

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI

FİBROMİYALJİ HASTALARINDA ZİHİN KURAMI
ÖZELLİKLERİ VE ÜSTBİLİŞ İŞLEVLERİNİN
BELİRTİLERİN YORUMLANMASINA VE HASTALIK
ÜZERİNE ETKİSİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. YUNUS BAYRAM KOÇYİĞİT

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. ASLI KURUOĞLU

KASIM 2019
ANKARA

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI

FİBROMİYALJİ HASTALARINDA ZİHİN KURAMI
ÖZELLİKLERİ VE ÜSTBİLİŞ İŞLEVLERİNİN
BELİRTİLERİN YORUMLANMASINA VE HASTALIK
ÜZERİNE ETKİSİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. YUNUS BAYRAM KOÇYİĞİT

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. ASLI KURUOĞLU

KASIM 2019
ANKARA

TEŞEKKÜRLER

Asistanlık eğitimim süresince ve tez dönemimde yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Aslı Kuruoğlu başta olmak üzere, değerli hocalarım Prof. Dr. Nevzat Yüksel'e, Prof. Dr. Zehra Arıkan'a, Prof. Dr. Behçet Coşar'a, Prof. Dr. Selçuk Candansayar'a, Prof. Dr. Filiz Karadağ'a, Prof. Dr. Selçuk Aslan'a, Prof. Dr. Ender Taner'e, Öğr. Gör. Dr. İrem Ekmekçi'ye ve Öğr. Gör. Dr. Melike Küçükkarapınar'a ve rotasyon eğitimlerimde bilgilerinden yararlandığım kıymetli hocalarıma teşekkür ederim.

Bu zorlu süreçte yardımlarını esirgemeyen tüm çalışma arkadaşlarıma ve personele teşekkür ederim.

Bir tıp doktoru olarak yetişmemde şüphesiz çok büyük emekleri olan çok kıymetli fakülte hocalarıma da teşekkürü bir borç bilirim.

Bu uzun soluklu eğitim sürecimde ve hayatım boyunca her an hep yanımda olan çok kıymetli ailem; bugünleri görebilmesini yürekten arzu ettiğim ve artık aramızda olmayan babam Mustafa Koçyiğit'e, annem Emine Koçyiğit'e, kardeşlerim Emre Koçyiğit'e ve Tuğrul Koçyiğit'e sonsuz teşekkürler.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜRLER	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLO DİZİNİ	iv
1. GİRİŞ	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Fibromiyalji Sendromu (FMS)	6
2.1.1. FMS Etiyolopatogenezi.....	8
2.1.2. FMS tanı.....	12
2.1.3. FMS Kliniği	14
2.1.4. FMS ve kişilik özellikleri.....	15
2.2. Üstbiliş.....	17
2.2.1. Üstbiliş tanımı.....	17
2.2.2. Üstbilişin gelişimi	18
2.2.3. Üstbilişin değerlendirilmesi.....	18
2.2.4 FM’de üstbiliş	20
2.3. Zihin Kuramı	21
2.3.1. Zihin kuramı tanımı	21
2.4. Aleksitimi	22
2.4.1. Aleksitimi tanımı	22
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	25
3.1 Araştırmanın yeri.....	25
3.2 Araştırma tipi.....	25
3.3 Katılımcılar.....	25
3.4 Etik Kurul Onayı	26
3.5 Araştırmanın bütçesi.....	26
3.6 Veri Toplama Araçları.....	26
3.6.1. A-Aleksitimi Ölçeği.....	26
3.6.2. Üstbiliş-30 Ölçeği (ÜBO-30).....	26
3.6.3. DEZİKÖ (Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği)	27
3.6.4. SCL-90 Ölçeği	28
3.6.5. Beck Depresyon Ölçeği	29

3.6.6. Beck Anksiyete Ölçeği	30
3.6.7. Belirti Yorumlama Ölçeği	30
3.6.8. Yeniden Gözden Geçirilmiş Fibromiyalji Etki Anketi	31
3.7 İstatistiksel Değerlendirme	31
4. BULGULAR.....	33
4.1. Ölçek puanlarının gruplara göre değerlendirilmesi	34
4.2 Üstbiliş-30 ve DEZTÖ ölçek puanlarının diğer ölçeklerle korelasyonu	43
5. TARTIŞMA	50
6. SONUÇLAR.....	59
7. KAYNAKÇA.....	61
8. ÖZET	75
9. SUMMARY	76
10. EKLER.....	77
10.1. Sosyodemografik veri formu	77
10.2. A Aleksitimi ölçeği	78
10.3. Üstbiliş-30 ölçeği	79
10.4. Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği.....	80
10.5. Scl-90 Ölçeği	94
10.6. Beck Depresyon Ölçeği	98
10.7. Beck Anksiyete Ölçeği	100
10.8. Belirti Yorumlama Ölçeği	101
10.9. Yeniden Gözden Geçirilmiş Fibromiyalji Etki Anketi	103
10.10. Aydınlatılmış Onam Formu	104
10.11. Etik Kurul	106
10.12. Tez Sınav Tutanağı	108
11. ÖZGEÇMİŞ	109

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Örneklemi Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri.....	33
Tablo 2. Hasta Grubuna Ait Hastalık Özellikleri.....	34
Tablo 3. Grupların Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4. Grupların Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Puanlarına Göre Dağılımı. 37	
Tablo 5. Hasta Grubunda Depresyonu Olan ve Olmayanların Üstbiliş-30, FMEA ve DEZTÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	39
Tablo 6. Hasta Grubunda Anksiyetesi Olan ve Olmayanların Üstbiliş-30, FMEA ve DEZTÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	41
Tablo 7. Hasta Grubunda Üstbiliş-30 Ölçeği ve DEZTÖ Puanları ile SCL-90, FMEA, A Aleksitimi Ölçeği ve BYÖ Puanları Arasındaki İlişki	44
Tablo 8. Hasta Grubunda FMEA ile SCL-90, A Aleksitimi Ölçeği ve BYÖ Puanları Arasındaki İlişki	45
Tablo 9. Kontrol Grubunda Üstbiliş-30 Ölçeği ve DEZTÖ Puanları İle SCL-90, FMEA, A Aleksitimi Ölçeği ve BYÖ Puanları Arasındaki İlişki	46
Tablo 10. Kontrol Grubunda FMEA İle SCL-90, A Aleksitimi Ölçeği ve BYÖ Puanları Arasındaki İlişki.....	47
Tablo 11. FMEA Toplam Puanının Yordanmasına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi sonuçları	49

1. GİRİŞ

Fibromiyalji sendromu (FMS), uyku sorunları, baş ağrısı, yorgunluk, bilişsel fonksiyonlarda bozulma, anksiyete ve depresyon belirtilerinin da birlikte görüldüğü, etiyojisi ve patogenezi hala tam anlaşılamamış bir klinik tablo olarak tanımlanır.

Etiyoloji bakımından pek çok neden suçlanmış, belirli bir organik neden olmaması, hastaların kas yıkımı gibi olası patolojileri göz önüne alındığında, ağrı yanıtın beklenenden yüksek olması, psikiyatrik komorbiditenin sık eşlik etmesi gibi nedenlerle, günümüzde daha çok biyopsikososyal çerçevede değerlendirilen ve psikiyatrinin ilgisini çeken hastalıkların başında gelmektedir.

Var olan bedensel yakınmaları açıklayabilecek nitelikte biyolojik patolojinin gösterilemeyişi, hastalarda farklı işleyen bir zihin kuramı ve üstbilişte bozulmanın olabileceğini düşündürmüştür, bunun da hastalarda hastalığın kliniğini olumsuz etkileyeceği, bedensel belirtilerin yanlış yorumlanmasına neden olacağı hipotezi öner sürülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Fibromiyalji Sendromu (FMS)

Fibromiyalji (FMS), etiyolojisi ve patogenezi hala net anlaşılamamış, bilişsel fonksiyonlarda bozulma, medikal olarak açıklanamayan kronik yorgunluk ve ağrılar, simetrik dağılım gösteren ağrılı hassas noktalar, parestezi, uyku bozukluğu, işlevsellikte düşüş, çoklu bedensel yakınmaların ve çoğu zaman depresyon ve kaygı belirtilerinin eşlik ettiği klinik bir tablodur (1,42).

FMS'li hastalar, romatoid artrit gibi diğer ağrı durumlarından muzdarip olan hastalara benzer veya daha da kötü zihinsel ve fiziksel sağlık durumu bildirmektedir(43).

Pek çok FMS hastası somatik şikayetleri nedeniyle çeşitli tıbbi sağlık uzmanlarına başvurursa da, tıbbi araştırmalar genellikle bulgu ortaya çıkaramamakta ve belirtiler genellikle uzun süre teşhis edilmemektedir (44).

Sonuç olarak, sağlık sistemi içinde FMS'nin erken saptanması, etkili tedavi ve yönetim için temel sağlar. Bununla birlikte, FMS'nin doğru sınıflandırılması ile ilgili zorluklar zamanında ve yeterli yönetimi de engellemektedir (45,46,47).

Daha önce 'Gowers Fibrozitis' olarak tanımlanan ve fibröz dokunun inflamasyonu olarak düşünülen bu hastalık, daha sonra Fibromiyalji adını almış ve bugün bu hastalığın, yapılan kas biyopsileri sonucunda enflamatuar veya dejeneratif bir hastalık olmadığı anlaşılmıştır (12).

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre dünya nüfusunun %3-6 sında fibromiyalji görülmektedir. Bu hastaların %90'a yakını kadın hastalardan

oluşmaktadır. FMS görülme sıklığı yaşla birlikte artmakta, en çok, düşük sosyoekonomik düzey ile düşük eğitim seviyesine sahip 40-60 yaş aralığındaki kadın hastalarda görüldüğü saptanmıştır (4).

FMS'li kişilerde psikolojik somatoform bozukluk (BBB) belirtilerinin (somatik hastalık inançları, sağlık kaygısı, acıya zaman / enerji ya da sağlık kaygıları) günlük yaşamdaki oluşumu gösterilmeye ve psikolojik BBB belirtilerinin öngörücü değeri FMS bağlamında doğrulamaya çalışılmıştır. Bu çalışma günlük yaşamla ilgili BBB'nin tanı kriterinin yerine getirilebileceğini ve bu nedenle FMS'nin DSM-5'e göre BBB olarak sınıflandırılabilir olduğunu öngörmektedir. Gerçekten de, FMS'li katılımcıların% 82'si en az hafif şiddete sahip olan günlük belirtileri göz önüne alırken psikolojik B kriterini karşılamaktadır. İkincisi, psikolojik BBB belirtileri, hem eş zamanlı hem de ileriye dönük olarak, FMS'nin şiddet göstergeleri, yani ağrı yoğunluğu ve ağrıdan kaynaklanan subjektif bozulma ile ilişkilendirilmiştir. FMS bağlamındaki bu öngörücü değer nedeniyle, psikolojik B kriteri tanısallık, prognostik ve müdahale yönünden klinik açıdan önemli olarak görülmüştür (47).

Genel popülasyonda yapılan bir anket çalışmasına göre, FMS hastalarının önemli bir kısmının hafif BBB kriterlerini karşıladığı görülmüştür (52). Şimdiye kadar, DSM-5 BBB B kriterinde tarif edilen psikolojik faktörlerle ilgili literatür, kanıtlar heterojen olsa da FMS'li hastaların, belirtileri öncelikle somatik nedenlere (somatik hastalık inancı, B1 kriteri) atfetme eğiliminde olduğunu göstermiştir (53,54). FMS'li hastaların basit hastalık açıklamalarına uymadıklarını, psikolojik faktörlerin de düşünülmesi gerektiği vurgulanmaktadır (55,56). Sağlık kaygısı ile ilgili (kriterB2), bazı bulgular FMS'li hastaların hastalık anksiyetesi ile ilişkili

olduğunu göstermektedir (57,58). Dahası, hastalık anksiyetesi, FMS'li hastalar arasında somatik belirtiler ve fiziksel sakatlık ile ilişkili bulunmuştur (59,60).

FMS'nin bu özellikleri, sağlık endişeleriyle meşgul olma, bilgi ve güvence arama ve sağlık hizmetlerinden yararlanma ile ilişkili bulunmuştur. Yine bilişsel ruminasyon yoğunluğunda FMS belirtileri ile pozitif ilişkilidir. Ayrıca aktif kaçınma (koruma ve yardım isteme gibi) ve hastalık davranışı hem fiziksel hem de zihinsel sağlıkla bağlantılı yaşam kalitesi ile ilişkilidir (61,62).

Mevcut bulgular, psikolojik faktörlerin nedensel olarak somatik belirti ile ilişkili olabileceğini düşündüren mevcut bakım modelleri ile de uyumludur. Örneğin, Kirmayer ve Taillefer'in somatoform belirtileri modeline göre Fiziksel duyuların bir hastalık işareti olarak yorumlanması, medikal tedavi aramaya iter. Yetersiz güvence veya negatif doktor-hasta etkileşimleri, belirtilerle ilişkili sıkıntıyı artırabilir (63).

2.1.1. FMS Etiyopatogenezi

Etiyopatogenezi aydınlatmak için elli yıldan uzun bir süredir çalışmalar yapılmış ve bu çalışmalar son yıllarda artış göstermiştir. Bu konuda çeşitli hipotezler öne sürülmüş ancak etiyoloji hala aydınlatılamamıştır. Etiyolojide biyolojik, genetik, psikososyal ve sosyokültürel pek çok değişkenin bütüncül etkileşimi vurgulanmaktadır (3). Bugün özellikle, otonomik, nöroendokrin ve nöropsişik sistemi etkileyen bir seri heterojen dengesizlik olarak ele alınması da gündemdedir. Özellikle birinci derece akrabalarında FMS olan kişilerde hastalığın görülme ihtimali sekiz katına kadar artış göstermektedir. Bu da genetik geçişin

önemli etkisi olduğunu düşündürmektedir (7). Yine HLA grupları arasında kısmi bir bağ olduğu düşünülmüştür (8).

FMS’de ayrıca, serotonin 5HT2A reseptör, serotonin taşıyıcı, dopamin D4 reseptör ve COMT (ketakolamin-O-metil-transferaz) gen polimorfizmlerinin varlığı dikkat çekmektedir (9-11).

Etiyopatogenezi aydınlatabilmek adına yapılan çalışmalar santral teorilere işaret etmektedir. FMS’ye uyku bozuklukları sık eşlik etmektedir. Elektroenselelografi(EEG) çekimleri sırasında anormal non-REM (rapid-eye-movement) delta dalgalarıve alfa dalga intrüzyonlarına rastlanmıştır. Deneysel olarak oluşturulan non-REM uyku bozuklukları sonucunda klinik olarak FMS belirtilerinin ortaya çıktığıgörülmüştür ve non-REM uyku bozukluğunun buna neden olabileceği varsayımlı ancak ilerleyen dönemlerde yapılan çalışmalar bunu yeterince desteklemediğinden bu hipotezden uzaklaşmıştır (14-16). Yine de uyku kalitesinin ertesi gün oluşacak ağrı ve yorgunlukla doğrudan bağlantılı olduğu görülmüştür (17, 30).

Depresyon ve kaygı bozukluklarındaki önemi de bilinen serotonin eksikliği bu hastalarda hem non-REM uykusunu bozmakta hem de ağrı oluşumuna neden olmaktadır. Bunun yanında Beyin omurilik sıvısında (BOS) substans P düzeyinin artışı ile mutsuzluk, gerginlik, odaklanma güçlüğü, bellek sorunları gibi belirtilerde artış olduğu saptanmıştır. FMS’de BOS substans P seviyelerinde sağlıklı kontrollere göre üç kat artış olduğu görülmüştür. Buna karşılık, sağlıklı kontrol grupları ile yapılan histolojik, immünkimyasal ve moleküler çalışmalar serotonin, substans P ve galanin gibi ağrıyla ilgili biyokimyasal maddelerin kaslarda FMS’li hastalarda da farklı olmadığını normal düzeylerde bulunduğunu göstermektedir. FM nin kas iskelet

sistemli değil de merkezi sinir sistemi ile ilgili bir hastalık olduğukonusundaki görüşler giderek güçlenmektedir (18,65,66).

FMS de hiperaljezi de merkezi sinir sistemi plastisitesi ve santral sensitizasyon ile açıklanmaya çalışılmıştır. Santral sensitizasyon, merkezi kolayuyarılabilirlikşeklinde düşünülebilir, çeşitli faktörlerle uyarım sonucu merkezi sinir sistemindeki genel bir aşırı reaktiviteyi ifade eder (19). FMS de bu yönüyle santralsensitizasyon sendromları grubunda değerlendirilmektedir (6).

Okifuji ve Türk tarafından geliştirilen FMS'nin dinamik süreç modeli, nörobiyolojik faktörleri (örneğin, merkezi sinir sisteminin düzensizliği, hipotalamo-pitüiteradrenal eksenin anormal aktivitesi), operant ve bilişsel davranışsal öğrenme ilkelerinin rolü ile bütünleştirir. Uyumsuz psikolojik reaksiyonlar ve artan duyuşsal uyanıklık veya ağrıyla ilişkili davranış gibi sonuçları etkilemektedir. Dinamik süreç modeli, FMS ile ilişkili belirti ve sakatlıkların sürdürülmesi ve güçlendirilmesi için sezgisel bir açıklama sağlamaktadır (64).

Bugüne kadar FMS’de predispozan faktörler olarak kişilik, baş edebilme yetenekleri, çocukluk travmaları, önceki hastalıklar, genetik predizpozisyon; arttırıcı faktörler olarak fiziksel hastalık, travma, stres, depresyon; devam ettirici faktörler olarak davranış bozuklukları, depresyon ve güven kaybı gibi duygusal faktörler, uyku bozukluğu, yorgunluk, ağrı gibi fiziksel faktörler ve inançlar, kanılar gibi düşüncesel faktörlerin varlığı bildirilmiş ve bugün FMS’nin multifaktöryel etiyolojiye bağlı olduğu, nöroendokrin sapmalar ile santral sensitizasyon sonucu geliştiği kabul edilmektedir (39).

2.1.1.1.Santral sensitizasyon

FMS periferik nöropatik ağrı sendromunun fizyopatolojik mekanizmalarına benzer mekanizmalar taşımaktadır (69). Bu sendromda BOS'de subtrans P (SP) ve nöronal büyüme faktörü (NGF) artmakta ve NGF primer afferentlerde SP sentezini arttırmaktadır. NMDA reseptör aktivitesi ise postsinaptik alanda glutamat artmakta ve NO sentezi tetiklenmektedir (70). FMS'de glisin arttığı FMS'de santral sensitizasyonla tetiklenen nitrik oksit (NO) ağrı iletiminde başka rolleri olduğu bulunmuştur. Posttravmatik stres bozukluğu, multipl kimyasal duyarlılık sendromu, kronik yorgunluk sendromu ve FMS arasında müşterek etiyoloji ve fizyopatolojiyi araştıran çalışmalar NO sentezi artmasının NMDA reseptör aktivitesini arttırdığını göstermiştir (69,71).

FMS'de otonom disfonksiyon varlığı bilindiğine göre bu sendrom sempatik hiperaktivite ile sürdürülen nöropatik ağrı benzeri mekanizmalar taşıyabilir mi? sorusunun cevabında bu sendromda kalp hızı değişkenlik ölçümleri, gece artan sempatik hiperaktivite, Raynaud ve Sicca sendromu benzeri bulgular yanında epinefrin enjeksiyonları ile ağrının arttığı sempatik blokajla ağrının azaldığı gösterilmiştir. IL6'ya artan norepinefrin cevabı ise sempatik hiperaktiviteyi devam ettirebilir. Azalmış glial hücre kaynaklı nöronal büyüme faktörü-*glial cell line-derived neurotrophic factor* (GDNF) düzeyleri FMS'de sensitizasyon nedeni olabileceği gibi, BOS'de azalmış GDNF ve artmış SP ile NGF nedeni ile ağrı yolları aşırı aktif olabilir. FMS'de endojen ağrı inhibitör sistemlerinde disfonksiyon tekrarlayan ağrılı uyarana karşı ağrı gelişiminin değişmemesi ve ağrının nalokson enjeksiyonları ile artmaması şeklinde gösterilmiştir (72). Bu sendromda

endojen opioid bozukluğuna işaret eden diğer bir bulgu hastaların periferik kan mononükleer hücrelerinde endorfin yoğunluğunun normallere göre düşük olmasıdır. Sonuç olarak FMS’de santral sensitizasyon ve kronik ağrı gelişmekte ve fizyopatolojik mekanizmalar periferik nöropatik ağrı sendromu ile benzerlik göstermektedir. Otonom disfonksiyon bu mekanizmalara katkıda bulunmaktadır. Ağrının devamında ikincil nöronlarda genetik kökenli hipereksitabilite rol oynayabilir. Beyinde ve BOS’de aljezik nörotransmitter düzeyleri artmış ve analjezik nörotransmitter düzeyleri azalmıştır ve bu nedenle ağrı yolları aktivelebilir (73).

2.1.2. FMS tanı

FMS tanısı ACR 1990 kriterlerine göre konmaktadır. Öyküde en az 3 ay süren yaygın kas iskelet sistemi ağrısı (vücudun sağ ve sol tarafında, belinaltında ve üstünde olması gerekir), fizik muayenede tanımlanmış dokuz çift hassas noktanın en az on birinde hassasiyet saptanması ile fibromiyalji tanısı konmaktadır. Diğer hastalıkların olması fibromiyalji tanısını dışlamamaktadır. Tanı kriteri olarak kullanılacak laboratuvar ve radyolojik bulgu yoktur. Tanıda %88.4 duyarlılık ve %81.1 özgüllük mevcuttur.

Belirtilere dayalı tanı konulabilmesi, yorgunluk ve bilişsel bozukluk gibi hastalıkta görülen bulguların 1990 ACR tanı kriterleri içinde yer almaması, belirti şiddeti hafif olan hastalarda hassas nokta sayısının azalmasına bağlı olarak tanı koyma zorluğu yaşanması gibi nedenlerden dolayı 2010 yılında ACR klinik pratikte alternatif bir yöntem olabilecek hassas noktaların olmadığı ve belirti şiddet (SS) skalasını içeren yeni kriterler yayınlama ihtiyacı duymuştur (13).

Yine ACR'nin 2010 yılında tanımladığı yeni tanı kriterlerinde; tanı için gerekli ağırlı hassas nokta sayısı azaltılmış, bunun yanı sıra somatik belirtiler de eklenmiştir. Somatik belirtiler başlığı altında; kas ağrısı, kas güçsüzlüğü, bitkinlik/yorgunluk, düşünme veya hatırlama problemi, sersemlik, uyuşukluk, sinirlilik, uykusuzluk, depresyon, baş ağrısı, kabızlık, üst karında ağrı, bulantı, irritabl barsak sendromu, karında ağrı veya kramp, kusma, göğüs ağrısı, bulanık görme, kuru göz, ateş, ishal, ağız kuruluğu, kaşıntı, ürtiker, rash, güneşe duyarlık, wheezing, solunumun kısılması, Raynaud fenomeni, kulakta çınlama, oral ülser, tat duyusunda kayıp veya değişiklik, işitme zorlukları, saç dökülmesi, sık idrara çıkma, ağırlı idrar yapma, mesane spazmları eklenerek bu belirtilerin de sorgulanıp puan verilerek değerlendirilmesi istenmiştir.

Sonradan eklenen tanı kriterlerinin oldukça önemli bir kısmı organik bir nedeni olmayan kaygı bozuklukları, somatoform bozukluklar ve depresyon gibi birçok psikiyatrik bozuklukta da sık görülen ve tanı kriterleri içinde olan belirtilerdir.

FM biyolojik veya fizyolojik testlere değil, hasta şikayetine dayanan birtanıdır. Yani öznel ve doğrulama için uygun değildir. Tıbbi olarak açıklanamayan kronik yaygın ağrının, psikiyatrik sınıflandırma sistemlerinde fiziksel bir hastalık mı yoksa (kavramsal olarak örtüşen) bir zihinsel somatoform hastalık olarak mı sınıflandırılacağı, halen tartışma konusudur ve çoğunlukla teşhis hekimin uzmanlık alanına bağlıdır (48).

FMS'in temelde bir tıbbi nedensellik eksikliği nedeniyle öncelikle bir somatoform bozukluk olarak sınıflandırılması gerektiği fikri ağrı ve psikoloji literatüründe iyi kabul görmektedir.(49,50) Bu tartışma, son zamanlarda Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının (DSM-5) beşinci baskısında somatoform bozukluk kategorisinin tanıtılmasıyla daha da artmıştır. FMS ile ilgili

başka sorular da gündemdedir. Sınıflandırma, klinik tanı ve tedavi konusu aydınlatılmaya çalışılmıştır. Belirti kompleksi FMS olarak etiketlenmeli midir? FM makul bir teşhis etiketi midir, yoksa FM belirtileri somatoform bozukluk olarak mı işaretlenmeli? (111).

2.1.3. FMS Kliniği

FMS yalnızca kronik ağrı ve yorgunluk ile sınırlı değildir. Buna hiperaljezi, allodini, fiziksel ve ruhsal sıkıntı, dinlendirmeyen uyku, baş ağrısı, irritabl barsak, baş ağrısı, bilişsel bozulma, fonksiyonel yakınmalar ve bunun yanında psikiyatrik eşitileri kapsayan geniş bir belirtiler kümesi eşlik etmektedir (5).

