruplarının her ikisi ile yapılan univaryat testlerde ağrı şiddeti ile ilişkili bulunan faktörler lineer regresyonlarla test edildiğinde tek bir değişken anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur: Çaresizlik alt ölçeği skorları (Tablo 10). Literatürde benzer şekilde VAS'ın bağımlı değişken olarak alındığı bir çalışmada bizim bulgularımızdan farklı olarak BAE skorları bağımsız risk faktörü olarak anlamlı bulunmuştur (Evren ve diğerleri, 2005:72). Fakat bahsi geçen çalışmada analize ağrı felaketleştirme ya da bileşenlerinden herhangi birisi dâhil edilmemiş, BDE ve SCL-90 (Belirti Tarama Listesi-90) regresyona dâhil edilmiş fakat anlamlı çıkmayarak elenmişlerdir. Dolayısıyla literatürdeki bu bilgi bizim bulgumuz ile tamamen çelişmemekle birlikte, anksiyete skorları bizim analizimizde çoklu doğrusallık sorununa yol açması sebebiyle modelden elenmiştir. İleriki çalışmalarda her iki modeldeki ölçeklerin değerlendirildiği daha geniş örneklemeler ile daha kapsamlı çalışmalar yapılması aydınlatıcı olacaktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Biyopsikososyal kurama göre ağrıyı gidermek değil “ağrı yönetmek” FMS’de temel meseledir, tedavide bireylere ağrılarıyla nasıl başa çıkacaklarını öğretmeye odaklanarak, bireylerin hastalıklarıyla başa çıkma öz-yeterliklerini geliştirmelerine olanak tanır, bu da ağrı deneyiminin birçok yönünü değiştirerek gelişmiş ruh hali, artan aktivite, uyarlanabilir ve gerçekçi düşünme ve gelişmiş kişilerarası ilişkiler sağlayabilir (Turk ve Adams, 2016:359). Bu da FMS’li kişinin kendisini ağrı çekmesi üzerinden tanımlamak yerine alternatif ve çok yönlü kendilik algısı geliştirmesinin önünü açar.

FMS ve mental sorunlar pek çok ortaklık içeriyor. Yüksek eş tanı oranı ve bazı ortak mekanizmalar vasıtasıyla ilerliyor olmasının yanı sıra toplum ya da sağlık çalışanları tarafından semptomların abartıldığının düşünülmesi, sorumluluktan kaçmak ile bağdaştırılması ve etiketlenme paylaştıkları diğer özelliklerdir. Bu çalışma da göstermektedir ki FMS tanı ve tedavisinde psikolojik etkenler göz ardı edilemez. Hastaların yalnızca ağrılarını hafifletmek değil, ağrı ile nasıl baş edeceklerini öğretmek de hedefe konmalıdır, zira bu ve benzeri çalışmalar bu ihtiyacın varlığını desteklemektedir.

Öneriler:

1- Çalışmamız sonucunda FMS hastalarında ağrı felaketleştirmenin ağrı şiddetini daha fazla etkilediği bulunmuştur. FMS tedavi hedefine ağrı felaketleştirmeyi azaltmak da alınmalı ve hastalık semptomlarının hangilerinin ne yönde değiştiği gözlemlenmelidir.

2- Bulgularımız FMS’nin birçok psikopatoloji ile eş tanı gösterdiğini doğrulamıştır. FMS semptomları ile kliniğe başvuran hastalar bir psikiyatri uzmanı tarafından da değerlendirilmek üzere yönlendirilmeli ve eş tanı varsa paralel tedavi uygulanmalıdır.

3- FMS’nin fiziksel ve psikolojik eş tanı gösterdiği bozukluklar dikkate alınmalı ve gelecekte yapılacak olan araştırmalar bütüncül bir yaklaşım ile yapılandırılmalıdır.

4- FMS etiyolojisi bilinmemekte olup üzerine yapılan araştırmalar ile tanı ve tedavi yolu çizilen bir rahatsızlıktır. Literatür tarandığında FMS’nin sıklıkla romatoid artrit gibi karıştırıcı faktörlerin sonucu etkileyebileceği ağrı grupları ile karşılaştırıldığı

görülmüştür. İleriki çalışmalarda KBA gibi enflamasyon (yangı) ile seyretmeyen, ağrı karakteri daha benzer örneklerle ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

5- Literatürde KBA hastalarında metakognisyonları araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır fakat bizim bulgularımız KBA hastalarında ağrı şiddetini bağımsız olarak etkileyen tek değişkenimizin olumsuz metakognitif inançlar olduğunu göstermektedir. Metakognisyon alanında araştırma yaparken eksikliği hissedilen farklı hasta grupları ile çalışmalar yürütülmelidir.

KAYNAKÇA

- Aguglia, A., Salvi, V., Maina, G., Rossetto, I., Aguglia, E. (2011). Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: comorbidity and clinical correlates. *Journal of affective disorders*, 128(3), 262-266.
- Aguilera, M., Paz, C., Compañ, V., Medina, J. C., Feixas, G. (2019). Cognitive rigidity in patients with depression and fibromyalgia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19(2), 160-164.
- Ahles, T. A. (1991). Psychiatric status of patients with rheumatoid arthritis, and subjects without pain: a blind comparison of DSM-III diagnoses. *Am J Psychiatry*, 148, 1721-1726.
- Aksakal, N., İlhan, M. N., Yüksel, H., Kurtcebe, Ö., Bumin, M. A. (2015). Bir üniversite hastanesinde hemşire, sağlık memuru ve hastabakıcılarda bel ağrısı sıklığı ve etkileyen faktörler. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG)*, 9(32), 38- 46.
- Altinel, L., Köse, K. Ç., Ergan, V., Işık, C., Aksoy, Y., Özdemir, A., Doğan, N. (2008). Afyonkarahisar ilinde erişkinlerde bel ağrısı sıklığı ve etkileyen faktörler. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 42(5), 328-333.
- Altunören, Ö., Orhan, F. Ö., Nacıtarhan, V., Özer, A., Karaaslan, M. F., Altunören, O. (2011). Fibromiyalji Sendromlu Kadınların Depresyon ve Mizaç Karakter Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 48(1), 31-38.
- Andersson, G. B. (1999). Epidemiological features of chronic low-back pain. *The lancet*, 354(9178), 581-585.
- Ataoglu, S., Özçetin, A., Ataoglu, A., İçmeli, C., Makarç, S., Yagli, M. (2002). Fibromyaljili ve romatoid artritli hastalarda ağrı şiddeti ile anksiyete ve depresyon ilişkisi/The relationship pain intensity, anxiety, and depression in patients with fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(4), 223.

