



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**FİBROMİYALJİ TANISI ALAN KADIN HASTALARDA
ONLİNE DİYALEKTİK DAVRANIŞ TERAPİSİ BECERİ
EĞİTİMİ'NİN FİBROMİYALJİ VE PSİKOLOJİK
BELİRTİLER ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

AYŞE TURAN

İSTANBUL, 2024



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**FİBROMİYALJİ TANISI ALAN KADIN HASTALARDA
ONLİNE DİYALEKTİK DAVRANIŞ TERAPİSİ BECERİ
EĞİTİMİ'NİN FİBROMİYALJİ VE PSİKOLOJİK
BELİRTİLER ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

**AYŞE TURAN
(181131006)**

**Danışman
(Prof. Dr. F. Işıl Bilican)**

İSTANBUL, 2024

FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
TEZ ONAY FORMU

06/05/2024

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji doktora programı öğrencisi 181131006 numaralı Ayşe TURAN'ın hazırladığı "Diyalektik Davranış Terapisinin Somatik Belirtiler Gösteren Bireylerin Belirtilerini Düzenlemede Etkililiği" konulu Doktora tezi ile ilgili Tez Savunma Sınavı, 06/05/2024 Pazartesi günü saat 11:00'da yapılmış, sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin **Kabulüne Oy Çokluğu/Oy Birliği** ile karar verilmiştir.

Tez adı değişikliği yapılması halinde: Tez adının "**Fibromiyalji Tanısı alan Kadın Hastalarda Online Diyalektik Davranış Terapisi Beceri Eğitiminin Fibromiyalji ve Psikolojik Belirtiler Üzerindeki Etkisi**" şeklinde değiştirilmesi uygundur.

Jüri Üyesi	Karar
1. (Danışman) Prof. Dr. F. Işıl BİLİCAN	Kabul
2. Prof. Dr. Gaye SALTUKOĞLU	Kabul
3. Doç. Dr. Melek ASTAR	Kabul
4. Doç. Dr. İtir TARI CÖMERT	Kabul
5. Dr. Öğr. Üyesi Gamze GÜLTEKİN ALTINBAŞ	Kabul
6. (İkinci Danışman)*

*2. Danışman varsa doldurulması gerekmektedir.

ETİK BİLDİRİM

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

Ayşe Turan

FİBROMİYALJİ TANISI ALAN KADIN HASTALARDA ONLİNE DİYALEKTİK DAVRANIŞ TERAPİSİ BECERİ EĞİTİMİ'NİN FİBROMİYALJİ VE PSİKOLOJİK BELİRTİLER ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Ayşe Turan

ÖZET

Bu tezin birincil amacı Fibromiyalji (FMS) tanısı almış kadın hastalarda Diyalektik Davranış Terapisi Grup Beceri Eğitimi (DDT-GBE), Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) Odaklı Ağrı ile Başa Çıkma Programı ve kontrol grubunun, FMS semptomları ve ağrı üzerindeki etkisini karşılaştırarak incelemektir. İkincil amacı ise DDT-GBE, BDT ve kontrol grubunun, FMS hastalarının duygu düzenleme becerilerine, bilinçli farkındalık, sıkıntıya dayanma depresyon, anksiyete, uyku kalitesi ve kişilerarası problem düzeylerine etkisini karşılaştırarak incelemektir. Bu kapsamda FMS tanısı almış 42 kadın hasta, DDT-GBE, BDT ve bekleme listesi olarak rastgele üç gruba ayrılmıştır. Katılımcıların yaşları 22-45 arasında değişmektedir. DDT grubuna (n=14) bilinçli farkındalık, kişilerarası etkililik, duygu düzenleme ve sıkıntıya dayanma becerilerini içeren DDT-GBE uygulanmıştır. BDT grubuna (n=14) ağrının psikolojisi, olumsuz otomatik düşüncüyü tanıma, bilişsel yeniden yapılandırma, stres yönetimi, ağrıyla başa çıkma teknikleri, gevşeme ve hareket düzeyini artırma becerilerini içeren BDT Odaklı Ağrı ile Başa Çıkma Programı uygulanmıştır. Kontrol grubundakiler (n=14) ise bekleme listesine alınmıştır. Beceri eğitimleri 12 hafta boyunca haftada bir gün 2 saat çevrimiçi yapılmıştır. Hastalığın şiddetini ve hastanın genel işlevsellik düzeyini ölçmek için Yeniden Gözden Geçirilmiş Fibromiyalji Etki Anketi (YFEA), ağrı düzeyini değerlendirmek için Görsel Analog Ağrı Skalası (VAS) kullanılmıştır. Araştırmanın ikincil amaçları için ise Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ), Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ), Pittsburgh

Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve Kişilerarası Problemler Envanteri (KPE) uygulanmıştır. Ölçümler müdahale öncesinde, müdahalenin 6. haftasında, müdahale sonunda ve 3 aylık takipte alınmıştır. Verilerin analizi için Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. Bulgular incelendiğinde DDT-GBE'nin, BDT ve kontrol grubuyla karşılaştırıldığında FMS hastalarında ağrı düzeyini ve hastalığın şiddetinin azaltmada ve hastaların genel işlevselliğini artırmada etkili olduğu görülmüştür. Aynı zamanda DDT-GBE'nin, BDT ve kontrol grubuna göre, hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerini azaltmada, duygu düzenleme ve kişilerarası ilişkilerde yaşadıkları güçlükleri azalttığı görülmüştür. Sonuç olarak DDT-GBE'nin FMS hastalarının tedavisinde psikoterapi yöntemi olarak kullanılabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Diyalektik Davranış Terapisi, Fibromiyalji, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Kronik Ağrı, Online Terapi

**INVESTIGATION OF THE EFFECT OF ONLINE
DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY SKILLS TRAINING ON
FIBROMYALGIA AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS IN
FEMALE PATIENTS DIAGNOSED WITH FIBROMYALGIA**

Ayşe Turan

ABSTRACT

This thesis primarily aims to investigate the effect of Dialectical Behavioral Therapy Group Skills Training (DBG-GST) on Fibromyalgia (FMS) symptoms and pain among female patients diagnosed with FMS and compare these effects with Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Pain Management Program and control group. Additionally, it explores the effects of DBT-GST on emotion regulation skills, mindfulness, distress tolerance, depression, anxiety, quality of sleep, and interpersonal effectiveness compared to CBT and the control group in FMS patients. Within this scope, 42 female patients diagnosed with FMS were randomly assigned to DBT-GST, CBT, and waitlist groups. The age of the participants ranged from 22 to 45. The DBT (n=14) group received DBT-GST involving mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation, and distress tolerance skills. And the CBT group (n=14) underwent CBT Focused Pain Management Program, which included the psychology of pain, recognizing negative automatic thoughts, cognitive restructuring, stress management, pain coping techniques, relaxation and increasing mobility skills. Those in the control group (n=14) were placed on the waiting list. Skills training sessions were conducted online for 2 hours, once a week over 12 weeks. The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR) was used to assess disease severity and the patient's overall functionality, and the Visual Analog Pain Scale (VAS) was used to measure pain levels. For the secondary purposes of the research, Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), Emotion Regulation Difficulties Scale (DERS), Distress Tolerance Scale

(DTS), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and Inventory of Interpersonal Problems (IIP) were administered. Data were collected pre-intervention, at the 6th week, at the end of the intervention, and 3-month follow-up. Two-Way Analysis of Variance in Repeated Measurements was used to analyze the data. Results indicate that compared to CBT and waitlist groups, DBT-GST effectively reduces pain levels and severity of FMS and improves general functionality of the patients. Moreover, DBT-GST is also effective in reducing the depression and anxiety levels of the patients and difficulties experienced in emotion regulation and interpersonal effectiveness compared to CBT and the control group. Therefore, DBT-GST can be psychotherapy method in treating FMS patients.

Keywords: Dialectical Behaviour Therapy, Fibromyalgia, Difficulty in Emotional Regulation, Chronic Pain, Online Therapy

ÖN SÖZ

Psikolojik belirtilerin bedenimize yansması konusu kişisel psikoterapi yolculuğum sırasında ilgimi çekmeye başladı. Bu sıralar tam da Diyalek Davranış Terapisi ile tanıştığım zamana denk geliyordu. Diyalektik Davranış Terapisi'nin içerdiği becerilerin somatik semptomlara iyi geleceği fikri, zihnimde oluşmaya başladı. Yaptığım araştırmaların da bu fikri desteklemesi üzerine özel bir hasta grubu olarak Fibromiyalji hastaları ile çalışmak istedim. Doktora tezi yürütmek her bakımdan zorlu bir süreçtir ve size destek olan insanlar sayesinde bir nebze olsun kolaylaşır. Ben de bu süreçte desteklerini hissettiğim kişilerden bahsetmek isterim.

Çalışmanın fikir aşamasından başlayarak sonuna gelene kadar her adımda değerli fikirleriyle beni yönlendiren, uygulama aşamasında süpervizyon desteği veren, yazdıklarımı titizlikle okuyarak geri bildirim veren ve en önemlisi beni Diyalektik Davranış Terapisi ile tanıştıran kıymetli danışmanım Prof. Dr. Işıl BİLİCAN'a, tez izleme komitemde yer alarak çalışmamın methodunu oluşturma aşamasında çok değerli katkılar sunan ve bu süreçte manevi desteğini benden hiç esirgemeyen Doç. Dr. Melek ASTAR'a, yüksek lisans eğitimimden bu yana kendisinden çok şey öğrendiğim ve tez izleme komitemde de yer alarak tezime çok değerli katkılar sunan hocam Prof. Dr. Gaye SALTUKOĞLU'na, tez savunma jürimde olmayı kabul eden ve değerli katkılarda bulunan Doç. Dr. İtir TARI CÖMERT ve Dr. Öğr. Üyesi Gamze GÜLTEKİN ALTINBAŞ'a, fibromiyalji hastalarıyla çalışmaya karar verdiğimde kapısını çaldığım, bana 3 ay boyunca polikliniğinde hastaları yakından gözlemleme fırsatı veren ve örneklemimi oluşturma sürecinde destek olan kıymetli hocam Prof. Dr. Ayşegül KETENCİ'ye en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Çalışmama katılmayı kabul eden ve sürecin sonuna kadar bana eşlik eden kıymetli katılımcılarıma çok teşekkür ediyorum.

Tez gibi zorlu bir yolculuk sağlam yol arkadaşları olmadan bitmezmiş. Doktora eğitimimle birlikte hayatıma giren ve bu süreçteki en büyük destekçilerimden olan, en kaygılı hallerimi yatıştıran, en kötü senaryolarımı bertaraf eden Esra ÖKTEM'e çok teşekkür ederim. Birbirimizin yol arkadaşı olabildiğimiz için kendimi çok şanslı hissediyorum. En umutsuz olduğum anlarda "tamam sakın bak bitti işte" diyerek motivasyonumu geri kazandıran canım arkadaşım Dr. Dilek Özge YILMAZ, benim için yapabileceği bir şey varsa asla yapmaktan çekinmeyen, bu süreçte yükümü hafifleten canım Emine ÖZDEMİR iyi ki varsınız. Teşekkür ederim

Ailem Günay, Cevdet DEMİRBAŞ ve Nilgün, Ahmet TURAN'a, her daim bana destek olmaya çalışan, bu süreçte dayı ve teyze olmanın hakkını veren canım kardeşlerim Ayça ve Süleyman'a çok teşekkür ederim.

Canım eşim Burak, bu sürecin zorluğunu benimle birlikte en fazla sen hissettin. Bu işin görünen yüzünde ben çalıştıysam arka planında da sen çalıştın. Ben çalışayım diye bana alan yaratmaya abaladın, Denizle ilgilendin, ben umutsuzluğa düştüğümde beni topladın. Tüm ilgin, sevgin ve desteğin için teşekkür ederim. Sen olmasaydın her Şey daha da zor olurdu.

Oğlum Deniz, kendini bildin bileli okula giden, ders çalışan, tez yazan bir anne gördün karşında. Çizdiğin resimlerde ders çalışan bir anne vardı. Annen ne yapıyor sorularına “anne ders çalışıyor” cevabını veriyordun. Sen de bu tezle birlikte bydn. Küçücük yaşına rağmen gösterdiğin anlayışı hiç unutmayacağım. Geriye dönüp baktığında annenin gösterdiği çaba, umarım sana hayatının bir yerlerinde ilham olur. Her Şey seninle daha anlamlı, iyi ki varsın oğlum. Teşekkür ederim

Mayıs, 2024

Ayşe Turan

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
ÖN SÖZ.....	viii
SEMOLLER.....	xiii
TABLO LİSTESİ.....	xiv
ŞEKİL LİSTESİ	xviii
KISALTMALAR.....	xix
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	5
1. KURAMSAL ÇERÇEVE	5
1.1. FİBROMİYALJİ SENDROMU	5
1.1.1. FMS’de Tanı ve Ayırıcı Tanı.....	8
1.1.2. FMS Etiyolojisi.....	10
1.1.3. FMS ile İlişkili Psikolojik Faktörler.....	13
1.1.3.1. FMS ve Depresyon	14
1.1.3.2. FMS ve Anksiyete.....	15
1.1.3.3. FMS ve Uyku Bozuklukları	16
1.1.4. FMS ve Duygu Düzenleme.....	17
1.1.5. FMS Tedavisi	18
1.1.5.1. FMS’de Psikoterapi	19
1.1.5.1.1. FMS’de Bilişsel Davranışçı Terapi.....	19
1.1.5.1.2. FMS’de Üçüncü Kuşak Psikoterapiler.....	21
1.2. DİYALEKTİK DAVRANIŞ TERAPİSİ.....	23
1.2.1. DDT Beceri Eğitimi.....	25
1.2.1.1. Farkındalık Becerileri.....	26
1.2.1.2. Kişilerarası Etkin Olma Becerileri.....	28
1.2.1.3. Duyguları Düzenleme Becerileri.....	29
1.2.1.4. Sıkıntıya Dayanma Becerileri.....	31
1.2.2. FMS, Farkındalık, Kişilerarası Etkililik ve Sıkıntıya Dayanma Arasındaki İlişki	33
1.2.2.1. FMS ve Farkındalık	33
1.2.2.2. FMS ve Sıkıntıya Dayanma	33
1.2.2.3. FMS ve Kişilerarası Problemler	33
1.3. DDT’NİN KRONİK AĞRI SENDROMLARINDA UYGULANMASI.....	34
1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	37
1.4.1. Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri	38