FMS'li hastalarda ayrıca, irritabl barsak sendromu, baş ağrısı, huzursuz bacak sendromu, temporomandibüler disfonksiyon, kronik yorgunluk sendromu, irritabl mesane sendromu, post travmatik stres bozukluğu gibi tabloların birlikte bulunması veya örtüşmesine sık rastlanmaktadır. Bu sendromlar günümüzde Santral Sensitizasyon Sendromları olarak ele alınmaktadırlar (6). Fibromiyaljinin mevcut belirtiler ile anatomik patoloji arasındagözle görülür bir bağlantının olmaması, bu hastalığın zaman zaman özellikle hekimler arasında 'çöp sepeti tanısı' olarak anılmasına neden olmuştur (35). Dahası yaygın ağrı, komorbid depresyon ve anksiyete hastalıkları yanı sıra, hastalığı sıklıkla psikososyal komponentinin bulunması, hastalığın nesnel durumuna olan inancı da zorlaştırmaktadır (36).

Her ne olursa olsun, bu belirtilerin her biri, hastaların her birinde farklı bir rol oynar ve işlevselliği azaltır. Ayrıca, hastaların yaşamları boyunca yaşam kalitesini büyük veya küçük ölçüde olumsuz etkiler (38). Psikolojik faktörler, özellikle FMS

için kronik ağrılı durumlar için ana göstergelerden biridir. Tıpkı kısır döngü gibi, psikolojik rahatsızlık da ağrıya neden olur ve karşılığında ağrı psikolojik rahatsızlığı sürdürür (39).

Yorgunluk, uyku bozukluğu, bilişsel disfonksiyon, nöroendokrin belirtiler, otonom disfonksiyon gibi ağrı dışı şikayetler veya bunlardan biri her hastada baskın olabileceği gibi bunların üstüste binmesi ile ağrı şikayetleri ikinci planda kalabilir (67). Bunun dışında FMS'li her hastada farklı ağrı toleransı ve baş edebilme yetenekleri nedeniyle klinik tablo farklı düzeyler gösterebilir.

FMS'li hastalarda bilişsel yeterlilik ve uzun süreli bellek gibi bilişsel fonksiyonların birer parçası olan işleme hızı ve çalışma belleğinde düşüş olduğu görülmüştür (28,29).

Bilgi işleme hızı, temelde basit algısal kararların hızının ölçümüyle ortaya konur. Çalışma belleği ise bireyin bilgileri anlık ne kadar fazla hatırlayabildiğiyle ölçümlenir. FMS hastalarında yapılan bir çalışmada, depresyonu olan ve olmayan hastaların uzun dönem belleği değerlendirilmiş, sağlıklı bireylerden daha düşük performanslarının olduğu ve aralarında anlamlı farklılık bulunmadığı gözlenmiştir (31). Yine bir diğer çalışmada FMS hasta grubunun kontrole göre daha fazla hafıza sorunları yaşadığı gösterilmiştir (32).

2.1.4. FMS ve kişilik özellikleri

FMS'de kendine yönelik ve sosyal olarak kabul edilen mükemmeliyetçiliğin fazla, nörotizm, aleksitimi, psikasteni ve dolaylı saldırganlığın yüksek, yansızlığına kontrollere göre düşük, anlaşılabilirlik düzeyinin düşük ve yüksek zarardan kaçınma,

düşük kendini yönetme ve düşük sebat etme şeklindeki kişilik özelliklerinin öne çıktığı görülmektedir (26,27).

Savunma mekanizmalarının irdelendiği bir başka çalışmada supresyonun fibromiyaljili hastalarda sık kullanıldığı gözlenmiştir (23). Çelişkili sonuçlar olmakla birlikte çalışmaların bir kısmında bu hastalarda özellikle bastırılmış ve içe döndürülmüş öfke de yüksek oranda bulunmuştur.

FMS' li hastaların MMPI testlerinde histerik ve hipokondriyak özelliklerin normal popülasyondan daha fazla görüldüğü gözlenmiştir (33,40). Başka bir çalışmada FMS grubunda, ortalama düzeltme, hipokondriazis, depresyon, histeri, psikopatik sapma, paranoya, psikoteni, şizofreni ve sosyal içe dönük değerlerin kontrol grubundan anlamlı olarak farklı olduğu bulunmuştur (37).

Cloninger'in geliştirdiği psikobiyolojik kişilik kuramı nörofarmakolojik ve nörodavranışsal öğrenme çalışmalarından elde edilen bilgiler sentezi üzerine kurulmuştur. Cloninger'in kişilik modeli dört mizaç (yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme) ve üç karakter boyutunu (kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma) içermektedir. Duyguları tanımada, ayırt etmede ve tanımlamada yetersizlik olarak tanımlanan aleksitimik kişilik yapısında duygusal durumların yanlış olarak fiziksel hastalık şeklinde algılanması ve yorumlanması çok sık görülür (119).

Santral sensitizasyonun altında yatan süreç, kişiliğin farklı bileşenlerinden, stres yanıtından ve diğer alt sistemleri de içeren ağrı modülasyon mekanizmalarından etkilenebilir. Bu merkezi duyarlılık ile kişilik özelliklerinin FMS gelişimini etkileyen önemli faktörler arasında olduğu öne sürülmektedir. Kişilik de dahil olmak üzere

psikososyal faktörler, FMS mekanizmasının başlangıcına veya modülasyonuna katkıda bulunabilir veya daha sonraki ağrı, uyku düzenindeki değişiklikler, yorgunluk, artan ağrı ve olumsuz ağrı inancıyla ilgili olmayan başa çıkma teknikleri ile etkilenebilir (41).

2.2. Üstbiliş

2.2.1. Üstbiliş tanımı

Üstbiliş, bilişleri kontrol eden, düzenleyen ve değerlendiren daha üst düzey bilişsel süreç, yapı ve ifadeler şeklinde tanımlanmaktadır. Üstbiliş kişinin kendi zihnindeki var olan olay ve durumların farkında olması anlamında kullanılır. Bu zihinsel olayları ve amaçları bilinçli olarak yönlendiren bir üst sistemdir. Bildikleri üzerine bilgisi, düşündükleri üzerine düşüncesi, bir bakıma kendini gözlemlemesidir.

Üstbilişler, biliş ve bilişsel süreçlerin değerlendirilmesi ve kontrolü, dikkat stratejileri, duygular, davranışlar ve fiziksel duyumların değerlendirilmesiyle ilgili düşünce ve inançlar olarak tanımlanabilir.

Bireyin bilişsel işlevlerinin doğru ve uyuma yönelik çalışmasında önemlidir. Bu sistemde ortaya çıkabilecek bir aksamanın pek çok psikopatolojinin gelişmesinde önemli olduğu düşünülmektedir (74).

Bazı psikopatolojilerdeki başa çıkma becerileri ve işlevsel olmayan düşüncelere bu üstbilişsel birtakım işlevler yol açmaktadır. Bireylerin olayları değerlendirmesinde bir takım olumlu ya da olumsuz inançlar öne çıkmaktadır. Bu

tarzdaki üstbilişler bireylerin uyuma yönelik tepki geliştirmesinde engel oluşturmaktadır (75).

2.2.2. Üstbilişin gelişimi

Üstbiliş kavramı ilk olarak Flavell(1970) tarafından ortaya atılmıştır. Üstbilişin izleme ve düzenleme unsurlarından söz edilmiştir (76). Daha sonraki araştırmalarda üstbilişin daha farklı unsurlardan oluşabileceğine değinilmiştir. Flavell'den sonra üstbilişle ilgili çalışmalar yapan Brown üstbilişi, öğrencilerin planlanmış öğrenme ve problem çözmede kullandıkları, düşünce süreçlerinin farkındalığı ve düzenlenmesi olarak tanımlamıştır.

Forrest'e göre üstbiliş, bireyin bilişi hakkında bildikleri ve bu biliş sürecini kontrol etme becerisidir.

Gavelek ve Raphael 1985 yılında üstbiliş tanımını; “bireyin, düşünme süreçlerinin çeşitli yönlerine yönelik bilgisi ve bireylerin daha etkili kavrayabilmek için bilişsel etkinliklerini düzenleme yetenekleri” olarak yapmışlardır (77).

Hanten (2004) üstbilişi, mevcut görüşlerin farkında olma bu görüşleri değerlendirme ve yeniden düzenlemenin gerekli olduğu durumları bilip düzenleyebilme olarak tanımlamıştır. Üstbilişi gelişimsel bir süreç olarak adlandırmıştır (78).

2.2.3. Üstbilişin değerlendirilmesi

Üstbilişin bilişsel sürecin işlevsel ve uyuma yönelik çalışmasında büyük rolü olduğu için, burada oluşan bir sapma ya da yanlışın, bazı psikopatolojilerin gelişiminde ve ilerlemesinde önemli olduğu varsayılmaktadır (79). Bu üstbilişsel

işlevler psikiyatrik rahatsızlıklardaki bazı işlevsel olmayan düşünce ve başa çıkma tarzları oluşmasına neden olmaktadır. Bireyler, üstbiliş bilgi depolarından aldıkları etikete göre belirledikleri ve o anda sahip olduklarını (üstbilişsel izleme yoluyla) düşündükleri duygudurum ile istenen duygudurum arasında bir karşılaştırma yaparlar. Bu karşılaştırmada bir ikilem olduğunda; üstbilişsel kontrol devreye girer. Bu durumda üstbilişsel kontrol, üstbilişsel bilgi depolarından seçilecek bir strateji ile istenen durum sağlanana kadar sürdürülür. Eğer bu işleyişin içinde duygunun etiketlenmesi ve/veya strateji seçiminde uyum bozucu bir örüntü oluşmaya başladığında psikopatoloji için üstbilişsel bir zemin hazırlanmış olur (79).

Üstbilişlerin psikiyatrik patolojilerde bağıntısı irdelenirken, bireylerin bilişlerine dair olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançları ve bunlara dair beş ayrı boyut tanımlanmıştır (79). Birincisi; “Olumlu İnançlar” boyutudur. Bu boyut, bireyin bilişlerini problem çözme yöntemi olarak görmesi, normal veya “iyi” olarak değerlendirmesiyle ilgilidir. İkinci boyut; “Kontrol Edilmezlik ve Tehlike” boyutudur; “Benim için endişelenmek tehlikelidir” gibi üstbilişsel inançlardan meydana gelir. Bu boyuta göre kişiler kendi düşüncelerinin tehlikeli olduğu ve kontrol edilmesi gerektiği görüşündedir. Üçüncü boyut; “Bilişsel Güven”boyutudur; hafıza ile ilgili üstbilişsel inançlardan oluşur. Bir diğer boyut; “Kontrol İhtiyacı”boyutudur. Kişinin bazı düşüncelere sahip olmasından dolayı ortaya çıkabilecek sonuçlardan korkması ve bunların sorumluluğunu aşırı derecede üstlenmesi ile ilişkilidir. Beşinci boyut ise; kişinin kendi düşüncelerini izlemesi ve düşünce sürecine odaklanmasına dair olan “Bilişsel Farkındalık” boyutudur. (79).

2.2.4 FM'de üstbiliş

Fibromiyalji, mükemmeliyetçilik, nörotisizm, felaketleştirici düşünme, ağrıya aşırı odaklanma gibi pek çok psikolojik faktörü barındırmaktadır ve bunlarla ilgili yürütücü kontrol düzenekleri sağlıklı popülasyona kıyasla bozulmuştur. Buradaki vijilans eşlik eden depresyon ve kaygı ile ilişkilidir (83). Öz-denetleyici Yürütücü işlev-*self regülatör executive fonction* (S-REF) modeline göre, üstbilişler psikolojik rahatsızlıklarda önemli bir rol oynamaktadır.

Üstbilişlerin oluşumu hastalık algılarından farklıdır çünkü aynı zamanda bilişsel, dikkat ve davranışsal tepkiler (belirtilerden kaçınma ve endişe etme, dikkat çekmeme ve önleme gibi) hakkındaki inançları içerir.

Üstbilişler olumlu ve olumsuz üstbilişler şeklinde iki geniş alana bölünebilir. Olumlu üstbilişler, "Eğer endişelenirsem, sorunlarımı daha iyi çözebilirim" ve "Endişelenmek beni güvende tutar" gibi bilişsel, dikkat ve davranış stratejilerinin (örneğin, ruminasyon ve belirti odağı) yararları hakkındaki inançlardır. Olumsuz üstbilişler, 'Tekrarlayan düşünceler daha kötü hissetmemi sağlıyor' veya 'İstesemde endişelenmeyi durduramıyorum' gibi dezavantajları veya bu tür stratejilerin olumsuz değerlendirmelerini içerir. S-REF, bilgi işleme araştırmalarını bütünleştirir ve uyarıcı güdümlü, bilişsel ve isteğe bağlı bilginin gönüllü kontrolünün, duyguların düzenlenmesindeki rolünü vurgular ve psikolojik sıkıntıda çok önemli bir rol oynar. S-REF modeli sadece psikolojik stres için bir açıklama olarak teorik bir model sunmakla kalmaz, aynı zamanda üstbilişsel terapinin- *metacognitive therapy* (MCT) temelini oluşturur. S-REF modeline göre, psikolojik bozukluklar, Bilişsel Dikkat Sendromu –*cognitive attention syndrome* (CAS) olarak bilinen, uyumsuz bilişsel işlem ve problemlili stratejilerin konfigürasyonlarının aktivasyonu ile bağlantılıdır.

Maladaptif CAS konfigürasyonları, perseveratif düşünme ve endişe, ruminasyon ve kendi kendine odaklanma gibi dikkat süreçleri, kaçınma davranışı, düşünce baskılaması ve işlevsiz başa çıkma stratejileri gibi özellikleriyle karakterize edilir. Model, uyumsuz bilişsel süreçlerin, davranışların ve sıkıntı ile ilgili dikkat stratejilerinin azalmasına yol açan sorunlu CAS konfigürasyonlarının aktivasyonunda üstbilişselliği içerir.

Bugüne kadar, bilişlere odaklanılsada FM'de üstbilişlerin rolünü araştırma çalışmaları sınırlı sayıda (83,120).

2.3. Zihin Kuramı

2.3.1. Zihin kuramı tanımı

Zihin kuramı kavramı (ZK) Premack ve Woodruff (1978) tarafından ortaya atılmıştır. Zihin kuramı tanım olarak, bireyin kendisinin zihni ve diğerlerinin zihinsel süreçleri hakkında varsayımda bulunabilme becerisi şeklinde ifade edilebilir. Burada sadece düşünsel süreçler değil duygusal süreçler de kavrama dahildir (81).

Bazı başka araştırmacılar ise Zihin Kuramını mentalizasyon ile eş anlamlı olarak kullanmış ve mental süreçleri de, kasıt, amaç, inanış, çıkarılma ve öznel olma olarak tanımlamışlardır (83).

Son çalışmalarda ZK; kişinin diğer insanların fikirleri, inançları, duygu ve niyetlerini anlayabilme ve bu zihinsel durumlar ve kişilerin davranışları arasında bağlantı kurma becerisi olarak tanımlanmıştır (5). Daha sonra bu tanım genişletilerek evrimsel bir yaklaşımla ele alınmıştır ve sosyal çevreye uyumu sağlayan uyumsal bir

yeti olarak gelişimsel psikoloji alanında da kullanılmıştır (4). Literatüre bakıldığında ZK ile ilgili yapılan çalışmalarda kullanılan tek bir ölçek yoktur. Bu çalışmalarda; birinci ve ikinci düzey yanlış inanç testleri ve imayı kavrama testleri gibi testler kullanılmaktadır. Fakat bu testler, kişinin zihin kuramı becerilerinin yanı sıra dikkat, semantik ve görsel süreçleri ile de bağlantılı olduğu için, bu testlerdeki başarısızlığın tamamını zihin kuramı becerilerine atfetmek mümkün görünmemektedir (113, 120, 121).

2.4.Aleksitimi

2.4.1. Aleksitimi tanımı

Aleksitimi, 1970’lerde kavramsal olarak ortaya konulmuş ve tanımlandığı bu tarihten sonra da kendi duygularına yabancılaşma, duyguları tanımlama, ayırt ve ifade etmede güçlük yaşama olarak ya da duygusal yaşantıda, duyguları tanıma, ifade etme kapasite ve potansiyelindeki azalma ile belirginleşen bilişsel süreçlerindeki eksiklik olarak belirtilmiştir. Ayrıca farkındalıktaki zayıflık ile belirginleşen “duygusal” ve işlemsel düşünme şeklini kapsayan “bilişsel” olmak üzere iki bileşen tanımlanmıştır (84).

Nörobiyolojik ya da nöropsikolojik yaklaşımla aleksitimiye açıklamak için pek çok model önerilmiştir. Sağ yarım küre ağırlıklı olarak sözel olmayan, bilinçsiz ve duygusal bilgiyi işlemekte sol yarım küreden daha fazla kullanılmaktadır. Bilinçli, sözel ve bilgi işleme süreçlerini ise ağırlıklı olarak sol yarım küre yürütmektedir

(85). Bu bilgi doğrultusunda yaygın kabul gören iki farklı nörobiyolojik açıklama oluşturulmuştur. Birinci açıklamada, aleksitimiye, sağ yarım küreden sol yarım küreye gönderilen bilginin korpus kallosumda engellenmesinin veya limbik sistemde ve iki yarım küre arasında gerçekleşen iletişim eksikliği ya da kopukluğunun neden olduğu bildirilmektedir. İkinci açıklamayı da sağ yarım küredeki fonksiyon bozukluğunun neden olduğu oluşturmaktadır (86,87).

Psikoanalitik yaklaşıma göre ise aleksitiminin, savunma mekanizmaları ile ilişkisi vardır ya da doğrudan kaygı, çatışma, travma gibi rahatsızlık yaratan durumlara karşı bir savunma mekanizması veya stresle başa çıkma tarzıdır (89,90,91).

Klinik ve klinik olmayan örneklemelerde, çok farklı ve uzun sürelerle yürütülen boylamsal çalışmalarda aleksitimi puanlarının oldukça durağan kaldığı belirlenmiştir. Bu bulguya dayanarak son dönemlerde aleksitiminin kişilik özelliği olduğu sonucuna varılan geniş bir kabul oluşmuştur (88). Bu nedenle aleksitiminin genel örneklemde normal dağılım gösteren bir özellik ya da yapı sergilediği bildirilmiştir (92). Aleksitimi, sadece kişinin kendi duyguları ile ilgili değil, başkalarının duygularını değerlendirmeye ilişkin de eksiklik ve yetersizlikler içermektedir (95). Bu nedenle aleksitimik kişilerin empati yapmak için düşük potansiyele sahip oldukları vurgulanmaktadır (93,94).

Aleksitiminin, tek başına sadece bir psikiyatrik tanı olarak görülmeyp daha çok oranda psikosomatik bozukluklara ya da psikiyatrik tanıya eşlik ettiği gösterilmiştir. Farklı ölçüm araçlarına ve kesme puanlarına göre farklı gruplarda farklı görülme sıklığı vardır (43,44). Genel örneklemde görülme sıklığı ise değişik çalışmalarda %7,1 ile %17,0 arasında belirtilmektedir (45,46). Aleksitiminin fiziksel

ve zihin sağlığı açısından risk faktörü olarak görüldüğü belirtilmiştir (19,47,48,49). Yapının artan sayıda klinik ve deneysel çalışmada birçok fiziksel ve psikolojik hastalıkla ilişkilendirildiği görülmektedir (50,51).

Aleksitiminin zayıf düşsel yaşam ve imgeleme, düşük empati düzeyi, dürtüsel davranma ve duyguları bedenselleştirme eğilimi, duygusal mesajları çözmede, duyguları, duygusal deneyimleri ifade etmede güçlük yaşama, dışsal odaklı bilişseltarz, sosyal uyum, çatışmadan kaçınma, soğuk, bağımsız, yakın ilişkilerdeki duygusal değişikliklerden rahatsız olma ile karakterize olduğu bildirilmektedir (95,98).

Stanton, Danoff-Burg, bireyin stresörlere duygusal tepkilerini düzenlemeye çalıştığı duygu odaklı başa çıkma ile içinde stresörün kendisine doğrudan yönelme girişimini ifade eden problem odaklı başa çıkma arasında ayırım yapmıştır. Duygusal yaklaşımla başa çıkma, duygusal kaçınma başa çıkma ile karşılaştırılır; İkinci durumda, yoğun bir şekilde yaşanmış duygulardan kaçınılır (122).

FMS’de, duygusal kaçınmayla başa çıkma durumunun yüksek düzeydeki sıkıntı ile ilişkili olduğu, duygusal yaklaşımla başa çıkmanın minimal düzeyde daha iyi işlev görmeyle ilişkili olduğu bulunmuştur.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1 Araştırmanın yeri

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi

3.2 Araştırma tipi

Kesitsel çalışma

3.3 Katılımcılar

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezinde takipli, bilişsel işlevleri etkileyebilecek organik hastalığı olmayan, en az ilkokul mezunu, 18 ve 65 yaş aralığındaki, en az ilkokul mezunu eğitim düzeyine sahip, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon kliniğinde tanı almış 56 kadın Fibromiyalji hastası ve 69 kadından oluşan sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Sağlıklı kontrol grubu, herhangi bir psikiyatrik yakınması olmayan ve psikotrop ilaç kullanmayan, ağrı ile ilişkili bir organik hastalığı bulunmayan hastane personeli ve çalışanlarından oluşmuştur.

Hasta grubunda yirmi beş kişi ölçek verileri eksik olduğu için ve eğitim düzeyleri düşük olduğu ve bazı testleri rastgele doldurdıkları için çalışmanın dışında bırakılmıştır. Kontrol grubundan on kişi ölçek verileri eksik olduğu için, bir kişi de psikotrop ilaç kullandığı için çalışmaya alınmamıştır. Araştırmanın toplam örneklemini 125 katılımcıdan oluşmaktadır.

Tüm katılımcıların yaş ve eğitim durumları eşitlenmiştir. Çalışmaya dahil edilen tüm katılımcılardan aydınlatılmış onam alınmıştır.

3.4 Etik Kurul Onayı

T.C. Gazi Üniversitesi Etik Komisyonunun 2019-130 numaralı etik kurul onayı alınmıştır.

3.5 Araştırmanın bütçesi

Araştırmanın bütçesi, araştırmacıların kendi kaynaklarından karşılanmıştır.

3.6 Veri Toplama Araçları

3.6.1. A-Aleksitimi Ölçeği

Ölçek Arkun Tatar ve arkadaşları tarafından 2017 yılında Türkçe olarak ve Türk toplumunda uygulanarak geliştirilmiştir. Uygulama toplamda yirmi sekiz maddeden oluşmaktadır. Her Zaman (1) ile Hiçbir Zaman (5) arasında beşli likert tipi değerlendirme yapılmaktadır. Puanlamada ters yönlü maddeler de yer almaktadır. İki faktörlü yapıda; bilişsel bileşen ve duygusal bileşen, beş faktörlü yapıda ise; duygusal deneyimleri çözme ve ifade etme, dışsal odaklı bilişsel tarz, duyguları bedenselleştirme eğilimi, düşsel yaşam ve imgeleme ve dürtüsel davranma altölçekleri yer almaktadır (99).

3.6.2. Üstbiliş-30 Ölçeği (ÜBO-30)

Cartwright-Hatton ve Wells (1997) tarafından geliştirilen ölçeğin orijinal adı “Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ)” şeklindedir. Daha sonra Wells ve

Cartwright-Hatton (2004)bu ölçeğin 30 maddelik kısa formunu (ÜBÖ-30)oluşturmuşlardır.

ÜBÖ-30'daki her madde, “(1) kesinlikle katılmıyorum”ile “(4) kesinlikle katılıyorum” uçlarına sahip, 4 birimli Likert tipi derecelendirme skalası üzerinden yanıtlanır. Ölçekten alınabilecek puanlar 30 ile 120 arasında değişir ve puanın yükselmesi patolojik tarzda üstbilişsel faaliyetin arttığına işaret eder. ÜBÖ-30'daki maddeler beş faktöre dağılmaktadır ve bu dağılım uzun formdakiyle özdeştir. Olumlu inançlar; endişelenmenin, plan yapma ya da problem çözmeye yardımcı olduğuna dair, endişelenmeye yönelik olumlu inançları içerir, Kontrol edilemezlik ve tehlike; iki boyuttan oluşmaktadır. Birincisi, ‘insanın işlevlerini yerine getirebilmesi ve güvende kalabilmesi için endişelerini kontrol etmesi gereklidir’ şeklindeki inançtır. Diğer, endişenin kontrol edilemeyeceğine dair inançtır. Bilişsel güven; kişinin kendi bellek ve dikkat yeteneklerine güveninin olmaması ile ilgilidir. Düşünceleri kontrol ihtiyacı; batıl inanç, cezalandırılma ve sorumlu olma temalarını içeren olumsuz inançları kontrol altına alma ihtiyacını içerir. Bu inançlar, kişi onları kontrol edemediği takdirde ortaya çıkacak zarar verici sonuçlardan kişinin sorumlu olacağına ve cezalandırılacağına ilişkindir, Bilişsel farkındalık; kişinin kendi düşünce süreçleri üzerinde sürekli uğraşmasını ifade eder. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Tosun ve Irak (2008) tarafından Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı hastalarda yapılmıştır (100).

3.6.3. DEZİKÖ (Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği)

Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği, Banu Değirmencioğlu ve arkadaşları tarafından 2008 yılında, diğer zihin kuramı ölçeklerinden yola çıkılarak yeni ve daha

kapsamlı bir ölçek elde etmek amacıyla tasarlanmış ve geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır.