- Ataoğlu, S., Ankaralı, H., Ataoğlu, A., Ankaralı, S., Ataoğlu, B. B., Ölmez, S. B. Fibromyalji Hastalarında Travmatik Yaşantıların Hastalığa Etkisi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 10(2), 134-143.
- Akça, S. Ö., Selen, F., Demir, E., Demir, T. (2018). Cinsiyet ve yaş farklılıklarının ergenlerin depresyon, anksiyete bozukluğu, kendine zarar verme, psikoz, travma sonrası stres bozukluğu, alkol-uyuşturucu bağımlılığı ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ilişkili sorunlara etkisi. *Dicle Tıp Dergisi*, 45(3), 255-264.
- Aktaş, H. (2007). *Farklı yaş gruplarında bel ağrısı olan bireylerin ağrı, depresyon ve yaşam kalitesi açısından sağlıklı bireylerle karşılaştırılması* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- Arıç, S. (2019). *Üniversite öğrencilerinde depresyonun yordayıcısı olarak duygusal zeka ve duyguları ifade etme* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Biruni Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Ay, S., Evcik, D. (2008). Kronik bel ağrılı hastalarda depresyon ve yaşam kalitesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 25(4), 228-231.
- Bardhoshi, G., Duncan, K., & Erford, B. T. (2016). Psychometric meta-analysis of the English version of the Beck Anxiety Inventory. *Journal of Counseling & Development*, 94(3), 356-373.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford press.
- Bayram, K., Erol, A. (2014). Fibromiyalji ve Romatoid Artritte Çocukluk Çağı Örselenmeleri, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 51(4).
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*, 4(6), 561-571.

- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology, 56*(6), 893.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review, 8*(1), 77-100.
- Bellato, E., Marini, E., Castoldi, F., Barbasetti, N., Mattei, L., Bonasia, D. E., Blonna, D. (2012). Fibromyalgia syndrome: etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Pain research and treatment, 2012*.
- Berger, A., Dukes, E., Martin, S., Edelsberg, J., Oster, G. (2007). Characteristics and healthcare costs of patients with fibromyalgia syndrome. *International journal of clinical practice, 61*(9), 1498-1508.
- Bernard, A. L., Prince, A., Edsall, P. (2000). Quality of life issues for fibromyalgia patients. *Arthritis Care Research, 13*(1), 42-50.
- Brown, R. G., Fernie, B. A. (2015). Metacognitions, anxiety, and distress related to motor fluctuations in Parkinson's disease. *Journal of Psychosomatic Research, 78*(2), 143-148.
- Burckhardt, C. S., Clark, S. R., & Bennett, R. M. (1991). The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J rheumatol, 18*(5), 728-33.
- Butler, L. D., Nolen-Hoeksema, S. (1994). Gender differences in responses to depressed mood in a college sample. *Sex roles, 30*(5), 331-346.
- Boonen, A., van den Heuvel, R., van Tubergen, A., Goossens, M., Severens, J. L., van der Heijde, D., van der Linden, S. (2005). Large differences in cost of illness and wellbeing between patients with fibromyalgia, chronic low back pain, or ankylosing spondylitis. *Annals of the rheumatic diseases, 64*(3), 396-402.
- Boonstra, A. M., Preuper, H. R. S., Balk, G. A., Stewart, R. E. (2014). Cut-off points for mild, moderate, and severe pain on the visual analogue scale for pain in patients with chronic musculoskeletal pain. *PAIN®, 155*(12), 2545-2550.

- Boshuizen, H. C., Verbeek, J. H., Broersen, J. P., Weel, A. N. (1993). Do smokers get more back pain?. *Spine*, 18(1), 35-40.
- Börsbo, B., Gerdle, B., Peolsson, M. (2010). Impact of the interaction between self-efficacy, symptoms and catastrophising on disability, quality of life and health in with chronic pain patients. *Disability and rehabilitation*, 32(17), 1387-1396.
- Brinker, J. K. ve Dozois, D. J. (2009). Ruminative thought style and depressed mood. *Journal of clinical psychology*, 65(1), 1-19.
- Campbell, C. M., Witmer, K., Simango, M., Carteret, A., Loggia, M. L., Campbell, J. N., Haythornthwaite, Jenifer A., Edwards, R. R. (2010). Catastrophizing delays the analgesic effect of distraction. *PAIN®*, 149(2), 202-207.
- Cedraschi, C., Girard, E., Luthy, C., Kossovsky, M., Desmeules, J., Allaz, A. F. (2013). Primary attributions in women suffering fibromyalgia emphasize the perception of a disruptive onset for a long-lasting pain problem. *Journal of psychosomatic research*, 74(3), 265-269.
- Celiker, R., Borman, P., Öktem, F., Gökçe-Kutsal, Y., Başgöze, O. (1997). Psychological disturbance in fibromyalgia: relation to pain severity. *Clinical rheumatology*, 16(2), 179-184.
- Chapman, C. R. (1978). Pain: The perception of noxious events. *The psychology of pain*, 169-202.
- Crichton, N. (2001). Visual analogue scale (VAS). *J Clin Nurs*, 10(5), 706-6.
- Crombez, G., Eccleston, C., Van den Broeck, A., Goubert, L., Van Houdenhove, B. (2004). Hypervigilance to pain in fibromyalgia: the mediating role of pain intensity and catastrophic thinking about pain. *The Clinical journal of pain*, 20(2), 98-102.
- Chou, R., Shekelle, P. (2010). Will this patient develop persistent disabling low back pain?. *Jama*, 303(13), 1295-1302.
- Çelik, F. H., Hocaoğlu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk tanımı, etiyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66.

- De Boer, M. J., Struys, M. M. R. F., Versteegen, G. J. (2012). Pain-related catastrophizing in pain patients and people with pain in the general population. *European journal of pain*, 16(7), 1044-1052.
- de Gier, M., Peters, M. L., Vlaeyen, J. W. (2003). Fear of pain, physical performance, and attentional processes in patients with fibromyalgia. *Pain*, 104(1-2), 121-130.
- Deyo, R. A., Rainville, J., Kent, D. L. (1992). What can the history and physical examination tell us about low back pain?. *Jama*, 268(6), 760-765.
- Drummond, P. D., Willox, M. (2013). Painful effects of auditory startle, forehead cooling and psychological stress in patients with fibromyalgia or rheumatoid arthritis. *Journal of psychosomatic research*, 74(5), 378-383.
- Dünder, Ü., Solak, Ö., Demirdal, Ü. S., Toktaş, H., Kavuncu, V. (2009). Kronik bel ağrılı hastalarda ağrı, yeti yitimi ve depresyonun yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Genel Tıp Dergisi*, 19(3).
- Eccleston, C., Crombez, G. (2007). Worry and chronic pain: a misdirected problem solving model. *Pain*, 132(3), 233-236.
- Ediz, L., Hiz, O., Toprak, M., Tekeoglu, I., Ercan, S. (2011). The validity and reliability of the Turkish version of the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Clinical rheumatology*, 30(3), 339-346.
- Edwards, R. R., Bingham III, C. O., Bathon, J., Haythornthwaite, J. A. (2006). Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases. *Arthritis Care Research: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 55(2), 325-332.
- Edwards, R. R., Kronfli, T., Haythornthwaite, J. A., Smith, M. T., McGuire, L., Page, G. G. (2008). Association of catastrophizing with interleukin-6 responses to acute pain. *Pain*, 140(1), 135-144.
- Ehde, D. M., Jensen, M. P. (2004). Feasibility of a cognitive restructuring intervention for treatment of chronic pain in persons with disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 49(3), 254.