1.5. ARAŞTIRMANIN KAVRAMLARI	39
İKİNCİ BÖLÜM	41
2. YÖNTEM.....	41
2.1. ARAŞTIRMANIN DESENİ.....	41
2.2. ÖRNEKLEM	42
2.3. DDT, BDT ve KONTROL GRUPLARININ OLUŞTURULMASI.....	43
2.3.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri	45
2.3.2. Katılımcıların Sağlık ile İlgili Özellikleri	46
2.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	47
2.4.1. Ön Değerlendirme Formu	47
2.4.2. Demografik Bilgi Formu.....	48
2.4.3. DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği Erişkin Formu	48
2.4.4. Yeniden Gözden Geçirilmiş Fibromiyalji Etki Anketi (YFEA)	48
2.4.5. Görsel Analog Ağrı Skalası.....	49
2.4.6. Duyguları Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Formu (DDGÖ-16)	49
2.4.7. Beck Depresyon Envanteri (BDE).....	50
2.4.8. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	50
2.4.9. Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ).....	51
2.4.10. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ).....	51
2.4.11. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)	52
2.4.12. Kişilerarası Problemler Envanteri (KPE).....	52
2.5. UYGULAMA	53
2.5.1. DDT-GBE Uygulanması	53
2.5.1.1. DDT-GBE Oturum Özetleri	55
2.5.2. BDT Odaklı Ağrı ile Baş Etme Programının Uygulanması.....	60
2.5.2.1. BDT Odaklı Ağrıyla Baş Etme Grubu Oturum Özetleri	61
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	65
3. BULGULAR	65
3.1. VERİLERİN ANALİZİ.....	65
3.2. DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE İLİŞKİN BULGULAR.....	66
3.2.1. FMS ile İlgili Diğer Değişkenlere İlişkin Bulgular.....	68
3.3. DDT-GBE, BDT ve BEKLEME GRUPLARININ FMS BELİRTİLERİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR	69
3.3.1. YFEA için DDT, BDT ve Bekleme Grubuna İlişkin Bulgular	69
3.3.2. VAS için DDT, BDT ve Bekleme Grubuna İlişkin Bulgular	73
3.3.3. BİFÖ için DDT, BDT ve Bekleme Gruplarına İlişkin Bulgular.....	78
3.3.4. DDGÖ için DDT, BDT ve Bekleme Grubuna İlişkin Bulgular	81
3.3.5. SDÖ için DDT, BDT ve Bekleme Grubuna İlişkin Bulgular	85
3.3.6. BDE için DDT, BDT ve Bekleme Grubuna İlişkin Bulgular.....	87
3.3.7. BAÖ için DDT, BDT ve Bekleme Grubuna İlişkin Bulgular	92
3.3.8. KPE için DDT, BDT ve Bekleme Grubuna İlişkin Bulgular.....	96

3.3.9. PUKİ için DDT, BDT ve Bekleme Grubuna İlişkin Bulgular	100
3.3.10. İstatiksel Olarak Anlamlı Bulguların Özetlenmesi.....	105
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	107
4. TARTIŞMA	107
4.1. DDT-GBE'nin FMS ETKİSİ VE AĞRI DÜZEYİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN TARTIŞILMASI.....	108
4.1.1. Duygu Düzenlemenin Tartışılması	113
4.1.2. Bilinçli Farkındalık Etkisinin Tartışılması	114
4.1.3. Sıkıntıya Dayanmanın Tartışılması.....	115
4.1.4. Kişilerarası Problem Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	116
4.2. DEPRESYON ve ANKSİYETE TARTIŞILMASI	117
4.3. UYKU KALİTESİ TARTIŞILMASI.....	121
SONUÇ ve ÖNERİLER	124
KAYNAKÇA	129
EKLER.....	156

SEMBOLLER

F	: Tek Yönlü Varyans Analizi İçin Test Değeri
n	: Kişi Sayısı
η^2	: Etki Büyüklüğü
p	: Anlamlılık Düzeyi
ss	: Standart Sapma
\bar{x}	: Ortalama
χ^2	: Ki Kare Analizi için Test Değeri

TABLO LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 2.1. Araştırmanın Deseni.....	38
Tablo 2.2. YFEA Ön Test Puanının Gruplara Göre Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması.....	40
Tablo 2.3. Katılımcıların Yaşa Göre Tanımlayıcı İstatistikleri.....	42
Tablo 2.4. Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı.....	42
Tablo 2.5. Katılımcıların Sağlık ile İlgili Özellikleri.....	43
Tablo 2.6 DDT-GBE Haftalık Akış ve İçerik.....	50
Tablo 2.7. BDT Odaklı Ağrı ile Baş Etme Programı İçerikleri.....	57
Tablo 3.1. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının Yaşa Göre Farklarının İncelenmesi.	63
Tablo 3.2. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının Demografik Değişkenler Açısından Farklarının İncelenmesi.....	64
Tablo 3.3. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının İlişkili Değişkenler Açısından Farklarının İncelenmesi.....	65
Tablo 3.4. DDT, BDT ve Bekleme Grubu Katılımcıların YFEA Ön-Test, Orta Ölçüm, Son-Test Ve Takip Ölçümüne İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	67
Tablo 3.5. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının YFEA Ön-Test Ölçümü Bakımından Tek Yönlü ANOVA İle Karşılaştırılması.....	67
Tablo 3.6 DDT, BDT ve kontrol gruplarının YFEA Puanlarının Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü ANOVA ile İncelenmesi.....	68
Tablo 3.7. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarında YFEA İçin Tekrarlı Ölçümler İçin Tek Yönlü ANOVA Sonuçları.....	69
Tablo 3.8. YFEA için Ölçümler Arasındaki Farkların Tek Yönlü ANOVA ile İncelenmesi.....	70
Tablo 3.9. VAS İçin DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının Ön-Test, Orta, Son-Test Ve Takip Ölçümlerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	71
Tablo 3.10. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının VAS Ön-Test Ölçümü Bakımından Tek Yönlü ANOVA ile Karşılaştırılması.....	72

Tablo 3.11. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının VAS Puanlarının Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü ANOVA ile İncelenmesi.....	72
Tablo 3.12. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarında VAS için tekrarlı ölçümlerde tek yönlü ANOVA Sonuçları.....	73
Tablo 3.13. Ölçümler Arasındaki Farkların Tek Yönlü ANOVA ile İncelenmesi....	74
Tablo 3.14. DDT, BDT ve Bekleme Grubu Katılımcıların BİFÖ Ön-Test, Orta Ölçüm, Son-Test Ve Takip Ölçümüne İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	76
Tablo 3.15. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının BİFÖ Ön-Test Ölçümü Bakımından Tek Yönlü ANOVA İle Karşılaştırılması.....	76
Tablo 3.16. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının BİFÖ Puanlarının Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü ANOVA İncelenmesi.....	77
Tablo 3.17. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarında BİFÖ için tekrarlı ölçümler için ANOVA sonuçları.....	78
Tablo 3.18. DDT, BDT ve Bekleme Grubu Katılımcıların DDGÖ Ön-Test, Orta Ölçüm, Son-Test Ve Takip Ölçümüne İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	79
Tablo 3.19 DDT, BDT Ve Bekleme Gruplarının DDGÖ Ön-Test Ölçümü Bakımından Tek Yönlü ANOVA İle Karşılaştırılması	79
Tablo 3.20. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının DDGÖ Puanlarının Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü ANOVA ile İncelenmesi.....	80
Tablo 3.21. DDT, BDT Ve Bekleme Gruplarında DDGÖ İçin Tekrarlı Ölçümlerde Tek Yönlü ANOVA	81
Tablo 3.22. DDGÖ için Ölçümler Arasındaki Farkların Tek Yönlü ANOVA İle İncelenmesi.....	82
Tablo 3.23. DDT, BDT ve Bekleme Grubu Katılımcıların SDÖ Ön-Test, Orta Ölçüm, Son-Test Ve Takip Ölçümüne İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	83
Tablo 3.24. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının SDÖ ölçümü bakımından tek yönlü ANOVA ile karşılaştırılması.....	84
Tablo 3.25. DDT, BDT ve kontrol gruplarının SDÖ puanlarının Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü ANOVA ile incelenmesi.....	84
Tablo 3.26. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarında SDÖ için Tekrarlı Ölçümler Tek Yönlü ANOVA Sonuçları.....	85
Tablo 3.27. DDT, BDT ve Bekleme Grubu Katılımcıların BDE Ön-Test, Orta Ölçüm, Son-Test Ve Takip Ölçümüne İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	86
Tablo 3.28. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının BDE Ön-Test Puanları Bakımından Tek Yönlü ANOVA ile Karşılaştırılması.....	86

Tablo 3.29. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının BDE Puanlarının Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü ANOVA İle Karşılaştırılması.....	87
Tablo 3.30. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarında BDE İçin Tekrarlı Ölçümlerde Tek Yönlü ANOVA Sonuçları.....	88
Tablo 3.31. BDE için Ölçümler Arasındaki Farkların Tek Yönlü ANOVA ile İncelenmesi.....	89
Tablo 3.32. BAÖ için DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının Ön-Test, Orta, Son-Test ve Takip Ölçümlerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	90
Tablo 3.33. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının BAÖ Ön-Test Ölçümü Bakımından Tek Yönlü ANOVA ile Karşılaştırılması.....	90
Tablo 3.34 DDT, BDT Ve Bekleme Gruplarının BAÖ Puanlarının Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü ANOVA İle İncelenmesi	91
Tablo 3.35. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarında BAÖ İçin Tekrarlı Ölçümlerde Tek Yönlü ANOVA Sonuçları.....	92
Tablo 3.36. Ölçümler Arasındaki Farkların Tek Yönlü ANOVA İle İncelenmesi.....	93
Tablo 3.37. KPE için DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının Ön-Test, Orta, Son-Test ve Takip Ölçümlerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	94
Tablo 3.38. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının KPE Ön-Test Puanları Bakımından Tek Yönlü ANOVA ile Karşılaştırılması.....	95
Tablo 3.39. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının KPE Puanlarının Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü ANOVA İle İncelenmesi.....	95
Tablo 3.40. DDT, BDT Ve Bekleme Gruplarında KPE İçin Tekrarlı Ölçümlerde Tek Yönlü ANOVA Sonuçları.....	96
Tablo 3.41. Ölçümler Arasındaki Farkların Tek Yönlü ANOVA İle İncelenmesi.....	97
Tablo 3.42. PUKİ için DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının Ön-Test, Orta, Son-Test ve Takip Ölçümlerinin Ortalama Ve Standart Sapma Değerleri.....	99
Tablo 3.43. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının PUKİ Ön-Test Puanları Bakımından Tek Yönlü ANOVA İle Karşılaştırılması.....	99
Tablo 3.44. DDT, BDT ve Bekleme Grubunda PUKİ puanlarının Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü ANOVA ile incelenmesi.....	100
Tablo 3.45. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarında PUKİ İçin Tekrarlı Ölçümler İçin Tek Yönlü ANOVA Sonuçları.....	101

Tablo 3.46. Ölçümler Arasındaki Farkların Tek Yönlü ANOVA İle İncelenmesi.....	106
Tablo 3.47. İstatistiksel Olarak Anlamli Bulunan Bulguların Özeti.....	107

ŞEKİL LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 1 : DDT Beceri Eğitimi Modülleri.....	21
Şekil 2 : Grupların Oluşturulması Akış Şeması.....	41

KISALTMALAR

ACR	Amerikan Romatoloji Derneği
BAÖ	Beck Anksiyete Ölçeği
BDE	Beck Depresyon Envanteri
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
BİFÖ	Bilinçli Farkındalık Ölçeği
bkz.	Bakınız
DDGÖ	Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği
DDT	Diyalektik Davranış Terapisi
DDT-GBE	Diyalektik Davranış Terapisi Grup Beceri Eğitimi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FMS	Fibromiyalji Sendromu
FŞS	Fibromiyalji Şiddet Skalası
IASP	Uluslararası Ağrı Çalışmaları Birliği
ICD	Uluslararası Hastalıklar ve İlgili Sağlık Sorunları Sınıflandırması
KKT	Kabul ve Kararlılık Terapisi
KPE	Kişilerarası Problemler Envanteri
PUKİ	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
SDÖ	Sıkıntıya Dayanma Ölçeği
SŞS	Semptom Şiddet Skalası
VAS	Görsel Analog Ağrı Skalası
YAS	Yaygın Ağrı Skalası
YFEA	Yeniden Gözden Geçirilmiş Fibromiyalji Etki Anketi
v.d.	Çok yazarlı eserlerde ilk yazardan sonrakiler

GİRİŞ

Fibromiyalji Sendromu (FMS), vücutta yaygın ağrı, yorgunluk, uyku sorunları, bilişsel bozukluklarla kendini gösteren sıklıkla depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik sorunların eşlik ettiği, yeti yitimine neden olarak kişinin yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkileyen ağrı sendromudur (Arnold vd., 2008; R. M. Bennett vd., 2007; Dernek, 2020). FMS, Uluslararası Hastalıklar ve İlgili Sağlık Sorunları Sınıflandırması (ICD) yeni versiyonu ICD-11'e göre herhangi bir tıbbi nedenle daha iyi açıklanamayan, 3 aydan fazla süren, kişinin işlevselliğini bozan, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerden etkilenen birincil kronik ağrı bozukluğu olarak sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre FMS'nin tek başına fiziksel ya da psikolojik değil biyopsikososyal bir çerçeveden ele alınması gerekliliği vurgulanmıştır (Nicholas vd., 2019). FMS'nin nedeni tam olarak anlaşılammamakla birlikte sinir sisteminin işleyişinde bozukluk, nörotransmitterler, hormonal etkiler, uyku bozuklukları, stres faktörleri ve psikiyatrik faktörlerin bir etkileşimi ile ortaya çıktığı söylenebilir. FMS'nin bu karmaşık doğasından ve biyopsikososyal faktörlerin bir etkileşimiyle ortaya çıkıyor olmasından dolayı tedavisinde de bütüncül bir yaklaşımın uygulanması gerekliliği öne sürülmüştür (Berker, 2007; Evcik vd., 2019).

Psikolojik faktörler açısından bakıldığında FMS'nin depresyon, kaygı, çocukluk çağı travmaları ile ilişkili görülmüş olup FMS'li hastaların yarısından fazlasına psikiyatrik bir belirtinin de eşlik ettiği gösterilmiştir (Bellato vd., 2012; Oran vd., 2002; Thieme vd., 2004). Bunun yanı sıra duygu düzenleme güçlüğü de FMS ile ilişkili görülen psikolojik faktörlerdendir. Duygu düzenlemenin kronik ağrının gelişiminde risk faktörü olduğu düşünülmektedir. FMS'li hastalar duyguları tanıma, duyguları ifade etme ve yoğun duyguları yönetmede güçlük yaşamaktadırlar (Atagün vd., 2012; Bowers vd., 2017). FMS'nin psikolojik faktörlerden etkileniyor olması ve psikiyatrik belirtilerle olan yüksek komorbiditesi tedavisinde psikoterapi yöntemlerinin kullanımını da beraberinde getirmiştir (Thieme & Gracely, 2009). Nitekim FMS tedavisinde farmakolojik tedaviler, fizik tedavi uygulamaları, egzersiz programları ve hasta eğitimi yanı sıra psikoterapi de kullanılmaktadır (Dernek vd.,

2016). FMS tedavisinde kullanılan başlıca psikoterapi yöntemi Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)'dir (Babaoğlu vd., 2017). BDT, ağrıyla başa çıkma, bilişsel yeniden yapılandırma ve hasta eğitimi gibi yöntemlerle ağrıya müdahale etmektedir (Pérez-Aranda vd., 2017). BDT'nin etkinliği gösteren bir çok çalışmaya rağmen son zamanlarda yapılan meta analiz çalışmalarında BDT'nin etkisinin sınırlı olduğu ve ağrıların zamanla başlangıç seviyesine döndüğü bulunmuştur (Hatchard vd., 2014; Vlaeyen WS & Morley, 2005; Williams vd., 2020). Bu sınırlı etkiye BDT yöntemlerinin bazı hastalarda ters etki yaparak ağrıyı arttırmasının ve BDT'nin semptomu değiştirme odaklı olmasının neden olduğu düşünülmektedir. Öneri olarak da BDT'ye kabul ve bilinçli farkındalık statejilerinin eklenmesi sunulmaktadır (Ehde vd., 2019). Bunun yanı sıra FMS'li hastaların duygularını düzenlemede yaşadıkları güçlük nedeniyle tedavilerine duygu düzenleme temelli becerilerinin eklenmesinin FMS semptomlarını iyileştirmede etkili olacağı düşünülmektedir (Rost vd., 2021). FMS'nin psikoterapisi için yapılan öneriler göz önüne alındığında kabul, farkındalık ve duygu düzenleme becerilerini bir araya getiren yöntem olarak DDT ön plana çıkmaktadır.