Ölçek toplamda yedi hikaye ve iki görselden oluşmaktadır. Ölçeğin uygulayıcısı hikayeler ve görsellerin birer nüshasını katılımcıya verdikten sonra hikayeleri yüksek sesle okumaktadır, katılımcı ise bu hikayeleri kendisindeki nüshadan okuyarak takip etmektedir. Okuma bittikten sonra hikayeler ya da görseller hakkında sorular sorulur. Cevaplar değerlendirme kağıdına uygulayıcı tarafından yazılır. Bu test sırasında katılımcıdan belirli cevapların verilmesi istenir. Ölçeğin uygulanması sırasında herhangi bir süre kısıtlaması yoktur. Katılımcı kendisine verilen nüshalardan hikayeyi yeniden okuyabilir. Bunun dışında hikaye hakkında uygulayıcıya herhangi bir soru sorması istenir. Toplam puan sıfır ile on altı arasında değişmektedir. Puanın düşük olması bozulmuş zihin kuramı işlevi şeklinde değerlendirilir. Ölçekte yanlış inanç, metafor kavrama, ironi kavrama, empatik anlayış becerileri sınanmaktadır (101).

3.6.4. SCL-90 Ölçeği

Ruhsal Belirti Tarama Listesi, Johns Hopkins Üniversitesi Psikometri Araştırma Ünitesinde; Leonard R. Derogatis ve arkadaşları (1971, 1973, 1974, 1976, 1977) tarafından Hopkins Symptom Check List (HSCL) olarak bilinen envanterden yararlanılarak geliştirilmiştir. Ruhsal Belirti Tarama Listesi bireylerdeki psikolojik belirtilerin ne düzeyde olduğunu ve hangi alanlara yayıldığını belirleyen bir ölçü aracıdır.

HSCL'nin 5 belirti boyutuna (alt ölçeğine; Somatizasyon (SOM), Obsesif Kompulsif (O-C), Kişilerarası Duyarlık (INT), Depresyon (DEP), Kaygı (ANK) 4 yeni alt ölçek Öfke - Düşmanlık (HOS), Fobik Reaksiyon (PHOB), Paranoid

Düşünce (PAR), Psikotizim (PSY) eklenerek, 4 cevap kategorisi, (Hiç)'ten, (İleri derecede) 'ye doğru 0-1 -2-3-4 şeklinde işaretlenen ve bulunuş derecesini gösteren beş cevap skalası geliştirilerek dokuz alt maddeden ve dokuz alt ve bir de ek skala olmak üzere on belirti grubundan oluşan bir kendini anlatma envanteri haline getirilmiştir. Doksan maddeden yedisi ek skala'ya ait olup, bu ana gruplar dışında kalmaktadır. Onuncu belirti grubunu oluşturan bu maddeler yemek yeme ve uyku bozuklukları ile suçluluk duyguları gibi belirtileri içermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliği Mustafa Kılıç (1991) tarafından yapılmıştır (102).

3.6.5. Beck Depresyon Ölçeği

Beck depresyon Ölçeği (BDÖ); duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel bileşenleri ölçmek amacıyla Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. BDÖ araştırmalarda ve kliniklerde en sık kullanılan, kendi hakkında bilgi verme araçlarından biridir. Temel amacı depresyon belirtilerini kapsamlı bir biçimde yirmi bir maddeden oluşmuş olup iki madde duygulara, on bir madde bilişlere, iki madde davranışlara, beş madde bedensel belirtilere, bir madde kişiler arası belirtilere ayrılmıştır. Özbildirime dayalı bu ölçekte hastalardan bu sorulardan kendi durumlarına en uygun olanını seçmeleri istenmektedir. Her bir soruya 0, 1, 2, 3 olmak üzere puan verilerek, 0-63 arasında değişen skorlar elde edilir. Sonuçlar 0-9 hiç yok/minimal depresyon, 10-18 hafif depresyon, 19-29 orta depresyon, 30-63 şiddetli depresyon olarak değerlendirilmektedir.

Depresyonun yoğunluğunu belirlemek için kullanılan BDÖ'nün Türk toplumu için geçerliliği ve güvenirliği Hisli tarafından yapılmıştır (103).

3.6.6. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck, Epstein ve Brown tarafından (1988) anksiyete belirtilerinin şiddet ve düzeyini ölçmek amacıyla tasarlanmıştır. Yirmi bir maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her madde 0- 3 arası puan alır ve toplam 0-63 arasında puanlanır. Testin toplam puanları şu şekilde yorumlanır; 0-7 minimal anksiyete, 8-15 hafif anksiyete, 16-25 orta anksiyete ve 26-63 şiddetli anksiyete şeklindedir. Ölçeğin Türkçe uyarlama için geçerlik ve güvenirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (104).

3.6.7. Belirti Yorumlama Ölçeği

Ölçek Robbins ve Kirmayer(1991) tarafından geliştirilmiştir. Belirti atıflarının ölçüldüğü otuz dokuz soruluk, öz bildirime dayalı bir ölçektir. Sık rastlanan bedensel belirtilerden oluşan on üç soruyu izleyen, her biri fiziksel bir rahatsızlık ya da hastalık veya ruhsal bir sıkıntı ya da hastalık olasılığını veya çevresel ve normalleştiren bir atfı içeren üçer maddeden oluşur. Katılımcılar ölçeğin her bir maddesine, sorulan bedensel belirti için bu maddede yapılan nedensel atfı kendilerince ne kadar olası gördüklerini 1 ile 4 arasında değişen Likert ölçeğinde 1 "hiç", 2 "biraz", 3 "çok ", 4 "pek çok", seçeneklerinden birini işaretleyerek yanıt verirler.

Uygulama öncesi ölçekte yapılan iki önemli değişiklik bulunmaktadır. Özgün ölçekte yanıt seçenekleri dört dereceli Likert iken uyarlama sırasında Türkçe ölçek çalışmalarında daha sık kullanılan ve alışılmış bir biçim olan beşli Likert derecelendirmesine dönüştürülmüştür. Beşli Likert biçimi dörtlü Likert'ten farklı olarak katılımcılara 1 "hiç" ve 5 "pek çok" arasında 3 "orta" seçeneğini işaretleme olanağı vermektedir. Uyarlanan ölçekte yapılan ikinci önemli değişiklik ise 14.

sorunun ölçeğe eklenmesi ile "göğüste sıkışıklık hissi" olarak dile gelen bedensel belirtinin de ölçekte sorgulanan belirtiler arasına katılmasıdır. Bu bedensel belirtiyeye uygun olabilecek normalleştiren, ruhsal ve bedensel atıflar oluşturulmuş ve 14. sorunun yanıt seçenekleri olarak ölçeğe yerleştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği ve düzenlemesi Yener, Usuduman ve Göka(2004) tarafından yapılmıştır (105).

3.6.8. Yeniden Gözden Geçirilmiş Fibromiyalji Etki Anketi

Gözden geçirilmiş FMEA'nin (YFEA) Türkçe çevirisi, orijinal FMEA'dan olduğu gibi yirmi bir bireysel sorunun sorgulamasından oluşmaktadır. Tüm sorular, on olası en kötü durumu gösteren, sıfır ile on arasındaki on puanlık bir sayısal puanlama ölçeğine dayanmaktadır.

Fonksiyon için toplam puan (aralık 0 ile 90) 3'e bölünür, genel etki için toplam puan (aralık 0 ile 20) 1'e bölünür ve değişmez. Belirtiler için toplam puan (aralık 0 ile 100) 2'ye bölünür. YFEA için toplam puan ise bu üç puan türünün toplanması ile hesaplanır. YFEA'nın Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ediz, Hiz, Toprak, Tekeoğlu ve Ercan(2011) tarafından yapılmıştır (106).

3.7 İstatistiksel Değerlendirme

Bu araştırmada katılımcılarda elde edilen verilerin analizleri SPSS 21.0 IBM paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tüm değerlendirmelerde örneklem grubu normal dağılımı gösterdiğinden parametrik testler kullanılmıştır.

Sosyodemografik verilerin değerlendirilmesinde betimsel analiz yöntemleri, gruplar arası karşılaştırma yaparken, T-Testi ve Ki-Kare, oluşturulan yeni grup sayıları 30'un altına düştüğünde karşılaştırma için Mann Whitney U, bağımlı

değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için de Pearson Korelasyon bağımlı değişkeni hangi bağımsız değişkenlerin en iyi yordadığını anlamak için Çoklu Doğrusal Regresyon analiz yöntemleri kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, fibromiyalji hastalığı olan 56 kadın ve 69 sağlıklı kadına uygulanan somatik yakınmalar, üstbiliş, zihin kuramı, anksiyete, depresyon, aleksitimi, fibromiyalji etkisi, belirti tarama ve yorumlama ile ilgili ölçeklere ilişkin bulgulara yer verilecektir. Örneklem grubunu oluşturan gruplara ait sosyodemografik özellikleri ait veriler Tablo 1’de gösterilmiştir. Gruplar arasında yaş ortalaması hasta grubunda 39,14 ve kontrol grubunda 38,67 ($t=0.300$, $p=.765$) olarak hesaplanmış ve hem yaş hem de eğitim düzeyi ($X^2=2.248$, $p=.134$) açısından anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Hasta grubunun %85,7’si kontrol grubunun ise %95,6’sının il merkezinde yaşadığı bulunmuştur.

Tablo 1. Örneklemi Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri

Demografik Özellikler	Hasta(N=56)		Kontrol(N=69)		Toplam(N=125)
Medeni Durum	N	%	N	%	N
Bekar	16	47.1	18	52.9	34
Evli	31	39.7	47	60.3	78
Boşanmış/dul	9	69,2	4	30,8	13
Eğitim Durumu					
Üniversite	39	41.1	56	58.9	95
Lise	17	56.7	13	43.3	30
Meslek					
Memur/işçi	22	25,2	65	74,8	87
Emekli	6	100	0	0	6
Diğer	28	87.5	4	12.5	32
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	31	31	69	69	100
Çalışmıyor	25	100	0	0	25

Hasta grubuna ait hastalık özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Hasta Grubuna Ait Hastalık Özellikleri

Hastalık Özellikler	Hasta(N=56)	
Hastalık Seyri	N	%
Atak	22	39.3
Kronik	34	60.7
Tedavi		
Yok	23	41.1
Var	33	58.9
Ek hastalık		
Yok	45	80,4
Var	11	19,6

4.1. Ölçek puanlarının gruplara göre değerlendirilmesi

Gruplar arasında uygulanan ölçek puanları açısından fark olup olmadığı incelenmiştir (Tablo 3). Gruplar arasında, SCL-90 Toplam ($t=6.617$, $p<.001$), SCL-90 Somatizasyon Alt Ölçeği ($t=10.652$, $p<.001$), Üstbiliş-30 Bilişsel Güven Alt Ölçeği ($t=4.392$, $p<.001$), Üstbiliş-30 Kontrol Edilemezlik ve Tehlike Alt Ölçeği ($t=3.754$, $p<.001$), Üstbiliş-30 Bilişsel Farkındalık Alt Ölçeği ($t=3.878$, $p<.001$), Üstbiliş-30 Düşünceleri Kontrol İhtiyacı Alt Ölçeği ($t=3.610$, $p<.001$), Üstbiliş-30 Toplam ($t=4.805$, $p<.001$), FMEA Fonksiyonel Etkilenim Alt Ölçeği ($t=9.296$, $p<.001$), FMEA Genel Etki Alt Ölçeği ($t=9.756$, $p<.001$), FMEA belirti Şiddeti ve Yoğunluğu Alt Ölçeği ($t=13.821$, $p<.001$), FMEA Toplam ($t=13.116$, $p<.001$), A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Bileşen Alt Ölçeği ($t=2.023$, $p<.05$), BYÖ Normalleştirilen Atıf Alt Ölçeği ($t=2.924$, $p<.01$), BYÖ Ruhsal Atıf Alt Ölçeği ($t=4.262$, $p<.001$), BYÖ Bedensel Atıf Alt Ölçeği ($t=5.171$, $p<.001$), ve

DEZTÖ Toplam ($t=-5.682$, $p<.001$) puanları açısından anlamlı bir fark varken, diğer ölçek puanları açısından anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 3. Grupların Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	Ortalama	s	sd	t	p
SCL-90 Toplam Puan	Hasta	1.27	0.72	80.33	6.617***	.000
	Kontrol	0.57	0.38			
SCL-90 Somatizasyon Alt Ölçeği	Hasta	1.92	0.83	86.73	10.652***	.000
	Kontrol	0.57	0.50			
Üstbiliş-30 Olumlu İnançlar Alt Ölçeği	Hasta	11.34	4.24	112.73	1.530	.129
	Kontrol	10.22	3.86			
Üstbiliş-30 Bilişsel Güven Alt Ölçeği	Hasta	13.45	3.92	113.81	4.392***	.000
	Kontrol	10.45	3.64			
Üstbiliş-30 Kontrol Edilemezlik ve Tehlike Alt Ölçeği	Hasta	15	4.8	112.55	3.754***	.000
	Kontrol	11.88	4.37			
Üstbiliş-30 Bilişsel Farkındalık Alt Ölçeği	Hasta	14.12	4.77	100.79	3.878***	.000
	Kontrol	11.13	3.63			
Üstbiliş-30 Düşünceleri Kontrol İhtiyacı Alt Ölçeği	Hasta	16.07	3.94	109.09	3.610***	.000
	Kontrol	13.67	3.39			
Üstbiliş-30 Toplam Puan	Hasta	69.75	15.81	106.54	4.805***	.000
	Kontrol	57.09	13.09			
FMEA Fonksiyonel Etkilenim Alt Ölçeği	Hasta	12.31	8.11	69.79	9.296***	.000
	Kontrol	1.58	3.3			
FMEA Genel Etki Alt Ölçeği	Hasta	8.52	6.53	55	9.756***	.000
	Kontrol	0	0			
FMEA Belirti Şiddeti ve Yoğunluğu Alt Ölçeği	Hasta	26.49	10.07	90.38	13.821***	.000
	Kontrol	4.96	6.52			
FMEA Toplam Puan	Hasta	47.08	21.62	70.85	13.116***	.000
	Kontrol	6.55	9.12			

A Aleksitimi Ölçeği Bilişsel Bileşen Alt Ölçeği	Hasta	26.23	6.31	119.59	-0.087	.930
	Kontrol	26.33	6.58			
A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Bileşen Alt Ölçeği	Hasta	36.02	12.04	113.58	2.023*	.045
	Kontrol	31.78	11.13			
A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Deneyim Çözme ve İfade Etme Alt Ölçeği	Hasta	25.45	10.17	114.71	1.502	.136
	Kontrol	22.77	9.59			
A Aleksitimi Ölçeği Dışsal Odaklı Bilişsel Tarz Alt Ölçeği	Hasta	7.86	3.55	115.37	0.397	.692
	Kontrol	7.61	3.39			
A Aleksitimi Ölçeği Duyguları Bedenselleştirme Eğilimi Alt Ölçeği	Hasta	11.96	4.3	117.09	-0.405	.686
	Kontrol	12.27	4.24			
A Aleksitimi Ölçeği Düşsel Yaşam ve İmgelem Alt Ölçeği	Hasta	6.93	3.13	100.41	1.263	.209
	Kontrol	6.29	2.36			
A Aleksitimi Ölçeği Dürtüsel Davranma Alt Ölçeği	Hasta	10.75	3.73	115.73	1.752	.082
	Kontrol	9.59	3.59			
BYÖ Normalleştiren Atf Alt Ölçeği	Hasta	39.09	10.23	119.95	2.924**	.004
	Kontrol	33.58	10.77			
BYÖ Ruhsal Atf Alt Ölçeği	Hasta	35.16	12.62	94.82	4.262***	.000
	Kontrol	26.68	8.77			
BYÖ Bedensel Atf Alt Ölçeği	Hasta	35.75	11.14	106.04	5.171***	.000
	Kontrol	26.17	9.15			
DEZTÖ Toplam Puan	Hasta	11.36	2.23	108.76	-5.682***	.000
	Kontrol	13.49	1.91			
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$						

Örnekleme oluşturan grupların, uygulanan Beck Depresyon ve Beck Anksiyete ölçeklerine göre dağılımı Tablo 4’te gösterilmiştir.

Tablo 4. Grupların Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Puanlarına Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	Hasta(N=56)		Kontrol(N=69)		Toplam(N=125)
Beck Depresyon	N	%	N	%	N
Yok/minimal depresyon	15	26.3	42	73.7	57
Hafif depresyon	16	45.7	19	54.3	35
Orta şiddette depresyon	21	75	7	25	28
Şiddetli depresyon	4	80	1	20	5
Beck Anksiyete					
Yok	11	19.6	45	80.4	56
Hafif anksiyete	13	41.9	18	58.1	31
Orta şiddette anksiyete	14	70	6	30	20
Şiddetli anksiyete	18	100	0	0	18

Hasta grubundaki kişiler Beck Depresyon Envanteri puanlarına göre, depresyonu olan ve olmayan şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Depresyonu olan hastalar, orta şiddette ve şiddetli depresyonu olanlardan, depresyonu olmayan hastalar da hafif ve minimal ya da depresyonu hiç olmayan hastalardan oluşmaktadır. İki grup, Üstbiliş-30, FMEA ve DEZTÖ puanları açısından karşılaştırılmıştır (Tablo5). Buna göre, iki grup arasında, Üstbiliş-30 Bilişsel Güven Alt Ölçeği ($U=209.5$, $p<.01$), Üstbiliş-30 Bilişsel Farkındalık Alt Ölçeği ($U=139$, $p<.001$), Üstbiliş-30 Düşünceleri Kontrol İhtiyacı Alt Ölçeği ($U=217.5$, $p<.01$), Üstbiliş-30 Toplam($U=188$, $p<.01$), FMEA Fonksiyonel Etkilenim Alt Ölçeği ($U=206.5$, $p<.01$), FMEA Genel Etki Alt Ölçeği ($U=191.5$, $p<.01$), FMEA Belirti Şiddeti ve Yoğunluğu Alt Ölçeği ($U=121$, $p<.001$), ve FMEA Toplam ($U=138.5$, $p<.001$) puanları açısından anlamlı bir fark olduğu, diğer puanlar açısından ise anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir. Depresyonu olan hastalar (Ort.=22.76), olmayan hastalardan (Ort.=35.62) anlamlı

olarak daha düşük Üstbiliş-30 Bilişsel Güven Alt Ölçek puanı almışlardır. Benzer şekilde, depresyonu olan hastalar (Ort.=20.18), olmayan hastalardan (Ort.=38.44) anlamlı olarak daha düşük Üstbiliş-30 Bilişsel Farkındalık Alt Ölçek puanına sahiptirler. Yine, depresyonu olan hastalar (Ort.=23.03), olmayan hastalardan (Ort.=35.30) anlamlı olarak daha düşük Üstbiliş-30 Düşünceleri Kontrol İhtiyacı Alt Ölçek puanı almışlardır. Aynı şekilde, depresyonu olan hastalar (Ort.=22.06), olmayan hastalardan (Ort.=36.48) anlamlı olarak daha düşük Üstbiliş-30 Toplam puanına sahiptirler. Depresyonu olan hastalar (Ort.=22.66), olmayan hastalardan (Ort.=35.74) anlamlı olarak daha düşük FMEA Fonksiyonel Etkilenim Alt Ölçek puanı almışlardır. Depresyonu olan hastalar (Ort.=22.18), olmayan hastalardan (Ort.=36.34) anlamlı olarak daha düşük FMEA Genel Etki Alt Ölçek puanına sahiptirler. FMEA Belirti Şiddeti ve Yoğunluğu Alt Ölçek puanları açısından da, depresyonu olan hastalar (Ort.=19.90), olmayan hastalardan (Ort.=39.16) anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır. Son olarak, depresyonu olan hastalar (Ort.=20.47), olmayan hastalardan (Ort.=38.46) anlamlı olarak daha düşük FMEA Toplam puanına sahiptirler.

Tablo 5. Hasta Grubunda Depresyonu Olan ve Olmayanların Üstbiliş-30, FMEA ve DEZTÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	N	Sıra Ortalama	Sıra Toplamı	U	p
Üstbiliş-30 Olumlu İnançlar Alt Ölçeği	Depresyonu Olan	31	26.11	809.5	313.5	.220
	Depresyonu Olmayan	25	31.46	786.5		
Üstbiliş-30 Bilişsel Güven Alt Ölçeği	Depresyonu Olan	31	22.76	705.5	209.5*	.003
	Depresyonu Olmayan	25	35.62	890.5		
Üstbiliş-30 Kontrol Edilemezlik ve Tehlike Alt Ölçeği	Depresyonu Olan	31	25.31	784.5	288.5	.102
	Depresyonu Olmayan	25	32.46	811.5		
Üstbiliş-30 Bilişsel Farkındalık Alt Ölçeği	Depresyonu Olan	31	20.48	635	139**	.000
	Depresyonu Olmayan	25	38.44	961		
Üstbiliş-30 Düşünceleri Kontrol İhtiyacı Alt Ölçeği	Depresyonu Olan	31	23.03	713.5	217.5*	.005
	Depresyonu Olmayan	25	35.30	882.5		
Üstbiliş-30 Toplam Puan	Depresyonu Olan	31	22.06	684	188*	.001
	Depresyonu Olmayan	25	36.48	912		
FMEA Fonksiyonel Etkilenim Alt Ölçeği	Depresyonu Olan	31	22.66	702.5	206.5*	.003
	Depresyonu Olmayan	25	35.74	893.5		
FMEA Genel Etki Alt Ölçeği	Depresyonu Olan	31	22.18	687.5	191.5*	.001
	Depresyonu Olmayan	25	36.34	908.5		
FMEA Belirti Şiddeti ve Yoğunluğu Alt Ölçeği	Depresyonu Olan	31	19.90	617	121**	.000
	Depresyonu Olmayan	25	39.16	979		
FMEA Toplam Puan	Depresyonu Olan	31	20.47	634.5	138.5**	.000
	Depresyonu Olmayan	25	38.46	961.5		
DEZTÖ Toplam Puan	Depresyonu Olan	31	30.45	944	327	.314
	Depresyonu Olmayan	25	26.08	652		
* $p<.01$, ** $p<.001$						

Hasta grubundaki kişiler Beck Anksiyete Envanteri puanlarına göre, Anksiyetesi olan ve olmayan şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Anksiyetesi olan hastalar, orta şiddette ve şiddetli anksiyetesi olanlardan, anksiyetesi olmayan hastalar da hafif ve minimal ya da anksiyetesi hiç olmayan hastalardan oluşmaktadır. İki grup, Üstbiliş-30, FMEA ve DEZTÖ puanları açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 6). Buna göre, iki grup arasında, Üstbiliş-30 Olumlu İnançlar Alt Ölçeği ($U=252.5$, $p<.05$), Üstbiliş-30 Bilişsel Güven Alt Ölçeği ($U=222.5$, $p<.01$), Üstbiliş-30 Bilişsel Farkındalık Alt Ölçeği ($U=135$, $p<.001$), Üstbiliş-30 Düşünceleri Kontrol İhtiyacı Alt Ölçeği ($U=228$, $p<.05$), Üstbiliş-30 Toplam ($U=172$, $p<.001$), FMEA Fonksiyonel Etkilenim Alt Ölçeği ($U=199.5$, $p<.01$), FMEA Genel Etki Alt Ölçeği ($U=.260$, $p<.05$), FMEA Belirti Şiddeti ve Yoğunluğu Alt Ölçeği ($U=166.5$, $p<.001$), ve FMEA Toplam ($U=175$, $p<.01$) puanları açısından anlamlı bir fark olduğu, diğer puanlar açısından ise anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir. Anksiyetesi olan hastalar (Ort.=23.02), olmayan hastalardan (Ort.=32.61) anlamlı olarak daha düşük Üstbiliş-30 Olumlu İnançlar Alt Ölçek puanına sahiptirler. Anksiyetesi olan hastalar (Ort.=21.77), olmayan hastalardan (Ort.=33.55) anlamlı olarak daha düşük Üstbiliş-30 Bilişsel Güven Alt Ölçek puanı almışlardır. Benzer şekilde, anksiyetesi olan hastalar (Ort.=18.13), olmayan hastalardan (Ort.=36.28) anlamlı olarak daha düşük Üstbiliş-30 Bilişsel Farkındalık Alt Ölçek puanına sahiptirler. Yine, anksiyetesi olan hastalar (Ort.=22), olmayan hastalardan (Ort.=33.38) anlamlı olarak daha düşük Üstbiliş-30 Düşünceleri Kontrol İhtiyacı Alt Ölçek puanı almışlardır. Aynı şekilde, anksiyetesi olan hastalar (Ort.=19.67), olmayan hastalardan (Ort.=35.13) anlamlı olarak daha düşük Üstbiliş-30 Toplam puanına sahiptirler. Anksiyetesi olan hastalar (Ort.=20.81), olmayan hastalardan (Ort.=34.27) anlamlı olarak daha düşük FMEA Fonksiyonel Etkilenim Alt Ölçek puanı almışlardır. Anksiyetesi olan hastalar

(Ort.=23.33), olmayan hastalardan (Ort.=32.38) anlamlı olarak daha düşük FMEA Genel Etki Alt Ölçek puanına sahiptirler. FMEA Belirti Şiddeti ve Yoğunluğu Alt Ölçek puanları açısından da, anksiyetesi olan hastalar (Ort.=19.44), olmayan hastalardan (Ort.=35.30) anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır. Son olarak, anksiyetesi olan hastalar (Ort.=19.79), olmayan hastalardan (Ort.=35.03) anlamlı olarak daha düşük FMEA Toplam puanına sahiptirler.