- Engel, J. M., Schwartz, L., Jensen, M. P., Johnson, D. R. (2000). Pain in cerebral palsy: the relation of coping strategies to adjustment. *Pain*, 88(3), 225-230.
- Epstein, S. A., Kay, G., Clauw, D., Heaton, R., Klein, D., Krupp, L., Zisook, S. (1999). Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia: a multicenter investigation. *Psychosomatics*, 40(1), 57-63.
- Esen, E. S., Toprak, D. (2018). Bel ağrısı sıklığı ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 18(4), 460-469.
- Evren, B., Evren, C., Yapıcı, A., Hoşafçı Güler, M. (2005). Fibromyalji hastalarında ağrı şiddeti ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(2), 69-74.
- Fernie, B. A., Spada, M. M. (2008). Metacognitions about procrastination: A preliminary investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(3), 359.
- Fisher, P. L., Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: A test of the metacognitive model. *Behaviour research and Therapy*, 43(6), 821-829.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American psychologist*, 34(10), 906.
- Ganesan, S., Acharya, A. S., Chauhan, R., Acharya, S. (2017). Prevalence and risk factors for low back pain in 1,355 young adults: a cross-sectional study. *Asian spine journal*, 11(4), 610.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological bulletin*, 133(4), 581.
- Geisser, M. E., Casey, K. L., Brucksch, C. B., Ribbens, C. M., Appleton, B. B., Crofford, L. J. (2003). Perception of noxious and innocuous heat stimulation among healthy women and women with fibromyalgia: association with mood, somatic focus, and catastrophizing. *Pain*, 102(3), 243-250.

- Gelonch, O., Garolera, M., Valls, J., Rosselló, L., Pifarré, J. (2016). Executive function in fibromyalgia: comparing subjective and objective measures. *Comprehensive psychiatry*, 66, 113-122.
- Giesecke, T., Williams, D. A., Harris, R. E., Cupps, T. R., Tian, X., Tian, T. X., Clauw, D. J. (2003). Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. *Arthritis Rheumatism*, 48(10), 2916-2922.
- Gilgil, E., Kaçar, C., Bütün, B., Tuncer, T., Urhan, S., Yildirim, Ç., Dündar, Ü. (2005). Prevalence of low back pain in a developing urban setting. *Spine*, 30(9), 1093-1098.
- Gracely, R. H., Geisser, M. E., Giesecke, T., Grant, M. A. B., Petzke, F., Williams, D. A., Clauw, D. J. (2004). Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia. *Brain*, 127(4), 835-843.
- Goldberg, M. S., Scott, S. C., Mayo, N. E. (2000). A review of the association between cigarette smoking and the development of nonspecific back pain and related outcomes. *Spine*, 25(8), 995-1014.
- Goldenberg, D. L. (1989). Fibromyalgia And Other Chronic Fatigue Syndromes: Is There Evidence For Chronic Viral Disease?. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 8(10), 733.
- Gormsen, L., Rosenberg, R., Bach, F. W., Jensen, T. S. (2010). Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. *European Journal of Pain*, 14(2), 127-e1
- Güleç, H., Sayar, K., Topbaş, M., Karkucak, M., Ak, İ. (2004). Fibromiyalji sendromu olan kadınlarda aleksitimi ve öfke. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(3), 191-198.
- Gündüz, A., Gündoğmuş, İ., Engin, B. H., İşler, A., Sertçelik, S., Yaşar, A. B. (2019). Effects of adverse childhood events over metacognitions, rumination, depression and worry in healthy university students.

- Gur, A., Cevik, R., Nas, K., Sarac, A. J., Ozen, S. (2006). Quality of life in young fibromyalgia patients and effect of depression. *APLAR Journal of Rheumatology*, 9(1), 70-78.
- Gürsoy, S., Erdal, E., Sezgin, M., Barlas, İ. Ö., Aydeniz, A., Alaşehirli, B., Şahin, G. (2008). Which genotype of MAO gene that the patients have are likely to be most susceptible to the symptoms of fibromyalgia?. *Rheumatology international*, 28(4), 307-311.
- Hallberg, L. R. M., Carlsson, S. G. (1998). Anxiety and coping in patients with chronic work-related muscular pain and patients with fibromyalgia. *European Journal of Pain*, 2(4), 309-319.
- Hawley, D. J., Wolfe, F., Cathey, M. A., Roberts, F. K. (1991). Marital status in rheumatoid arthritis and other rheumatic disorders: a study of 7,293 patients. *The Journal of rheumatology*, 18(5), 654-660.
- Hayes, M. H. (1921). Experimental development of the graphics rating method. *Physiol Bull*, 18, 98-99.
- Heyneman, N. E., Fremouw, W. J., Gano, D., Kirkland, F., Heiden, L. (1990). Individual differences and the effectiveness of different coping strategies for pain. *Cognitive Therapy and Research*, 14(1), 63-77.
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 6(22), 118-122.
- Hudson, J. I., Goldenberg, D. L., Pope Jr, H. G., Keck Jr, P. E., Schlesinger, L. (1992). Comorbidity of fibromyalgia with medical and psychiatric disorders. *The American journal of medicine*, 92(4), 363-367.
- Hudson, J. I., Arnold, L. M., Keck Jr, P. E., Auchenbach, M. B., Pope Jr, H. G. (2004). Family study of fibromyalgia and affective spectrum disorder. *Biological psychiatry*, 56(11), 884-891.
- Huppert, J. D. (2009). Anxiety disorders and depression comorbidity. *Anxiety*, 35(27), 65.