DDT, Marsha Linehan'ın SKB'li hastalar için geliştirdiği, temelinde diyalektik görüş, duygusal düzensizlik ve biyo-sosyal teorinin bulunduğu davranışsal değişim odaklı bir tedavi yöntemidir. DDT'deki temel diyalektik kabul ve değişim arasındaki dengedir. DDT kompleks bir terapi yöntemidir ve terapinin dört ayağı vardır. Bunlar; bireysel terapi, beceri eğitimi, telefon koçluğu ve konsültasyon ekibidir. Beceri eğitimi kişinin, acı ve sıkıntıyı azaltmasını, duygusal düzensizlikle baş edebilmesini, işlevsiz davranış kalıplarını değiştirmesini ve bu alanlarda yeni beceriler edinmesini hedeflemektedir. Beceri eğitiminin de farkındalık, kişilerarası etkinlik, duyguları düzenleme ve sıkıntıya dayanma olmak üzere dört tane modülü bulunmaktadır. Bu modüllerden sıkıntıya dayanma ve farkındalık, kabulü vurgularken, kişilerarası etkin olma ve duyguları düzenleme, değişimi vurgulamaktadır (Linehan, 1993, 2015).

FMS ile beceri eğitimi modüllerini oluşturan değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde FMS'li hastaların duygularını düzenlemede güçlük yaşadıkları gösterilmiştir (Trucharte vd., 2020). Bununla birlikte FMS hastalarının bilinçli farkındalık ve sıkıntıya dayanma düzeylerinin de düşük olduğunu gösteren araştırmalar da mevcuttur (Jones, 2013; Pleman vd., 2019). Kişilerarası ilişkilerde

yaşanan zorluklara bakıldığında ise FMS hastalarının gösterdikleri semptomlar sebebiyle ilişkilerinde zorlanmalar yaşadıkları bilinmektedir. FMS'li hastaların kişilerarası stres düzeylerinin artması negatif duygulanımlarında ve ağrı düzeylerinde artışa neden olmaktadır (A. Zautra vd., 2005; A. Zautra & Reich, 2001).

Literatürde FMS'de DDT'nin etkisini inceleyen araştırmalara bakıldığında, bu araştırmaların sınırlı sayıda olup çoğunluğunun kronik ağrıya müdahale ettiği görülmüştür. DDT'nin FMS üzerindeki etkisini inceleyen nicel bir çalışmanın olmadığı görülmüştür. Bununla birlikte duygu düzenleme ve farkındalık temelli programların FMS üzerindeki etkisini ayrı ayrı inceleyen çalışmalar bulunmakta olup ağrı üzerinde etkili oldukları gösterilmiştir. Bu bilgiler ışığında DDT-GBE'nin FMS'de etkili bir yöntem olabileceği ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu kapsamda kuramsal çerçeve başlığının ilk kısmında FMS, tarihçesi, toplumdaki yaygınlığı, nedenleri, tedavi seçenekleri, birlikte görüldüğü psikiyatrik bozukluklar ve duygu düzenleme ile ilişkisinden bahsedilmiştir. İkinci kısımda DDT, DDT-GBE ve modülleri, farkındalık ve FMS ilişkisi, sıkıntıya dayanma ve FMS ilişkisi üzerinde durulmuştur. Üçüncü kısımda ise DDT ve FMS ile ilgili araştırmalar açıklanmıştır. Son kısımda ise araştırmanın amacı, önemi ve hipotezlerine yer verilmiştir.

Yöntem bölümünde, araştırmanın deseni, araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama araçları, deney, kontrol ve bekleme gruplarının oluşturulması, katılımcıların demografik özellikleri, DDT- GBE ve BDT Odaklı Ağrı ile Başa Çıkma Programı içerikleri ve uygulanmasından bahsedilmiştir.

Bulgular bölümünde, öncelikle verilerin analizi için hangi yöntemlerin seçildiği ve analizi için hangi programın kullanıldığından bahsedilmiştir. Sonrasında demografik değişkenlere ilişkin bulgular açıklanmıştır. Sonrasında sırasıyla FMS etkisi, ağrı düzeyi, duygu düzenleme, bilinçli farkındalık, sıkıntıya dayanma, depresyon, anksiyete, kişilerarası problem düzeyi ve uyku kalitesine ilişkin bulgular, tablolarla birlikte açıklanmıştır.

Tartışma bölümünde ilk olarak DDT- GBE'nin FMS üzerindeki etkisine ilişkin bulgular tartışılmıştır. Sonrasında BDT'nin ağrı üzerindeki etkisi tartışılmış ve DDT- GBE ile karşılaştırılmıştır. Genel tartışmanın ardından duygu düzenleme, bilinçli farkındalık, sıkıntıya dayanma ve kişilerarası etkinlik modüllerinin etkileri ayrı ayrı

tartışılmıştır. Son olarak da depresyon, anksiyete ve uyku kalitesine ilişkin bulgular, DDT-GBE ve BDT-GBE karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Sonuç bölümünde ise öncelikle tüm bulguların bir özeti yapılmış ve hangi hipotezlerin doğrulanıp doğrulanmadığı açıklanmıştır. Sonrasında araştırmanın güçlü yanları, sınırlılıkları ve gelecek araştırmalar için önerilerden bahsedilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. FİBROMİYALJİ SENDROMU

Fibromiyalji sendromu (FMS), yaygın kas-iskelet ağrıları, spesifik hassas bölgelerde duyarlılık, yorgunluk, uyku bozukluğu, sindirim sistemi bozuklukları, sabahları dinlenmiş hissedememe ve bilişsel işlevlerde bozulma ile birlikte kendini gösteren kronik ağrı sendromudur (Siegmet & Geringer, 1995; Wolfe, 1986). FMS ilk olarak fibrozisit adıyla 19. yüzyılda tanımlanmıştır. Gowers, 1904 yılında alt sırt kaslarında ve eklemlerinde ağrıyla ilgili bir sendromu tanımlarken “fibrozitis” terimini kullanmıştır. Ağrının bağ dokulardaki inflamasyondan kaynaklandığı düşünüldüğü için bu terim ortaya atılmıştır (Gowers, 1904). Ancak sonrasında bunun bir ağrı bozukluğu olabileceği düşünülerek ağrı sendromu kavramı ortaya konmuştur (Graham, 1953; Smythe & Moldofsky, 1977). Yaygın ağrı ve hassas noktaları tanımlayarak ilk modern FMS tanımı Smythe tarafından yapılmış olup “fibromiyalji” terimini de ilk olarak 1972 yılında Hench kullanmıştır (Inanici & Yunus, 2004).

FMS'nin karmaşık belirtileri ve tam olarak bilinmeyen etiyolojisi nedeniyle tanısal olarak sınıflandırılmasında tartışmalar mevcuttur (Wolfe, 2009). Başlangıçta FMS'nin bir kas hastalığı olduğu düşünülse de yapılan çalışmalar kaslarda herhangi bir bozukluk olmadığı gösterilmiştir (Simms, 1998; Sprott vd., 1998). FMS'deki ağrının santral duyarlılıkla ilişkili gören araştırmacılar FMS'nin santral duyarlılık bozuklukları kümesi altında değerlendirilmesi gerektiğini öne sürmüşlerdir (Clauw vd., 2011; Yunus, 2007, 2008). FMS'li hastalarda ağrı, uyku bozuklukları, irritabl bağırsak sendromu, bilişsel bozukluklar, depresif belirtiler, yorgunluk gibi tıbbi nedenlerle açıklanamayan semptomlar bulunmaktadır (Nimnuan vd., 2001; Wolfe, 2009). FMS semptomlarının fiziki nedenlerle tam olarak açıklanamaması nedeniyle FMS'nin fonksiyonel somatik sendromlar altında da değerlendirilebileceği de ileri sürülmüştür (Henningsen vd., 2007). Yine FMS belirtilerinin tıbbi nedenlerle açıklanamayışı ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukların bulunması nedeniyle

psikiyatrik olarak somatizasyon bozuklukları tanısına dahil olabileceği de tartışılmıştır. FMS'nin somatoform ağrı bozukluğu tanısı açısından değerlendirildiği bir çalışmada FMS hastalarının tanı kriterlerini karşılamadığı bulunmuştur (Häuser, Burgmer, vd., 2013). DSM-V'te yer alan somatik semptom bozukluğu tanısına dahil edilip edilemeyeceğine dair yapılan çalışmada da somatik semptom tanısının FMS için güvenilir olmadığı görülmüştür (LoBrutto vd., 2024). Başka bir gözden geçirme çalışmasında da FMS'nin somatoform ağrı bozukluğuyla aynı anlama gelmediği sonucuna varılmıştır (Eich vd., 2017). FMS'yi sadece fiziksel ya da somatik bir ağrı bozukluğu olarak kategorize etmekten ziyade hastalığın yatkınlık, başlaması ve sürmesinde etkili olan biyolojik ve psikososyal etkenleri içeren biyopsikososyal bir modele göre açıklanmasının daha anlaşılır olduğu düşünülmektedir (Häuser & Henningsen, 2014). Yukarıda bahsedilen tanısal karmaşayı önleyebilmek ve hastaları daha hızlı bir şekilde tedaviye ulaştırmak amacıyla Uluslararası Ağrı Çalışmaları Birliği (IASP) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bir araya gelerek ICD-11'de birincil kronik ağrı bozukluğunu tanımlamışlar ve FMS'yi de bu kategoriye dahil etmişlerdir. Birincil kronik ağrı bozukluğu herhangi bir fiziksel faktörle daha iyi açıklanamayan, 3 aydan fazla süren ve kişinin işlevselliğini bozan ağrı sendromudur (Barke vd., 2022). Yeni tanı sisteminde kronik ağrının her bir kategorisine biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin katkıda bulunduğu söylenmektedir. Bu sınıflandırmaya göre FMS, biyopsikososyal model ile açıklanan birincil kronik ağrı bozukluğudur. Bu kategoride fibromiyalji ile birlikte kronik birincil baş ağrısı, irritabl bağırsak sendromu, kronik birincil bel ağrısı, kompleks bölgesel ağrı sendromu bulunmaktadır (Nicholas vd., 2019).

FMS tanısı almış kişilerde ağrı, yorgunluk ve halsizlik, uyku bozuklukları ve sabah tutukluğu yaygın olarak görülmektedir (Bennett vd., 2007; Hayta vd., 2010). Bu belirtilerin uzun süre yaşanması kişinin mesleki, kişisel, ruhsal ve sosyal işlevselliğini bozarak yaşam kalitesini azaltmaktadır. Bununla birlikte FMS tanısı almış kişilerde görülen depresyon ve anksiyete gibi psikolojik problemler de yaşam kalitesini etkilemektedir (Atagün vd., 2012; Bernard vd., 2000; Fernandez-Feijoo vd., 2022). FMS'de işlevsellik ve yeti yitimini araştıran bir çalışmada hastalar vücut işlevleri ve etkinlik-katılım alanlarında değerlendirilmiştir. Vücut işlevlerindeki bozulmaya bakıldığında hastaların uyku kalitesi, enerjik hissetme, psiko-motor aktivite, egzersize

karşı dayanıklılık ve kas gücü alanlarında orta ya da ciddi düzeyde bozulma olduğu görülmüştür. Etkinlik ve katılım alanında ise bir işi başlatma ve devam ettirme, günlük görevleri yerine getirme, ev iş yapma, boş zamanı değerlendirme, stresle başa çıkma, aile ve yakın ilişkiler alanlarında yine orta ve ciddi düzeyde bozulma olduğu bulunmuştur (Dernek, 2020). Hastalar yaşadıkları belirtilerle baş edebilmek için fiziksel ve günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamaktadırlar. Ya da günlük faaliyetleri yerine getirmek için daha fazla zaman ve çaba sarf etmek zorunda kalmaktadırlar. Çoğu hasta mesleki ya da evle ilgili işlerini yerine getirmediğinden bahsetmektedir. Bu kısıtlama mesleki işlevselliği bozarak hastaların kariyerlerinde kayba ya da eğitimlerinde ilerleyememeye neden olmaktadır. Günlük işlerin sürdürülememesi de kişinin öz yeterliliğini bozmakta ve suçluluk duygularına neden olmaktadır. Sosyal ve boş zaman aktivitenin kısıtlanması sosyal izolasyona neden olarak kişinin sosyal yaşamını etkilemektedir. FMS hastaları yaşadıkları belirtiler nedeniyle aile ve arkadaşlarıyla ilişkilerinin bozulduğunu bildirmektedirler. Özellikle eş ya da partnerleriyle yakınlıklarının bozulduğu bilinmektedir (Arnold vd., 2008).

FMS hastaları, belirtilerinin dışarıdan gözlenememesi nedeniyle sosyal çevreleri tarafından anlaşılacakları endişesi yaşamaktadırlar (Lempp vd., 2009). Nitekim FMS hastalarının deneyimlerini niteliksel olarak araştıran bir çalışmada, hastalar, kendilerini reddedilmiş ve anlaşılmamış hissettiklerini bildirmişlerdir (Henriksson, 1995). Yine FMS'nin objektif tanı kriterlerine duyarlılığının düşük olması ve hastaların öznel deneyimlerine bağlı olması nedeniyle sağlık çalışanları tarafından da şüpheyle karşılanabilmektedir (Sim & Madden, 2008). Bu da FMS hastalarına doktoraları tarafından anlaşılma konusunda endişe yaşatmakta ve "görünmez" oldukları hissettirmektedir. Hastaların bir yandan fiziksel acı çekip bir yandan da bunun görülmemesi onlara çift yükü yaşadıklarını düşündürmektedir (Haugli & Strand, 2004). Sonuç olarak FMS hastaları yaşadıkları belirtilerden ötürü hem işlevsel hem sosyal hem de psikolojik olarak etkilenmektedirler.

FMS'nin toplumdaki yaygınlığına bakıldığında, yaş ve cinsiyet fark etmeksizin, kadınlarda erkeklere oranla 7 kat daha fazla olduğu ve 40-60 yaş aralığında yaygınlığın arttığı görülmektedir (Wolfe vd., 1995). Medeni durum açısından bakıldığında, evli olanlarda görülme sıklığının daha fazla olduğu gösterilmiştir (Bilgici vd., 2005; Taşkın vd., 2007; Topbaş vd., 2005). FMS' nin genel

popülasyondaki yaygınlığı her iki cinsiyette %2, kadınlarda %3.4, erkeklerde ise %0.5 olarak bulunmuş ve yaşla birlikte yaygınlığın arttığı görülmüştür (Wolfe vd., 1995). 2010 yılında yapılan bir diğer araştırmada FMS'nin genel popülasyondaki yaygınlığı %4.7 olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışmada kadın cinsiyette görülme sıklığının daha fazla olduğu ve yaşla birlikte de arttığı bulunmuştur (Branco vd., 2010). Bir başka çalışmada da kadınlarda %2, erkeklerde %0.15, tüm yaş ve cinsiyette ise FMS yaygınlığı %1.13 olarak bulunmuştur (Vincent vd., 2013). Ülkemizde yapılan bir araştırmada 20-64 yaş arasındaki kadın hastalarda FMS yaygınlığının %3.6 olduğu ve yoğunluğun 50-59 yaş aralığındaki kadınlarda olduğu görülmüştür (Topbaş vd., 2005).