Tablo 6.Hasta Grubunda Anksiyetesi Olan ve Olmayanların Üstbiliş-30, FMEA ve DEZTÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	N	Sıra Ortalama	Sıra Toplamı	U	p
Üstbiliş-30 Olumlu İnançlar Alt Ölçeği	Anksiyetesi Olan	24	23.02	552.5	252.5*	.029
	Anksiyetesi Olmayan	32	32.61	1043.5		
Üstbiliş-30 Bilişsel Güven Alt Ölçeği	Anksiyetesi Olan	24	21.77	522.5	222.5**	.007
	Anksiyetesi Olmayan	32	33.55	1073.5		
Üstbiliş-30 Kontrol Edilemezlik ve Tehlike Alt Ölçeği	Anksiyetesi Olan	24	26.23	629.5	329.5	.365
	Anksiyetesi Olmayan	32	30.20	966.5		
Üstbiliş-30 Bilişsel Farkındalık Alt Ölçeği	Anksiyetesi Olan	24	18.13	435	135***	.000
	Anksiyetesi Olmayan	32	36.28	1161		
Üstbiliş-30 Düşünceleri Kontrol İhtiyacı Alt Ölçeği	Anksiyetesi Olan	24	22	528	228*	.010
	Anksiyetesi Olmayan	32	33.38	1068		
Üstbiliş-30 Toplam Puan	Anksiyetesi Olan	24	19.67	472	.172***	.000
	Anksiyetesi Olmayan	32	35.13	1124		
FMEA Fonksiyonel Etkilenim Alt Ölçeği	Anksiyetesi Olan	24	20.81	499.5	199.5**	.002
	Anksiyetesi Olmayan	32	34.27	1096.5		

FMEA Genel Etki Alt Ölçeği	Anksiyetesi Olan	24	23.33	560	.260*	.039
	Anksiyetesi Olmayan	32	32.38	1036		
FMEA Belirti Şiddeti ve Yoğunluğu Alt Ölçeği	Anksiyetesi Olan	24	19.44	466.5	166.5***	.000
	Anksiyetesi Olmayan	32	35.30	1129.5		
FMEA Toplam Puan	Anksiyetesi Olan	24	19.79	475	175**	.001
	Anksiyetesi Olmayan	32	35.03	1121		
DEZTÖ Toplam Puan	Anksiyetesi Olan	24	30.73	737.5	330.5	.371
	Anksiyetesi Olmayan	32	26.83	858.5		

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

Hasta grubundaki kişiler Beck Anksiyete Envanteri puanlarına göre, tekrar Anksiyetesi olan ve olmayan şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Ancak bu sefer, anksiyetesi olan hastalar, şiddetli anksiyetesi olanlardan, anksiyetesi olmayan hastalar da orta, hafif ve minimal ya da anksiyetesi hiç olmayan hastalardan oluşmaktadır. İki grup, Üstbiliş-30, FMEA ve DEZTÖ puanları açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 7). Buna göre, iki grup arasında, Üstb iliş-30 Bilişsel Farkındalık Alt Ölçeği ($U=167$, $p<.01$), Üstbiliş-30 Toplam($U=216$, $p<.05$), FMEA Fonksiyonel Etkilenim Alt Ölçeği ($U=170.5$, $p<.01$), FMEA Genel Etki Alt Ölçeği ($U=.195$, $p<.05$), FMEA Belirti Şiddeti ve Yoğunluğu Alt Ölçeği ($U=116.5$, $p<.001$), ve FMEA Toplam ($U=131.5$, $p<.001$) puanları açısından anlamlı bir fark olduğu, diğer puanlar açısından ise anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir. Anksiyetesi olan hastalar (Ort.=23.89), olmayan hastalardan (Ort.=38.22) anlamlı olarak daha düşük Üstbiliş-30 Bilişsel Farkındalık Alt Ölçek puanına sahiptirler. Aynı şekilde, anksiyetesi olan hastalar (Ort.=25.18), olmayan hastalardan (Ort.=35.50) anlamlı

olarak daha düşük Üstbiliş-30 Toplam puanına sahiptirler. Yine, anksiyetesi olan hastalar (Ort.=23.99), olmayan hastalardan (Ort.=38.03) anlamlı olarak daha düşük FMEA Fonksiyonel Etkilenim Alt Ölçek puanı almışlardır. Benzer şekilde, anksiyetesi olan hastalar (Ort.=24.63), olmayan hastalardan (Ort.=36.67) anlamlı olarak daha düşük FMEA Genel Etki Alt Ölçek puanına sahiptirler. FMEA Belirti Şiddeti ve Yoğunluğu Alt Ölçek puanları açısından da, anksiyetesi olan hastalar (Ort.=22.57), olmayan hastalardan (Ort.=41.03) anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır. Son olarak, anksiyetesi olan hastalar (Ort.=22.96), olmayan hastalardan (Ort.=40.19) anlamlı olarak daha düşük FMEA Toplam puanına sahiptirler.

4.2 Üstbiliş-30 ve DEZTÖ ölçek puanlarının diğer ölçeklerle korelasyonu

Üstbiliş-30 toplam puanı ile SCL-90 toplam ($r=.501$, $p<.01$), SCL-90 Somatizasyon Alt Ölçeği ($r=.470$, $p<.01$), FMEA Fonksiyonel Etkilenim Alt Ölçeği ($r=.439$, $p<.01$), FMEA Genel Etki Alt Ölçeği ($r=.310$, $p<.05$), FMEA Belirti Şiddeti ve Yoğunluğu Alt Ölçeği ($r=.271$, $p<.05$), FMEA toplam ($r=.395$, $p<.01$), A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Bileşen Alt Ölçeği ($r=.366$, $p<.05$), A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Deneyim Çözme ve İfade Etme Alt Ölçeği ($r=.332$, $p<.05$), A Aleksitimi Ölçeği Dışsal Odaklı Bilişsel Tarz Alt Ölçeği ($r=.272$, $p<.05$), A Aleksitimi Ölçeği Dürtüsel Davranma Alt Ölçeği ($r=.350$, $p<.01$), BYÖ Ruhsal Atıf Alt Ölçeği ($r=.266$, $p<.05$) ve BYÖ Bedensel Atıf Alt Ölçeği ($r=.323$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, diğer ölçek puanları arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir. Son olarak, DEZTÖ puanları ile A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Bileşen Alt Ölçeği ($r=-.280$, $p<.01$) ve A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Deneyim Çözme ve İfade Etme Alt Ölçeği ($r=-.302$, $p<.05$) puanları arasında negatif

yönde anlamlı bir ilişki olduğu, diğer ölçek puanları arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur.

Tablo 7. Hasta Grubunda Üstbiliş-30 Ölçeği ve DEZTÖ Puanları ile SCL-90, FMEA, A Aleksitimi Ölçeği ve BYÖ Puanları Arasındaki İlişki

ÖLÇEKLER	Üstbiliş-30 Olumlu İnançlar Alt Ölçeği	Üstbiliş-30 Bilişsel Güven Alt Ölçeği	Üstbiliş-30 Kontrol Edilemezlik ve Tehlike Alt Ölçeği	Üstbiliş-30 Bilişsel Farkındalık Alt Ölçeği	Üstbiliş-30 Düşünceleri Kontrol İhtiyacı Alt Ölçeği	Üstbiliş-30 Toplam Puan	DEZTÖ Toplam Puan
SCL-90 Toplam Puan	.269*	.418**	.261	.566**	.365**	.501**	-.062
SCL-90 Somatizasyon Alt Ölçeği	.216	.431**	.271*	.491**	.375**	.470**	-.119
FMEA Fonksiyonel Etkilenim Alt Ölçeği	.189	.474**	.329*	.387**	.229	.439**	-.180
FMEA Genel Etki Alt Ölçeği	.145	.383**	.161	.284*	.124	.310*	-.133
FMEA Belirti Şiddeti ve Yoğunluğu Alt Ölçeği	.029	.327*	.253	.375**	.114	.271*	-.053
FMEA Toplam Puan	.138	.459**	.291*	.409**	.189	.395**	-.141
A Aleksitimi Ölçeği	-.021	.272*	.257	.351**	.034	.222	-.208
Bilişsel Bileşen Alt Ölçeği							
A Aleksitimi Ölçeği	.097	.316*	.333*	.532**	.231	.366*	-.280*
Duygusal Bileşen Alt Ölçeği							
A Aleksitimi Ölçeği	.073	.288*	.367**	.450**	.202	.332*	-.302*
Duygusal Deneyim Çözme ve İfade Etme Alt Ölçeği							
A Aleksitimi Ölçeği	.213	.272*	.128	.230	.101	.272*	-.161
Dışsal Odaklı Bilişsel Tarz Alt Ölçeği							
A Aleksitimi Ölçeği	-.065	.245	.188	.191	.000	.099	-.168
Duyguları Bedenselleştirme Eğilimi Alt Ölçeği							
A Aleksitimi Ölçeği	-.012	.120	.192	.165	-.008	.126	-.048
Düşsel Yaşam ve İmgelem Alt Ölçeği							
A Aleksitimi Ölçeği	.196	.227	.138	.571**	.236	.350**	-.149
Dürtüsel Davranma Alt Ölçeği							
BYÖ Normalleştirilen Atıf Alt Ölçeği	.055	.147	.127	.162	.009	.125	.209
BYÖ Ruhsal Atıf Alt Ölçeği	.154	.154	.087	.387**	.131	.266*	.070
BYÖ Bedensel Atıf Alt Ölçeği	.250	.285*	.090	.460**	.162	.323*	-.190

*p<.05, **p<.01

FMEA toplam puanı ile SCL-90 toplam (r=.509, p<.01), SCL-90 Somatizasyon Alt Ölçeği (r=.529, p<.01), A Aleksitimi Ölçeği Bilişsel Bileşen Alt Ölçeği (r=.396, p<.01), A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Bileşen Alt Ölçeği (r=.352, p<.05), A Aleksitimi Ölçeği Düşsel Yaşam ve İmgelem Alt Ölçeği (r=.307, p<.05), A Aleksitimi Ölçeği Dürtüsel Davranma Alt Ölçeği (r=.300, p<.05), BYÖ Normalleştirilen Atıf Alt Ölçeği(r=.351, p<.01), BYÖ Ruhsal Atıf Alt Ölçeği (r=.456, p<.01) ve BYÖ Bedensel Atıf Alt Ölçeği (r=.407, p<.01) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, diğer ölçek puanları arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Kalanlar tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 8. Hasta Grubunda FMEA ile SCL-90, A Aleksitimi Ölçeği ve BYÖ Puanları Arasındaki İlişki

ÖLÇEKLER	FMEA Fonksiyonel Etkilenim Alt Ölçeği	FMEA Genel Etki Alt Ölçeği	FMEA Belirti ve Yoğunluğu Alt Ölçeği	FMEA Toplam Puan
SCL-90 Toplam Puan	.463**	.396**	.457**	.509**
SCL-90 Somatizasyon Alt Ölçeği	.475**	.486**	.430**	.529**
A Aleksitimi Ölçeği Bilişsel Bileşen Alt Ölçeği	.273*	.251	.464**	.396**
A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Bileşen Alt Ölçeği	.372**	.192	.333*	.352**
A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Deneyim Çözme ve İfade Etme Alt Ölçeği	.335*	.117	.267*	.284*
A Aleksitimi Ölçeği Dışsal Odaklı Bilişsel Tarz Alt Ölçeği	.138	.081	.060	.106
A Aleksitimi Ölçeği Duyguları Bedenselleştirme Eğilimi Alt Ölçeği	.103	.060	.167	.137
A Aleksitimi Ölçeği Düşsel Yaşam ve İmgelem Alt Ölçeği	.157	.197	.419**	.307*
A Aleksitimi Ölçeği Dürtüsel Davranma Alt Ölçeği	.280*	.245	.264*	.300*
BYÖ Normalleştirilen Atıf Alt Ölçeği	.294*	.244	.353**	.351**
BYÖ Ruhsal Atıf Alt Ölçeği	.397**	.340*	.427**	.456**
BYÖ Bedensel Atıf Alt Ölçeği	.379**	.396**	.323*	.407**

*p<.05, **p<.01

Kontrol grubunda Üstbiliş-30 toplam puanı ile SCL-90 toplam ($r=.387$, $p<.01$), A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Bileşen Alt Ölçeği ($r=.411$, $p<.01$), A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Deneyim Çözme ve İfade Etme Alt Ölçeği ($r=.330$, $p<.01$), A Aleksitimi Ölçeği Dürtüsel Davranma Alt Ölçeği ($r=.328$, $p<.01$) ve BYÖ Ruhsal Atıf Alt Ölçeği ($r=.256$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, diğer ölçek puanları arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir. DEZTÖ puanları ile sadece BYÖ Normalleştirilen Atıf Alt Ölçeği ($r=.348$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, diğer ölçek puanları arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Kalanlar tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 9. Kontrol Grubunda Üstbiliş-30 Ölçeği ve DEZTÖ Puanları İle SCL-90, FMEA, A Aleksitimi Ölçeği ve BYÖ Puanları Arasındaki İlişki

ÖLÇEKLER	Üst Biliş-30 Olumlu İnançlar Alt Ölçeği	Üst Biliş-30 Bilişsel Güven Alt Ölçeği	Üst Biliş-30 Kontrol Edilemezlik ve Tehlike Alt Ölçeği	Üst Biliş-30 Bilişsel Farkındalık Alt Ölçeği	Üst Biliş-30 Düşünceleri Kontrol İhtiyacı Alt Ölçeği	Üst Biliş-30 Toplam Puan	DEZTÖ Toplam Puan
SCL-90 Toplam Puan	.131	.321*	.322**	.329**	.211	.387**	-.106
SCL-90 Somatizasyon Alt Ölçeği	.094	.171	.262*	.150	.137	.257*	-.121
FMEA Fonksiyonel Etkilenim Alt Ölçeği	-.033	.001	.117	-.039	-.117	-.005	-.016
FMEA Genel Etki Alt Ölçeği	-	-	-	-	-	-	-
FMEA Belirti Şiddeti ve Yoğunluğu Alt Ölçeği	.087	.058	.078	.153	-.023	.107	-.062
FMEA Toplam Puan	.050	.042	.099	.095	-.059	.075	-.050
A Aleksitimi Ölçeği Bilişsel Bileşen Alt Ölçeği	.058	.107	.093	.141	-.106	.094	-.073
A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Bileşen Alt Ölçeği	.213	.326**	.210	.502**	.173	.411**	-.154
A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Deneyim Çözme ve İfade Etme Alt Ölçeği	.134	.307*	.142	.396**	.140	.330**	-.136
A Aleksitimi Ölçeği Dışsal Odaklı Bilişsel Tarz Alt Ölçeği	.187	.137	.301*	.227	-.008	-.235	-.043
A Aleksitimi Ölçeği Duyguları Bedenselleştirme Eğilimi Alt Ölçeği	.118	.309**	-.045	.186	.169	.212	-.204
A Aleksitimi Ölçeği Düşsel Yaşam ve İmgelem Alt Ölçeği	-.337**	.157	-.050	-.145	-.371**	-.250*	.173
A Aleksitimi Ölçeği Dürtüsel Davranma Alt Ölçeği	.290*	.233	.157	.389**	.129	.328**	-.063
BYÖ Normalleştirilen Atıf Alt Ölçeği	.064	-.063	.002	.067	.005	.013	.348**
BYÖ Ruhsal Atıf Alt Ölçeği	.192	.160	.075	.255*	.195	.256*	.188
BYÖ Bedensel Atıf Alt Ölçeği	.105	.075	.095	.067	-.153	.068	.202

* $p<.05$, ** $p<.01$

Kontrol grubunda FMEA toplam puanı ile SCL-90 toplam ($r=.332$, $p<.01$), SCL-90 Somatizasyon Alt Ölçeği ($r=.505$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, diğer ölçek puanları arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Kalanlar tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 10.Kontrol Grubunda FMEA İle SCL-90, A Aleksitimi Ölçeği ve BYÖ Puanları Arasındaki İlişki

ÖLÇEKLER	FMEA Fonksiyonel Etkilenim Ölçeği	FMEA Genel Etki Alt Ölçeği	FMEA Şiddeti Yoğunluğu Ölçeği	Belirti ve Alt	FMEA Toplam Puan
SCL-90 Toplam Puan	.332*	-	.296*		.332**
SCL-90 Somatizasyon Alt Ölçeği	.499**	-	.454**		.505**
A Aleksitimi Ölçeği Bilişsel Bileşen Alt Ölçeği	.065	-	.172		.147
A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Bileşen Alt Ölçeği	.047	-	.221		.175
A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Deneyim Çözme ve İfade Etme Alt Ölçeği	.024	-	.172		.131
A Aleksitimi Ölçeği Dışsal Odaklı Bilişsel Tarz Alt Ölçeği	.078	-	.130		.121
A Aleksitimi Ölçeği Duyguları Bedenselleştirme Eğilimi Alt Ölçeği	-.043	-	.099		.055
A Aleksitimi Ölçeği Düşsel Yaşam ve İmgelem Alt Ölçeği	.258*	-	.128		.185
A Aleksitimi Ölçeği Dürtüsel Davranma Alt Ölçeği	.097	-	.255*		.217
BYÖ Normalleştirilen Atıf Alt Ölçeği	.151	-	.153		.164
BYÖ Ruhsal Atıf Alt Ölçeği	.212	-	.303*		.293*
BYÖ Bedensel Atıf Alt Ölçeği	.287*	-	.246*		.280*

* $p<.05$, ** $p<.01$

Hasta grupta, Üstbiliş-30 Toplam puanı ve A Aleksitimi Ölçek puanlarına göre FMEA toplam puanının yordanmasına ilişkin regresyon analiz sonuçları Tablo 10’da verilmiştir. Yordayıcı değişkenlerle yordanan değişken arasındaki ikili ve kısmi korelasyonlar incelendiğinde, Üstbiliş-30 toplam puanı ile FMEA toplam puanı arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu ($r=0.395$), ancak diğer değişkenler

kontrol edildiğinde iki değişken arasındaki korelasyonun $r=0.323$ olarak hesaplandığı görülmektedir. A Aleksitimi Ölçeği Bilişsel Bileşen Alt Ölçek puanı ile FMEA toplam puanı arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu ($r=0.396$), ancak diğer değişkenler kontrol edildiğinde iki değişken arasındaki korelasyonun $r=0.236$ olarak hesaplanmıştır. A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Bileşen Alt Ölçek puanı ile FMEA toplam puanı arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu ($r=0.352$), ancak diğer değişkenler kontrol edildiğinde iki değişken arasındaki korelasyonun $r=0.310$ olduğu bulunmuştur. A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Deneyim Çözme ve İfade Etme Alt Ölçek puanı ile FMEA toplam puanı arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu ($r=0.284$), ancak diğer değişkenler kontrol edildiğinde iki değişken arasındaki korelasyonun $r=-0.301$ olduğu saptanmıştır. A Aleksitimi Ölçeği Düşsel Yaşam ve İmgelem Alt Ölçek puanı ile FMEA toplam puanı arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu ($r=0.307$), ancak diğer değişkenler kontrol edildiğinde iki değişken arasındaki korelasyonun $r=0.135$ olduğu bulunmuştur. A Aleksitimi Ölçeği Dürtüsel Davranma Alt Ölçek puanı ile FMEA toplam puanı arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu ($r=0.300$), ancak diğer değişkenler kontrol edildiğinde iki değişken arasındaki korelasyonun $r=-0.211$ olduğu gözlenmiştir.

Üstbiliş-30 toplam puanı ve A Aleksitimi Ölçeği alt ölçek puanları birlikte, FMEA puanları ile anlamlı bir ilişki vermektedir ($R=0.591$, $R^2=0.349$, $p<.01$). tüm yordayıcı değişkenler birlikte, FMEA toplam puandaki toplam varyansın yaklaşık %35'ini açıklamaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre, yordayıcı değişkenlerin FMEA toplam puanı üzerindeki göreceli önem sırası; . A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Bileşen Alt Ölçek puanı, A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Deneyim Çözme ve İfade Etme Alt Ölçek puanı, A Aleksitimi Ölçeği Dürtüsel

Davranma Alt Ölçek puanı, Üstbiliş-30 toplam puanı, A Aleksitimi Ölçeği Bilişsel Bileşen Alt Ölçek puanı ve A Aleksitimi Ölçeği Düşsel Yaşam ve İmgelem Alt Ölçek puanıdır.

Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde ise, sadece Üstbiliş-30 toplam, A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Bileşen Alt Ölçeği ve A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Deneyim Çözme ve İfade Etme Alt Ölçeği puanlarının FMEA toplam puanı üzerinde önemli bir yordayıcı olduğu görülmektedir. Diğer değişkenler ise anlamlı bir etkiye sahip değildir.

Tablo 11. FMEA Toplam Puanının Yordanmasına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi sonuçları

Değişken	B	Standart Hata B	β	T	p	İkili r	Kısmi r
Sabit	-22.061	14.516	-	-1.520	.135	-	-
Üstbiliş-30 Toplam Puan	0.417	0.173	0.305	2.405	.020	0.395	0.323
A Aleksitimi Ölçeği	.940	0.552	0.274	1.702	.095	0.396	0.236
Bilişsel Bileşen Alt Ölçeği							
A Aleksitimi Ölçeği	3.207	1.405	1.786	2.282	.027	0.352	0.310
Duygusal Bileşen Alt Ölçeği							
A Aleksitimi Ölçeği	-3.244	1.468	-1.526	-2.210	.032	0.284	-0.301
Duygusal Deneyim Çözme ve İfade Etme Alt Ölçeği							
A Aleksitimi Ölçeği	0.914	0.957	0.132	0.956	.344	0.307	0.135
Düşsel Yaşam ve İmgelem Alt Ölçeği							
A Aleksitimi Ölçeği	-2.224	1.470	-0.384	-1.513	.137	0.300	-0.211
Dürtüsel Davranma Alt Ölçeği							
R=0.591, $R^2=0.349$ F _(6,49) =4.374 p=.001							

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda 56 FMS'li hasta ve 69 sağlıklı kontrol Üstbiliş-30 Ölçeği puanları, DEZKÖ, A Aleksitimi Ölçeği ve FMEA puanları bakımından karşılaştırılmıştır. FMS'li katılımcıların tamamı kadınlardan oluşmaktadır ve FMS'nin çok büyük oranda kadınlarda görüldüğü bilgisiyle uyumludur (4). Cinsiyetin eşitlenmesi için kontrol grubu da kadınlardan oluşturulmuştur. Yaş ve eğitime göre kontrol grubu eşlenmiştir. Yüksek eğitim düzeyinin seçilmesini, düşük eğitim düzeyinin, her ne kadar literatürde bu konuda çelişkili bilgiler olsa da (127, 128,129,130,131, 132,133) daha yüksek aleksitimi prevalansı, patolojik üstbilişsel sistem ve farklı zihin kuramı işlevleri ile ilişkili olması ve bu karıştırıcı durumun ortadan kaldırılmak istenmesidir. Fibromyalji grubunun SCL-90 total puanı ile somatizasyon alt ölçek puanının anlamlı düzeyde yüksek olması, hasta grubunun ruhsal stres düzeyleri ve bedenselleştirme eğilimleri hakkında önemli bir gösterge olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda da FMS hastaları ile sağlıklı kontroller arasında üstbiliş total puanı arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Üstbiliş, bireyin bilişsel süreçlerinin işlevsel ve uyuma yönelik olarak çalışmasında görev almaktadır. Buna göre üstbilişsel sistemde oluşabilecek herhangi bir sapmanın, birçok psikopatolojinin gelişmesinde ve devam etmesinde önemli bir faktör olacağı düşünülmektedir (74). Bu yaklaşıma göre; üstbilişsel işlevler düşünce bozuklukları ve etkin olmayan başa çıkma tarzlarına neden olmaktadır. Ayrıca bireyler olayları değerlendirmelerinde etkin olan düşünceleri (işlevsel olmayan bilişleri) hakkında bir takım olumlu ve olumsuz inanışlara (üstbilişlere) sahiptirler. Bu şekildeki üstbilişler bireyde uyumu bozan tepki tarzları gelişmesine yol açmaktadır (79). Üstbilişin psikiyatrik

hastalıklardaki rolü aydınlandıkça bu konudaki çalışmalar da artış göstermektedir. Üstbilişle ilgili anksiyete, depresyon, şizofreni, obsesifkompulsif bozukluk gibi pek çok psikopatoloji irdelenmiştir (20,21,22,24,25,34,107,108,109).

Depresyon ve Anksiyetenin Sonuçlar Üzerine Etkisi

Her iki grup da depresyon ve anksiyete skorları karşılaştırıldığında hasta grubunun hem depresyon hem anksiyete puan ortalamaları kontrol grubundan anlamlı düzeyde fazla olduğu görülmüştür. Bu daha önce yapılan pek çok çalışmayla uyumlu bulunmuştur (120,123,134,135). Yine hasta grubunda depresyon ve anksiyete düzeyleri ve FMEA puanları karşılaştırıldığında yüksek depresyon ve anksiyetenin düşük FMEA puanıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Literatürde anksiyete ve depresyonun FMS’de ağrı belirtileri ile karmaşık ilişkisine dikkat çekilmiş(125), daha yüksek öz yeterlik düzeyleri daha düşük depresyon ve daha iyi ağrı ve belirti yönetimi için ilişkilendirilmiştir(126). Bizim çalışmamızda ise bu sonuçlar her ne kadar çelişkili görünse de kullanılan ölçeklerle ilişkili olma olasılığı vardır. Felaketleştirme ve depresif kişisel ifadeler gibi bilişsel faktörler, FMS’li hastaların öz bildirime dayalı ağrı şiddetinde ve depresif belirtilerde daha belirgin bir role sahiptir (124). Öte yandan hastalıktan bağımsız- düzeltilmiş Beck Depresyon Ölçeği (*BDI - A*)-(adjusted “disease-free” *BDI*) ile yapılan bir çalışma FMS’li kadınlarda depresyon varlığını saptamak için bu ölçeğin standart BDÖ’den daha güvenilir yöntem olduğunu vurgulamaktadır(123). Bunun dışında hasta grubunda yüksek depresyon ve anksiyete puanlarının düşük FMEA puanıyla ilişkili olması fibromyaljisi olan hastaların anksiyete ve depresyon ile başa çıkma düzenekleri ile de

açıklanabilir. Kaygı yaratan bir durum karşısında bir savunma olarak somatizasyonun kullanılması bu kaygı düzeylerinin düşmesine neden olabilir.