- Hüppe, A., Brockow, T., Raspe, H. (2004). Chronic widespread pain and tender points in low back pain: a population-based study. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 63(1), 76-83.
- Hoy, D., Bain, C., Williams, G., March, L., Brooks, P., Blyth, F., Buchbinder, R. (2012). A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheumatism*, 64(6), 2028-2037.
- Ifergane, G., Buskila, D., Simishesvely, N., Zeev, K., Cohen, H. (2006). Prevalence of fibromyalgia syndrome in migraine patients. *Cephalalgia*, 26(4), 451-456.
- İlhan, M. N., Aksakal, F. N., Kaptan, H., Ceyhan, M. N., Durukan, E., İlhan, F., Bumin, M. A. (2010). Birinci basamakta yaşam boyu bel ağrısı sıklığı ve ilişkili sosyal ve mesleki risk etmenleri. *Gazi Medical Journal*, 21(3).
- Iizuka, Y., Iizuka, H., Mieda, T., Tsunoda, D., Sasaki, T., Tajika, T., Takagishi, K. (2017). Prevalence of chronic nonspecific low back pain and its associated factors among middle-aged and elderly people: an analysis based on data from a musculoskeletal examination in Japan. *Asian spine journal*, 11(6), 989.
- Inanir, S., Taycan, S. E., Inanir, A., Celikel, F. C., Etikan, I. (2015). Metacognitive evaluation in patients with fibromyalgia syndrome. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 25.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M. (2001). Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(4), 655.
- Jensen, K. B., Petzke, F., Carville, S., Fransson, P., Marcus, H., Williams, S. C., Kosek, E. (2010). Anxiety and depressive symptoms in fibromyalgia are related to poor perception of health but not to pain sensitivity or cerebral processing of pain. *Arthritis Rheumatism*, 62(11), 3488-3495.
- Jacobsen, H. B., Glette, M., Hara, K. W., & Stiles, T. C. (2020). Metacognitive Beliefs as Predictors of Return to Work After Intensive Return-to-Work Rehabilitation in Patients With Chronic Pain, Chronic Fatigue and Common Psychological Disorders: Results From a Prospective Trial. *Frontiers in psychology*, 11, 70.

- Karst, M., Rahe-Meyer, N., Guedek, A., Hoy, L., Borsutzky, M., Passie, T. (2005). Abnormality in the self-monitoring mechanism in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 111-115.
- Kaya, E., Erden, D., Kayar, A. H., Kıralp, M. Z. (2010). Fibromiyalji sendromu olan kadın hastalarda aleksitimi, mizaç ve karakter özellikleri. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 56(3), 105-10.
- Keefe, F. J., Brown, G. K., Wallston, K. A., Caldwell, D. S. (1989). Coping with rheumatoid arthritis pain: catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain*, 37(1), 51-56.
- Krismer, M., Van Tulder, M. (2007). Low back pain (non-specific). *Best practice research clinical rheumatology*, 21(1), 77-91.
- Koley, S., Kaur, J., Sandhu, J. S. (2010). Biological risk indicators for non-specific low back pain in young adults of Amritsar, Punjab, India. *Journal of Life Sciences*, 2(1), 43-48.
- Kozanoglu, E., Canataroglu, A., Abayli, B., Colakoglu, S., Goncu, K. (2003). Fibromyalgia syndrome in patients with hepatitis C infection. *Rheumatology International*, 23(5), 248-251.
- Kupfer, D. J. (2015). Anxiety and DSM-5. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 245-246.
- Leino, P., Magni, G. (1993). Depressive and distress symptoms as predictors of low back pain, neck-shoulder pain, and other musculoskeletal morbidity: a 10-year follow-up of metal industry employees. *Pain*, 53(1), 89-94.
- Linton, S. J. (2000). A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine*, 25(9), 1148-1156.
- Lindman, R., Hagberg, M., Bengtsson, A., Henriksson, K. G., Thornell, L. E. (1995). Capillary structure and mitochondrial volume density in the trapezius muscle of chronic trapezius myalgia, fibromyalgia and healthy subjects. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 3(3), 5-22.

- Livingston, J. A. (2003). Metacognition: An Overview.
- Lumley, M. A., Smith, J. A., Longo, D. J. (2002). The relationship of alexithymia to pain severity and impairment among patients with chronic myofascial pain: comparisons with self-efficacy, catastrophizing, and depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(3), 823-830.
- Maher-Edwards, L., Fernie, B. A., Murphy, G., Wells, A., Spada, M. M. (2011). Metacognitions and negative emotions as predictors of symptom severity in chronic fatigue syndrome. *Journal of psychosomatic research*, 70(4), 311-317.
- Maletic, V., Raison, C. L. (2009). Neurobiology of depression, fibromyalgia and neuropathic pain. *Front Biosci*, 14, 5291-338.
- Manchikanti, L., Singh, V., Falco, F. J., Benyamin, R. M., Hirsch, J. A. (2014). Epidemiology of low back pain in adults. *Neuromodulation: Technology at the Neural Interface*, 17, 3-10.
- Martinez, J. E., de Melo Casagrande, P., Ferreira, P. P. R., Rossatto, B. L. G. (2013). Correlation between demographic and clinical variables and fibromyalgia severity. *Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)*, 53(6), 460-463.
- McBeth, J., Jones, K. (2007). Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best practice & research Clinical rheumatology*, 21(3), 403-425.
- McDermid, A. J., Rollman, G. B., McCain, G. A. (1996). Generalized hypervigilance in fibromyalgia: evidence of perceptual amplification. *PAIN®*, 66(2-3), 133-144.
- Mikkelsson, M., Sourander, A., Piha, J., Salminen, J. J. (1997). Psychiatric symptoms in preadolescents with musculoskeletal pain and fibromyalgia. *Pediatrics*, 100(2), 220-227.
- Müller, W., Schneider, E. M., Stratz, T. (2007). The classification of fibromyalgia syndrome. *Rheumatology international*, 27(11), 1005-1010.
- Moldofsky, H. (1993). A chronobiologic theory of fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 1(3-4), 49-60.

- Myers, S. G., Wells, A. (2015). Early trauma, negative affect, and anxious attachment: the role of metacognition. *Anxiety, Stress, Coping*, 28(6), 634-649.
- Nabiyev, V., Ayhan, S., Acaroğlu, E. (2015). Bel ağrısında tanı ve tedavi algoritması. *Totbid Dergisi*, 14, 242-251.
- Neeck, G., Riedel, W. (1994). Neuromediator and hormonal perturbations in fibromyalgia syndrome: results of chronic stress?. *Baillière's clinical rheumatology*, 8(4), 763-775.
- Osborne, T. L., Jensen, M. P., Ehde, D. M., Hanley, M. A., Kraft, G. (2007). Psychosocial factors associated with pain intensity, pain-related interference, and psychological functioning in persons with multiple sclerosis and pain. *Pain*, 127(1-2), 52-62.
- Ozsoy, F., Okan, S. (2018). Theory of mind and metacognitive functions in patients with fibromyalgia syndrome. *Klinik Psikiyatri Dergisi-Turkish Journal Of Clinical Psychiatry*, 21(4), 351-359.
- Özçetin, A. (2014). Fibromiyalji; Bir Psikiyatrik Bozukluk Mu, Yoksa Birliktelik Mi?. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(3), 34-44.
- Özdemir, F., Karaoğlu, L., Özfırat, Ö. (2013). Malatya il merkezinde yaşayan bireylerde boyun, sırt ve bel ağrısı prevalansları ve etkileyen faktörler. *AĞRI Dergisi*, 25(1), 27-35.
- Özkan, Ö., Yıldız, M., Köklükaya, E. (2012). The correlation of laboratory tests and sympathetic skin response parameters by using artificial neural networks in fibromyalgia patients. *Journal of medical systems*, 36(3), 1841-1848.
- Özüberk, M. (2018). *Fibromiyalji sendromu ve romatoid artrit hastalarının sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanma derecelerinin karşılaştırılması* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
- Reich, A., Chatzigeorkidis, E., Zeidler, C., Osada, N., Furue, M., Takamori, K., Ständer, S. (2017). Tailoring the cut-off values of the visual analogue scale and numeric rating scale in itch assessment. *Acta dermato-venereologica*, 97(6-7), 759-760.