FMS yaygınlığı gelir ve eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde, gelir ve eğitim seviyesi düştükçe yaygınlığın arttığı gözlenmiştir. Kanada'da yapılan bir epidemiyoloji çalışmasında düşük gelir düzeyi bildiren kadın hastalarda FMS tanısının daha yaygın olduğu görülmüştür (McNally vd., 2006). Düşük sosyo-ekonomik grupla yürütülen başka bir yaygınlık çalışmasında da, FMS yaygınlığı %4.4 olduğu bulunmuş olup bu hastaların sağlıklı kontrollere ve bölgesel ağrısı olanlara göre ağrı, yorgunluk, depresyon ve anksiyete belirtilerini daha fazla hissettikleri bulunmuştur (Assumpção vd., 2009). FMS belirtilerini eğitim düzeyine göre değerlendiren bir çalışmada da farklı eğitim düzeylerinde hastalar benzer ağrı düzeyi bildirmelerine rağmen düşük eğitim düzeyine sahip hastaların daha fazla hastalık şiddeti ve fiziksel işlevlerde bozulma yaşadıkları görülmüştür. Buna göre eğitim düzeyinin düşmesinin hastaların ağrıyı algılama biçimlerini değiştirdiği düşünülmektedir (McNally vd., 2006).

1.1.1. FMS'de Tanı ve Ayırıcı Tanı

FMS tanısı için spesifik görüntüleme ya da laboratuvar bulgularının olmaması nedeniyle çoğunlukla hastaların öz bildirimlerine dayanarak tanı konulmaktadır. Başta kronik ağrı ve yorgunluk olmak üzere FMS'de görülen belirtiler birçok başka hastalıkla benzerlik gösterdiği için tanı koyulma sürecinde alternatif ayırıcı tanıların da tespit edilmesi önerilmektedir. Çeşitli romatizmal hastalıklar, hipotiroidizm, eklem hastalıkları, psikiyatrik bozukluklar, multiple skleroz, migren ve D vitamini düşüklüğü FMS belirtileriyle benzerlik gösteren bozukluklardır. Yaygın ağrı belirtileriyle başvuran hastalara öncelikle öykü alma, fiziksel muayene, radyolojik tetkikler ve laboratuvar yöntemlerinin uygulanarak yukarıda belirtilen ayırıcı tanıların

belirlenmesi gereklidir. Ayırıcı tanılarının tespiti FMS'nin varlığını dışlamayıp birlikte de görülebilirler. Ancak tanı ve tedavi süreci için ayırıcı tanı ve birlikte görülmelerin anlaşılması önem taşımaktadır (Dönmez & Erdoğan, 2009; Nazlıkul, 2014).

FMS tanısı koymayı kolaylaştırabilmek adına ilk olarak Amerikan Romatoloji Derneği (ACR) tarafından 1990 tanı kriterleri yayınlanmıştır. Bu kriterlere göre; belin altında ve üstünde olmak üzere en az üç aydır yaygın ağrı şikayeti varsa ve vücutta tanımlanan 18 hassas bölgenin en az 11'inde ağrı belirtiliyorsa, FMS tanısı konulmaktaydı (Wolfe vd., 1990) Ancak bu kriterlerin tanı koymadaki duyarlılığının yetersiz olduğunun anlaşılmasıyla ACR 2010 yılında tanı kriterlerini değiştirmiştir. Yeni kriterlerine göre ise; yaygın vücut ağrı indeksi 7 veya üzerinde ve semptom şiddeti skalası 5 veya üzerinde olan hastalarda ya da yaygın vücut ağrı indeksi 3-6 arasında ve semptom şiddeti skalası 9 veya üzerinde olanlarda, semptomları en az 3 aydır aynı düzeyde olanlar ve ağrıyı açıklayacak başka bir hastalığın olmaması durumunda FMS tanısı konulabilmekteydi (Wolfe vd., 2010). Bu kriterler 2011 ve 2013 yıllarında yine duyarlılıklarının yetersiz olması sebebiyle değişikliğe uğramıştır. Son olarak ACR 2016 yılında yeni tanı kriterleri yayınlamıştır ve halen tanı koyabilmek için ACR 2016 kriterleri kullanılmaktadır. Bu kriterlere göre Yaygın Ağrı Skalası (YAS) ve Semptom Şiddet Skalası'ndan (SŞS) elde edilen puanların toplanmasıyla elde edilen Fibromiyalji Şiddet Skalası (FŞS) ile tanı koyulmaktadır. YAS vücudun sol üst bölge, sağ üst bölge, sol alt bölge, sağ alt bölge ve aksiyal bölgesinin en az dördünde son bir haftadır devamlı hissedilen ağrının puanlanmasıyla elde edilmektedir. Bu skalada yer alan 5 bölgenin her birinin alt bölgeleri vardır ve hangisinde ağrı hissediliyorsa bu bölümler işaretlenmekte olup alınan puan 0-19 arasında olmaktadır. SŞS, A ve B olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Puanlama yapılırken bu iki bölümden alınan puanları toplanmaktadır. A grubunda son 7 gün içerisinde yaşanan yorgunluk, dinlenmiş uyanamama, bilişsel semptomlar (dikkati odaklamada güçlük ve unutkanlık) ve somatik semptomlar puanlanmaktadır. Her semptom 0 ile 3 arasında puanlanır. Bu bölümdeki en fazla skor 9'dur. B grubunda son 6 ay içerisindeki baş ağrısı, alt karında ağrı ve kramplar, depresyonunun varlığı puanlanır. Her bölüm 0 ya da 1 şeklinde puanlanır. Bu bölümün en fazla toplam skoru 3'tür. Bu durum SŞS'den alınabilecek en yüksek puan 12'dir. YAS VE SŞS'den alınan puanların toplamını ile FŞS elde edilir. FŞS'den alınabilecek en yüksek puan 31 olup

toplam puan 12'nin altında ise FMS tanısı konulmamaktadır. Puan artışıyla hastalığın şiddeti doğru orantılıdır. $YAS \geq 7$ ve $S\SS \geq 5$ ise ya da $YAS= 4-6$ ve $S\SS \geq 9$ ise FMS tanısı koymayı düşündürmektedir (Wolfe vd., 2016).

1.1.2. FMS Etiyolojisi

FMS'nin nedeni henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Birden çok etkenin FMS'ye neden olduğu düşünülmektedir. Bunlar arasında merkezi ve otonom sinir sisteminin çalışmasında bozulmalar, bağışıklık sistemi bozuklukları, nörotransmitterler, hormonal etkiler, uyku bozuklukları, stres kaynakları, psikiyatrik faktörler, çeşitli kişilik özellikleri, genetik faktörler gösterilebilir (Bellato vd., 2012). Araştırmacılar FMS'nin bahsedilen faktörlerden tek birine göre değil daha bütüncül bir çerçeveden ele alınmasının FMS'yi anlamak açısından daha faydalı olacağını düşünmektedirler. Bu da FMS'nin, biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenlerin etkisini bir araya getiren biyopsikososyal bir perspektiften değerlendirilmesi anlamına gelmektedir. Hastaların biyopsikososyal bakış açısı ile her hastanın kişisel deneyimlerine de dikkat edilerek değerlendirilmeleri tanı ve tedavi açısından faydalı olacaktır (Masi vd., 2002; Turk & Adams, 2016). Biyopsikososyal modele göre genler, merkezi sinir sistemindeki bozulmalar, duygusal ihmal ve istismar, erken dönem travmatik yaşantılar, duygu düzensizliği, uyku bozuklukları, depresyon, kaygılı mizaç ve erken dönem hastalıklar FMS için yatkınlaştırıcı faktörler olarak değerlendirilmektedir. Travmatik yaşantılar, yaşam stresi, iş ve ilişki sorunları tetikleyici faktörler olarak değerlendirilirken eşlik eden depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları, psikososyal stres faktörleri de sürdüren etmenler olarak değerlendirilmektedir (Gatchel vd., 2007; Van Houdenhove vd., 2005).

FMS'ye neden olan faktörlerin başında santral duyarlılık üzerinde durulmuştur. Santral duyarlılık için hastaların ağrıyı olduğundan daha şiddetli olarak algılamaları denilebilir. Merkezi sinir sisteminin ağrıyı algılayan yollarındaki bozulmalar bu hastaların daha düşük ağrı eşiğine sahip olduklarını göstermiştir (Nielsen & Henriksson, 2007). Ayrıca bu hastaların ağrıya karşı aşırı tetikte oldukları da bilinmektedir. Ağrıya karşı tetikte olmanın ve bedensel belirtilere aşırı dikkat etmenin de psikolojik sorunları etkilediği düşünülmektedir (Siracusa vd., 2021).

FMS'nin stres faktörleriyle olan ilişkisinden yola çıkarak, vücudun stres tepkisini düzenleyen hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) ekseninde çalışmalar yapılmış ve FMS hastalarında HPA ekseninde bozulmalar olduğu görülmüştür (Crofford vd., 1994; Torpy vd., 2000).

Nörotransmitterlerle ilişkili bozulmalara bakıldığında FMS'li hastalarda glutamat ve P maddesi gibi uyarıcı nörotransmitterlerin seviyelerinde artış olduğu görülmüştür. Serotonirjik sistemlere bakıldığında ise bu sistemlerde bozulmalar olduğu ve serotonin düzeylerinin düşük olduğuna ilişkin kanıtlar bulunmaktadır. Aynı zamanda FMS hastalarında dopamin metabolizmasında da değişikliklere rastlanmıştır (Meyerd, 2002).

FMS'nin genetik geçişiyle ilgili yapılan aile çalışmalarında FMS'de aile kümelenmesinin yoğun olduğu ve FM hastalarının birinci derece akrabalarının da FMS tanı kriterlerini karşıladıkları görülmüştür (Arnold vd., 2004). Yine FMS'nin kardeş nüksünün tahmin edilmeye çalışıldığı bir araştırmada da kardeş nüksü oranı %13.6 olarak bulunmuştur. Bu oran FMS'de genetik faktörlerin önemini ortaya koymaktadır (Arnold vd., 2013).

FMS gelişiminde stres faktörlerinin etkisine de literatürde yer verilmiştir. FMS hastalarının strese karşı genetik olarak daha duyarlı oldukları düşünülmekte ve bu yatkınlığın olumsuz çevresel ve gelişimsel deneyimlerle birleştiğinde stres yanıt sistemi bozularak FMS belirtilerini ortaya çıkardığı düşünülmektedir. Olumsuz duygulanım, stresle başa çıkamama, ilişki çatışmaları, fazla fiziki hareket, iş tatminsizliği, iş yerinde zorbalığa maruz kalmak, gibi stres kaynakları belirtilerin ortaya çıkışını hızlandırmaktadır (D'Agnelli vd., 2019; Van Houdenhove & Egle, 2004). FSM hastalarının mükemmeliyetçi ve aşırı fedakarlık eğilimlerinden dolayı zihinsel ve duygusal yüke maruz kalmalarının fiziksel ve zihinsel enerjilerini tüketerek ağrıyı ortaya çıkardığı da düşünülmektedir (Wentz vd., 2004). FMS hastalarında olumsuz yaşam deneyimlerini araştıran bir çalışmada FMS'li hastaların sağlıklı kontrollere göre çocukluk ve ergenlikte daha fazla olumsuz deneyim yaşadıkları görülmüştür. Bu hastaların fiziksel ve psikolojik istismar, ihmal ve ebeveyn kaybı deneyimleri sağlıklı kontrollere göre iki kat fazladır. Yine aynı çalışmada FMS'li hastaların yetişkinliklerinde de daha fazla olumsuz yaşam olayı yaşadıkları görülmüştür (Anderberg vd., 2000). Bir başka çalışmada da çocuklukta maruz kalınan

kötü muamelenin romatoid artritli kontrollerle kıyaslandığında FMS için risk faktörü olabileceği bildirilmiş olup kötü muamelenin şiddeti arttıkça hastaların semptom şiddetinin arttığı gösterilmiştir (Walker vd., 1997).

Yapılan çalışmalarda çeşitli kişilik özelliklerinin FMS ile ilişkili olduğu görülmüştür. Bu özellikler arasında mükemmeliyetçilik, olumsuz duyguların daha fazla hissedilmesi, aleksitimi, öfke ve saldırganlık sayılabilir (Güleç vd., 2004; Özçetin, 2014). FMS'li hastaların kişilik özelliklerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda, hastaların nörotik kişilik özelliği gösterdiği ve nörotizmin ağrı, yorgunluk, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile ilişkili olduğu görülmüştür (Çelebi vd., 2016; Malin & Littlejohn, 2012).

Duygu düzenleme kronik ağrıyı açıklamada etkisi olduğu düşünülen bir diğer değişkendir. Uyumsuz duygu düzenleme stratejileri kullanmanın kronik ağrının başlamasında ve sürmesinde risk faktörü olabileceği düşünülmektedir (Koechlin vd., 2018). Yapılan çalışmalarda FMS hastalarının duyguları yoğun şekilde deneyimledikleri, olumsuz duygularının arttığı, duygularını anlamada ve tanımada zorluk çektikleri bulunmuş ve duyguların yoğun şekilde deneyimlenmesi ağrı ile ilişki görülmüştür (Van Middendorp vd., 2008; A. Zautra vd., 2005). Duyguları tanımada ve ifade etmede zorluk olarak bilinen aleksitiminin ağrı ile ilişkisini araştıran metanaliz çalışmasında FMS'li hastalarda aleksitimi görülme oranı ortalama %48 bulunmuş olup aleksitiminin ağrı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Asgarabad vd., 2023).

Psikiyatrik belirtilerin FMS'nin gelişimine olan katkısı olduğu bilinmektedir. FMS' de psikiyatrik belirtilerin yaygınlığı FMS ile benzer belirtileri olan diğer romatizmal hastalıklardan daha fazladır. Yapılan araştırmalarda sıklıkla kaygı, depresyon, çocukluk çağı travmaları, uyku bozuklukları, somatizasyon ve panik atağın FMS ile ilişkili bulunmuştur (Bellato vd., 2012). Özellikle depresyon ve FMS ilişkisine sıklıkla rastlanmaktadır. Bu durumda serotonerjik mekanizmanın etkili olduğu düşünülmekte olup serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) FMS tedavisinde kullanılması da bu görüşü desteklemektedir (Fishbain, 2000). Ancak psikiyatrik bozuklukların birincil neden olmaktan ziyade ortaya çıkarıcı ya da sürdürücü olduğu da düşünülmektedir (Dönmez & Erdoğan, 2009; Gür, 2008).

Yukarıda FMS'ye neden olduğu düşünölen genetik, biyolojik ve psikolojik faktörlerden bahsedilmiştir. Bu çalışmanın kapsamında FMS, psikolojik faktörler açısından ele alınacak olup duygu düzenleme ve psikiyatrik diğer faktörler üzerinde durulacaktır.

1.1.3. FMS ile İlişkili Psikolojik Faktörler

FMS'yi karmaşık hasta deneyimlerinden dolayı geleneksel tıbbi bir modelle ele almak oldukça zordur (Raymond & Brown, 2000). Bundan dolayı FMS hastalarında psikiyatrik bozuklukların varlığı sıklıkla araştırma konusu olmaktadır. Bu durumda, FMS gelişiminde ve devam etmesinde çeşitli kişilik özelliklerinin ve psikolojik faktörlerin etkili olmasının payı bulunmaktadır. Bir yandan da FMS hastalarının yaşadıkları ağrının çoğu zaman fizyolojik bir kökeni olmamasının ya da algılanan ağrı düzeyinin fiziksel hassasiyetle doğru orantılı olmamasının araştırmacıları psikiyatrik faktörlerin etkisini araştırmaya yönelttiği düşünölmektedir (Denizci Nazlıgöl & Bozo, 2017; Turk & Adams, 2016).