Çalışmamızda benzer sonuçlar üstbiliş ölçeği toplam puanı ile de görülmektedir, yani hasta grubunda depresyon ve anksiyetesi olan grupta üstbiliş puanları düşmekte olup bu ilişki literatür bilgisiyle çelişmektedir (113,120,134,135) ve hastaların belirtileri felaketleştirme eğilimi ve depresif bir dil kullanmalarından kaynaklanıyor olabilir. Buna benzer olarak bir çalışmada ağrı şiddeti ve ağrıyı felaketleştirme, yüksek anksiyete ve yüksek depresyon ile ilişkili olarak bulunmuştur(136). Yine yukarıda da vurgulandığı gibi bu durum kullanılan ölçeklerle ilişkili olabilir. Ayrıca epilepsi hastalarında yapılan bir çalışmada üstbilişsel inançlar ve hastalık algıları, hem anksiyete hem de depresyon ile ilişkilendirilmiştir. Ancak üstbilişsel inançların anksiyete ve depresyonda hastalık algılarına göre daha fazla varyansa neden olduğu görülmüştür (137). FMS’de depresyon ve anksiyetenin yaygın komorbidite gösterdiği göz önüne alındığında bu birlikteliğin üstbilişsel süreçlere ve FMS’ye ne ölçüde etkide bulunduğu daha detaylı araştırılmalıdır.

Hasta grubunda depresyonu ve anksiyetesi olan ve olmayanlar arasında yapılan karşılaştırmada zihin kuramı sonucu anlamlı bulunmamıştır. Literatürde ise FMS ve zihin kuramı ile ilgili çalışmalar oldukça azdır. Var olan çalışmalardan birinde FMS'li hastalarda, hem yönetici fonksiyon eksikliklerinden hem de psikolojik stres belirtilerinden büyük ölçüde bağımsız olan sosyal biliş becerilerindeki bazı bozulmaların varlığı gösterilmiştir. Bu bozukluklar, klinik uygulamada zihin kuramının ve duygusal işlevlerin yeterli değerlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır (121).

Fibromyaljinin Üstbiliş, Aleksitimi ve BYÖ ile İlişkisi

Üstbiliş toplam puanı bizim çalışmamızda hem hasta hem de kontrol gruplarında belirti tarama testi toplam puanı ve somatizasyon alt ölçeğiyle ilişkili bulunmuştur. Aleksitimi alt ölçeklerinden ise duygusal bileşen, duygusal deneyimleri çözme ve ifade etme ve dürtüsel davranma alt ölçeklerinde hem hasta hem de kontrol grubunda üstbiliş toplam puanıyla pozitif korelasyon olduğu görülmüştür. Hasta ve kontrol gruplarında farklı olan aleksitimi altölçekleri dışsal odaklı bilişsel tarz ve düşsel yaşam ve imgelemdir. Her ikisi de ölçeğin bilişsel bileşenine ait olsa da hasta grubunda üstbilişsel işlevlerin daha çok dışsal kontrol üzerinden, kontrol grubunda ise düşsel yaşam ve imgelem üzerinden sağlandığını düşündürmektedir. Bu durum genel aleksitimi literatürüyle uyumlu olup aleksitimisi olan kişilerde sağlıklı kontrollere göre düşsel yaşam ve imgelemin düşük olduğu bilinmektedir (NPA**).

Aleksitimi, FMS’de önemli bir rol oynayabileceği düşünülen ve psikosomatik bozukluklarda büyük ölçüde gözlenen duygusal bir düzensizlik özelliğidir (140). Çalışmamızda regresyon analizi sonucunda hasta grubunda, A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Bileşen Alt Ölçeği ve FMEA total skoru arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Hastaların duygularını kontrol edemedikleri, duygu patlamaları yaşadıkları, bunun yanında duygularını ifade etmekte ve sözelleştirmekte güçlük yaşadıkları, hatta yaşadıkları duyguları tanımlamakta zorlandıkları, duygularını çoğu zaman bastırdıkları ve diğer insanların ne hissettiğini anlamakta güçlük yaşadıkları düşünülebilir. Aleksitiminin duyguları tanımlamada zorlukla ilgili bileşeni incelendiğinde, ağrının duyusal değil duygusal yanıyla yakından ilişkili ve ağrı skorlarından bağımsız olduğu görülmüştür (139). Bu sonuç çalışmamızla benzerdir.

Aslında aleksitimik bireyler, duyguların somatik belirtileri gibi fiziksel duyuları yeterince tanımlayamamaktadır ve duygusal uyarılmalarını hastalık

belirtileri olarak yanlış yorumlama eğiliminde olabilirler (141). Bu, çalışmamızdaki gibi hastalığın algılanmasında değişikliğe neden olabilir, bu da hastalarda belirtilere bir açıklama getirmeye sevk edebilir. Çalışmamızda gözlemlendiği gibi belirtilere bedensel atıflar, ruhsal atıflar atanmasına yol açabilir (143). Yine regresyon analizinde aleksitimi duygusal deneyimi çözme ve ifade etme alt ölçeği puanının FMEA'yı yordadığı görülmüştür. Bu hastaların duygularını tanımlayamadıkları ve sözelleştirmekte zorluk yaşadıkları şeklinde yorumlanabilir. Hastaların belirsiz olarak hissettiği duygularını yorumlaması ve bu durumlarıyla baş etme davranışlarına yön vermesi; hastalık rollerine, yaşamakta olduğu deneyimin kendisine ve bu deneyimlerini neye atfettiğine etki eder. Bu da bedenselleştirmeyi kolaylaştırıp daha çok kullanılmasına yol açıyor gibi görünmektedir (144).

Yine hasta grubunda BYÖ ruhsal atıf ve bedensel atıf alt ölçeklerinde üstbiliş toplam puanı ile pozitif ilişki saptanırken kontrol grubunda yalnızca ruhsal atıf alt ölçeği üstbiliş toplam puanı ile ilişkilidir. Hasta grubunda belirti yorumlama ölçeği ile tespit edilebilen bedensel atıfların üstbiliş bilişsel farkındalık ve bilişsel güven altölçekleri ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmektedir. Bilişsel farkındalık, kişinin kendi düşünce süreçleri üzerinde sürekli uğraşmasını ifade ederken, bilişsel güven, kişinin kendi bellek ve dikkat yeteneklerine güveninin olmaması ile ilgilidir. Yani hasta grubunda bedenselleştirme eğiliminin artması ile bilişsel farkındalığın ve bilişsel güvenin azalması gibi bir bulgunun kontrol grubunda görülmemesi yine fibromiyalji etyolojisinde bedenselleştirme düzeneğinin baskın oluşuna işaret etmektedir.

FMEA, bu çalışmada hem SCL-90 total puanı ve somatizasyon altölçek puanı ile hem de aleksitiminin duygusal ve bilişsel bileşen altölçekleri puanı ile ilişkili bulunmuştur. Fibromiyalji şiddet ve yaygınlığı arttıkça aleksitiminin artıyor oluşu yine

literatür bilgileriyle uyumludur ancak arada neden sonuç bağlantısı kurmak bu kesitsel çalışmada olası görünmemektedir. Bunun dışında BYÖ tüm alt bileşenleri ile FMEA puanlarının pozitif yönde ilişkili görünmesi de hastaların belirtilerindeki artış ile bu belirtileri bir nedene atfetme, bir anlam verme çabası gibi düşünülebilir. Öte yandan, FMEA toplam puanını etkileyen değişkenlere yönelik yapılan regresyon analizi sonucunda hasta grubunda üstbiliş-30 toplam puanı ile FMEA arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu ve dahası FMS şiddetinde en büyük yordayıcının aslında üstbilişsel süreçler olduğu görülmüştür. Bu durumda patolojik üstbilişsel sürecin, hastalarda FMS'nin genel etkisini, belirti şiddetini ve yoğunluğunu arttırdığı düşünülmüştür. Hastaların işlevsellik yönünden belki de ketlendiği, hastalığa katlanma eşiğinin düştüğü, anksiyete, depresyon ve diğer ruhsal sorun belirtilerinin daha yoğun yaşandığı söylenebilir. Literatürde FMS'de üstbilişsel özelliklerin hastalığa etkisinin daha önce araştırılmadığı görülmektedir.

FMS grubunda, bir kişilik özelliği olarak kaygı, karamsarlık, çevreye uyumsuzluk, edilgenlik, yetersizlik ve kusurlar üzerinde durma, bedene artmış duyarlılık gibi özelliklerin daha belirgin olabileceği, bunun da hastalık belirtileri üzerine olumsuz etkisi olabileceği söylenebilir. Bu bağlamda, hastalık belirtileri ve bilişsel farkındalık arasındaki pozitif korelasyon göz önüne alındığında, hastalığa yönelik farkındalık artışı, hastalık belirtilerine odaklanmayı artırabilir. FMS'de hastalığın baskın diğer aktiviteleri baskılaması, hastalık belirtilerine odaklanmayı güçlendiriyor olabilir yani FMS hastalarının patolojik üstbilişsel düzenekleri daha sık kullandıklarını söylenebilir (112).

Çalışmamızdaki bulgulara benzer olarak FMS'de üstbilişin araştırıldığı bir çalışmada, belirti kontrolü hakkındaki pozitif üstbilişlerin fiziksel işlevsellikteki bozulmayı öngördüğünü ortaya konmuştur. Aynı zamanda bu çalışmada belirtilerin

kontrolü ile ilgili olumsuz üstbilişlerin ise, stres, anksiyete ve depresyon dışında genel üstbilişleri kontrol ederken, genel FMS etki değerini de anlamlı şekilde yordadığı gösterilmiştir. Yine bu çalışmada belirti kontrolü ile ilgili olumsuz üstbilişlerin, olumsuz etki ve diğer üstbilişsel faktörleri kontrol ederken bile kontrol edilemezlik ve endişe tehlikesi ile ilgili inançları öngördüğü ortaya koyulmuştur (113). Çalışmamızdaki bulgulara paralel olarak kronik yorgunluk sendromu ile yapılan bir diğer çalışmada yine hastaların üstbiliş yapıları incelenmiş, olumsuz duyguların ve üst bilişlerin belirti şiddeti ölçümleriyle pozitif korelasyon gösterdiğini ve üstbilişlerin, belirti şiddeti ve depresyondan daha iyi bir belirti şiddeti göstergesi olduğunu göstermiştir(114).

Olumlu üstbilişsel inançlar, kavramsal süreçlerin belirtiler ve belirti yönetimi ile ilgili içgörü kazandırmadaki faydası ile ilgilidir. Bu tür inançlar, kronik yorgunluk sendromu belirtilerine verilen bir yanıt ve başa çıkma stratejisi olarak kavramsal süreçleri harekete geçirebilir. Olumsuz üstbilişler, olumsuz etkilerin kötüleşmesi ve yorgunluğa bağlı belirtilerin yoğunlaşması açısından risk faktörü gibi görünmektedir. (114).

Kronik ağrı ile ilgili düşünce ve inançlar, kronik ağrı araştırmalarında ilgi görmektedir. Örneğin, yıkıcı bilişlerin (yani, ağrının abartılı bir tehdidini ya da olumsuz sonuçlarını yansıtan düşünceler) sıklığının, birçok ağrı popülasyonunda ağrı yoğunluğu ve işlev bozukluğunda artışla ilişkili olduğu gösterilmiştir(115,116). Ağrıyı felaketleştirmenin incelendiği bir çalışma, farkındalığın, ağrıyı felaketleştirmeyi öngördüğünü ve ağrı yoğunluğu ile ağrıyı felaketleştirme arasındaki ilişkiyi modüle ettiğini göstermiştir ve bu da dikkat dağınıklığı ve ağrıyı felaketleştirme arasındaki güçlü bağı desteklemektedir(117). Kronik yorgunluk sendromu olan hastalarda yapılan bir çalışmada hastaların dikkatlerinin var olan

belirtilere odaklandığı, belirtilerin izlendiği buna bağlı olarak da hastalarda dikkat dağınıklığı gözlemlendiği bildirilmiştir. Bu stratejilerin sağladığı avantajın belirti yönetimi, dezavantajın ise belirtilerle ilgili olumsuz etkilerin artması şeklinde yorumlanmıştır (138). Ağrıyı felaketleştirme, istikrarlı ve kalıcı bir özellik değildir, ancak ağrı, bağlam, ruminasyon ve başa çıkma davranışlarına ilişkin üstbilişsel inançlara cevap olarak bireylerin içinde ve arasında dalgalanma göstermektedir. Dolayısıyla bizim çalışmamızda olduğu gibi hastalığın ataklar halinde seyretmesi (%39,4) de ruminatif düşüncelere ilişkin üstbilişsel inançların ve başa çıkma yetilerinin zaman içinde dalgalanma göstereceği şeklinde yorumlanabilir (118) ve kesitsel çalışmalarda bu değişkenin dikkate alınması önemli görünmektedir.

FMS'nin DEZTÖ ile ilişkisi

Çalışma gruplarının DEZTÖ ile zihin kuramı açısından karşılaştırılmasında gruplar arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Hasta grubunda zihin kuramı ile aleksitimi duygusal bileşen ve duygusal deneyim çözme ve ifade etme alt ölçekleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Kontrol grubunda ise zihin kuramı ile BYÖ normalleştiren atıf alt ölçeği arasında pozitif korelasyon olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda hasta grubunda DEZTÖ ile Beck depresyon ve Beck anksiyete ölçekleri arasında korelasyon saptanmamıştır. Bu veri DEZTÖ ile ölçülen zihin kuramının depresyon ve anksiyeteden etkilenmediği gibi yorumlanabilirse de bunun yanısıra ölçüm araçlarından kaynaklanan kısıtlılıklar da dikkate alınmalıdır. Gerek depresyon ve kaygıyı ölçümleri (123), gerekse DEZTÖ'ne ait değişkenler burada rol oynayabilir. Ayrıca örneklem grubumuzun görece eğitilmiş ve genç yaşlardaki kişilerden oluşması nedeniyle DEZTÖ'de yer alan soruları daha kolaylıkla yapmaları

ve bu süreçlerin ayaktan tedavi hizmetleri düzleminde ele alınan hastaların depresyon ve anksiyete belirtilerinden etkilenmemiş olması olasıdır.

Hastalarda yardım arama motivasyonu, belirtileri bedenselleştirme ve ruhsal bir hastalığa atfetme eğilimleri göz önüne alındığında bu bir yanlılık oluşumunun sonucunu yansıtır olabilir.

FMS’de zihin kuramı, aleksitimi, olumlu ve olumsuz etki ve duygusal farkındalığın birlikte incelendiği bir çalışmada gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı, zihin kuramının aleksitimiye etkilemediği ancak duygusal farkındalık performansını etkilediği görülmüştür(145). Çalışmamızda da benzer olarak hasta grubunda zihin kuramının aleksitiminin duygusal bileşen ile düşük ve duygusal deneyimleri çözme ve ifade etme alt ölçeğiyle orta derecede negatif korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Ancak diğer alt ölçeklerde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Örneğin; hasta grubunda zihin kuramının imalarla ilgili sorularında duyguları daha farklı adlandırdıkları ve imaları anlamakta kontrol grubuna göre daha düşük performans yaşadıkları gözlenmiştir. Bu bulguların, bozulmuş duygu adlandırma ile ilişkili daha hafif bir “anomi” formu ile aleksitimi ve duyguların zihinsel temsiliyle ilişkili daha şiddetli bir “agnozi” formu arasındaki ayrımı desteklediği düşünülebilir(145). Bu bağlamda, bir anomi ve agnosia arasındaki nörolojik ayrım özellikle ilgili olabilir. “Duygular için kelimelerin eksikliği ” anlamına gelen aleksitimi, “duyguları kelimelere dökmek” veya bir anomiye benzer şekilde duyguları adlandırmada bir sorun olarak anlaşılabilir. “Birinin nasıl hissettiğini bilmek” de problem olarak tanımlanabilen, duyguların zihinsel temsiliindeki bir problem olan bir agnoziye daha çok benzeyebilir. Bu ayrımın önemli klinik etkileri olabilir. Örneğin, daha ciddi agnozi şeklinde eksik olan hastalar, mentalizasyona dayalı terapi gibi yoğun teknikler gerektirebilir.

6. SONUÇLAR

Üstbiliş toplam puanı bizim çalışmamızda hem hasta hem de kontrol gruplarında belirti tarama testi toplam puanı ve somatizasyon alt ölçeğiyle ilişkili bulunmuştur. Her ikisi de ölçeğin bilişsel bileşenine ait olsa da hasta grubunda üstbilişsel işlevlerin daha çok dışsal kontrol üzerinden, kontrol grubunda ise düşsel yaşam ve imgelem üzerinden sağlandığını düşündürmektedir. Çalışmamızda regresyon analizi sonucunda hasta grubunda, A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Bileşen Alt Ölçeği ve FMEA total skoru arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Yine regresyon analizinde aleksitimi duygusal deneyimi çözme ve ifade etme alt ölçeği puanının FMEA'yı yordadığı görülmüştür. FMEA toplam puanını etkileyen değişkenlere yönelik yapılan regresyon analizi sonucunda hasta grubunda üstbiliş-30 toplam puanı ile FMEA arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu ve dahası FMS şiddetinde en büyük yordayıcının aslında üstbilişsel süreçler olduğu görülmüştür.

Çalışmamız zihin kuramı ve üstbiliş özelliklerinin belirtilerin yorumlanması ve hastalık üzerine etkisinin incelendiği bilginiz dahilindeki ilk çalışmadır. Literatürde FMS'de sadece zihin kuramı ya da sadece üstbilişsel sürecin irdelendiği çalışmalar oldukça kısıtlı sayıdadır. İkisini birlikte inceleyen tek bir çalışmaya rastlanmış ancak bu çalışmada, bizimkinden farklı zihin kuramı ölçeği (Gözlerden Zihin Okuma Testi) kullanılmıştır. Mevcut çalışmada kullanılan Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeğinin uygulayıcı tarafından uygulanması çalışmayı tamamen öz bildirime dayalı verilerden oluşmaktan kurtarmış, daha standart ve daha objektif sonuçlara ulaşılmasını amaçlamıştır. Ayrıca bu testin FMS'de kullanıldığı ilk çalışmadır.

Çalışmamızın kısıtlılıkları da mevcuttur. Örneklem büyüklüğü rak multifaktöriyel bu tip klinik çalışmalarda olduğu gibi önemli bir kısıtlılıktır. Ayrıca çalışmanın kesitsel tasarımı nedeniyle sonuçları etkileyebilecek değişkenler arasında nedensel ilişki kurulması zordur. Yine katılımcıların sadece kadınlardan oluşması her ne kadar fibromyalji tanısı için olağan bir durum olsa da eşlik eden hastalıkların az oluşu ve örneklemin çoğunlukla lise ve lisans düzeyine eğitim görmüş olması ile birleştiğinde sonuçların genel fibromyalji grubuna genellenebilirliğini azaltmıştır. Çalışmada 7 ölçek uygulanmış olması, sıra etkisi nedeniyle bazı ölçeklerin veri güvenilirliği azalmış olabilir. Toplanan verilerin büyük oranda öz bildirim dayalı olması çalışmanın başta gelen kısıtlılıklarıdır. Özellikle depresyon ve anksiyetenin sonuçlara etkisinin daha iyi anlaşılabilmesi için düzeltilmiş Beck Depresyon Ölçeği gibi farklı ölçekler ya da SCID gibi dışlama yöntemlerinin kullanılması sonraki çalışmalarda düşünülebilir.

7. KAYNAKÇA

1. Bennett RM, Jones J, Turk DC, Russell IJ, Matallana L. An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2007;8:27.
2. McBeth J, Macfarlane GJ, Benjamin S, et al. The association between tender points, psychological distress, and adverse childhood experiences. *Arthritis Rheum* 1999; 42: 1397-1404.
3. Di Tella, Marialaura, et al. "Theory of mind and emotional functioning in fibromyalgia syndrome: an investigation of the relationship between social cognition and executive function." *PloS one* 10.1 (2015): e0116542.
4. WHO (2008) World Health Organization Treatment Guideline on Non-malignant Pain in Adults. Available: <http://www.who.int/en/>. Accessed 14 October 2008.
5. Branco JC, Bannwarth B, Failde I, Abello Carbonell J, Blotman F, et al. (2010). Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. *Semin Arthritis Rheum* 39(6): 448–453. doi: 10.1016/j.semarthrit.2008.12.003 PMID:
6. Yunus MB: Fibromyalgia and Overlapping Disorders: The Unifying Concept of Central Sensitivity Syndromes. *Semin Arthritis Rheum* 2007; 36:339-356.
7. Arnold LM, Hudson JI, Hess EV, et al: Family study of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2004; 50:944-952.
8. Yunus MB, Khan MA, Rawlings KK, et al. Genetic linkage analysis of multicase families with fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 1999; 29:408-412.,
9. Offenbaecher M, Bondy B, Jonge S, et al. Possible association of fibromyalgia with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Arthritis Rheum* 1999;42: 2482-2488.
10. Buskila D, Cohen H, Neumann L, et al. An association between fibromyalgia and the dopamine D4 receptor exon III repeat polymorphism and relationship to novelty seeking personality traits. *Mol Psychiatry* 2004; 9:730-731.
11. Gürsoy S, Erdal E, Herken H, et al. Significance of catechol-O-methyl transferase gene polymorphism in fibromyalgia syndrome. *Rheumatol Int* 2003; 23(3): 104–107.

12. Yunus MB, Masi AT. Fibromyalgia, Restless Legs Syndrome, Periodic Limb, Movement Disorder and Psychogenic Pain. In: McCarty DJ, Koopman WJ, editors. Arthritis and Allied Condition. 12th edition. Philadelphia: Lea and Febiger; 1992. p. 1383-405.
13. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis care & Research*. 2010; 62(5): 600-10.
14. Horne JA, Shackell BS. Alpha-like EEG activity in non-REM sleep and the fibromyalgia (fibrositis) syndrome. *Electroencephalography and clinical Neurophysiology*. 1991; 79(4): 271-6.
15. Branco J, Atalaia A, Paiva T. Sleep cycles and alpha delta sleep in fibromyalgia syndrome. *The Journal of rheumatology*. 1994; 21(6): 1113-7.
16. Drewes AM, Nielsen KD, Taagholt SJ, Bjerregård K, Svendsen L, Gade J. Sleep intensity in fibromyalgia: focus on the microstructure of the sleep process. *Rheumatology*. 1995; 34(7): 629-35.
17. Affleck G, Urrows S, Tennen H, Higgins P, Abeles M. Sequential daily relations of sleep, pain intensity, and attention to pain among women with fibromyalgia. *Pain*. 1996; 68(2): 363-8.
18. Russell IJ, Orr MD, Littman B, Vipraio GA, Alboukrek D, Michalek JE, et al. Elevated cerebrospinal fluid levels of substance P in patients with the fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatism*. 1994; 37(11): 1593-601.
19. İnancı F. Fibromiyalji Sendromu. Beyazova M, Kutsal YG, editörler. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Güncellenmiş 2. Baskı*. Ankara: Güneş Kitabevleri; 2011. s. 2365-77.
20. Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(2), 275.
21. Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive therapy and research*, 27(3), 261-273.
22. 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.

23. Ablin JN, Cohen H, Kaplan Z, Neumann L, Buskila D. Coping styles in fibromyalgia: Effect of co-morbid posttraumatic stress disorder. *Rheumatology International*. 2008; 28(7): 649-56. DOI:10.1007/s00296-007-0496-1.
24. Lysaker, P. H., Warman, D. M., Dimaggio, G., Procacci, M., LaRocco, V. A., Clark, L. K., ... & Nicolò, G. (2008). Metacognition in schizophrenia: associations with multiple assessments of executive function. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(5), 384-389.
25. Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Carcione, A., Procacci, M., Buck, K. D., Davis, L. W., & Nicolò, G. (2010). Metacognition and schizophrenia: the capacity for self-reflectivity as a predictor for prospective assessments of work performance over six months. *Schizophrenia research*, 122(1-3), 124-130.
26. Molnar DS, Flett GL, Sadava SW, Colautti J. Perfectionism and health functioning in women with fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*. 2012; 73(4): 295-300.
27. Kendall SA, Elert J, Ekselius L, Gerdle B. Are perceived muscle tension, electromyographic hyperactivity and personality traits correlated in the fibromyalgia syndrome? *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2002; 34(2): 73-9.
28. Park DC, Smith AD, Lautenschlager G, Earles J, Frieske D, Zwaahr M, et al. Mediators of long-term memory performance across the life span. *Psychol Aging* 1996;11:621-37.
29. Jonides J. Working memory and thinking. In: Smith EE, Osherson DN, editors. *An invitation to cognitive science: thinking*. Vol. 3. Cambridge (MA): MIT Press; 1995. p. 215-65.
30. Cote KA, Moldofsky H. Sleep, daytime symptoms, and cognitive performance in patients with fibromyalgia. *J Rheumatol* 1997;24:2014-23.
31. Landro NI, Stiles TC, Sletvold H. Memory functioning in patients with primary fibromyalgia and major depression and healthy controls. *J Psychosom Res* 1997;42:297-306.
32. Pincus T, Swearingen C, Callahan LF. A self-report Cognitive Symptoms Inventory to assess patients with rheumatic diseases: results in eosinophilia-myalgia syndrome, fibromyalgia, rheumatoid arthritis, and other rheumatic diseases [abstract]. *Arthritis Rheum* 1996;39 Suppl 9:S261.
33. Clark S, Campbell SM, Forehand M, et al: Psychological factors associated with primary fibromyalgia syndrome.