- Roussis, P., Wells, A. (2006). Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Differences*, 40(1), 111-122.
- Roussis, P., Wells, A. (2008). Psychological factors predicting stress symptoms: Metacognition, thought control, and varieties of worry. *Anxiety, Stress, Coping*, 21(3), 213-225.
- Russell, I. J. (1993). A metabolic basis for fibromyalgia syndrome. *Pain research and clinical management*, 6, 283-309.
- Sayar, K., Bilen, A., Arıkan, M. (2001). Kronik ağrı hastalarında öfke, benlik saygısı ve aleksitimi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 2(1), 36-42.
- Sarıçam, H., Şahin, S. H., Soyuçok, E. (2015) Doğayla İlişkili Olma İle Depresyon, Anksiyete Ve Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Uluslararası Hakemli Psikiyatri ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi (UHPPD)*, 2015(4), 38-57
- Schütze, R. (2016). Re-thinking over-thinking pain: What can metacognition add to our understanding of pain catastrophizing?. *Clinical Psychologist*, 20(3), 147-153.
- Schütze, R., Rees, C., Preece, M., Schütze, M. (2010). Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. *Pain*, 148(1), 120-127.
- Schwarz, M. J., Späth, M., Müller-Bardorff, H., Pongratz, D. E., Bondy, B., Ackenheil, M. (1999). Relationship of substance P, 5-hydroxyindole acetic acid and tryptophan in serum of fibromyalgia patients. *Neuroscience Letters*, 259(3), 196-198.
- Sencan, S., Ozcan-Eksi, E. E., Cuce, I., Guzel, S., Erdem, B. (2018). Pregnancy-related low back pain in women in Turkey: prevalence and risk factors. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 61(1), 33-37.
- Söğütlü, L., Alaca, N. (2019). 55 Yaş Altı Unutkanlık Şikayeti ile Başvuran Hastalarda Öznel Bellek Yakınmaları ile Nesnel Bellek Performansı, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 30(1).

- Sögüt, Ç., Eser, E. (2020) Manisa Şehzadeler Bölgesi'nde Yaşayan Erişkin 18-64 Yaş Arası Kadınlarda Yaşam Boyu Kronik Bel Ağrısı Prevalansı ve Nedenselliği. *Sağlık ve Toplum* 30(2), 70-80.
- Sönmez, İ., Köşger, F., Karasel, S., Tosun, Ö. (2015). Kadın fibromiyalji hastalarında hastalık algısının ağrı ve depresyonla ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(5).
- Soran, N., Altındağ, Ö., Demirkol, A. (2008). Fibromiyalji Sendromunda Depresyon Düzeyi ve Klinik Parametrelerle İlişkisi. *Romatizma/Rheumatism*, 23(1).
- Spada, M. M., Gay, H., Nikčević, A. V., Fernie, B. A., Caselli, G. (2016). Meta-cognitive beliefs about worry and pain catastrophising as mediators between neuroticism and pain behaviour. *Clinical Psychologist*, 20(3), 138-146.
- Spada, M. M., Wells, A. (2010). Metacognitions across the continuum of drinking behaviour. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 425-429.
- Spada, M. M., Giustina, L., Rolandi, S., Fernie, B. A., Caselli, G. (2015). Profiling metacognition in gambling disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(5), 614.
- Stahl, S. M. (2009). Fibromyalgia—pathways and neurotransmitters. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 24(S1), S11-S17.
- Sullivan, M. J., Bishop, S. R., Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological assessment*, 7(4), 524.
- Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., Lefebvre, J. C. (2001a). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical journal of pain*, 17(1), 52-64.
- Sullivan, M. J., Rodgers, W. M., Kirsch, I. (2001b). Catastrophizing, depression and expectancies for pain and emotional distress. *Pain*, 91(1-2), 147-154.
- Suren, M., Kaya, Z., Gokbakan, M., Okan, I., Arici, S., Karaman, S., Comlekci, M., Balta, M. G., Dogru, S. (2014). The role of pain catastrophizing score in the prediction of venipuncture pain severity. *Pain Practice*, 14(3), 245-251.

- Şeker, Ö. (2019). *Fibromiyalji hastalarında depresyon, anksiyete, anksiyete duyarlılığı, korku kaçınma inanışları ve yaşam kalitesi ilişkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Şimşek, Ş., Yağcı, N., Şenol, H. (2017). Prevalence and risk factors of low back pain among health-care workers in Denizli. *Agri*, 29(2), 71-78.
- Thieme, K., Turk, D. C., Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic medicine*, 66(6), 837-844.
- Topbas, M., Cakirbay, H., Gulec, H., Akgol, E., Ak, I., Can, G. (2005). The prevalence of fibromyalgia in women aged 20-64 in Turkey. *Scand J Rheumatol*, 34(2), 140-144.
- Tosun, A., Irak, M. (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 19(1).
- Tot, S., Toros, F. (2002). Fibromyalji sendromunun psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi/The relation of fibromyalgia syndrome and psychiatric disorders. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(4), 232.
- Treede, R. D. (2018). The International Association for the Study of Pain definition of pain: as valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes. *Pain reports*, 3(2).
- Trovato, G., Pace, P., Salerno, S., Trovato, F., Catalano, D. (2010). Pain assessment in fibromyalgia and rheumatoid arthritis: Influence of physical activity and illness perceptions. *Clinica Terapeutica*, 161(4), 335.
- Turk, D. C., Adams, L. M. (2016). Using a biopsychosocial perspective in the treatment of fibromyalgia patients. *Pain management*, 6(4), 357-369.
- Turk, D. C., Rudy, T. E. (1992). Cognitive factors and persistent pain: A glimpse into Pandora's box. *Cognitive therapy and research*, 16(2), 99-122.