Yapılan birçok çalışmada FMS'nin psikolojik değişkenlerle ilişkileri bulunmuştur. FMS tanısı alan hastalarla yapılan bir çalışmada bu hastaların %64'üne DSM- IV kriterlerine göre psikiyatrik bozukluk tanısı konmuştur (Oran vd., 2002). FMS'li hastalarda psikiyatrik birlikte görölmeyi araştıran başka bir çalışmada da hastaların %74.8'inde DSM-IV'e göre eksen-1 tanıları eşlik etmekte olup hastalar ağırlıkla kaygı ve duygu durum bozuklukları bildirmektedirler (Thieme vd., 2004). Yine FMS'de eksen 1 ve eksen 2 bozukluklarının varlığını tespit etmek amacıyla yapılan çalışmada da FMS'li hastaların %47.6 ila %15.7'sinin herhangi bir eksen 1 bozukluğu, %31.1 ila %13.3'ünün herhangi bir eksen 2 bozukluğu olabileceği gösterilmiştir (Uguz vd., 2010).

FMS'de aleksitimi ve psikolojik sıkıntıların yaygınlığı ve bunların yaşam kalitesiyle ilişkisini inceleyen çalışmada, FMS'li hastaların yarısından fazlasının psikolojik sıkıntı belirttiği bulunmuştur. Yaşam kalitesinin fiziksel boyutunu açıklamada depresyon, ağrı yoğunluğu ve anksiyetenin en çok katkıda bulunduğu görölmüştür (Castelli vd., 2012). FMS'li hastalarda psikiyatrik komorbidite ve psikolojik değişkenlerin ağrı sendromunda yordayıcı olup olmadığını belirlemek için yapılan çalışmada ise FMS' li hastaların halen majör depresyon ve panik bozukluk

gösterdiği bulunmuş ve depresyon, anksiyete ve hipokondriyaziste önemli yükselmeler görülmüştür (Epstein vd., 1999). FMS'li hastalarda ağrı şiddeti ve psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada da ağrı düzeyi SCL-90'a göre yapılan değerlendirmede somatizasyon, anksiyete ve fobi belirtileri görülürken ağrı şiddetinin anksiyete şiddeti ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Evren vd., 2005). İtalya örnekleminde yapılan başka bir çalışmada da FMS'li hastalarda yaşam boyu anksiyete bozukluğu görülme riskinin sağlıklı kontrollere göre beş kat fazla olduğu görülmüştür (Raphael vd., 2006). Çocukluk çağı travmaları, depresyon, anksiyete ve FMS ilişkisini inceleyen çalışmada da FMS'li hastaların duygusal istismar, depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Bayram & Erol, 2014) .

FMS'nin Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. FMS'de TSSB prevalansının %15 ile %56 arasında değiştiği bildirilmektedir (Fietta vd., 2007). TSSB tanısı açısından değerlendirilen 395 FMS hastasının %45.3'ünün TSSB kriterlerini karşıladığı görülmüştür. Bu oran sağlıklı kontrollerde %3 olarak bulunmuştur. TSSB tanı kriterlerini karşılayan FMS hastalarının %65'inde ise kronik ağrı belirtilerinin travmatik yaşam olayından sonra ortaya çıktığı anlaşılmıştır. Bu durumda TSSB'nin FMS için bir risk faktörü olduğu söylenebilir (Häuser, Galek, vd., 2013). FMS tanısı alan 77 hastanın TSSB, depresyon ve anksiyete bakımından değerlendirildiği çalışmada hastaların %57'si TSSB tanı kriterlerini karşılamıştır. TSSB kriterlerini karşılayan hastaların da karşılamayanlara göre depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu, aşırı uyarılma ve yüksek kaçınmada buldukları görülmüştür (Cohen vd., 2002). FMS'de psikiyatrik birlikte görülme yaygınlığını inceleyen sistematik derleme çalışmasında FMS hastalarının yarısından fazlasının depresyon tanısı almış olduğu ve hastaların üçte birinin panik bozukluk ve TSSB tanısı almış olduğu gösterilmiştir (Kleykamp vd., 2021).

1.1.3.1. FMS ve Depresyon

Depresyon ilgi ve istek kaybı, çökkün ruh durumu, fiziksel işlevlerde yavaşlama, bilişsel işlevlerde bozulmalar ile birlikte değersizlik ve umutsuzluk duygularının yaşandığı duygu durum bozukluğudur (Beck, 1976; Öztürk & Uluşahin, 2016). FMS ve depresyon yukarıda da belirttiği üzere sıklıkla birlikte görülmektedir.

Diğer ağrı bozukluklarıyla kıyaslandığında depresyonun FMS ile daha fazla ilişkili olduğu görülmüştür (Gormsen vd., 2010). Yapılan çalışmalarda FMS'li hastaların büyük bir bölümünün klinik olarak anlamlı düzeyde depresyon belirtileri gösterdikleri ve depresyon düzeyi arttıkça ağrı şiddetinin de arttığı bulunmuştur (Aguglia vd., 2011; Ramiro vd., 2014). Depresyon ve FMS'nin eş görülme oranlarının yüksek olmasının, iki bozukluğun benzer patofizyolojik özellikleri paylaşmaları, serotonin ve noradrenalin sistemlerini hedef alan ilaçlar tarafından tedavi edilmeleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu durum FMS ve depresyonun aynı spektrumda iki bozukluk olabileceğini düşündürmüştür. Ancak yapılan çalışmalar FMS'nin yaygın ağrıyla karakterize olmasından dolayı daha çok somatik bozukluklar kümesiyle ilişkilendirilebileceğini göstermiştir. Bir yandan da depresyon ve FMS belirtilerinde iç içe geçmişlik mevcuttur ve bir bakıma aralarında çift yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Depresif belirtileri olan birisi eskisi kadar iyi hissetmediğinden ya da her yerinin ağrıdığından bahsedebilir. Tam tersi olarak da kronik ağrısı olan bir hastanın çektiği fiziksel acı, azalan fiziksel ve sosyal aktivite ile ruh hali çökkün duruma gelebilir, çaresizlik ve umutsuzluk duyguları artabilir. Depresif semptomların artması da FMS tedavisini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle FMS tedavisinde depresif semptomlarında ele alınması gerekmektedir (Gracely vd., 2012; Yopez vd., 2022).

1.1.3.2. FMS ve Anksiyete

FMS'de depresyondan sonra en sık birlikte görülen psikiyatrik belirti anksiyetedir. FMS hastalarında yaşam boyu anksiyete bozukluğu görülme oranının %80 olduğu düşünülmektedir (Consoli vd., 2012). Yapılan çalışmalarda FMS'li hastaların sağlıklı kontrollere göre daha yüksek kaygı düzeyine sahip oldukları ve algıladıkları ağrı şiddetinin yaşadıkları kaygı şiddeti ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Alok vd., 2011; Aparicio vd., 2013; Pagano vd., 2004). FMS hastalarının durumluk ve sürekli kaygı açısından incelendiği bir çalışmada da hastaların hem durumluk hem de sürekli kaygının yüksek olduğu ve hastaların %63'ünün orta ya da ciddi düzeyde kaygılı olduğu görülmüştür (Erdal Erşan vd., 2014). 529 FMS hastasının katıldığı bir başka çalışmada da hastaların %71'nin anksiyete belirtileri bildirdikleri görülmüştür (Arnold vd., 2007). Romatoid artrit ve FMS hastalarının ağrı şiddeti, anksiyete ve depresyon açısından karşılaştırıldığı çalışmada da, FMS hastalarının daha yüksek ağrı

düzeyine sahip oldukları ve ağrı şiddetinin anksiyete şiddeti ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Ataoğlu vd., 2002). FMS ve anksiyete komorbiditesinin yüksek olması FMS semptomlarının tedavisinde kaygı belirtilerine de müdahale edilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

1.1.3.3. FMS ve Uyku Bozuklukları

FMS' de ağrının yanı sıra en yaygın belirtilerden biri uyku bozukluklarıdır. FMS'li hastalarda uyku süresi ve kalitesi, ağrı düzeyi, yorgunluk ve olumsuz duygulanımı artırmaktadır (Hamilton vd., 2008). Yapılan çalışmalar FMS hastalarında uyku apnesi ya da huzursuz bacak sendromu gibi birincil uyku bozukluklarının ortaya çıkabileceğini göstermiştir (Roizenblatt vd., 2011). FMS' de uyku bozukluğu varlığını araştıran bir çalışmada katılımcıların yaklaşık %95' i uyku kalitesini kötü sınıfta değerlendirmiştir (Bigatti vd., 2008). FMS ve romatoid artritli (RA) hastaların uyku kalitelerini karşılaştırmak için yapılan çalışmada sağlıklı kontrollere göre her iki grupta da uyku kalitesinin düşük olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte gündüz yaşanan uyku bozukluklarının neden olduğu işlev kaybı ve alışılmadık dışında uyku etkinliğinin FMS hastalarında RA hastalarına göre daha fazla olduğu görülmüştür (Ulus vd., 2011). Theadom ve Cropley'in (2008) yürüttüğü çalışmada sağlıklı kontrollere kıyasla FMS hastalarının uykuya ilişkili olumsuz inançları, yorgunluk ve ağrı düzeyleri yüksek, uyku kaliteleri ise düşük bulunmuştur (Theadom & Cropley, 2008). Uykunun FMS'nin bir belirtisi olmaktan ziyade patojenik bir bileşeni olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Uykuda yaşanan bozulmaların stres sisteminde hiperaktivasyona neden olarak ağrı ve yorgunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olduğu düşünülmektedir (Palagini vd., 2016). Bunun yanı sıra uykudaki bozulmanın sağlıklı bireylerde dahi ağrı semptomlarına neden olabileceği de öne sürülmüştür. Nitekim uyku kalitesinin iyileştirilmesiyle ağrı düzeylerinin de azalabileceği görülmüştür (Choy, 2015).

Yukarıda bahsedildiği üzere FMS'ye birçok psikiyatrik belirtinin eşlik ettiği görülmektedir. FMS'nin psikiyatrik komorbiditesinin yüksek olması da kullanılan multidisipliner tedavilerde psikoterapi yöntemlerine de yer verilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

1.1.4. FMS ve Duygu Düzenleme

Duygusal düzenleme, duygusal tepkilerin izlenmesinden, değerlendirilmesinden ve değiştirilmesinden sorumlu dışsal ve içsel süreçleri ifade etmektedir (Thompson, 1991). FMS'yi açıklamada yararlanılan bir diğer psikolojik değişken de duygu düzenlemedir. Yapılan çalışmalarda yoğun duygulanım hissetmenin, duygu tanımada yaşanan güçlüğün ve duygu düzenlemede yaşanan güçlüğün fibromiyalji semptomlarıyla ile ilişkili olduğu görülmüştür (Arıcı, 2019; Atağ n vd., 2012; Geenen vd., 2012). FMS hastaları ve sağlıklı kontrollerin duygu düzenleme zorlukları bakımından karşılaştırıldığı çalışmada FMS hastalarının duygu düzenleme süreçlerinde daha fazla zorlandıkları gösterilmiştir (Trucharte vd., 2020). Ayrıca FMS hastalarının yoğun duygusal dengesizlik yaşadıkları gösterilmiştir (Rost vd., 2021). Fibromiyalji tanısı almış 403 kadın ve 196 kontrol grubunun duygu düzenleme stratejileri ve bunların fibromiyalji belirtileriyle ilişkisini inceleyen bir çalışmada, fibromiyalji hastalarının kontrol grubuna göre olumsuz duygularının arttığı ve duygusal kaçınma stratejilerini daha fazla kullandığı bulunmuştur. Ayrıca fibromiyalji hastalarının aleksitimi  leğinin ‘‘duyguları tanımlamada zorluk’’ alt ölçeğinde anlamlı derecede bir yükselme görülmüştür. Yine aynı çalışmada, duyguların yoğun şekilde deneyimlenmesi, yalnızca duyguları işleme veya tanımlama becerisi olmayan hastalarda daha fazla ağrı ile ilişkili bulunmuştur (Van Middendorp vd., 2008). FMS'li ve osteoartrid hastalarını olumlu ve olumsuz duygusal deneyimler açısından karşılaştıran başka bir çalışmada da, FMS'li hastaların daha düşük düzeyde olumlu duygu bildirdiği bulunmuş ve kişisel stresin arttığı durumlarda osteoartrid hastalarına göre olumlu duygulanımda daha keskin düşüşler yaşadıkları bulunmuştur (Zautra vd., 2005). Duygu düzenleme ve ağrı arasındaki ilişkiyi deneysel tasarımıyla incelemeyi araştıran çalışmada duygu düzenlemesi düşük ve duygu düzenlemesi yüksek olarak iki gruba ayrılan katılımcılardan ellerini soğuk suya sokmaları istenmiştir. Deney sonucunda duygu düzenleme kapasitesi düşük olan katılımcıların daha fazla ağrı ve acı hissettikleri görülmüştür (Ruiz-Aranda vd., 2010). Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yürütülen bir çalışmada FM tanısı almış katılımcıların aleksitimi puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu

bulunmuştur (Madenci vd., 2007). Karadeniz Teknik Üniversitesi'ne ayaktan başvuru yaparak FMS tanısı almış hastalarla yürütülen çalışmada, FMS'li hastaların Aleksitimi Ölçeğinin “duyguları tanımada güçlük”, “duyguları söze dökmeye güçlük” alt boyut puanları ve Aleksitimi Ölçeği toplam puanları sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Güleç vd., 2004). Bunun yanı sıra FMS semptomları gösteren kişiler için duygularını düzenlemenin zor olduğu gösterilmiş olup özellikle duygusal tepkilerin kabul edilmemesinin FMS semptomları ile psikolojik sıkıntı arasındaki ilişkiye aracılık ederek FMS semptomları üzerinde önemli rol oynadığı düşünülmektedir (Frumer vd., 2023).

FMS hastalarının duygu düzenleme süreçlerinde yaşadıkları sorunlar göz önüne alındığında, tedavilerine duygu düzenleme, kabul ve farkındalık temelli yaklaşımların eklenmesinin FMS semptomları üzerinde etkili olacağı düşünülmektedir (Frumer vd., 2023; Rost vd., 2021).

1.1.5. FMS Tedavisi

FMS tedavisinde etkinliği kanıtlanmış az sayıda yöntem vardır. FMS'nin yukarıda bahsedilen henüz aydınlatılmamış karmaşık yapısından dolayı tek bir tedavi yerine multidisipliner tedavilerin daha etkili olduğu görüşü hakimdir (Sindel vd., 2012). Tedavide sıklıkla kullanılan yöntemler farmakolojik tedaviler, fizik tedavi uygulamaları, egzersiz programları, akupunktur, psikoterapi yöntemleri ve hasta eğitimi olarak sıralanabilir (Dernek vd., 2016). Farmakolojik tedavilere bakıldığında trisiklik antidepresanlar, serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI), serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve pregabalın kullanılmaktadır (Aşkın & Özkan, 2017). FMS' de antidepresanların etkinliğini incelemek amaçlı yapılan meta analiz çalışmasında ilaçların ağrı, yorgunluk ve uyku kalitesi üzerinde etkili olduğu görülmüştür (O'malley vd., 2000).

Fizik tedavi uygulamalarına bakıldığında ise sıklıkla kullanılan yöntemlerin manuel terapiler, elektrofiziksel yöntemler, egzersiz, iğneleme, su içi ve balneoterapi olduğu söylenebilir (Uruş, 2008). Fizik tedavi, balneoterapi ve aerobik egzersizlerin etkisini inceleyen çalışmada tedavi sonrasında ağrı düzeyi, FMS etkisi, depresyon ve uyku düzeylerinde iyileşme olduğu görülmüştür (Bostancı vd., 2021). Yine egzersiz

programlarından aerobik egzersizleri, kuvvetlendirme egzersizleri, germe egzersizleri, akuatik egzersizler ve pilates FMS'de kullanılmaktadır (Evcik vd., 2019).