34. Lysaker, P. H., Olesek, K. L., Warman, D. M., Martin, J. M., Salzman, A. K., Nicolò, G., ... & Dimaggio, G. (2011). Metacognition in schizophrenia: Correlates and stability of deficits in theory of mind and self-reflectivity. *Psychiatry Research*, 190(1), 18-22.
35. Barron H, Lerner M: When the Disease Eludes a Diagnosis. New York Times. 25 March 2008, 2008.
36. Alciati A, Sgiarovello P, Atzeni F, Sarzi-Puttini P: Psychiatric problems in fibromyalgia: clinical and neurobiological links between mood disorders and fibromyalgia. *Reumatismo* 64:268-274, 2012.
37. M. Vural, Tonguc Demir Berkol, Z. Erdogan, B. Kucukserat & C. Aksoy; Evaluation of personality profile in patients with fibromyalgia syndrome and healthy controls Pages 823-828 | Received 30 Jul 2013, Accepted 17 Nov 2013, Published online: 29 Dec 2013
38. Fitzcharles M A, Yunus M B. The clinical concept of fibromyalgia as a changing paradigm in the past 20 years. *Pain Res Treat.* 2012 ; 2012 : 184835 . doi:10.1155/2012/184835 . Epub 2011 Oct 29 .
39. Yunus M B, Iannici F . Fibromyalgia syndrome: clinical features, diagnosis, and biopathophysiologic mechanisms . In: Rachlin ES , Rachlin IS (eds.) . *Myofascial Pain and Fibromyalgia Trigger Point Management* . 2nd edn . St ; 2002 . Louis, MO: Mosby, pp. 3 – 31 .
40. Drexler A R, Mur E J, Günther V C. Efficacy of an EMG-biofeedback therapy in fibromyalgia patients . A comparative study of patients with and without abnormality in (MMPI) psychological scales. *Clin Exp. Rheumatol.* 2002; 20(5): 677– 82.
41. Malin K , Littlejohn GO . Personality and fibromyalgia syndrome. *Open Rheumatol J.* 2012 ; 6 : 273 – 85 .
42. Häuser W, Zimmer C, Felde E, Köllner V. What are the key symptoms of fibromyalgia? Results of a survey of the German Fibromyalgia Association. *Schmerz.* 2008;22:176–83.
43. Hoffman DL, Dukes EM. The health status burden of people with fibromyalgia: a review of studies that assessed health status with the SF-36 or the SF-12. *Int J Clin Pract.* 2008;62:115–26.

44. Warren JW, Clauw DJ. Functional somatic syndromes: sensitivities and specificities of self-reports of physician diagnosis. *Psychosom Med*. 2012;74:891–5.
45. Muller A, Hartmann M, Eich W. Health care utilization in patients with fibromyalgia syndrome (FMS). *Schmerz*. 2000;14:77–83.
46. Fink P, Rosendal M, Olesen F. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39:772–81.
47. Häuser, W., & Henningsen, P. (2014). Fibromyalgia syndrome: a somatoform disorder?. *European Journal of Pain*, 18(8), 1052-1059.
48. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet*. 2007;369:946–55.
49. Kroenke K. Somatoform disorders and recent diagnostic controversies. *Psychiatr Clin North Am*. 2007;30:593–619.
50. Fink P, Schröder A. One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *J Psychosom Res*. 2010;68:415–26.
51. DSM -5 el kitabı,
52. Wolfe F, Braehler E, Hinz A, Häuser W. Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: results from a survey of the general population. *Arthritis Care Res*. 2013;65:777–85.
53. Brosschot JF, Aarsse HR. Restricted emotional processing and somatic attribution in fibromyalgia. *Int J Psychiat Med*. 2001;31:127–46.
54. Van Wilgen CP, van Ittersum MW, Kaptein AA, van Wijhe M. Illness perceptions in patients with fibromyalgia and their relationship to quality of life and catastrophizing. *Arthritis Rheum*. 2008;58:3618–26.
55. Cedraschi C, Girard E, Luthy C, Kossovsky M, Desmeules J, Allaz A-F. Primary attributions in women suffering from fibromyalgia emphasize the perception of a disruptive onset for a long-lasting pain problem. *J Psychosom Res*. 2013;74:265–9.

56. Tuzer V, Bulut SD, Bastug B, Kayalar G, Goka E, Bestepe E. Causal attributions and alexithymia in female patients with fibromyalgia or chronic low back pain. *Nord J Psychiat.* 2011;65:138–44.
57. Epstein SA, Kay G, Clauw D, Heaton R, Klein D, Krupp L, Kuck J, Leslie V, Masur D, Wagner M, Waid R, Zisook S. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. A multicenter investigation. *Psychosomatics.* 1999;40:57–63.
58. Sansone RA, Levenson JV, Sellbom M. Psychological aspects of fibromyalgia: research vs. clinician impressions. *J Psychosom Res.* 2004;56:185–8.
59. Robbins JM, Kirmayer LJ, Kapusta MA. Illness worry and disability in fibromyalgia syndrome. *Int J Psychiat Med.* 1990;20:49–63.
60. Sánchez AI, Martínez MP, Miró E, Medina A. Predictors of the pain perception and self-efficacy for pain control in patients with fibromyalgia. *Span J Psychol.* 2011;14:366–73.
61. Karsdorp PA, Vlaeyen JWS. Active avoidance but not activity pacing is associated with disability in fibromyalgia. *Pain.* 2009;147:29–35.
62. Nicholl BI, Macfarlane GJ, Davies KA, Morriss R, Dickens C, McBeth J. Premorbid psychosocial factors are associated with poor health-related quality of life in subjects with new onset of chronic widespread pain—results from the EPIFUND study. *Pain.* 2009;141:119–26.
63. Kirmayer LJ, Taillefer S. Somatoform disorders. In: Turner SM, Hersen M, editors. *Adult psychopathology and diagnosis.* New York: John Wiley; 1997.
64. Okifuji A, Turk DC. Fibromyalgia: search for mechanism and effective treatment. In: Gatchel RJ, Turk DC, editors. *Psychosocial factors in pain: critical perspectives.* New York: Guilford Press; 1999. p. 227–46.
65. Sommer, C., Häuser, W., Burgmer, M., Engelhardt, R., Gerhold, K., Petzke, F., Schmidt-Wilcke, T., Späth, M., Tölle, T., Üçeyler, N., Wang, H., Winkelmann, A., Thieme, K., Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. (2012). [Etiology and pathophysiology of fibromyalgia syndrome]. *Schmerz* 26(3), 259–267. [in German]. (Open access English version available via PubMed).

66. Üçeyler, N., Zeller, D., Kahn, A.K., Kewenig, S., Kittel-Schneider, S., Schmid, A., Casanova-Molla, J., Reiners, K., Sommer, C. (2013). Small fibre pathology in patients with fibromyalgia syndrome. *Brain* 136(6),1857–1867.
67. Jain AK, Carruthers BM, van de Sande M, Barron SR, Donaldson S, Dunne JV, et al. Fibromyalgia syndrome: Canadian clinical working case definition, diagnostic and treatment protocols-A consensus document. *J Musculoskel Pain* 2003;11:3-76.2. Richards S. The pathophysiology of fibromyalgia.
68. Buskila D, Sarzi-Puttini P. Biology and therapy of fibromyalgia, genetic aspects of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Res Ther* 2006;8:218-21.
69. Price DD, Stand R. Neurobiology of fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol Suppl* 2005;77:22-8.
70. Larson AA, Giovengo SL, Russel IJ, Michalek JE. Changes in the concentrations of amino acids in the CSF that correlate with pain in fibromyalgia: implications for nitric oxide pathways. *Pain* 2000;87:201-11.
71. Pall ML. Common etiology of posttraumatic stress disorder, fibromyalgia, chronic fatigue syndrome and multiple chemical sensitivity via elevated nitric oxide/peroxynitrate. *Med Hypoth* 2001;57:138-45.
72. Julien N, Goffaux P, Arsenault P, Marchand S. Widespread pain in fibromyalgia is related to a deficit of endogenous pain inhibition. *Pain* 2005;114:295-302.
73. Staines DR. Is fibromyalgia an autoimmune disorder of endogenous vasoactive neuropeptides. *Med Hypoth* 2004;62:665-9.
74. Wells, Adrian, and Sam Cartwright-Hatton. "A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30." *Behaviour research and therapy* 42.4 (2004): 385-396.
75. Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Does meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(2), 137-144.
76. Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American psychologist*, 34(10), 906

77. Gavelek JR, Raphael TE. Metacognition, instruction, and questioning. Forresst-Pressley DL (editors). *Metacognition, Cognition, and Human Performance*. Orlando: Academic Pres, 1985: 191.
78. Hanten, G., Dennis, M., Zhang, L., Barnes, M., Roberson, G., Archibald, J., ... & Levin, H. S. (2004). Childhood head injury and metacognitive processes in language and memory. *Developmental Neuropsychology*, 25(1-2), 85-106.
79. Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of anxiety disorders*, 11(3), 279-296.
80. Mahy, C. E., Moses, L. J., & Pfeifer, J. H. (2014). How and where: Theory-of-mind in the brain. *Developmental cognitive neuroscience*, 9, 68-81.
81. Brüne, M., & Brüne-Cohrs, U. (2006). Theory of mind—evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(4), 437-455.
82. Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J., & Van Engeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 191(1), 5-13.
83. Kollmann, J., Gollwitzer, M., Spada, M. M., & Fernie, B. A. (2016). The association between metacognitions and the impact of Fibromyalgia in a German sample. *Journal of psychosomatic research*, 83, 1-9.
84. Moormann, P. P., Bermond, B., Vorst, H. C., Bloemendaal, A. F., Teijn, S. M., & Rood, L. (2008). New avenues in alexithymia research: The creation of alexithymia types. In *Emotion regulation* (pp. 27-42). Springer, Boston, MA.
85. Moriguchi, Y., & Komaki, G. (2013). Neuroimaging studies of alexithymia: physical, affective, and social perspectives. *BioPsychoSocial medicine*, 7(1), 8.
86. Larsen, J. K., Brand, N., Bermond, B., & Hijman, R. (2003). Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: a review of neurobiological studies. *Journal of psychosomatic research*, 54(6), 533-541.
87. Bermond, B., Vorst, H. C., & Moormann, P. P. (2006). Cognitive neuropsychology of alexithymia: implications for personality typology. *Cognitive neuropsychiatry*, 11(3), 332-360.

88. Picardi, A., Toni, A., & Caroppo, E. (2005). Stability of alexithymia and its relationships with the 'big five' factors, temperament, character, and attachment style. *Psychotherapy and psychosomatics*, 74(6), 371-378.
89. Aust, S., Härtwig, E. A., Heuser, I., & Bajbouj, M. (2013). The role of early emotional neglect in alexithymia. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 5(3), 225.
90. de Tychey, C., Garnier, S., Lighezzolo-Alnot, J., Claudon, P., & Rebourg-Roesler, C. (2010). An accumulation of negative life events and the construction of alexithymia: a longitudinal and clinical approach. *Journal of personality assessment*, 92(3), 189-206.
91. Helmes, E., McNeill, P. D., Holden, R. R., & Jackson, C. (2008). The construct of alexithymia: Associations with defense mechanisms. *Journal of clinical psychology*, 64(3), 318-331.
92. Franz, M., Popp, K., Schaefer, R., Sitte, W., Schneider, C., Hardt, J., ... & Braehler, E. (2008). Alexithymia in the German general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(1), 54-62.
93. Jonason, P. K., & Krause, L. (2013). The emotional deficits associated with the Dark Triad traits: Cognitive empathy, affective empathy, and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 55(5), 532-537.
94. Swart, M., Kortekaas, R., & Aleman, A. (2009). Dealing with feelings: characterization of trait alexithymia on emotion regulation strategies and cognitive-emotional processing. *PLoS One*, 4(6), e5751.
95. Grynberg, D., Luminet, O., Corneille, O., Grèzes, J., & Berthoz, S. (2010). Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy?. *Personality and individual differences*, 49(8), 845-850.
96. Cameron, K., Ogrodniczuk, J., & Hadjipavlou, G. (2014). Changes in alexithymia following psychological intervention: a review. *Harvard review of psychiatry*, 22(3), 162-178.
97. Meganck, R., Vanheule, S., Inslegers, R., & Desmet, M. (2009). Alexithymia and interpersonal problems: A study of natural language use. *Personality and Individual Differences*, 47(8), 990-995.

98. Vanheule, S., Desmet, M., Meganck, R., & Bogaerts, S. (2007). Alexithymia and interpersonal problems. *Journal of clinical psychology*, 63(1), 109-117.
99. Tatar, A., Saltukoğlu, G., Alioğlu, S., Çimen, S., Güven, H., & Ay, Ç. E. (2017). Özellik yaklaşımıyla aleksitimiyi ölçme-I: A Aleksitimi Ölçeği madde seçimi ve faktör yapısının oluşturulması. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 54(3), 216-224.
100. Tosun, A., & Irak, M. (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1).
101. Değirmencioğlu, B. (2008). *İlk kez geliştirilecek olan Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeğinin (DEZTÖ) geçerlik ve güvenirlik çalışması* (Doctoral dissertation, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
102. Kılıç, M. (2016). Belirti Tarama Listesi (Scl. 90-R) Nin Geçerlilik Ve Güvenirliği. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 1(2).
103. Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. (A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J. Psychol.*, 7, 3-13.
104. Ulusoy, M., Sahin, N. H., & Erkmen, H. (1998). The Beck anxiety inventory: psychometric properties. *Journal of cognitive psychotherapy*, 12(2), 163-172.
105. Duman, O. Y., Usubutun, S., & Goka, E. (2004). Belirti Yorumlama Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 26-40.
106. 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.
107. Irak, M., & Tosun, A. (2008). Exploring the role of metacognition in obsessive-compulsive and anxiety symptoms. *Journal of anxiety disorders*, 22(8), 1316-1325.
108. Janeck, A. S., Calamari, J. E., Riemann, B. C., & Heffelfinger, S. K. (2003). Too much thinking about thinking?: metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 181-195.

109. 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.
110. Yazıhan, N., & Yelboğa, Z. (2019). Travma sonrası stres bozukluğu hastalarında üstbilişlere ilişkin inançlar. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22.
111. Fitzcharles, M. A., Shir, Y., Ablin, J. N., Buskila, D., Amital, H., Henningsen, P., & Häuser, W. (2013). Classification and clinical diagnosis of fibromyalgia syndrome: recommendations of recent evidence-based interdisciplinary guidelines. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013.
112. Inanir, S., Taycan, S. E., Inanir, A., Celikel, F. C., & Etikan, I. (2015). Metacognitive evaluation in patients with fibromyalgia syndrome. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 25.
113. Kollmann, J., Gollwitzer, M., Spada, M. M., & Fernie, B. A. (2016). The association between metacognitions and the impact of Fibromyalgia in a German sample. *Journal of psychosomatic research*, 83, 1-9.
114. Maher-Edwards, L., Fernie, B. A., Murphy, G., Nikcevic, A. V., & Spada, M. M. (2012). Metacognitive factors in chronic fatigue syndrome. *Clinical psychology & psychotherapy*, 19(6), 552-557.
115. Raichle, K. A., Hanley, M., Jensen, M. P., & Cardenas, D. D. (2007). Cognitions, coping, and social environment predict adjustment to pain in spinal cord injury. *The Journal of Pain*, 8(9), 718-729.
116. 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.
117. 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.
118. Schütze, R., Rees, C., Slater, H., Smith, A., & O'sullivan, P. (2017). 'I call it stinkin'thinkin': A qualitative analysis of metacognition in people with chronic low back pain and elevated catastrophizing. *British journal of health psychology*, 22(3), 463-480.
119. Garcia-Fontanals, A., García-Blanco, S., Portell, M., Pujol, J., Poca-Dias, V., García-Fructuoso, F., ... & Deus, J. (2016). Cloninger's psychobiological model of personality and

psychological distress in fibromyalgia. *International journal of rheumatic diseases*, 19(9), 852-863

- 120.** Özsoy, F., & Okan, S. (2018). Fibromiyalji sendromu tanılı hastalarda zihin kuramı ve üst biliş işlevleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 21(4).
- 121.** Di Tella, M., Castelli, L., Colonna, F., Fusaro, E., Torta, R., Ardito, R. B., & Adenzato, M. (2015). Theory of mind and emotional functioning in fibromyalgia syndrome: an investigation of the relationship between social cognition and executive function. *PloS one*, 10(1), e0116542.
- 122.** Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., & Ellis, A. P. (1994). Coping through emotional approach: Problems of conceptualization and confounding. *Journal of Personality and Social psychology*, 66(2), 350.
- 123.** Burckhardt, C. S., O'Reilly, C. A., Wiens, A. N., Clark, S. R., Campbell, S. M., & Bennett, R. M. (1994). Assessing depression in fibromyalgia patients. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 7(1), 35-39.
- 124.** Hassett, A. L., Cone, J. D., Patella, S. J., & Sigal, L. H. (2000). The role of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 43(11), 2493-2500.
- 125.** Kurtze, N., Gundersen, K. T., & Svebak, S. (1998). The role of anxiety and depression in fatigue and patterns of pain among subgroups of fibromyalgia patients. *British Journal of Medical Psychology*, 71(2), 185-194.
- 126.** Franks, H. M., Cronan, T. A., & Oliver, K. (2004). Social support in women with fibromyalgia: Is quality more important than quantity?. *Journal of Community Psychology*, 32(4), 425-438.)
- 127.** Salminen, J. K., Saarijärvi, S., Äärelä, E., Toikka, T., & Kauhanen, J. (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of psychosomatic research*, 46(1), 75-82.
- 128.** Pasini, A., Delle Chiaie, R., Seripa, S., & Ciani, N. (1992). Alexithymia as related to sex, age, and educational level: results of the Toronto Alexithymia Scale in 417 normal subjects. *Comprehensive Psychiatry*, 33(1), 42-46.

129. Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1989). The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Comprehensive psychiatry*, 30(5), 434-441.
130. Li, X., Wang, K., Wang, F., Tao, Q., Xie, Y., & Cheng, Q. (2013). Aging of theory of mind: The influence of educational level and cognitive processing. *International Journal of Psychology*, 48(4), 715-727.
131. Adrian, J. E., Clemente, R. A., Villanueva, L., & Rieffe, C. (2005). Parent-child picture-book reading, mothers' mental state language and children's theory of mind. *Journal of child language*, 32(3), 673-686.
132. Lysaker, P. H., Vohs, J., Hasson-Ohayon, I., Kukla, M., Wierwille, J., & Dimaggio, G. (2013). Depression and insight in schizophrenia: comparisons of levels of deficits in social cognition and metacognition and internalized stigma across three profiles. *Schizophrenia research*, 148(1-3), 18-23.
133. Kuyper, H., Van der Werf, M. P. C., & Lubbers, M. J. (2000). Motivation, meta-cognition and self-regulation as predictors of long term educational attainment. *Educational Research and Evaluation*, 6(3), 181-205.
134. Hacker, D. J., Dunlosky, J., & Graesser, A. C. (Eds.). (2009). *Handbook of metacognition in education*. Routledge.
135. Slife, B. D., & Weaver, C. A. (1992). Depression, cognitive skill, and metacognitive skill in problem solving. *Cognition & Emotion*, 6(1), 1-22.
136. Hadlandsmith, K., Dailey, D. L., Rakel, B. A., Zimmerman, M. B., Vance, C. G., Merriwether, E. N., ... & Sluka, K. A. (2017). Somatic symptom presentations in women with fibromyalgia are differentially associated with elevated depression and anxiety. *Journal of health psychology*, 1359105317736577.
137. Fisher, P. L., Reilly, J., & Noble, A. (2018). Metacognitive beliefs and illness perceptions are associated with emotional distress in people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 86, 9-14.
138. Maher-Edwards, L., Fernie, B. A., Murphy, G., Nikcevic, A. V., & Spada, M. M. (2012). Metacognitive factors in chronic fatigue syndrome. *Clinical psychology & psychotherapy*, 19(6), 552-557.

- 139.**Huber, A., Suman, A. L., Biasi, G., & Carli, G. (2009). Alexithymia in fibromyalgia syndrome: associations with ongoing pain, experimental pain sensitivity and illness behavior. *Journal of psychosomatic research*, 66(5), 425-433.
- 140.**Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 134-142.
- 141.**Karst, M., Rahe-Meyer, N., Gueduek, 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.
- 142.**Lumley, M. A., Tojek, T. M., & Macklem, D. J. (2002). Effects of written emotional disclosure among repressive and alexithymic people.
- 143.**Di Tella, M., & Castelli, L. (2013). Alexithymia and fibromyalgia: clinical evidence. *Frontiers in psychology*, 4, 909.
- 144.**Güleç, H., Sayar, K., & Güleç, M. Y. (2007). Fibromiyaljide tedavi arayışının psikolojik etkenlerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18, 22-30.
- 145.**Lane, R. D., Hsu, C. H., Locke, D. E., Ritenbaugh, C., & Stonnington, C. M. (2015). Role of theory of mind in emotional awareness and alexithymia: Implications for conceptualization and measurement. *Consciousness and cognition*, 33, 398-405.

8. ÖZET

FMS’li hastalarda üstbilişsel işlevler ve zihin kuramı özelliklerinin belirti yorumlama ve hastalık üzerine etkileri araştırılmıştır. FMS’li hastaların daha patolojik üstbilişsel işlevlere ve daha düşük zihin kuramı puanlarına sahip oldukları görülmüştür.

Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde ise, sadece Üstbiliş-30 toplam, A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Bileşen Alt Ölçeği ve A Aleksitimi Ölçeği Duygusal Deneyim Çözme ve İfade Etme Alt Ölçeği puanlarının FMEA toplam puanı üzerinde önemli bir yordayıcı olduğu görülmüştür.

Bu konuda daha büyük bir örnekleimde daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

9. SUMMARY

The effects of metacognitive functions and theory of mind characteristics on symptom interpretation and disease were investigated in patients with FMS. Patients with FMS had more pathological metacognitive functions and lower mental theory scores.

When the t-test results related to the significance of regression coefficients were examined, it was seen that only Metacognition-30 total, A Alexithymia Scale Emotional Component Subscale and A Alexithymia Scale Emotional Experience Solving and Expression Sub-Scale scores were significant predictors of FMEA total score.

Further studies are needed in a larger sample.