- Turk, D. C., Robinson, J. P., Burwinkle, T. (2004). Prevalence of fear of pain and activity in patients with fibromyalgia syndrome. *The Journal of Pain*, 5(9), 483-490.
- Ulusoy, M., Sahin, N. H., Erkmen, H. (1998). The Beck anxiety inventory: psychometric properties. *J. Cogn. Psychother*, 12(2), 163-172.
- Ursin, H., Endresen, I. M., Haland, E. M., Mjelle, N. (1993). Sensitization: a neurobiological theory for muscle pain. *Pain research and clinical management*, 6, 413-427.
- van der Windt, D., Hay, E., Jellema, P., Main, C. (2008). Psychosocial interventions for low back pain in primary care: lessons learned from recent trials. *Spine*, 33(1), 81-89.
- van Middendorp, H., Lumley, M. A., Jacobs, J. W., van Doornen, L. J., Bijlsma, J. W., Geenen, R. (2008). Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia. *Journal of psychosomatic research*, 64(2), 159-167.
- van Wilgen, C. P., van Ittersum, M. W., Kaptein, A. A., van Wijhe, M. (2008). Illness perceptions in patients with fibromyalgia and their relationship to quality of life and catastrophizing. *Arthritis Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 58(11), 3618-3626.
- Wassem, R., Hendrix, T. J. (2003). Direct and indirect costs of fibromyalgia to patients and their families. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 7(1), 26-32.
- Waylonis, G. W., Perkins, R. H. (1994). Post-traumatic fibromyalgia. A long-term follow-up. *American journal of physical medicine rehabilitation*, 73(6), 403-412.
- Waylonis, G. W., Heck, W. (1992). Fibromyalgia syndrome. New associations. *American Journal of Physical Medicine Rehabilitation*, 71(6), 343-348.
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. John Wiley Sons.
- Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford press.

- Wells, A., Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 385-396.
- Wells, A., Matthews, G., (2014). *Attention and emotion: A clinical perspective*. United Kingdom: Psychology Press.
- Wells, A. (2005). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 23(4), 337-355.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., Brewin, C. R. (2009). Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive therapy and research*, 33(3), 291-300.
- Wells, A., Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior therapy*, 32(1), 85-102.
- Wells, A., Fisher, P. L., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., Brewin, C. (2008). An open trial of metacognitive therapy in the treatment of major depressive disorder. *Manuscript in in preparation*.
- White, K. P., Nielson, W. R., Harth, M., Ostbye, T., Speechley, M. (2002). Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: psychological distress in a representative community adult sample. *The Journal of rheumatology*, 29(3), 588-594.
- Wolfe, F., Russell, I. J., Vipraio, G., Ross, K., Anderson, J. (1997). Serotonin levels, pain threshold, and fibromyalgia symptoms in the general population. *The Journal of rheumatology*, 24(3), 555-559.
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J. A., Russell, I. J. (1995). Aspects of fibromyalgia in the general population: sex, pain threshold, and fibromyalgia symptoms. *The Journal of rheumatology*, 22(1), 151-156.

- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, I. J., Hebert, L. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 38(1), 19-28.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis care & research*, 62(5), 600-610.
- Yağcı, İ., Akcan, E., Yıldırım, P., Ağırman, M., Güven, Z. (2010). Fibromyalgia Syndrome in Patients with Chronic Low Back Pain. *Turkish Journal of Rheumatology*, 25(1), 37-40
- Yazıcı, K., Tot, Ş., Biçer, A., Yazıcı, A., Buturak, V. (2003). Bel ve Boyun Ağrısı Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6(2), 95-101.
- Yoshida, T., Molton, I. R., Jensen, M. P., Nakamura, T., Arimura, T., Kubo, C., Hosoi, M. (2012). Cognitions, metacognitions, and chronic pain. *Rehabilitation Psychology*, 57(3), 207.
- Yoshikawa, G. T., Heymann, R. E., Helfenstein, M., Pollak, D. F. (2010). A comparison of quality of life, demographic and clinical characteristics of Brazilian men with fibromyalgia syndrome with male patients with depression. *Rheumatology International*, 30(4), 473-478.
- Yunus, M. B. (1994). Psychological aspects of fibromyalgia syndrome: a component of the dysfunctional spectrum syndrome. *Bailliere's clinical rheumatology*, 8(4), 811-837.
- Yunus, M., Masi, A. T., Calabro, J. J., Miller, K. A., Feigenbaum, S. L. (1981, August). Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. In *Seminars in arthritis and rheumatism*, 11(1), 151-171
- Yunus, M. B., Celiker, R., Aldag, J. C. (2004). Fibromyalgia in men: comparison of psychological features with women. *The Journal of rheumatology*, 31(12), 2464-2467.

- Yunus, M. B., Inanici, F., Aldag, J. C., Mangold, R. F. (2000). Fibromyalgia in men: comparison of clinical features with women. *The Journal of rheumatology*, 27(2), 485-490.
- Yunus, M. B. (2015). Editorial review (thematic issue: an update on central sensitivity syndromes and the issues of nosology and psychobiology). *Current rheumatology reviews*, 11(2), 70-85.
- Ziadni, M. S., Sturgeon, J. A., Darnall, B. D. (2018). The relationship between negative metacognitive thoughts, pain catastrophizing and adjustment to chronic pain. *European Journal of Pain*, 22(4), 756-762.

EKLER

EK-1: Sosyo-Demografik Bilgi Formu

TARİH:

E-mail:

Telefon:

1. ADI-SOYADI:

2. YAŞI:

3. CİNSİYETİ: Kadın () Erkek ()

4. EĞİTİM DÜZEYİ: Orta okul () Lise mezunu () Üniversite Mezunu ()

5. MEDENİ DURUMU: Evli () Bekar () Boşanmış () Dul () Birlikte yaşıyor () Evli ve ayrı yaşıyor ()

a) Çocuk var ise sayısı:

6. MESLEĞİ: Öğrenci () Emekli () Çalışıyor () Çalışmıyor ()

7. AİLENİZİN AYLIK TOPLAM GELİRİ: 0-2000 tl () 2000-4000 tl () 4000-6000 tl () 6000 tl ve üstü ()

8. ANNE BABA DURUMU: Beraber yaşıyor () Boşanmış () Boşandığındaki yaşı:

9. a) KARDEŞ SAYISI:

b) KAÇINCI ÇOCUK:

10. DOĞUM YERİ: Köy () İlçe () Şehir () Büyükşehir ()

11. 0-6 YAŞ ARASINDA SİZİKİM BÜYÜTTÜ ? Anne-baba () Akrabalar () Kurum ()

12. ŞU AN KİMLERLE YAŞIYORSUNUZ ? Tek başına () Eşiyle () Anne/Babasıyla () Bakıcıyla ()

13. DAHA ÖNCE PSİKOLOĞA YA DA PSİKİYATRİSTE GİTTİNİZ Mİ: Evet () Hayır ()

a) Evet ise geçmişte aldığınız tanılar:

b) Şu anda sahip olduğunuz tanılar:

c) Geçmişte aldığınız psikolojik ya da psikiyatrik tedaviler:

d) Devam eden bir psikolojik ya da psikiyatrik tedavi görüyor musunuz?