Hasta eğitimi ise tedaviye uyumu artırması nedeniyle tedavide mutlaka tercih edilmesi gereken bir seçenektir. Verilen eğitim sayesinde hastalar belirtilerini tanımakta, yanlış inanışlarını düzeltmekte, tedavi ile ilgili gerçek dışı beklentilerini fark etmektedirler. Bunun yanı sıra hastalıkla baş etmek konusunda öz-yeterlilik kazanmaktadır (King vd., 2002; Koldaş Doğan vd., 2011).

FMS'ye uygulanan psikoterapiler arasından başlıca yöntem olarak Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) kullanılmaktadır. BDT'nin kullanımının yaygınlaşmasının ardından Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT) ve bilinçli farkındalık temelli terapiler de FMS tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir. Öz Şefkatli Bilinçli Farkındalık, Biofeedback, Duygu Düzenleme temelli terapiler de yine FMS' de kullanılmaktadır (Kanık Tezcan & Yalçınkaya Alkar, 2022). Yine son zamanlarda Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme' nin (EMDR) FMS'de kullanımıyla ilişkin çalışmalar yapılmaktadır (Kavakçı vd., 2012).

Araştırmanın kapsamı gereği bundan sonraki kısımda BDT, KKT ve Bilinçli Farkındalık Temelli çalışmalardan bahsedilecektir.

1.1.5.1. FMS'de Psikoterapi

1.1.5.1.1. FMS'de Bilişsel Davranışçı Terapi

FMS'de kullanılan psikoterapi yöntemlerine bakıldığında başlıca yöntemin BDT olduğu görülmektedir. BDT, FMS'de etkinliği kanıtlanmış ilk psikoterapi yöntemidir (Babaoğlu vd., 2017). BDT yaklaşımında, ağrı yönetimi için bilişsel olarak ağrıya yönelik işlevsiz düşüncelerin fark edilmesi ve alternatif sağlıklı düşünce ile yer değiştirmesi yani bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri kullanılmaktadır. Davranışsal olarak da aktivite düzeyinin artırılması ve kaçınmaların azaltılması hedeflenmektedir. Bunların yanı sıra psiko-eğitim, nefes ve gevşeme egzersizleri, uyku hijyeni protokolleri, egzersiz kronik ağrı için BDT'de kullanılan tekniklerdendir. Genel olarak amaç kişinin ağrıyla başa çıkma becerilerini artırmaktır (Pérez-Aranda vd., 2017). Seanslarda hastalara öncelikle kronik ağrının doğası, nedenleri ve sonuçlarına ilişkin psiko-eğitim verilmesi amaçlanır. Sonrasında hastalar bilişsel davranışçı model hakkında eğitilerek yaşadıkları ağrıyı duygu, düşünce ve davranışları

arasındaki ilişkiyle anlamlandırmaları sağlanır. Hastaların kronik ağrı sebebiyle yaşadıkları sorunlar çözülebilir parçalara bölünerek her seansta yeni beceriler öğretilir. Verilen ev ödevleriyle de terapide öğrenilen becerilerin genellenmesi amaçlanır (Salman & Sertel Berk, 2017). BDT'nin FMS'deki etkinliği değerlendirmek üzere yapılan meta-analiz çalışmasında BDT'nin ağrı, ağrıyla başa çıkma ve öz-yeterlilik alanlarında etkili olduğu görülmüştür (Bennett & Nelson, 2006). Randomize kontrollü olarak yapılan bir çalışmada 10 hafta süre ile BDT uygulanan FMS'li hastaların kontrol grubundakilere göre ağrı, depresyon ve kaygı düzeylerinde azalma görülmüş ve fiziksel işlevselliklerinde artış olmuştur (Woolfolk vd., 2012). FMS tanısı almış hastalarda online ve yüz yüze yapılan bilişsel davranışçı terapinin etkinliği arasında fark olup olmadığını araştıran bir başka çalışmada da psikolojik stres, ağrıyla ilgili katastrofik düşünceler, depresyon puanları, ruminasyon, öz yeterlik ve gevşemede hem online hem de yüz yüze yapılan bilişsel davranışçı terapi uygulamasında iyileşme görülmüştür (Vallejo vd., 2015). FMS tanısı almış ergen yürütülen çalışmada da tedavi sonrasında hastaların ağrıyla başa çıkma, felaketleştirici düşünme ve fiziksel etkinliklerinde iyileşme olmuştur (Kashikar-Zuck vd., 2013).

FMS ve kronik ağrı üzerinde BDT'nin etkinliğini gösteren araştırmalar olmakla birlikte BDT'nin sınırlı etkisi olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. FMS semptomlarında egzersiz ve BDT'nin etkisini karşılaştıran bir çalışmada her iki grupta da ağrı semptomlarında iyileşmeler görülmüş olup BDT'nin egzersiz programına herhangi bir üstünlüğü olmamıştır. Bununla birlikte takip süresinde her iki grupta ağrı düzeyi olarak başlangıç parametrelerine dönüş yapmışlardır (Redondo vd., 2004). Yine egzersiz programları ve BDT'nin FMS üzerindeki etkisini inceleyen gözden geçirme çalışmasında da her iki yöntemin etkisinin de kısıtlı olduğu ve uzun vadede etkinin azaldığı gösterilmiştir (Van Koulil vd., 2007). FMS için egzersiz, fizik tedavi ve eğitimden oluşan tedaviye BDT'nin katkısını inceleyen randomize kontrollü araştırmada da BDT'nin FMS semptomlarının iyileşmesine sınırlı katkı yaptığı bulunmuştur (Lera vd., 2009). Yapılan meta-analiz çalışmalarında BDT'nin kronik ağrıda "altın standart" tedavi olarak kabul edilmesine rağmen kronik ağrılı hastaların bir kısmının tedaviye cevap vermediği belirtilmiştir. Aynı zamanda bu çalışmalarda BDT'nin kronik ağrı hastalarında ağrıyı azaltmada küçük ya da çok küçük yararlı etkiler gösterdiği, bu etkinin diğer psikopatolojilere kıyasla oldukça mütevazi olduğu

ve BDT'nin kronik ağrı konusunda halen geliştirilmeye ihtiyacı olduğu gösterilmiştir (Hatchard vd., 2014; Vlaeyen WS & Morley, 2005; Williams vd., 2020). BDT'nin kronik ağrıya müdahalesinde çoğunlukla ağrıya ilişkili işlevsiz inanç ve davranışların değiştirilmesine odaklanılmaktadır. Ancak duygu, düşünce ve davranışların aktif kontrol edilmesi çabası, bazı hastalarda ters etki yapabilmekte ve ağrıya baş etmeyi zorlaştırmaktadır. Bundan dolayı son yıllarda güçlü yönleri geliştirmeye yönelik terapiler kronik ağrıda ön plana çıkmaya başlamıştır. Farkındalık ve kabule dayalı terapiler de deneyimi değiştirmeden deneyimi kabul ederek, ağrı deneyimiyle olan ilişkiyi düzenlemeye odaklanmıştır. BDT yaklaşımında da tedaviye farkındalık ve kabule dayalı yaklaşımlar eklenmeye başlamıştır (Ehde vd., 2019; Rosenthal, 2018).

1.1.5.1.2. FMS'de Üçüncü Kuşak Psikoterapiler

İkinci kuşak psikoterapi olarak kabul edilen BDT'nin ardından üçüncü kuşak psikoterapiler ortaya çıkmaya başlamıştır. BDT'nin işlevsel olmayan düşünce ve davranışa odaklanan yapısı bireyin içsel deneyimlerini yok saydığı için eleştirilmiştir. Üçüncü kuşak olarak kabul edilen terapilerde ise farkındalık ve kabul kavramları ortaya atılmıştır. Bu kavramlara göre, ikinci dalgadan en önemli fark duygu, düşünce, imaj ya da bedensel belirtilerin değiştirilmesine gerek olmadan kabul edilmesidir (Kul & Türk, 2020; Yavuz, 2015). Günümüzde üçüncü dalga olarak kabul edilen terapiler Kabul ve Kararlılık Terapisi, Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi, Diyalektik Davranış Terapisi, Bütünleştirici Duygu Düzenleme Terapisi ve Duygu Düzenleme Terapisi'dir (Vatan, 2016).

BDT'ye getirilen eleştiriler, önceki bölümde bahsedildiği üzere kronik ağrı konusunda da getirilmiş ve kabul ve farkındalığın eklenmesi önerilmiştir. Bu çerçevede KKT ve farkındalık temelli çalışmalar da kronik ağrıda kullanılmıştır. İlgili çalışmaların sonuçları aşağıda incelenmiştir.

Wicksell ve arkadaşları tarafından Kabul ve Kararlılık Terapisinin (KKT) FMS hastaları üzerindeki etkililiğini incelemek amacıyla 40 katılımcıya, 12 haftalık grup oturumlarından oluşan bir program uygulanmıştır. Yapılan ön-test son-test karşılaştırmalarında ve 3 aylık takip dönemi sonunda programın FMS hastalarının FMS etkisi, ruh sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi, öz yeterlik, depresyon, anksiyete ve psikolojik esneklik puanlarına olumlu etki ettiği görülmüştür (Wicksell vd., 2013).

Luciano ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışmada 156 FMS hastası rastgele olarak KKT grup oturumları, farmakolojik tedavi ve bekleme listesindekiler olmak üzere gruplara ayrılmıştır. Gruplar FMS etkisi, ağrı, ağrıyı kabul etme, anksiyete, depresyon ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi açısından değerlendirilmiştir. Tedavi süresi sonunda grup oturumlarına katılan hastaların farmakolojik tedavi alan ve bekleme listesindekilere göre anlamlı derecede daha fazla iyileşme gösterdiği bulunmuştur. Ayrıca ağrının kabulündeki artışın sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin artmasına aracılık ettiği görülmüştür (Luciano vd., 2014). Bir diğer çalışmada da KKT temelli grup uygulamasında FMS hastalarının, FMS etki ölçeği puanlarının önemli ölçüde iyileştiği ve bu iyileşmeye ağrı kabulündeki artışın önemli ölçüde aracılık ettiği gösterilmiştir (Simister vd., 2018). Bilinçli farkındalık/ kabul yöntemiyle FMS hastalarında sosyo-duygusal düzenleme sağlamayı amaçlayan çevrimiçi çalışmada 79 FMS hastası rastgele olarak 12 haftalık bilinçli farkındalık grup oturumlarına ve kontrol grubu olarak 6 haftalık sağlıklı yaşam ipuçları içeren gruplara atanmıştır. Program sonunda 12 hafta sosyo-duygusal düzenleme sağlamayı amaçlayan gruba katılan FMS hastaları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında; ağrı ile başa çıkma öz yeterliliklerinde ve ilişkilerde olumlu etkileşimde, olumlu duygulanımda artış ve ilişki stresinde azalma yaşadıkları bulunmuştur (Davis & Zautra, 2013). Farkındalık Temelli Stres Azaltma ve evde meditasyon uygulamasının kronik ağrıdaki etkisini inceleyen çalışmada da 8 haftalık program sonunda kronik ağrısı olan hastaların ağrı yoğunluklarında azalma olduğu gösterilmiştir. Evde meditasyon yapma süresinin artması da genel psikolojik sıkıntının ve somatizasyonun azalması ile ilişkilendirilmiştir (Rosenzweig vd., 2010).

Sonuç olarak BDT'ye getirilen eleştirilerle birlikte FMS tedavisine farkındalık ve kabul temelli yaklaşımlar eklenmiş ve ağrı düzeyini düşürmede etkili olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra FMS hastalarının duygu düzenlemede yaşadıkları zorluklar gösterilmiş ve duygu düzenleme stratejilerinin FMS tedavisine eklenmesi önerilmiştir. FMS tedavisinde kabul, farkındalık ve duygu düzenleme becerilerini bir araya getiren terapi yöntemi bir diğer üçüncü kuşak terapi olan Diyalektik Davranış Terapisi'dir. Bu araştırmanın kapsamını da oluşturan terapi hakkında genel bilgi verilecek, ardında da FMS ve ağrıyla ilgili çalışmalar anlatılacaktır.

1.2. DİYALEKTİK DAVRANIŞ TERAPİSİ

Diyalektik Davranış Terapisi (DDT), Marsha Linehan'ın kendi tecrübelerinden yola çıkarak geliştirdiği; intihar ve kendine zarar verme girişimleri olan Sınır Kişilik Bozukluğu (SKB) olan hastalarda uyguladığı davranışsal değişim odaklı bir terapi yöntemidir. DDT davranışsal değişikliğe odaklanan yönüyle temelini bilişsel davranışçı tedaviden alsa da içinde barındırdığı zen öğretileri ve diyalektik görüş ile daha kapsayıcı bir tedavi sunmaktadır (Robins, 2002). DDT bünyesinde birçok tekniği barındırmasının da etkisiyle yapılan kontrollü çalışmalarda SKB üzerinde etkisi olduğu gösterilen ilk terapi yöntemi olmuştur. Yapılan çalışmalarda DDT'nin SKB hastalarında intihar girişimlerini, intihar düşüncelerini, tedaviyi bırakma oranlarını, kendine zarar verme davranışlarını, acil servise başvurma oranlarını azalttığı gösterilmiştir (Bedics vd., 2012; Linehan vd., 1994; Van Goethem vd., 2015) . Yine SKB'li hastalarda yapılan başka çalışmalarda da DDT' nin SKB' li hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerini düşürdüğü, madde kullanımlarını azalttığı, öfke dışavurumlarını azalttığı ve yaşam doyumlarını arttırdığı görülmüştür (Linehan vd., 1999; R. Koons vd., 2001; Van Den Bosch vd., 2002; Verheul vd., 2003) . DDT'nin SKB üzerindeki etkisinin kanıtlanmasıyla duygu düzenlemeyle ilişkili görünen, yeme bozuklukları, madde kötüye kullanımı, dirençli depresyon ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) gibi tanı gruplarına da uyarlanmıştır (Bilican vd., 2022; Lynch vd., 2003; Safer vd., 2010; V. Ulusoy vd., 2024).