10. EKLER

10.1. Sosyodemografik veri formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1.Yaş:

2.Cinsiyet: **a)** kadın() **b)** erkek ()

3. Medeni durum: **a)**beakar () **b)** evli () **c)** boşanmış () **d)** dul ()

4. Eğitim durumu: **a)**okur yazar değil () **b)** okur yazar () **c)** ilkokul mezunu ()

d) ortaokul mezunu () **e)** lise mezunu () **f)** lisans mezunu ()

5. Mesleği: **a)** memur () **b)** işçi () **c)** esnaf () **d)**emekli () **e)**diğer ()

Çalışma durumu: evet () hayır ()

6. Yaşadığı bölge: **a)** il () **b)** ilçe () **c)** köy ()

7.Yaşam ortamı: **a)**tek başına **b)**eşiyle **c)** eşi ve çocuklarıyla **d)**bakıcı ile

8. Sigara, alkol ve madde kullanımı:

Sigara:

Alkol:

Madde :

9. Aylık geliri: **a)** asgari ücret **b)** diğer

10. Hastalık süresi: () ay - () yıl,

11.Hastalığın **iyi seyrettiği en uzun süre:**

kötü seyrettiği en uzun süre:

12. Hastalık seyiri: **a)**ataklar halinde **b)**kronik seyirli

13 .Hastanede yatış: **a)** yok () **b)** 1 () **c)** 2 () **d)** 3 () **e)** 4 () **f)** 5 ()

14.Tedavi alıyor mu? **a)** evet () **b)** hayır ()

Tedavisiz geçen süre: () ay - () yıl

Güncel tedavisi;

İlaç:	doz:	süre:

15. Kronik organik hastalık: **a)**DM () **b)** HT() **c)** KVH() **d)**KOAH () **e)**Romatizmal hastalıklar() **f)**Hormon hastalıkları()

10.2. A Aleksitimi ölçeği

A Aleksitimi Ölçeği		
2 Faktörlü Yapı	Bilişsel Bileşen (BB)	1, 6, 8, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26
	Duygusal Bileşen (DB)	2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 18, 24, 27, 28
5 Faktörlü Yapı	Duygusal Deneyimleri Çözme ve İfade Etme	4, 5, 10, 11, 12, 14, 18, 24, 27, 28
	Dışsal Odaklı Bilişsel Tarz	13, 16, 21, 22, 25
	Duyguları Bedenselleştirme Eğilimi	8, 15, 17, 19, 23, 26
	Düşsel Yaşam ve İmgeleme	1, 6, 20
	Dürtüsel Davranma	2, 3, 7, 9
Puanlama		1, 6, 13, 16, 17, 20, 21, 22, 25, 26 Her Zaman=1 Ara Sıra=2 Fikrim Yok=3 Nadiren=4 Hiçbir Zaman=5
Ters Yönlü Maddeler		2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 23, 24, 27, 28 Her Zaman=5 Ara Sıra=4 Fikrim Yok=3 Nadiren=2 Hiçbir Zaman=1
Kaynak		Tatar, A., Saltukoğlu, G., Alioğlu, S., Çimen, S., Güven, H., & Ay, Ç. E. (2017). Özellik Yaklaşımıyla Aleksitimi Ölçme-I: A Aleksitimi Ölçeği Madde Seçimi ve Faktör Yapısının Oluşturulması. <i>Nöropsikiyatri Arşivi</i> , 54(3), 216-224.
web bağlantı		http://www.noropsikiyatriarsivi.com/sayilar/440/buyuk/216-224.pdf

10.3. Üstbiliş-30 ölçeği

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 katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle 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 düşünceyi 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 delirtebilir.	(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 gelmeme 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)

10.4. Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği

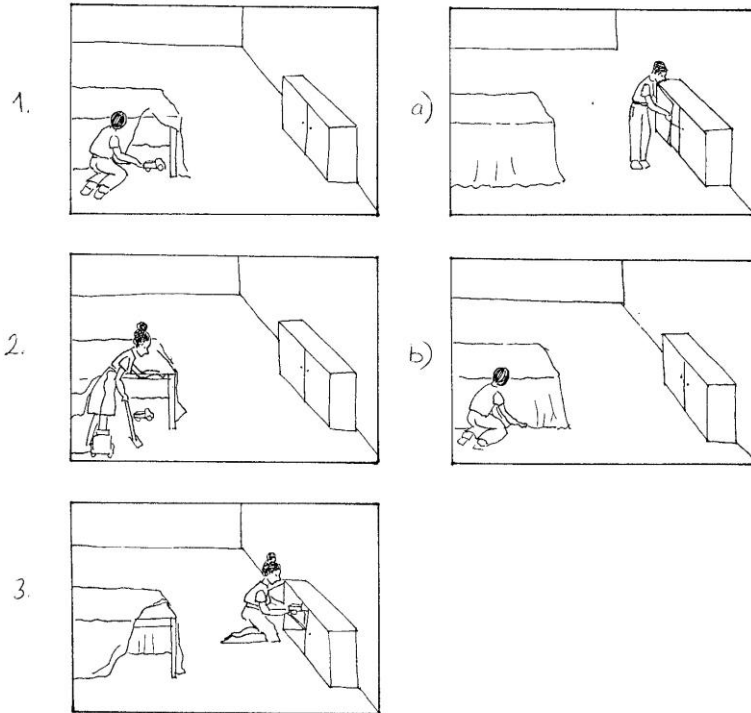
DOKUZ EYLÜL

ZİHİN KURAMI ÖLÇEĞİ

DEZİKÖ

HİKAYE 1

Selma Hanım mutfakta, pişirdiği börekleri bir kap içinde masanın üstüne koyar. O sırada çalan telefona bakmak için salona gider. Selma Hanım, mutfakta değilken, mutfağa giren kızı Gül, masanın üstünde duran börek kabını, böreklerin bozulmaması için buzdolabına kaldırır ve mutfaktan çıkıp, kendi odasına gider.

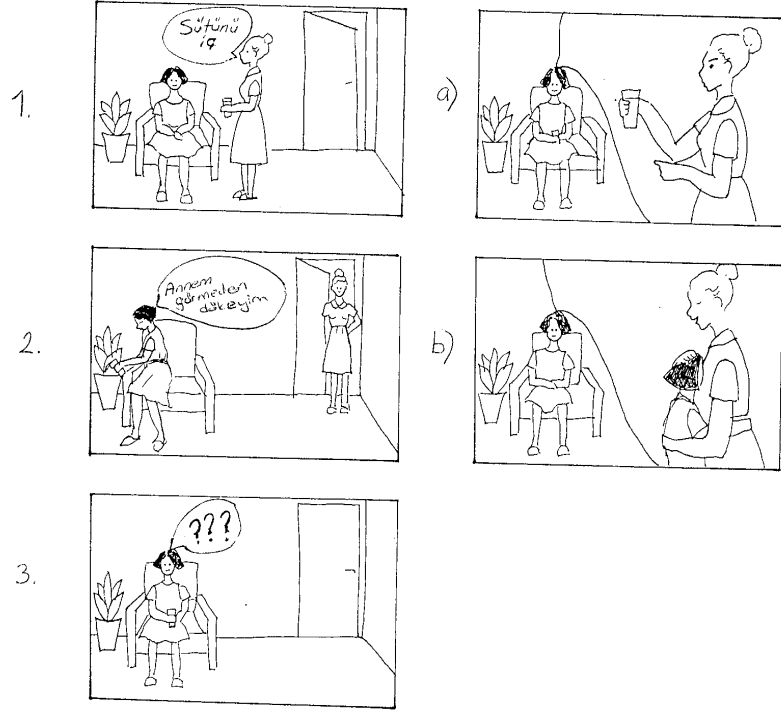


HİKAYE 2

Ayşe Hemşire ve Mine Hemşire, doktorlar odasında yapacakları işler hakkında konuşmaktadır. Ayşe Hemşire, Doktor Ahmet Bey'in, o günkü hastalara ait tahlil sonuçlarını doktorlar odasından alacağını söyler. Ayşe Hemşire: “ Ben şimdi, Doktor Ahmet Bey ile vizite çıkacağım. Sen de sonuçlarını laboratuardan alıp, buraya getirir misin? ” der. Mine Hemşire laboratuara, Ayşe Hemşire vizite gitmek üzere odadan ayrılır.

Ayşe Hemşire vizit sırasında, Doktor Ahmet Bey ile karşılaşır. Doktor Ahmet Bey, vizitin bitiminde, tahlil sonuçlarının hemen polikliniğe getirilmesini ister ve polikliniğe doğru yola çıkar. Doktor Ahmet Bey, yolda tahlil sonuçlarını almaya giden Mine Hemşire'yi görür. Mine Hemşire, sonuçları almaya gittiğini söyler. Doktor Ahmet Bey, Mine Hemşire'ye sonuçları hemen polikliniğe getirmesini söyler ve polikliniğe gider. Ayşe Hemşire, Mine Hemşire'nin Doktor Ahmet Bey ile konuştuğunu bilmemektedir.

Laboratuardan çıkmadan Mine Hemşire'yi bulmak için, vizit sonrası acele ile laboratuara giden Ayşe Hemşire, laboranta Mine Hemşire'nin tahlil sonuçlarını alıp almadığını sorar. Laborant, Mine Hemşire'nin tahlil sonuçlarını alarak çıktığını söyler.



HİKAYE 3

Yıl sonunda, derslerinden çok düşük notlar alan Ahmet'in karnesine bakan annesi Ahmet'e " Ne kadar da başarılı bir öğrencisin! " der.

HİKAYE 4

Melek iş dönüşü, yolda gördüğü bir dilenci çocuğun ağladığını fark eder. Çocuğun ağlamasından çok etkilenen Melek, eve geldiğinde bu çocukta eşine bahseder : " Küçük dilenci bir çocuk gördüm; gözlerinde dev dalgalar vardı.

HİKAYE 5

Osman ve Zeynep, evli bir çifttir. Her hafta sonu, birlikte gezmeye gitmek isterler. Ancak, farklı yerlere gitmekten hoşlandıkları için, bu konuda sürekli tartışıp nereye gideceklerine karar veremezler. Osman, deniz kıyısına gidip balık tutmak ve mangal yapmaktan hoşlanmaktadır. Zeynep ise, alışveriş merkezlerinde gezmeyi ve sinemaya gitmeyi sevmektedir. Zeynep, Osman'ı mutlu etmek için çoğunlukla, deniz kıyısına gitmeyi kabul eder. Bu hafta sonu için ne yapacaklarını konuşurken, Osman Zeynep'e alışveriş merkezine gitmeyi teklif eder.

Osman ve Zeynep evden çıkmak üzere hazırlanırlar. Osman arka odaya sobayı söndürmeye gider. Bu sırada Zeynep, unutmamak için araba anahtarını, Osman'ın anahtarı her zaman bıraktığı vestiyerden alarak çantasına koyar.

Evden çıkıp arabalarına binen Osman ve Zeynep, alışveriş merkezine gider. Arabayı park ettikten sonra alışveriş merkezine girerler. Zeynep, büyük bir keyifle gezerken, bir süre sonra Osman söylenmeye başlar. Kapalı yerlerde gezmekten hoşlanmayan Osman, Zeynep'in hala hevesle her dükkana girmek istemesi üzerine Zeynep'e " İnan hiç bu kadar eğlenmemiştim! " der.

HİKAYE 6

Selim ve Ali bir dergide çalışan iki yazardır. Selim, uzun yıllardır yazarlık yapmaktadır ve işe yeni başlayan Ali'den daha deneyimlidir. Ali yazılarında sık sık hata yapar. Bu nedenle Selim, Ali'nin yazılarını sürekli kontrol eder. Akşam müdürle yapacakları toplantıdan önce, Selim Ali'nin yazısını kontrol etmiş ve her zaman olduğu gibi birçok hata bulmuştur. Bu durumla ilgili olarak Ali'ye dönerek : " Yine kusursuz bir iş çıkarmışsın! " der.

Selim düzeltmeleri yaptıktan sonra, tüm yazıları masasının üstünde bırakarak odadan ayrılır. Ali, yazılara herhangi bir zarar gelmemesi için, hepsini bir dosyaya koyarak kendi çekmecesine kaldırır.

Toplantı saati geldiğinde Ali ve Selim müdürün odasına gider. Müdür toplantı boyunca yazarlıkla ilgili konuşur. Bir yazarın her zaman yaratıcı olması gerektiğini söyler. Her yazının, yepyeni bir eser olduğunu açıklar ve şöyle der: “ Sizler birer bebek dünyaya getiriyorsunuz! ”

Toplantı bittikten sonra herkes odadan çıkar. Selim Ali’ye Orhan’ın odasına gideceğini söyler ve Ali’nin yanından ayrılır. Ali, Selim ile birlikte paylaştıkları odasına vardığında, oda telefonu çalar. Arayan kişi Selim’in karısıdır. Ali’ye, Selim’in bir an önce eve gelmesi gerektiğini, çok önemli olduğunu söyler ve telefonu kapatır. Ali telaşla Selim’e haber vermek ister. Bu sırada Selim Orhan’ın odasındadır. Karısının Ali ile konuştuğundan habersiz olarak karısını arar. Hemen eve gitmesi gerektiğini öğrenen Selim apar topar iş yerinden ayrılır ve evine gitmek üzere yola çıkar.

HİKAYE 7

Canan, bayramda bir arada olmak için bütün akrabalarını evinde yemeğe davet eder. Canan’ın o kadar kalabalığa yetecek miktarda yemek yapması mümkün olmayacağından, her gelen kendi evinde pişirdiği bir çeşit yemeği getirir. Yemekten sonra bulaşıkları yıkayan Canan’a kuzeni Merve yardım eder. İki bayan, yapılan yemeklerin ne kadar lezzetli olduğundan bahsederken; Canan, bilmeden, Merve’nin getirmiş olduğu “ karnıyarık ” yemeğini kast ederek: “ Ama o karnıyarığı kim yaptıysa o kadar yağlı yapmış ki görüntüsü bile midemi bulandırdı! ” der.

DOKUZ EYLÜL ZİHİN KURAMI ÖLÇEĞİ

(DEZİKÖ)

UYGULAYICI BÖLÜMÜ

YÖNERGE - HİKAYELER - SORULAR

1. YÖNERGE :

Şimdi ben size sırayla bazı hikayeler okuyacağım ve bazı resimler göstereceğim.

Ben hikayeleri size yüksek sesle okuyacağım. Ama, takip edebilmeniz için de hikayelerin bir örneğini size vereceğim. Yani ben hikayeyi okurken, siz bir yandan bu hikayeleri gözünüzle takip edebileceksiniz. Bu hikayelerle ilgili, hikayelerin arasında ya da sonunda size bazı sorular soracağım ve sizden cevaplamanızı isteyeceğim. Hikayelerle ya da sorularla ilgili soru sormayınız, ihtiyaç duyduğunuzda elinizde bulunan hikayeye ve resme tekrar bakabilirsiniz; hikayeleri yeniden okuyabilirsiniz. Herhangi bir süre kısıtlaması yoktur. Doğru olduğuna karar verdiğiniz anda cevabınızı verebilirsiniz.

Size gösterilen resimli hikayelerde ise, 1 – 2 – 3 şeklinde numaralandırılmış üç tane resim vardır. Bu üç resim sırayla bir hikaye anlatmaktadır. Bu hikayeyi doğru bir şekilde anlayıp, bu hikayeyi tamamlayacak olan dördüncü resmi bulmanız istenecektir. Bunun için de, bu üç resmin yanında yer alan a ve b seçenekli iki resimden doğru olduğunu düşündüğünüz birini seçmeniz gerekmektedir.

Uygulama sırasında hikayeler, resimler ya da sorularla ilgili soru sormayınız,. Uygulamayla ilgili olarak aklınıza takılan bir soru varsa, başlamadan önce sorabilirsiniz. Hazırsanız başlayalım.

2. HİKAYELER - SORULARI:

HİKAYE 1 : Selma Hanım mutfakta, pişirdiği börekleri bir kap içinde masanın üstüne koyar. O sırada çalan telefona bakmak için salona gider. Selma Hanım, mutfakta değilken, mutfağa giren kızı Gül, masanın üstünde duran börek kabını, böreklerin bozulmaması için buzdolabına kaldırır ve mutfaktan çıkıp, kendi odasına gider.

SORU 1 ____: Selma Hanım bir parça börek yemek için mutfağa geri döndüğünde, börek kabını nerede arayacak?

RESİM 1 ____:

SORU 2 ____: Şimdi resimlere dikkatli bakarak (ilk üç resmi göstererek) çocuğun oyuncaklarını nerede arayacağını gösteren resmin seçeneğini (a ve b resimlerini göstererek) söyleyiniz.

HİKAYE 2 ____: Ayşe Hemşire ve Mine Hemşire, doktorlar odasında yapacakları işler hakkında konuşmaktadır. Ayşe Hemşire, Doktor Ahmet Bey'in, o günkü hastalara ait tahlil sonuçlarını doktorlar odasından alacağını söyler. Ayşe Hemşire: "Ben şimdi, Doktor Ahmet Bey ile vizite çıkacağım. Sen de sonuçlarını laboratuardan alıp, buraya getirir misin?" der. Mine Hemşire laboratuara, Ayşe Hemşire vizite gitmek üzere odadan ayrılır.

Ayşe Hemşire vizit sırasında, Doktor Ahmet Bey ile karşılaşır. Doktor Ahmet Bey, vizitin bitiminde, tahlil sonuçlarının hemen polikliniğe getirilmesini ister ve polikliniğe doğru yola çıkar. Doktor Ahmet Bey, yolda tahlil sonuçlarını almaya giden Mine Hemşire'yi görür. Mine Hemşire, sonuçları almaya gittiğini söyler. Doktor Ahmet Bey, Mine Hemşire'ye sonuçları hemen polikliniğe getirmesini söyler ve polikliniğe gider. Ayşe Hemşire, Mine Hemşire'nin Doktor Ahmet Bey ile konuştuğunu bilmemektedir.

Laboratuardan çıkmadan Mine Hemşire'yi bulmak için, vizit sonrası acele ile laboratuara giden Ayşe Hemşire, laboranta Mine Hemşire'nin tahlil sonuçlarını alıp almadığını sorar. Laborant, Mine Hemşire'nin tahlil sonuçlarını alarak çıktığını söyler.

SORU 3 ____: Ayşe Hemşire, Mine Hemşire'nin tahlil sonuçlarını nereye götürdüğünü düşünmektedir?

RESİM 2 ____:

SORU 4 ____: Şimdi resimlere dikkatli bakarak (ilk üç resmi göstererek) çocuğun ne hayal ettiğini gösteren resmin seçeneğini (a ve b resimlerini göstererek) söyleyiniz.

HİKAYE 3 : Yıl sonunda, derslerinden çok düşük notlar alan Ahmet'in karnesine bakan annesi Ahmet'e " Ne kadar da başarılı bir öğrencisin! " der.

SORU 5 : Ahmet'in annesinin söylediği doğru mudur?

Ahmet'in annesi ne demek istemiştir?

HİKAYE 4 : Melek iş dönüşü, yolda gördüğü bir dilenci çocuğun ağladığını fark eder. Çocuğun ağlamasından çok etkilenen Melek, eve geldiğinde bu çocuktan eşine bahseder : "Küçük dilenci bir çocuk gördüm; gözlerinde dev dalgalar vardı."

SORU 6 : Melek, eşine çocuk ile ilgili ne anlatmak istemiştir?

HİKAYE 5 : Osman ve Zeynep, evli bir çifttir. Her hafta sonu, birlikte gezmeye gitmek isterler. Ancak, farklı yerlere gitmekten hoşlandıkları için, bu konuda sürekli tartışıp nereye gideceklerine karar veremezler. Osman, deniz kıyısına gidip balık tutmak ve mangal yapmaktan hoşlanmaktadır. Zeynep ise, alışveriş merkezlerinde gezmeyi ve sinemaya gitmeyi sevmektedir. Zeynep, Osman'ı mutlu etmek için çoğunlukla, deniz kıyısına gitmeyi kabul eder. Bu hafta sonu için ne yapacaklarını konuşurken, Osman Zeynep'e alışveriş merkezine gitmeyi teklif eder.

SORU 7 : Osman neden alışveriş merkezine gitmeyi istemiştir?

SORU 8 : Zeynep, Osman'ın bu teklifi karşısında nasıl hissetmiş olabilir?

Osman ve Zeynep evden çıkmak üzere hazırlanırlar. Osman arka odaya sobayı söndürmeye gider. Bu sırada Zeynep, unutmamak için araba anahtarını, Osman'ın anahtarı her zaman bıraktığı vestiyerden alarak çantasına koyar.

SORU 9 : Şu anda, Osman arabanın anahtarının nerede olduğunu düşünmektedir?

Evden çıkıp arabalarına binen Osman ve Zeynep, alışveriş merkezine gider. Arabayı park ettikten sonra alışveriş merkezine girerler. Zeynep, büyük bir keyifle gezerken, bir süre sonra Osman söylenmeye başlar. Kapalı yerlerde gezmekten hoşlanmayan Osman, Zeynep'in hala hevesle her dükkana girmek istemesi üzerine Zeynep'e "İnan hiç bu kadar eğlenmemiştim!" der.

SORU 10 ____ : Osman'ın söylediği doğru mudur?

Osman neden böyle söylemiştir?

HİKAYE 6: Selim ve Ali bir dergide çalışan iki yazardır. Selim, uzun yıllardır yazarlık yapmaktadır ve işe yeni başlayan Ali'den daha deneyimlidir. Ali yazılarında sık sık hata yapar. Bu nedenle Selim, Ali'nin yazılarını sürekli kontrol eder. Akşam müdürle yapacakları toplantıdan önce, Selim Ali'nin yazısını kontrol etmiş ve her zaman olduğu gibi birçok hata bulmuştur. Bu durumla ilgili olarak Ali'ye dönerek : “Yine kusursuz bir iş çıkarmışsın!” der.

SORU 11 ____ : Selim'in söylediği doğru mudur?

Selim neden böyle söylemiştir?

Selim düzeltmeleri yaptıktan sonra, tüm yazıları masasının üstünde bırakarak odadan ayrılır. Ali, yazılara herhangi bir zarar gelmemesi için, hepsini bir dosyaya koyarak kendi çekmecesine kaldırır.

SORU 12 ____ : şu anda Selim, yazıların nerede olduğunu düşünmektedir?

Toplantı saati geldiğinde Ali ve Selim müdürün odasına gider. Müdür toplantı boyunca yazarlıkla ilgili konuşur. Bir yazarın her zaman yaratıcı olması gerektiğini söyler. Her yazının, yepyeni bir eser olduğunu açıklar ve şöyle der: “Sizler birer bebek dünyaya getiriyorsunuz!”

SORU 13 ____ : Müdür burada ne anlatmak istemiştir?

Toplantı bittikten sonra herkes odadan çıkar. Selim Ali'ye Orhan'ın odasına gideceğini söyler ve Ali'nin yanından ayrılır. Ali, Selim ile birlikte paylaştıkları odasına vardıda, oda telefonu alar. Arayan kişi Selim'in karısıdır. Ali'ye, Selim'in bir an önce eve gelmesi gerektiğini, çok önemli olduğunu söyler ve telefonu kapatır. Ali telaşla Selim'e haber vermek ister. Bu sırada Selim Orhan'ın odasındadır. Karısının Ali ile konuştuğundan habersiz olarak karısını arar. Hemen eve gitmesi gerektiğini öğrenen Selim apar topar iş yerinden ayrılır ve evine gitmek üzere yola çıkar.

SORU 14 ____ : Ali, Selim'in nerede olduğunu düşünmektedir?

HİKAYE 7: Canan, bayramda bir arada olmak için bütün akrabalarını evinde yemeğe davet eder. Canan'ın o kadar kalabalığa yetecek miktarda yemek yapması mümkün olmayacağından, her gelen kendi evinde pişirdiği bir çeşit yemeği getirir. Yemekten sonra bulaşıkları yıkayan Canan'a kuzeni Merve yardım eder. İki bayan, yapılan yemeklerin ne kadar lezzetli olduğundan bahsederken; Canan, bilmeden, Merve'nin getirmiş olduğu “ karnıyarık ” yemeğini kast ederek: “ Ama o karnıyarığı kim yaptıysa o kadar yağlı yapmış ki görüntüsü bile midemi bulandırdı! ” der.

SORU 15 : Bu hikayede söylememesi gereken bir şeyi söyleyen kimse var mı?

Söylememesi gereken bir şeyi söyleyen kimdir?

Canan'ın söylediği neden söylenmemesi gereken bir şeydir?

SORU 16 : Merve nasıl hissetmiş olmalıdır?

CEVAP SÜTUNU VE PUANLAMA

1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		

(Uygulayıcı tarafından doldurulacaktır.)

DEZİKÖ TOPLAM

PUANLAMA İÇİN

DOĞRU VE YANLIŞ CEVAPLAR

Her bir görevdeki doğru cevap 1, yanlış cevap 0 olarak puanlanır:

1. GÖREV:

Doğru Cevap: Masanın üzeri, masa, masada. (Bıraktığı yerde cevabı verilirse, neresi olduğu sorulur.)

Yanlış Cevap: Buzdolabı, fırın gibi, doğru cevap dışındaki herhangi bir cevap.

2. GÖREV:

Doğru Cevap: b

Yanlış Cevap: a

3. GÖREV:

Doğru Cevap: Doktorlar odası (Konuştukları yere cevabı verilirse, neresi olduğu sorulur.)

Yanlış Cevap: Doktor Ahmet Bey'e, laboratuara, polikliniğe gibi, doğru cevap dışındaki herhangi bir cevap.

4. GÖREV:

Doğru Cevap: b

Yanlış Cevap: a

5. GÖREV:

Doğru Cevap: Yanlış (Bu cevaba henüz puan verilmez)

Ahmet'in annesi aslında Ahmet'in başarısız olduğunu söylemiştir. (Bu yorumu, yani ironik ifadenin düz anlamını içermeyen, ironi durumunu yansıtan herhangi bir cevap.)

Yanlış Cevap: Ahmet'in annesi Ahmet'in aslında başarılı olduğunu söylüyor, Ahmet'i motive etmek istiyor gibi ironik ifadenin düz anlamını içeren herhangi bir cevap.

6. GÖREV:

Doğru Cevap: Çocuğun gözyaşları, çocuğun ağladığı, çocuğun çok üzgün olduğu gibi metaforu gözyaşları ya da ağlamakla açıklayan herhangi bir cevap.

Yanlış Cevap: Çocuğun hırslı olduğu, çocuğun umutları olduğu gibi, çocuğun gözyaşlarını içermeyen herhangi bir cevap.

7. GÖREV:

Doğru Cevap: Zeynep mutlu olsun diye, eşini mutlu etmek için, Zeynep hoşlandığı için gibi, Zeynep'in duygularını içeren herhangi bir cevap.

Yanlış Cevap: Alışveriş yapmak için, balık malzemesi almak için gibi Zeynep'in duygularını içermeyen herhangi bir cevap.

8. GÖREV:

Doğru Cevap: Sevinmiştir, mutlu olmuştur, kendini iyi hissetmiştir gibi duygu ifadelerini içeren herhangi bir cevap.

Yanlış Cevap: Üzülmüştür gibi, doğru cevapların tam tersi duygu ifadelerini içeren ya da sevildiğini düşünmüştür gibi duygu ifadeleri içermeyen herhangi bir cevap.

9. GÖREV:

Doğru Cevap: Vestiyerde

Yanlış Cevap: Zeynep'in çantasında gibi, doğru cevabın dışındaki herhangi bir cevap.

10. GÖREV:

Doğru Cevap: Yanlış (Bu cevaba henüz puan verilmez)

Osman aslında eğlenmediğini anlatmıştır. (Bu yorumu, yani ironik ifadenin düz anlamını içermeyen, ironi durumunu yansıtan herhangi bir cevap.)