14. AİLENİZDE RUHSAL HASTALIĞI OLANLAR VAR MI: Evet () Hayır ()

a) Evet ise yakınlık derecesi ve hastalık tanısı:

15. DAHA ÖNCE İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNDUNUZ MU? Evet () Hayır ()

16. KRONİK BİR HASTALIĞINIZ (Hipertansiyon, Diyabet, Osteoartrit, Hiperlipidemi vb.) VAR MI? Evet () Hayır ()

17. YÜRÜMEYE YARDIMCI ARAÇ (WALKER, KOLTUK DEĞNEĞİ, BASTON VS.) KULLANIYOR MUSUNUZ? Evet () Hayır ()

18. MENOPOZA GİRDİNİZ Mİ? Evet () Hayır ()

19. ALKOL KULLANIYOR MUSUNUZ ? Hayır () Nadiren () Haftada 1 kez ()
Günde 1 kez ()

20- SİGARA KULLANIYOR MUSUNUZ? Hayır () Bırakmış () Nadiren () Haftada 1
paket () Günde 1 paket () Günde 1 paketten fazla ()

EK-2: Beck Depresyon Ölçeği

BECK DEPRESYON ENVANTERİ-BDE

Hastanın Soyadı, Adı:..... Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- | | |
|--|---|
| <p>1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) Okadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.</p> <p>2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.</p> <p>3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümiyle başarısız bir insan olarak görüyorum.</p> <p>4 (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.</p> <p>5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.</p> <p>6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.</p> <p>7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum.</p> <p>8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.</p> <p>9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliyordum ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.</p> <p>10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canımı sıkıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızmıyorum.</p> | <p>11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.</p> <p>12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskise kiyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.</p> <p>13 (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyor.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.</p> <p>14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.</p> <p>15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.</p> <p>16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskise oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.</p> <p>17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.</p> <p>18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.</p> <p>19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımı bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünmüyorum.</p> <p>20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.</p> <p>21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilir olduğumu düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.</p> |
|--|---|

EK-3: Beck Anksiyete Ölçeği

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 etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
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. Tertleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK-4: Ağrı Felaketleştirme Ölçeği



PCS-TR

Hasta No: _____ Yaş: _____ Cinsiyet: E() K() Tarih: _____

Herkes hayatının bir bölümünde ağrılı durumlara karşılaşır. Bu durumlar baş ağrısı, diş ağrısı, eklem ağrısı veya kas ağrısı olabilir. Bunun yanında kişiler sıklıkla hastalık, yaralanma, dişle ilgili operasyonlar veya cerrahi sonucu da ağrıya maruz kalırlar.

Biz bu ankette ağrınız olduğunda ne hissettiğinizi ve düşündüğünüzle ilgileniyoruz. Aşağıda ağrıyla ilişkili olabilecek farklı duygu ve düşünceleri tanımlayan 13 cümle bulunmaktadır. Lütfen aşağıdaki skalayı kullanarak ağrınız olduğunda hissettiğiniz düşüncelerinizi ve duygularınızı derecelendiriniz.

0 – Hiç 1 – Biraz 2 – Orta Derecede 3 – Ciddi Şekilde 4 – Her zaman

Ağrım varken...

- 1 Ağrının bitip bitmeyeceği hakkında sürekli endişelenirim.
- 2 Bu duruma daha fazla katlanamayacağımı hissedirim.
- 3 Bu ağrının korkunç olduğunu ve hiçbir zaman iyileşmeyeceğini düşünürüm.
- 4 Bu ağrının berbat olduğunu ve beni mahvettiğini hissedirim.
- 5 Buna daha fazla dayanamayacağımı hissedirim.
- 6 Ağrı daha da kötüleşecek diye korkarım.
- 7 Başka ağrılı durumları düşünüp dururum.
- 8 Tedirgin bir şekilde ağrının geçmesini isterim.
- 9 Ağrıyı aklımdan bir türlü çıkaramadığımı fark ederim.
- 10 Sürekli ağrının ne kadar acı verdiğini düşünürüm.
- 11 Ağrının durmasını ne kadar çok istediğimi düşünürüm.
- 12 Ağrının şiddetini azaltmak için yapabileceğim hiçbir şeyin olmadığını düşünürüm.
- 13 Ciddi bir durumun ortaya çıkıp çıkmayacağını merak ederim.

...Total

EK-5: Üstbilis Ölçeği-30

Bu anket kişilerin kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını incelemektedir. Aşağıda bireyler tarafından ifade edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığınızı uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz (1: kesinlikle katılmıyorum; 2: kısmen katılmıyorum; 3 kısmen katılıyorum; 4: kesinlikle katılıyorum). Lütfen tüm maddeleri cevaplandırınız. Bu ankette doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.

	Kesinlikle	Kısmen	Kısmen	Kesinlikle
	katılmıyorum	katılmıyorum	katılıyorum	katılıyorum
1. Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Endişelenmem benim için tehlikelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Eğer beni endişelendiren bir düşüncüyü kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Düşüncelerimi izlerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Belleğim zaman zaman beni yanıltır.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Endişelerim beni delirtir.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Düşündüğümün her an farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Zayıf bir belleğim vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeye yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Belirli şeyleri düşünmek kötüdür.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Belleğime güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-6: Fibromiyalji Etki Anketi

Fibromiyalji Etki Anketi

The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____ / ____ / ____

1 Aşağıdaki aktiviteleri yapabiliyor musunuz?

		Daima	Çoğunlukla	Ara sıra	Hiçbir zaman
a	Alışveriş yapmak	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b	Çamaşır yıkamak	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c	Yemek hazırlamak	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d	Bulaşıkları (tabak, kazan vs.) elde yıkamak	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e	Elektrik süpürgesi ile halı süpürmek	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f	Yatakları düzenlemek	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g	Birkaç yüz metre yürümek	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h	Arkadaş/akraba ziyareti yapmak	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i	Bahçe işleri yapmak	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j	Araba kullanmak	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
k	Merdiven çıkmak	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Toplam Skor:		[(a+b+...+k) / 10 x 3.33]			

2

Son bir hafta içinde kendinizi kaç gün iyi hissettiniz?

0 1 2 3 4 5 6 7

3

Geçen hafta boyunca kaç gün fibromiyaljiden dolayı iş yapamaz duruma geldiniz?

0 1 2 3 4 5 6 7

4

İşe gittiğiniz zaman, ev işlerinizi yaparken ağrı ve diğer yakınmalar iş yapmanızı ne kadar engelledi?

Engellemedi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Çok Engelledi

5

Ağrının düzeyi ne kadardı?