DDT yöntemleri, diyalektik dünya görüşü, psikolojik bozukluklarda duygu düzenlemedeki güçlükler ve biyo-sosyal teorinin etkileri üzerine temellendirilmiştir. Tedavide vurgulanan temel diyalektik, kabul ve değişim arasındaki sentezdir. Terapistin bir yandan hastayı olduğu gibi kabul ederken bir yandan da değişim için yardımcı olması arasındaki dengedir (C. Robins, 2004). Yöntemin temelini oluşturan diğer bir yaklaşım olan biyo-sosyal teori Linehan'ın kendisi tarafından geliştirilmiştir. Linehan'ın teoriyi geliştirmekteki amacı intiharı ve SKB'li hastalardaki duygu düzenleme güçlüklerini açıklayabilmektir. Biyososyal teoriye göre kendine zarar verme davranışlarının ve SKB belirtilerinin kaynağı duygu düzenlemedeki zorluklardır (Linehan, 1993, 2015). Duygusal düzensizlik duyguları tanıma, anlama, ifade etmedeki zorluklar, uzun süren ve acı verici duygusal yaşantılar, duygunun tetiklenmesine neden olan içsel uyarılmayı düzenleyememe, dikkati duygusal

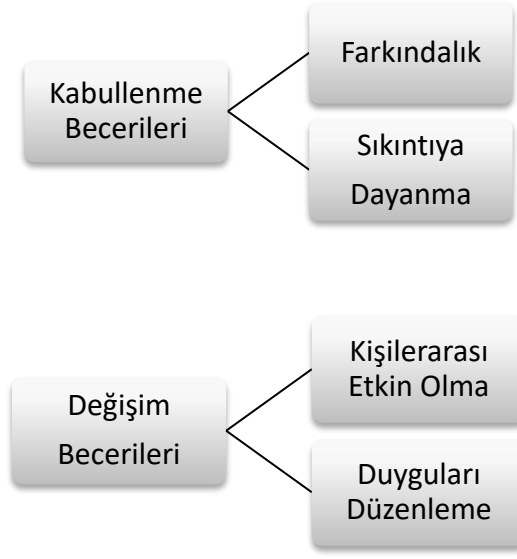
uyaranlardan uzaklaştıramama, duygunun tetiklediği eylem dürtüsüne yönelik dürtüsel davranışlarda bulunma ya da duygunun aşırı kontrolü ve bastırılması olarak tanımlanabilir (Gratz & Roemer, 2004). Bunların sonucu olarak gelişen duygusal hassasiyetin temel özellikleri ise olumsuz duyguların aşırı yaşanması, duygusal uyaranlara karşı aşırı hassasiyet, duygusal uyaranlara karşı aşırı tepki verme ve duygusal uyarılma yaşandıktan sonra uzun süre başlangıç düzeyine dönememidir. Biyososyal teori duygu düzensizliğinin çocuğun doğuştan getirdiği hassasiyeti ve çevresi arasındaki etkileşim sonucu geliştiğini savunmaktadır. Bazı kişiler olumsuz duygulanıma yatkın, duygusal ipuçlarına karşı aşırı hassas ve dürtüsel olarak doğarlar. Bu hassasiyet, duyguların onaylanmadığı, geçersiz kılındığı, anlaşılmadığı, duygusal tepkilerin görmezden gelindiği, olumsuz duygular yaşandığında bunları düzenlemek için model olacak ya da yardımcı olacak kimsenin olmadığı ya da çocuğun mizacı ve ebeveyn yaklaşımı arasında uyumsuzluk olan bir çevreyle birleşir ise duygu düzensizliği gelişmektedir. Böyle bir çevrede kişi yoğun duygulanım yaşadığında kendini, ne yapacağını bilemez ve duygularını kontrolden çıkmış şekilde hissedebilir ve çevresine de bu şekilde karşılık verir. Çevre de onun tepkilerine tekrar geçersizleştiren bir tepki verir ve bu döngü şeklinde devam eder. Duygu düzenlemede yaşanan zorluklar SKB hastalarında görülen boşluk hissini, kendine zarar verme davranışlarını açıklarken bir yandan da depresyon, kaygı bozuklukları, kişiler arası ilişkilerde zorluk, madde kullanımı gibi sorunlarla da ilişkili olarak görülmüştür (Linehan, 1993, 2015).

Kapsamlı bir tedavi sunan DDT'nin terapi sürecinde kapsamı gereken belli amaçları vardır. Bunlar hastanın yeni beceriler geliştirmesini sağlamak, mevcut becerilerini kullanmak ve değişim için motivasyonlarını artırmak ve bu konudaki engelleri ele almak, öğrenilen becerilerin genellenmesi, çevrenin yeniden yapılandırılması ve terapistin desteklenmesidir. DDT yukarıda bahsedilen işlevleri yerine getirebilmek için modüler bir terapi yöntemi olarak yapılandırılmıştır ve terapisinin dört tane ayağı vardır. Bunlar bireysel terapi, beceri eğitimi, telefonla görüşme ve konsültasyon ekibidir. Bireysel terapide terapist, hastaları, mevcut becerilerini kullanmaları, kriz davranışlarıyla başa çıkmaları, işlevsiz davranış örüntülerini azaltmaları ve yeni öğrenilen becerileri kullanmadaki motivasyonlarını geliştirmeleri konusunda desteklemektedir. Bunun yanı sıra bireysel terapistler daha

önceden belirlenmiş bir çerçeve dahilinde seanslar arasında kriz durumları ve becerileri uygulamadaki zorluklar için danışanlara telefon koçluğu yapabilmektedir. Linehan, bireysel terapistlerin hem motivasyon sağlayıp hem kriz durumlarıyla başa çıkıp hem de yeni beceriler öğretmelerinin çok güç olduğunu fark ederek hastalara yeni beceriler öğretmek için beceri eğitim modülünü oluşturmuştur. Beceri eğitimi modülü beceri eğitmenleri tarafından uygulanmaktadır. Bireysel terapist ise her zaman için birincil terapisttir ve danışanın ihtiyaçlarına göre tedaviyi düzenlemekten sorumludur. Sürekli kriz durumlarıyla mücadele etmek ve intihar riski yüksek hastalarla çalışıyor olmak, hem bireysel terapistler için hem de beceri eğitmenleri için zorlayıcı olabilmektedir. Bu durumda terapistlerin ve beceri eğitmenlerinin motivasyonlarını güçlü tutmak adına konsültasyon ekibine ihtiyaç duyulmaktadır. Konsültasyon ekibi terapistlerin motivasyonunu artırmayı onları desteklemeyi ve hasta ile terapist arasındaki diyalektiği korumayı amaçlamaktadır (Linehan, 1993, 2015).

1.2.1. DDT Beceri Eğitimi

Beceri eğitiminin amacı sıkıntı ve acıya neden olan, işlevsiz davranış, duygu, düşünce ve ilişki örüntülerini değiştirebilmek için beceriler öğretmektir. Beceri eğitimi bireyin davranış repertuarında bir problemin çözümü için gerekli olan beceriler bulunmadığında uygulanır. Eğitimin sonunda davranışsal becerilerin kazanılması, güçlendirilmesi ve genellenmesi hedeflenmektedir. DDT becerileri sosyal psikoloji araştırmaları, manevi yaklaşımlar ve kanıta dayalı terapilerin yönergelerinden uyarlanarak geliştirilmiştir (Linehan & Wilks, 2015). Beceri eğitimi de bireysel terapide olduğu gibi diyalektiğe vurgu yapar. Burada diyalektik hastayı olduğu gibi kabul etmekle hastanın değişime duyduğu ihtiyaç arasında kurulmaktadır. Beceri eğitiminin dört modülü bu değişim ve kabul arasındaki dengeyi sağlayabilmek üzere oluşturulmuştur. Bunlar; farkındalık becerileri, kişilerarası etkililik becerileri, duyguları düzenleme becerileri ve sıkıntı toleransı becerileridir. Bu becerilerden farkındalık ve sıkıntı toleransı kabulü vurgularken, kişilerarası etkililik ve duyguları düzenleme becerileri, değişimi vurgulamaktadır (Linehan, 2015, 2020a).



Şekil 1. DDT Beceri Eğitimi Modülleri

1.2.1.1. Farkındalık Becerileri

Farkındalık becerileri DDT'nin merkezinde yer alan ve diğer DDT becerilerine temel olan, stratejilerinin kökeni Zen öğretileri ve farkındalık meditasyon uygulamalarına dayanan becerilerdir (Çelebi, 2017). Bu öğretiler şimdiki anın farkında olmayı, anın deneyimini yargılamadan kabul etmeyi ve gerçeği olduğu gibi görmeyi içermektedir (Kabat-Zinn, 2003). Farkındalık ezbere ve otomatik yaşamının tam tersi olarak da tanımlanmaktadır. Ezbere yaşanıldığında etrafta ne olduğunun farkında olmadan yaşanmaktadır. Farkındalık otomatik davranışlara bağlı olarak yaşamının tersine bilinçli olarak şimdiki ana sıkı sıkıya bağlı olmak anlamına gelmektedir. Buna göre; farkındalık becerilerinin amacı gerçeği yargılamadan ve şu anda etkili şekilde kalarak gözleme, tanımlama ve katılma davranışlarını kazanmaktır. Bu becerilerin kazanımının acı ve gerginliği azaltarak mutluluğu artıracığı, dikkati odaklama becerisini geliştireceği, fiziksel sağlık ve sıkıntıya dayanma kapasitesini artıracığı, kişilerarası ilişkileri güçlendireceği beklenmektedir (Linehan, 2015, 2020a).

Temel farkındalık becerileri Bilge Zihin, Ne Becerileri ve Nasıl Becerileridir. DDT'ye göre üç zihin durum mevcuttur. Bunlar mantıklı zihin, duygusal zihin ve bilge zihindir. Mantıklı zihindeyken rasyonel, mantığa dayalı, somut kanıtları dikkate alan, duygusal süreçleri göz ardı eden bir zihin durumu mevcuttur. Duygusal zihin etkisi altında iken davranışlar duyguların etkisi altındadır. Mantıklı düşünmenin devreye

girmesi zordur ve yoğun duygusallıkla gerçekler çarpıtılma eğilimindedir. Sürekli her iki zihin durumundan birinde kalıyor olmak işlevsiz kabul edilmekte olup bilge zihin mantıklı zihin ve duygusal zihnin bir sentezini sunmaktadır. Bilge zihne tüm insanların içinde olan içsel bilgelik de denilebilir. Bilge zihin egzersizleri de mantık ve duygu arasındaki sentezi yakalayarak içsel bilgelğe ulaşmak adına yapılmaktadır.

Ne becerileri farkındalık pratiğinde “ne” yaptığımızla ilgili becerilerdir. Ne becerileri üç tanedir. Bunlar; gözlemlene, tanımlama ve katılmadır. Gözlemlene becerisi o anda ne oluyorsa kaçmaya çalışmadan olaylara, duygulara, düşüncelere ve davranışlara dikkat etmektir. Gözleri kapalı ya da ezberle davranmanın tam tersi gözlemlenir. Gözlemlenerek şimdiki ana temas ederiz ve etrafımızda, hayatımızda, bedenimizde, zihnimizde ne olduğunu bilebiliriz. Gözlemlene yaparken beş duyumuzla dış dünyayı gözlemlerken, duygu, düşünce ve iç beden duyularımızla iç dünyamızı gözlemleriz. Gözlemlene pratikleri iç ve dış dünyamızı yargılamaya ya da kaçmaya çalışmadan gözlemlenmeyi hedeflemektedir. İkinci “ne” becerisi tanımlama ise gözlemlendiğimiz şeyleri kelimelere dökmek demektir. Bir başka deyişle olayları ve kişisel tepkileri kelimelerle tanımlamaktır. Tanımlama pratiğiyle birlikte duyularımıza ya da düşüncelerimize gerçekmiş gibi tepki vermek yerine onları sadece birer duygu ve düşünce olarak tanımlayabiliriz. Üçüncü “ne” becerisi ise katılmadır. Katılma, bilinçli olarak ve yargılamadan şimdiki ana katılmaktır. Katılma pratikleri ile kendimizi o ana bırakma, aktivitelerin içinde olma, yapılan işle bir olma, bilge zihinden hareket ederek ihtiyaca göre hareket etme becerileri gelişmektedir.

Nasıl becerileri gözlemlene, tanımlama ve katılma becerilerinin “nasıl” yapıldığını anlatan becerilerdir. Üç tane nasıl becerisi vardır. Bunlar; yargılamadan, tek bir farkındalıkla ve etkililiktir. Yargılamadan becerisi gözlemlene, tanımlama ve katılım yaparken yargıların işin içerisine katılmamasıdır. Bir şeyi iyi ya da kötü diye yargılamadan ya da değerlendirmeden ne becerilerini kullanmaktır. İkinci “nasıl” becerisi tek bir farkındalıkla, tek seferde, tek bir şey yapmak anlamına gelmektedir. Gözlemlene, tanımlama ya da katılmayı yaparken sadece birini yapmak demektir. Tek bir farkındalıkla pratiğinin amacı, dikkatin bilinçli olarak şu anki etkinliğe getiriliyor olmasıdır. Üçüncü “nasıl” becerisi etkililik ise işe yarayanı yapmaktır. Bazı durumlarda duygusal zihinde kalmak ya da ilkelerden vazgeçmemek adına, ihtiyaç

duyulan amaca ulaşılmaz. Bu durumlarda, öğrenilen etkililik becerileri kişinin etkili davranarak hedeflerine ulaşmasını desteklemektedir (Linehan, 2020a, 2020b).

1.2.1.2. Kişilerarası Etkin Olma Becerileri

Kişilerarası etkin olma becerilerinin amacı; kişilerin iletişimden istedikleri sonucu alabilmesi, etkileşimde olduğu diğer kişiyi kendinden uzaklaştırmadan ve öz saygısını kaybetmeden hedeflerine ulaşabilmesi, şimdiki ilişkileri güçlendirip yeni ilişkiler bulabilmesi ve yıkıcı olan ilişkileri bitirebilmesi, orta yolda yürüme becerilerini kazanması ve ilişkilerdeki kabul ve değişimi dengelemesidir. Bu amaçlar doğrultusunda etkin olma becerileri üç başlıkta toplanmaktadır. Bunlar kişilerarası temel etkin olma becerileri, ilişki kurma ve zarar veren ilişkileri sonlandırma becerileri ve orta yolda yürüme becerileridir.

Kişilerarası etkin olma becerilerinin amacı kişinin iletişimde olduğu kişiye sorun olan durumu anlatabilmesi, istediklerini talep etmesi, karşılayamayacağını düşündüğü talepler için hayır diyebilmesi ve bunları yaparken hem özsaygısını koruması hem de karşıdaki kişiyi de önemsemesidir. Kişilerarası etkin olma becerileri hedef etkinliği, ilişki etkinliği ve özsaygı etkinliği becerileridir. Hedef etkinliği becerileri kişinin bir etkileşimde istediği sonuca ulaşması için gerekli olan becerileri sunmaktadır. İlişki etkinliği becerileri, hedefe ulaşmaya çalışırken ilişkiyi sürdürmeye yarayan becerilerdir. Öz saygı etkinliği becerileri ise kişinin öz saygısını korumaya yönelik becerileri içermektedir.

Yeni ilişkiler kurma ve yıkıcı ilişkileri sonlandırma becerilerinin amacı nasıl yeni ilişkiler kurulabileceğinin, karşı tarafla güvenle, çatışma olmadan ve onların hoşlanacağı şekilde nasıl iletişim kurulacağını yollarını öğretmek ve zarar verici ilişkilerin nasıl bitirileceğini anlatmaktır. Bu amaçlara uygun olarak bu modülde üç beceri öğretilmektedir. Bunlar; olası arkadaşlar bulmak için beceriler, başkasının farkında olma becerileri ve ilişkilerin sonlandırılması becerileridir.

Orta yolu bulma becerileri ergenler ve onların aileleri için tasarlanmış beceriler olsalar da yetişkinlerin de kullanabilecekleri, kabul etmek ve değişmek arasındaki dengeyi sağlamaya odaklanan becerilerdir. Diyalektik, onaylamak ve davranış değiştirme stratejileri modüldeki becerilerdir (Linehan, 2020a, 2020b).

1.2.1.3. Duyguları Düzenleme Becerileri

Duygu düzenlemede yaşanan zorluklar kişinin işlevselliğini etkileyen birçok davranışsal ve duygusal sorunlara neden olmaktadır. Bu modüldeki becerilerin amacı da duyguları anlamak ve adlandırmak, istenmeyen duyguların sıklığını azaltmak, duygusal hassasiyeti ve acıyı azaltmaktır. Duygu düzenlemede yaşanan zorlukların azalmasıyla da etkisiz davranışların azalması beklenmektedir. Bu modüldeki beceriler dört kısımda öğretilmektedir; duyguları anlama ve adlandırma, istenmeyen duyguların değiştirilmesi, duygusal kırılganlığın azaltılması ve aşırı uçtaki duyguların yönetilmesidir (Linehan, 2020a).