Yanlış Cevap: Osman aslında eğlendiğini söylüyor, eşini kırmamak için yalan söylüyor gibi ironik ifadenin düz anlamını içeren herhangi bir cevap.

11. GÖREV:

Doğru Cevap: Yanlış (Bu cevaba henüz puan verilmez)

Selim aslında Ali'nin çok hata yaptığını anlatmıştır. (Bu yorumu, yani ironik ifadenin düz anlamını içermeyen, ironi durumunu yansıtan herhangi bir cevap.)

Yanlış Cevap: Selim aslında Ali'nin hatasız bir iş çıkardığını söylüyor, arkadaşını kırmamak, utandırmamak için hatası olmadığını söylüyor gibi ironik ifadenin düz anlamını içeren herhangi bir cevap.

12. GÖREV:

Doğru Cevap: Masanın üstü, masasının üstü, masasında, masada.

Yanlış Cevap: Çekmecede, dosyada gibi, doğru cevabın dışındaki herhangi bir cevap.

13. GÖREV:

Doğru Cevap: Yaratıcılık, yazarların yaratıcı olması gerektiği, her yazının yepyeni olduğu gibi metaforu yaratıcılık ya da yenilikle açıklayan herhangi bir cevap.

Yanlış Cevap: Yazıların değerli olduğu, yazıların bebek gibi emek istediği gibi, yaratıcılık ya da yenilik açıklaması içermeyen herhangi bir cevap.

14. GÖREV:

Doğru Cevap: Orhan'ın odası, Orhan'ın yanında.

Yanlış Cevap: Evine gittiği, çıktığı, eşinin yanına gittiği, toplantı odasında olduğu gibi, doğru cevabın dışındaki herhangi bir cevap.

15. GÖREV:

Doğru Cevap: Var (Henüz puan verilmez. Eğer yok şeklinde cevap verildiyse, diğer iki soru sorulmadan, 0 puan verilir.)

Canan (Henüz puan verilmez. Eğer Merve şeklinde cevap verildiyse diğer soru sorulmadan, 0 puan verilir.)

Canan karnıyarığı getirenin kim olduğunu bilmediğinden, Merve'nin getirmiş olabileceğini düşünmeden söylediği için, söylememesi gerekirdi yorumunu içeren herhangi bir cevap.

Yanlış Cevap: Merve'ye ayıp olacağı, Merve emek harcayıp getirdiğinden ona saygısızlık olacağı, Merve'nin yemek yapmayı bilmiyor oluşu, Merve'nin üzüleceği gibi, doğru cevap dışındaki herhangi bir cevap.

16. GÖREV:

Doğru Cevap: Üzülmüştür, kırılmıştır, kendini kötü hissetmiştir, sinirlenmiştir, aşağılanmış gibi duyguları içeren herhangi bir cevap.

Yanlış Cevap: Utanmıştır, sıkılmıştır ya da kendini beceriksiz hissetmiştir gibi, doğru cevaplar dışındaki herhangi bir cevap.

10.5. Scl-90 Ölçeği

SCL-90-R Belirti Tarama Testi

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun, **bugün de dahil olmak üzere son onbeş gün içinde** sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak, aşağıda belirtilen tanımlamalardan (**Hiç / Çok az / Orta derecede / Oldukça fazla / Aşırı düzeyde**) uygun olanının altındaki yeri işaretleyerek seçiniz. Düşüncenizi değiştirirseniz o seçeneğin altındaki yeri işaretleyerek tercihinizi değiştirebilirsiniz.

Cevaplar :	Hiç	Çok az	Orta derecede	Oldukça fazla	Aşırı düzeyde
1. Baş ağrısı	☐	☐	☐	☐	☐
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi	☐	☐	☐	☐	☐
3. Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı), hoşa gitmeyen düşünceler	☐	☐	☐	☐	☐
4. Baygınlık veya baş dönmeler	☐	☐	☐	☐	☐
5. Cinsel arzu ve ilginin kaybı	☐	☐	☐	☐	☐
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri	☐	☐	☐	☐	☐
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
9. Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler	☐	☐	☐	☐	☐
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi	☐	☐	☐	☐	☐
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar	☐	☐	☐	☐	☐
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi	☐	☐	☐	☐	☐
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali	☐	☐	☐	☐	☐
15. Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri	☐	☐	☐	☐	☐
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma	☐	☐	☐	☐	☐
17. Titreme	☐	☐	☐	☐	☐
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
19. İştah azalması	☐	☐	☐	☐	☐
20. Kolayca ağlama	☐	☐	☐	☐	☐
21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi	☐	☐	☐	☐	☐
22. Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi	☐	☐	☐	☐	☐
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma	☐	☐	☐	☐	☐
24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları	☐	☐	☐	☐	☐

25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu	☐	☐	☐	☐	☐
26. Olanlar için kendini suçlama	☐	☐	☐	☐	☐
27. Belin alt kısmında ağrılar	☐	☐	☐	☐	☐
28. İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
29. Yalnızlık hissi	☐	☐	☐	☐	☐
30. Karamsarlık hissi	☐	☐	☐	☐	☐
31. Her şey için çok fazla endişe duyma	☐	☐	☐	☐	☐
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali	☐	☐	☐	☐	☐
33. Korku hissi	☐	☐	☐	☐	☐
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali	☐	☐	☐	☐	☐
35. Diğer insanların sizin özel düşündüklerinizi bilmesi hissi	☐	☐	☐	☐	☐
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi	☐	☐	☐	☐	☐
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak	☐	☐	☐	☐	☐
39. Kalbin çok hızlı çarpması	☐	☐	☐	☐	☐
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi	☐	☐	☐	☐	☐
41. Kendini başkalarından aşağı görme	☐	☐	☐	☐	☐
42. Adele (kas) ağrıları	☐	☐	☐	☐	☐
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi	☐	☐	☐	☐	☐
44. Uykuya dalmada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme	☐	☐	☐	☐	☐
46. Karar vermede güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu	☐	☐	☐	☐	☐
48. Nefes almada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
49. Soğuk ve sıcak basması	☐	☐	☐	☐	☐
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu	☐	☐	☐	☐	☐
51. Hiç bir şey düşünememe hali	☐	☐	☐	☐	☐
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması	☐	☐	☐	☐	☐
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi	☐	☐	☐	☐	☐

54. Gelecek konusunda ümitsizlik	☐	☐	☐	☐	☐
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi	☐	☐	☐	☐	☐
57. Gerginlik veya coşku hissi	☐	☐	☐	☐	☐
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi	☐	☐	☐	☐	☐
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri	☐	☐	☐	☐	☐
60. Aşırı yemek yeme	☐	☐	☐	☐	☐
61. İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma	☐	☐	☐	☐	☐
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma	☐	☐	☐	☐	☐
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması	☐	☐	☐	☐	☐
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma	☐	☐	☐	☐	☐
65. Yılanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali	☐	☐	☐	☐	☐
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama	☐	☐	☐	☐	☐
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği	☐	☐	☐	☐	☐
68. Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması	☐	☐	☐	☐	☐
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi	☐	☐	☐	☐	☐
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi	☐	☐	☐	☐	☐
72. Dehşet ve panik nöbetleri	☐	☐	☐	☐	☐
73. Toplum içinde yiyip-içerken huzursuzluk hissi	☐	☐	☐	☐	☐
74. Sık sık tartışmaya girme	☐	☐	☐	☐	☐
75. Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali	☐	☐	☐	☐	☐
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
78. Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk duyma	☐	☐	☐	☐	☐
79. Değersizlik duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma	☐	☐	☐	☐	☐

82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu	☐	☐	☐	☐	☐
83. Eğer izin vererseniz insanların sizi sömüreceği duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
84. Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması	☐	☐	☐	☐	☐
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller	☐	☐	☐	☐	☐
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duyamama	☐	☐	☐	☐	☐
89. Suçluluk duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
90. Akılınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐

10.6. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

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.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 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.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 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.
- 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.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnunda değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunuda düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 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.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor vekızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artıkkızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimikaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmakistemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimdengelmıyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyiistemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlükçekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay kararveremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlükçekkiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda kararveremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı görüldüğümüsannıyorum.
(1) Aynada kendime her zamanklinden kötügörünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkinbuluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücyapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümdebüyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamankigibi.
(1) Eskisi gibiuyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum vekolay kolay tekrar uykuyadalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve birdaha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgunhissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabukyoruluyorum.
(2) Her şey beniyoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamankigibi.
(1) Eskisinden dahaıştahsızım.
(2) İştahım çokazaldı.
(3) Hiçbir şeyyiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlardazayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kgverdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kgverdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kgverdim.
- 19 (0) Sağlığımila ilgili kaygılarımyok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar benitasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermektezorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başkahiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgimaz.
(2) Cinsel isteğim çokazaldı.
(3) Hiç cinsel istekduymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımısannıyorum.
(1) Yaptıklarımından dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyibekliyorum.
(3) sanki cezamı bulmuşum gibigeliyor.

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

10.8. Belirti Yorumlama Ölçeği

Belirti Yorumlama Ölçeği (BYÖ)

Aşağıda sıralanan durumlar daha önce yaşadığınız durumlar olabileceği gibi daha önce hiç başınıza gelmemiş de olabilir. Her bir durum için aşağıda verilmiş olan her bir nedenin karşısında yer alan rakamları, bu nedenin sizin durumunuzu ne kadar açıkladığını düşünerek yuvarlak içine alınız. Ayrıca bu durumu son 3 ay içinde yaşıyor yaşımadığınızı da A (evet) ya da B (hayır) seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtiniz. Lütfen tüm soruları her bir seçenek için tek tek yanıtlayınız. 1 (Hiç) 2 (Biraz) 3 (Orta) 4 (Çok) 5 (Pek çok)

	Hiç	Biraz	Orta	Çok	Pek çok
1- Uzun süren baş ağrım olursa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşündürtm:					
1a Duygusal olarak sıkıntılıyım	1	2	3	4	5
1b Kaslarım, sinirlerim ya da beynimde bir sorunum var	1	2	3	4	5
1c Yüksek bir ses, parlak bir ışık ya da benzer bir şeyler beni huzursuz etmiş olmalı	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde uzun süren baş ağrınız oldu mu? A- Evet B- Hayır					
2- Çok terlersem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşündürtm:					
2a Ateşim ya da bir enfeksiyonum olmalı	1	2	3	4	5
2b Endişeli ya da sinirliyim	1	2	3	4	5
2c Oda çok sıcak, üstüm kalın ya da çok çalışıyor olmalıyım	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde çok terlediğinizi fark ettiğiniz oldu mu? A- Evet B- Hayır					
3- Aniden başım dönerse muhtemelen şu nedenle olduğunu düşündürtm:					
3a Kalbim ya da tansiyonum var	1	2	3	4	5
3b Yeteri kadar yemedim ya da çok hızlı ayağa kalktım	1	2	3	4	5
3c Çok stres altında olmalıyım	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde aniden başınız döndü mü? A- Evet B- Hayır					
4- Ağzı kuruluğum olduğunu fark edersem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşündürtm:					
4a Tükürük bezlerim ile ilgili bir sorun olmalı	1	2	3	4	5
4b Bir şeylerden kaygılanmış ya da korkmuş olmalıyım	1	2	3	4	5
4c Daha çok su almaya ihtiyacım var	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde ağız kuruluğunuz oldu mu? A- Evet B- Hayır					
5- Kalbim göğsümden fırlayacak gibi çarparsa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşündürtm:					
5a Kendimi çok yordum ya da çok kahve içtim	1	2	3	4	5
5b Gerçekten heyecanlanmış ya da korkmuş olmalıyım	1	2	3	4	5
5c Kalbimde bir sorun olmalı	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde çarpıntınız oldu mu? A- Evet B- Hayır					
6- Kendimi yorgun hissedersen muhtemelen şu nedenle olduğunu düşündürtm:					
6a Duygusal olarak tükenmişim ya da cesaretim kırılmış	1	2	3	4	5
6b Kendimi yordum ya da yeterince hareket yapmıyorum	1	2	3	4	5
6c Kansızım ya da kanım yetersiz	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde kendinizi yorgun hissettiniz mi? A- Evet B- Hayır					
7- Elimini titrediğini fark edersem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşündürtm:					
7a Sinir sistemimle ilgili bir sorunum olabilir	1	2	3	4	5
7b Çok sinirliyim	1	2	3	4	5
7c El kaslarımı yordum	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde elinizin titrediğini farkettiliniz mi? A- Evet B- Hayır					

	Hiç	Biraz	Orta	Çok	Pek çok
8- Uyuma güçlüğü çekiyorsam muhtemelen şu nedenle olduğunu düşündürtüm:					
8a Ağrı ya da fiziksel rahatsızlık beni uyutmuyor	1	2	3	4	5
8b Yorgun değilim ya da çok kahve içtim	1	2	3	4	5
8c Çok endişeliyim ya da bir şeylere sinirlenmiş olmalıyım	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde uyuma güçlüğünüz oldu mu ? A- Evet B- Hayır					
9- Midem ağrırsa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşündürtüm:					
9a Kendimi endişeden hasta ettim	1	2	3	4	5
9b Grip ya da mide rahatsızlığım var	1	2	3	4	5
9c Bana dokunacak bir şeyler yedim	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde mide ağrınız oldu mu? A- Evet B- Hayır					
10- İştahım kaçarsa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşündürtüm:					
10a Çok yiyordum ya da şu an vücudumun eskisi kadar besine ihtiyacı yok	1	2	3	4	5
10b Öylesine endişeliyim ki eskisi gibi yemeklerin tadını alamıyorum	1	2	3	4	5
10c Midemde ya da bağırsaklarımda bir sorun var	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde iştahsızlığınız oldu mu? A- Evet B- Hayır					
11- Nefessiz kalırsam muhtemelen şu nedenle olduğunu düşündürtüm:					
11a Akciğerlerimde ya da kalbimde bir sorun var	1	2	3	4	5
11b Oda havasız ya da hava kirliliği var	1	2	3	4	5
11c Çok heyecanlı ya da kaygılıyım	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde nefessiz kaldığınız oldu mu? A- Evet B- Hayır					
12- Ellerimde ya da ayaklarımda uyuşma, karıncalanma hissedersen muhtemelen şu nedenle olduğunu düşündürtüm:					
12a Duygusal stres altındayım	1	2	3	4	5
12b Sinir sistemimde ya da kan dolaşımda bir sorun var	1	2	3	4	5
12c Uşuyorum ya da elim ayağım dondu	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde ellerinizde ya da ayaklarınızda uyuşma, karıncalanma hissettiniz mi? A- Evet B- Hayır					
13- Kabızlığım ya da bağırsak düzensizliğim olursa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşündürtüm:					
13a Yediklerim arasında yeterince meyve ve lifli besinler yok	1	2	3	4	5
13b Sinirsel gerilimim düzenli tualete çıkmama engel oluyor	1	2	3	4	5
13c Bağırsaklarımla ilgili bir sorun var	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde kabızlık ya da bağırsak düzensizliğiniz oldu mu? A- Evet B- Hayır					
14- Göğsümde bir sıkışma hissedersen muhtemelen şu nedenle olduğunu düşündürtüm:					
14a Kalp krizi geçiriyorum	1	2	3	4	5
14b Çok korktum ya da heyecanlandım	1	2	3	4	5
14c Kendimi çok yordum	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde göğsünüzde bir sıkışma hissiniz oldu mu? A- Evet B- Hayır					

10.9. Yeniden Gözden Geçirilmiş Fibromiyalji Etki Anketi

Yeniden gözden geçirilmiş Fibromiyalji etki anketi (YFEA) Türkçe versiyonu

Bölüm 1. Açıklamalar: Aşağıdaki 9 sorunun her biri için fibromiyaljinizin, son yedi gün içinde sorularda belirtilen aktivitelerin her birini ne kadar güçlükle yapmanızı etkilediğini gösteren kutucuğu işaretleyiniz.

- | | | | |
|---|-----------------------|---|--------------|
| 1. Saçınızı tarama | Hiç güçlükle çekmeden | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | Çok güçlükle |
| 2. 20 dakika sürekli yürüme | Hiç güçlükle çekmeden | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | Çok güçlükle |
| 3. Evde yemek hazırlama | Hiç güçlükle çekmeden | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | Çok güçlükle |
| 4. Evde yerleri süpürme, yıkama veya temizleme | Hiç güçlükle çekmeden | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | Çok güçlükle |
| 5. Marketten alınan eşyalarla dolu bir çantayı veya poşeti kaldırma ve taşıma | Hiç güçlükle çekmeden | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | Çok güçlükle |
| 6. Bir kat merdiven çıkma | Hiç güçlükle çekmeden | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | Çok güçlükle |
| 7. Yatak çarşaflarını değiştirme | Hiç güçlükle çekmeden | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | Çok güçlükle |
| 8. 45 dakika bir sandalyede oturma | Hiç güçlükle çekmeden | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | Çok güçlükle |
| 9. Markete alışverişe gitme | Hiç güçlükle çekmeden | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | Çok güçlükle |

Bölüm 2. Açıklamalar: Aşağıdaki 2 sorunun her biri için son yedi gün içinde fibromiyaljinizin tam genel etkisini tanımlayan kutucuğu işaretleyiniz.

1. Fibromiyaljim, beni geçen hafta üstesinden gelmem gereken hedeflerimden alıkoydu.

Hiçbir zaman ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Her zaman

2. Fibromiyalji semptomları geçen hafta beni tamamen bunalıttı.

Hiçbir zaman ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Her zaman

Bölüm 3. Açıklamalar: Aşağıdaki 10 sorunun her biri için, son 7 gün içinde fibromiyalji semptomlarınızın şiddetini, yoğunluğunu en iyi belirten kutucuğu işaretleyiniz.

1. Lütfen ağrınızın şiddetini oranlayınız.

Ağrı yok ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Dayanılmaz ağrı

2. Lütfen enerji seviyenizi oranlayınız.

Enerjim çok ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Hiç enerjim yok

3. Lütfen tutukluğunuzun seviyesini oranlayınız.

Tutukluk yok ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Çok şiddetli tutukluk

4. Lütfen uyku kalitenizi oranlayınız.

Uykudan kalkınca dinlenmiş ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Uykudan kalkınca çok yorgun

5. Lütfen depresyonunuzun seviyesini oranlayınız.

Hiç depresyon yok ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Depresyon çok aşırı

6. Lütfen hafıza problemlerinizin seviyesini oranlayınız.

İyi hafıza ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Çok kötü hafıza

7. Lütfen anksiyetenizin seviyesini oranlayınız.

Anksiyöz değil ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Çok aşırı anksiyöz

8. Dokunmaya karşı acı-ağrı hassasiyetinizin seviyesini oranlayınız.

Hassasiyet yok ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Çok hassas

9. Ruhsal denge problemlerinizin seviyesini oranlayınız.

Dengesizlik yok ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Aşırı derecede dengesizlik var

10. Lütfen yüksek seslere, parlak ışıklara, kokulara ve soğuğa hassasiyetinizin seviyesini oranlayınız.

Hassasiyet yok ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Aşırı derecede hassas

10.10. Aydınlatılmış Onam Formu



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU**

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi, Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan tarih / sayı ile izin alınan* ve Prof. Dr. Aslı kuruoğlutarafındanyürütölen “Fibromiyalji hastalarında zihin kuramı özellikleri ve üstbiliş işlevlerinin belirtilerin yorumlamasına ve hastalık üzerine etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllölük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır.Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olupkişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Araştırmanın Amacı	Bu çalışmanın amacı, fibromiyalji tanılı hastalar ve sağlıklı kontrol grubunun mevcut olan üstbiliş özellikleri ve sahip oldukları zihin kuramı işlevlerine bakılarak, belirtilere dair bedensel ve zihinsel atıfları ve aleksitimi varlığı arasındaki ilişkinin karşılaştırılması, bedensel belirtilerin yorumlanmasında yol açtığı farklılıkların hastalık üzerinde etkisini araştırmaktır.
Araştırmanın Yöntemi	Araştırmaya 18-65 yaş arasında, SCI-90-R genel tarama testi yapıldıktan sonra uygun olan, bilinen psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan katılımcılar ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon kliniğinden FMS tanısı alan hastalar alınacak olup katılımcılardan veri formunu doldurması istenmektedir. Veri formu sosyodemografik bilgilere ait sorular, Üstbiliş-30 Ölçeği, A -Aleksitimi Ölçeği, Belirti Yorumlama Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, BeckAnksiyeteÖlçeği'nden oluşmaktadır. Ayrıca her katılımcıya Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği uygulanacaktır. Anket formlarında katılımcıların kimlik bilgileri istenmeyecektir.
Araştırmanın Öngörölen Süresi (Başlama ve Bitiş Tarihi)	10.06.2019-10.12.2019
Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı	150
Araştırmanın Yapılacağı Yerler	Gazi Üniversitesi Tıp Faköltesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Görüntü ve/veya ses kaydı alınacak mı?	Evet ☐ Hayır ☒

*Gazi Üniversitesi Etik Komisyon izini alındıktan sonra doldurularak kullanılacaktır.

Tablo katılımcıların anlayabileceği biçimde, akademik dil kullanılmadan yazılacaktır.

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırma yürütücüsü(Tez çalışmalarında Danışman tarafından imzalanacaktır.)

Katılımcı

Velayet veya Vesayet Altındaki Katılımcılar için Veli/Vasi

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

10.11. Etik Kurul

Evrak Tarih ve Sayısı: 21.05.2019-E.63803



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Ölçme Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu



Sayı : 91610558-604.01.02-
Konu : Değerlendirme ve Onay

Sayın Prof. Dr. ASLI KURUOĞLU
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz, araştırmacı grubu Aslı KURUOĞLU, Yunus Bayram KOÇYİĞİT ve Belgin KARAOĞLAN'dan oluşan, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Arş.Gör.Dr.Yunus Bayram KOÇYİĞİT'in uzmanlık tez çalışması olan "*Fibromiyalji Hastalarında Zihin Kuramı Özellikleri ve Üstbilis İşlevlerinin Belirtilerin Yorumlamasına ve Hastalık Üzerine Etkisi*" başlıklı tez çalışması ile ilgili araştırma önerisi Kurulumuzun 14.05.2019 tarih ve 05 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Çalışmanın, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Mehtap ÇAKAN
Kurul Başkanı

Araştırma Kod No: 2019-130

Ek: 1 Liste



Ankara
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/

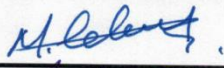
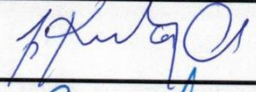
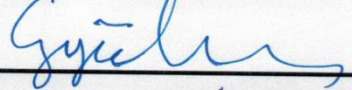
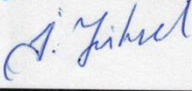
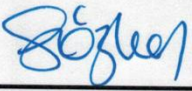
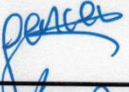
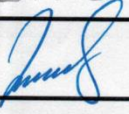
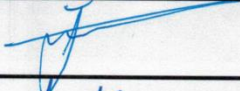
Bilgi için :Ayfer Çekmez
Birim Evrak Sorumlusu
Telefon No:202 18 07

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ÖLÇME DEĞERLENDİRME ETİK ALT ÇALIŞMA GRUBU
KATILIM LİSTESİ

TOPLANTI TARİHİ : 14/05/2019

TOPLANTI SAYISI : 05

ADI-SOYADI	İMZA
Prof. Dr. Mehtap ÇAKAN Başkan	
Doç.Dr.İsmail KARAKAYA Başkan Yrd.	
Prof.Dr.Galip YÜKSEL	
Prof.Dr.İsmet YÜKSEL	
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN	
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER	
Prof.Dr. C. Haluk BODUR	
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN	
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	KATILAMADI
Doç.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA	
Doç.Dr.Nihan KAFA	KATILAMADI
Doç.Dr.İlyas OKUR	
Doç.Dr.Necdet KARASU	

10.12. Tez Sınav Tutanağı

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tez Sınav Tutanağı

Adı ve Soyadı	Yunus Bayram Koçyiğit
Baba Adı	Mustafa
Doğum Yeri/Tarihi	Ereğli/1988
Diploma Tarihi / Diploma No	2014/172072
Mezun Olduğu Fakülte	ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı/Bilim Dalı	GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
İhtisas Süresi	Yıl: 4 Ay: 2
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

UZMANLIK TEZİNİN ADI: FİBROMİYALJİ HASTALARINDA ZİHİN
KURAMI ÖZELLİKLERİ VE ÜSTBİLİŞ İŞLEVLERİNİN
BELİRTİLERİN YORUMLANMASINA VE HASTALIK ÜZERİNE ETKİSİ

JÜRİ KARARI: BAŞARILI BULUNMUŞTUR.

Tıpta uzmanlık eğitimi çerçevesinde yürütülmüş olan yukarıda adı geçen Dr. Gizem Kaya'ya ait çalışma 06.11.2019 tarihinde yapılan tez savunmasında başarılı bulunmuş ve aşağıdaki jüri üyeleri tarafından "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

BAŞKAN
Prof. Dr. Rukiye Filiz Karadağ

ÜYE
Prof. Dr. Aslı Kuruoğlu

ÜYE
Öğr. Gör. Dr. Mihrimah Öztürk

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı: Yunus Bayram KOÇYİĞİT

Doğum yeri ve yılı: Ereğli/1988

Eğitim:

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı (2015-2019) – halen devam etmekte

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (2014-lisans)

Yabancı dil: İngilizce, Almanca

Üye olduğu bilimsel kuruluşlar: Türkiye Psikiyatri Derneği