Yoktu

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Çok Fazlaydı

6

Ne kadar yorgunsunuz?

Yorgun değilim

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Çok Yorgunum

7

Sabahları kalktığınızda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Dinlenmiş

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Çok Yorgun

8

Sabah tutukluğunuz ne kadar?

Hiç yok

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Çok Tutuk

9

Kendinizi ne kadar sinirli ve gergin hissediyorsunuz?

Sakin

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Çok Sinirli

10

Kendinizi ne kadar HÜZÜNLÜ, çökkün, morali bozuk veya depresif hissediyorsunuz?

Hiç

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Çok

Berckhardt, C.S., Clark S.R., Bennett, R.M. (1991) Journal of Rheumatology. 1991 18, 728-734

EK-7: Vizüel Analog Skala

VİZUEL ANALOG SKALA (VAS)

Adınız Soyadınız: _____ Tarih: _

Ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin.

Hiç ağrı olmaması

En dayanılmaz ağrı

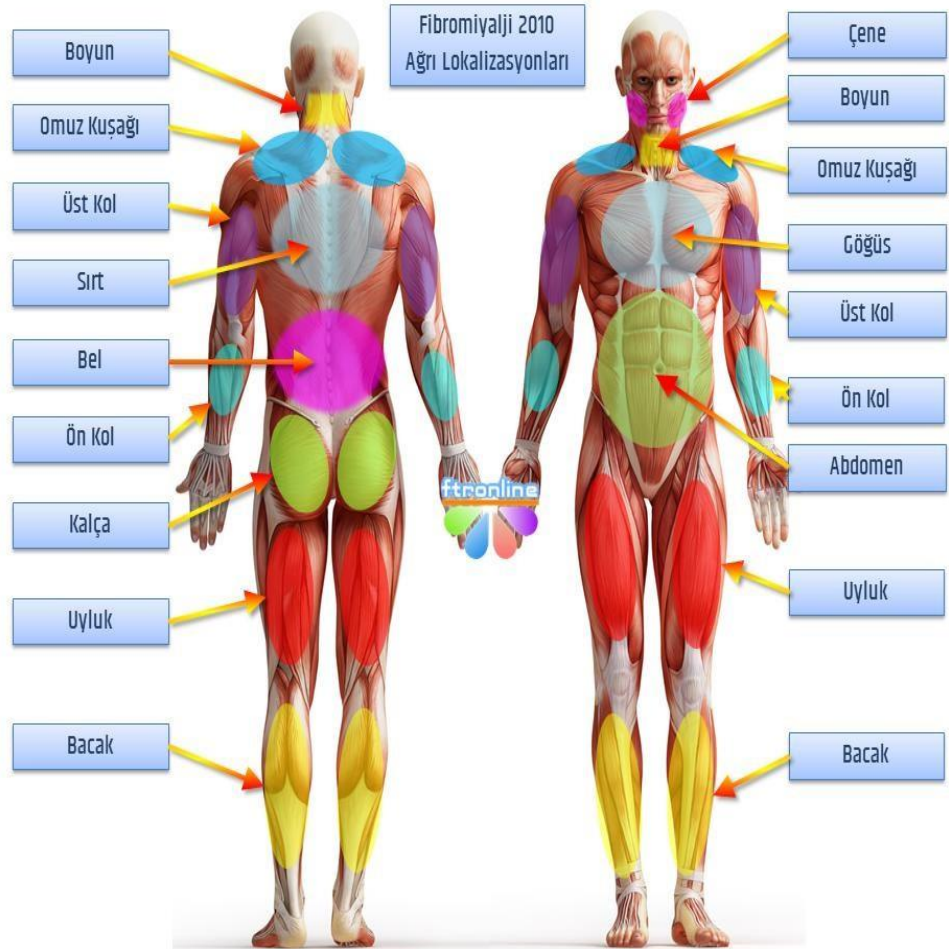


Fibromiyalji Sendromu ACR 2010 Tanı Kriterleri

Hastaya tanı konabilmesi için aşağıdaki 3 koşulun sağlanması gereklidir;

1. Yaklaşık 3 aydır semptomların benzer şiddette var olması,
2. Hastanın yakınmalarını açıklayan başka bir hastalığın olmaması,
3. Yaygın ağrı indeksinin ≥ 7 , Semptom Şiddet Skalasının ≥ 5 puan veya Yaygın ağrı indeksinin 3-6, Semptom Şiddet Skalasının ≥ 9 puan olması

Yaygın Ağrı İndeksi (0-19 Puan)





Semptom Şiddet Skalası (0-12 Puan)

	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli
Yorgunluk	0	1	2	3
Dinlenmeden uyanma	0	1	2	3
Kognitif Semptomlar	0	1	2	3
	Yok	Birkaçı var	Neredeyse yarısı var	Neredeyse tamamı var
Somatik Semptomlar*	0	1	2	3

*Somatik Semptomlar

Kas Ağrısı, İrritabl Bağırsak Sendromu, Yorgunluk- Halsizlik, Düşünme ya da Hatırlama Problemi, Kas Zayıflığı, Baş Ağrısı, Abdominal Ağrı-Kramp, Uyuşma-Karıncalanma, Baş Dönmesi-Sersemlik Hissi, Uykusuzluk, Depresyon, Kabızlık, Üst Abdominal Ağrı, Mide Bulantısı, Sinirlilik, Göğüs Ağrısı, Bulanık Görme, Ateş, İshal, Ağız Kuruluğu, Kaşıntı, Hırıltı, Raynaud Fenomeni, Kurdeşen-Ürtiker-Cilt Kabarıklığı, Kulak Çınlaması, Kusma, Mide Ekşimesi, Ağız Ülseri, Tat Değişikliği-Kayıbı, Nöbet, Kuru Gözler, Nefes Darlığı, İştahsızlık, Döküntü, Güneş Hassasiyeti, İşitme Güçlüğü, Kolay Morarma-Yaralanma, Saç Dökülmesi, Sık İdrara Çıkma, Ağrılı İdrar Yapma ve Mesane Spazmları.

ÖZGEÇMİŞ

Betül Hacer ÖZATEŞ, Lisans eğitimini İstanbul Şehir Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nde 2018 yılında onur derecesi ile tamamlamıştır. Günümüzde İstanbul Kent Üniversitesi Klinik Psikoloji Programı'nda yüksek lisans yapmaktadır.

2016 yılında Çapa Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, 2017 yılında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde, Başak Tıp ve Rehabilitasyon Merkezi'nde ve AID Doctors Uluslararası Doktorlar Derneği'nde stajlarını tamamlamıştır. Şu anda eğitimini almış olduğu kuramlar ile terapi hizmeti vermekte, süpervizyonlarına devam etmekte, her fırsatta alandaki seminer ve eğitimlere katılmaktadır.