Duyguları anlama ve adlandırma becerileri duyguları anlama, yaşanan duyguyu adlandırma, duyguların hayattaki işlevlerini anlama ve duyguları değiştirmede hangi zorluklara neden olduğunu bilme, bir duygu modeli oluşturarak duyguların nasıl oluştuğunu anlamaya odaklanmıştır. Yaşanılan duygu anlaşılmadığında ve tanımlanmadığında değiştirilmesi de mümkün olmamaktadır. Bu amaçlara göre bu bölümdeki beceriler üç başlıkta toplanmaktadır. Bunlar; duyguların işlevleri, duyguları değiştirmeyi zorlaştıran etkenler, duyguları gözleme, tanımlama ve adlandırma becerileridir. Duyguların işlevleri duyguların evrimsel olarak insan hayatında ne işe yaradığına ve bizim için ne yaptığına odaklanmaktadır. Duyguları değiştirmeyi zorlaştıran faktörlerde biyolojik ve çevresel olarak duygu düzenlemenin neden zor olduğuna yönelik bilgi verilmektedir. Duyguları gözleme, tanımlama ve adlandırma becerilerinde ise duyguyu ortaya çıkaran faktörler, kırılganlık faktörleri, duygunun biyolojik yanıtları, duygunun ortaya çıkardığı düşünceler, sözel olmayan ifadeleri, eylem dürtüleri ve duygunun isminden oluşan bir duygu modeli oluşturularak kişinin yaşadığı duyguyu tanıması ve farkında olması amaçlanmaktadır.

İstenmeyen duyguların değiştirilmesi becerilerinin öğretilmesindeki amaç istenmeyen ve yoğun duygular yaşandığında bunları düzenlemek, duruma göre uygun olmayan duygular yaşandığında duyguyu değiştirmek ya da duyguyu ortaya çıkaran problemleri durumu çözmektir. Bu başlık altındaki beceriler gerçeklerin kontrol edilmesi, zıt eylem ve sorun çözmedir. Duygunun duruma uygun olup olmadığını anlamak ve sorun çözme ya da zıt eylemden hangisinin kullanılacağını belirlemek için gerçekliğin kontrol edilmesi becerileri öğretilmektedir. Gerçeklik kontrol edilirken

duyguyu ortaya çıkaran olaylar gerçekliğe uygun şekilde yeniden gözden geçirilerek değerlendirilmektedir. Karşıt eylem becerisinde yaşanan duygunun eylem dürtülerine tam zıt olarak hareket etmek amaçlanmaktadır. Karşıt eylemi yapmak için gerçeklik kontrol edilerek durum ve duygunun birbirine uygun olmadığına veya durum ve duygu uygun olsa da eylem dürtüsüne göre hareket etmenin uygun olmadığına karar verilmesi gerekmektedir. Gerçeklik kontrol edildiğinde olay ve duygu birbirine uyumlu ise ve eylem dürtüsüne göre hareket etmek de uygun ise sorun çözme becerisi kullanılmaktadır. Sorun çözmenin amacı sorun yaratan durumu çözmeye çalışarak duyguların düzenlenmesinin sağlanmasıdır.

Duygusal kırılganlığın azaltılması becerileri fiziksel ya da çevresel olarak kırılgan olduğu ve duygusal tepkiler verme olasılığının arttığı zamanlarda kullanılan becerilerdir. Fiziksel olarak bedende yolunda gitmeyen bir şey olduğunda, açlık, uykusuzluk, hastalık gibi durumlarda kırılganlık artmaktadır. Bunun yanı sıra çevresel stres faktörleri ve hayatın üzerindeki kontrolün azalması da kırılganlığı artırmaktadır. Bu bölümdeki beceriler olumlu duygular biriktirerek, hakimiyet hissini artırarak, bedene iyi bakarak kırılganlığı azaltmayı ve bu sayede de duygusal tepkiler vermenin önüne geçmeyi amaçlamaktadır. İlk beceri olumlu duygular biriktirme; kısa ve uzun vadede iyi hissettirecek ve hoşla gidecek aktiviteleri artırmaya odaklanmaktadır. Kısa vadede olumlu duygular biriktirme, günlük akış içerisindeki olumlu olayları artırmayı hedeflerken uzun vadede olumlu duygular biriktirme, yaşamaya değer bir hayat kurmak için değişiklikler yapabilmeyi hedeflemektedir. Hakimiyet hissi artırma becerileri, zor durumlarla baş edebilme kapasitesini artırmayı, başa çıkma konusunda yeterli hissetmeyi ve kontrolün elde tutulduğu hissini artırmayı amaçlamaktadır. Hakimiyet hissini oluşmasıyla artan yeterlilik ve öz güven duygusal kırılganlığı da azaltmaktadır. Çünkü zorlu yaşam olaylarıyla karşılaşılsa da bununla baş etmeye dair bir yeterliliğin olduğunun bilinmesi, yoğun duygusal tepkilerin önüne geçecektir. Bu alandaki beceriler, hakimiyet hissi edinme ve başa çıkma becerileridir. Bir diğer duygusal kırılganlığı azaltmaya yarayan beceri grubu bedene iyi bakarak zihni koruma becerileridir. Bu beceriler fiziksel hastalıkların tedavisi, dengeli beslenme, madde kullanımından kaçınma, dengeli uyku ve egzersiz yapmaktır. Bedende yolunda gitmeyen, dengesiz bir durum var ise duygusal hassasiyet artmaktadır. Bedene gösterilen özen yoğun duygusal tepkiselliğin de önüne geçmektedir.

Aşırı duyguların yönetimi becerileri olumsuz duyguların yoğunluğunun çok yüksek olduğu durumlarda kullanılmaktadır. Yoğun olumsuz duygular genellikle “kötü” diye yargılanmakta ya da olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmektedir. Bu da duyguyu yaşamaktan kaçınmaya ya da o duyguya tutunmaya neden olmaktadır. Bu nedenle bu bölümdeki becerilerin temeli güncel duyguların farkındalığıdır. Güncel duyguların farkındalığı, duyguları yargılamadan, bastırmaya çalışmadan ya da o duyguya tutunmadan yaşanan duyguda kalmak demektir. Duygular olumsuz sonuçlara bağlanmadan tecrübe edildiğinde ikincil olarak ortaya çıkan utanç, suçluluk gibi olumsuz duyguların da önüne geçilmektedir. Aşırı duyguların yönetimindeki diğer beceriler kırılma noktasında sıkıntıya dayanma becerilerine başvurabilme, beceri kullanımında sorun giderme ve becerilerin gözden geçirilmesidir (Linehan, 2020a, 2020b).

1.2.1.4. Sıkıntıya Dayanma Becerileri

Sıkıntı toleransı olumsuz fiziksel ya da duygusal uyaranlara ve stresin ortaya çıkardığı içsel sıkıntıya dayanabilme kapasitesi olarak tanımlanabilir (Zvolensky vd., 2010). Sıkıntıya dayanma becerileri de sıkıntıyı kabul edebilmeyi ve sıkıntıya dayanmayı amaçlamaktadır. Sıkıntıya ve acıya neden olan durumlar çoğunlukla değiştirilmeye ya da bastırılmaya çalışılmaktadır. Acıyı kabullenmek yerine girilen değiştirme çabası, acı veren durumu daha da katlanılamaz hale getirmektedir. Bu bölümdeki becerilerin ana fikri, acı veren durumların hayatın bir parçası olduğunu ve acının tamamen ortadan kaldırılamayacağını kabul etmektir. Bu nedenle bu bölümdeki beceriler gerçekliği olduğu gibi kabul edebilmeyi ve kriz durumlarıyla baş edebilmeyi amaçlamaktadır. Buna uygun olarak beceriler iki başlıkta toplanmıştır; kriz atlatma becerileri ve gerçekliği kabullenme becerileri.

Kriz atlatma becerileri yoğun duygusal tepkilerle birlikte bir kriz anı içerisindeyken bu kriz anını atlatmaya yönelik kısa vadeli çözümler sunmaktadır. Yoğun acı ya da kriz anlarında duyguları düzenlemek imkansız hale gelmekte ve ihtiyaç olan beceriler kullanılamamaktadır. Kriz atlatma becerileri ile birlikte kriz durumu rahatlatılmakta ve diğer becerilerin kullanılması için yoğun duygusallık düzenlenebilmektedir. Bu alandaki becerilerin ilki dur-bir adım geri at-gözlemle-fark et becerisidir ve dürtüsel davranmayı engellemektedir. İkinci beceri artılar ve eksiler

dürtüsel davranmanın olumlu ve olumsuz sonuçlarının değerlendirildiği beceridir. Bir diğer beceri grubu beden kimyasını değiştirerek yoğun duygusallığı yatıştırıcı becerileridir. Bunlar soğuk suyla yüz sıcaklığını düşürmek, yoğun egzersiz yapmak, eşleştirilmiş kas gevşetme ve tempolu nefes almaktır. Dikkat dağıtma becerileri bir diğer beceri olup sorunun hemen çözülemeyeceği ve sorunun en acı veren kısmından uzaklaşma gereği olduğu zamanlarda kullanılmaktadır. Bir diğer beceri kendini yatıştırma, hoş gelen rahatlatan ve stresten uzaklaştıran şeyler yapmaktır. Kendini yatıştırma beş duyuyu kullanarak hoş giden şeyler yapma ve beden duyularına odaklanarak vücut taramadır. Son kriz atlama becerisi ise anı geliştirmektir. Anı geliştirmek görsel canlandırma, anlam, dua, rahatlatıcı eylemler, tek bir farkındalıkla, tatil ve teşvik yollarını kullanarak mevcut anı iyileştirmek anlamına gelmektedir. Mevcut anın iyileşmesi de o anı daha dayanması kolay hale getirmektedir.

Gerçekliği kabullenme becerileri, o anda hayatınızda ne varsa onu olduğu şekliyle kabullenme becerileridir. Bu özellikle zorlu ve acı veren olaylar yaşandığında, onları bastırmanın aksine kabullenmek için gerekli olmaktadır. Kabullenmenin amacı acıyı azaltarak özgürlük hissini artırmaktır. Altı temel gerçekliği kabullenme becerisi vardır. Bunlardan ilki kökten kabullenmedir. Kökten kabullenme, gerçeği her yönüyle tam olarak kabul etmeye dair becerileri içerir. Akli başka yöne çevirme becerileri, kabullenmenin zor olduğu durumlarda zihni kabullenme yönüne çevirmeyi içeren becerilerden oluşmaktadır. Bir diğer beceri olan isteklilik, hayatın kontrolünün elde tutmaya çalışıldığı, yapılması gerekenlerin yapılmadığı zamanlarda yani hayata karşı inatçı bir şekilde davranıldığı zamanlarda kullanılmaktadır. Yarım gülümseme ve istekli eller becerileri zihnimize kabullenmeye dair mesaj göndererek gerçekliğin bedenle kabul edildiği becerilerdir. Yarım gülümseme hafif gülümseyerek, yüz ve boyun kaslarını gevşeterek yapılmaktadır. İstekli ellerde ise avuç içleri yukarı bakacak eller sıkılmamış ve parmaklar gevşemiş şekilde yapılmaktadır. İstekli eller özellikle öfkenin zıt eyleminde işe yaramaktadır. Son beceri zihne izin vermek ise düşünceleri serbest bırakıp onların sadece birer düşünce olarak zihinden geçip gitmelerine izin verme becerisini içermektedir (Linehan, 2020b, 2020a).

1.2.2. FMS, Farkındalık, Kişilerarası Etkililik ve Sıkıntıya Dayanma Arasındaki İlişki

1.2.2.1. FMS ve Farkındalık

Fibromiyalji ve farkındalık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda ikisi arasında anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür. FMS tanısı alan hastalarda FMS etkisi, psikolojik sağlık ve farkındalık arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada yüksek farkındalık düzeyinin daha az FMS etkisi, ağrıya daha az müdahale etme, daha düşük stres ve kaygı düzeyi ile daha yüksek yaşam kalitesi düzeyi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Pleman vd., 2019) 30 ülkede 4986 FMS tanısı almış katılımcıyla yürütülen FM etkisi ve farkındalık özellikleri ile ilgili çalışmada ise FMS etkisi arttıkça farkındalık boyutlarından olan dikkatlilik puanlarının azaldığı görülmüştür. Ayrıca aynı çalışmada katılımcılardan meditasyon yapanların meditasyon yapmayanlara göre daha düşük FMS etkisi puanlarına sahip oldukları görülmüştür (Jones, 2013).

1.2.2.2. FMS ve Sıkıntıya Dayanma

Literatür araştırması yapıldığında stres toleransının, FM ve ağrıyla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalara rastlanmıştır. Ağrı deneyimi yaşayan genç yetişkinlerle yapılan bir çalışmada algılanan ağrı ve stres toleransı ilişkisi incelenmiş ve ağrı şiddeti ile stres toleransı arasında ilişki bulunmuştur. Buna göre sıkıntıya karşı toleransın düşük olması artan ağrı ve ağrının neden olduğu işlevsellikte azalma ile ilişkilidir (Rogers vd., 2018). Kronik ağrılı hastaların alkol kullanım sorunları ve opioid bağımlılığında stres toleransının düzenleyici rolünü inceleyen çalışmada ise, stres toleransı düşük olan hastalarda opioid bağımlılığının şiddetinin arttığı bulunmuştur (Zegel vd., 2021).

1.2.2.3. FMS ve Kişilerarası Problemler

FMS hastalarının kişilerarası ilişkilerinde yaşadıkları zorlukların ağrı düzeylerini artırdığı bilinmektedir (Arnold vd., 2008). FMS hastaları ilişkilerinde istek ve ihtiyaçlarını ortaya koymakta, duygularını ifade etmekte zorlanmaktadır. Yapılan çalışmalar, FMS'li hastaların kişilerarası stres düzeyleri arttıkça, negatif duygulanımlarının ve ağrı düzeyleri arttığını göstermektedir (Reich vd., 2006; A. Zautra vd., 2005). FMS'li ve osteoartridli hastaların kişilerarası stres ve ağrı düzeyi

açısından karşılaştırıldığı çalışmada FMS'li hastaların daha fazla kişilerarası stres bildirdiği görülmüş ve kişilerarası stres düzeyleri artan hastaların ağrı düzeylerinin de arttığı gözlenmiştir (Zautra vd., 1999). Başka bir çalışmada da günlük olarak daha fazla kişilerarası olumsuz olay bildiren FMS'li hastaların yorgunluk seviyelerinin arttığı görülmüştür (Parrish vd., 2008).

1.3. DDT'NİN KRONİK AĞRI SENDROMLARINDA UYGULANMASI

DDT ile ilgili bölümde bahsedildiği üzere DDT'nin temelinde diyalektik görüş bulunmaktadır. DDT'nin tedavide kullandığı en önemli diyalektik de kabul ve değişim arasındaki dengedir. Linehan'a göre ağrı deneyimindeki diyalektik, kişinin çeşitli tedavilere başvurması ancak ağrı yaşadığını kabul etmemesidir. DDT açısından diyalektik sentez de kişinin hem tedavi araması hem de kronik ağrı yaşadığını kabul etmesiyle mümkün olmaktadır (Linehan, 1993). Linehan'ın görüşlerini destekler nitelikte kronik ağrı ve ağrı kabulü ile ilgili yapılan çalışmalarda, ağrı kabulünün artmasıyla ağrı yoğunluğunun azaldığı, ağrı ile ilgili kaygı ve kaçınma davranışlarının azaldığı, günlük işlevselliğin arttığı görülmektedir (Esteve vd., 2007; Mccracken, 1998). Ağrı rahatsız edici bir deneyim olarak çoğunlukla kabul edilmemekte ve ağrıdan kaçınma davranışları görülmektedir. Bu kaçınma kişiyi ağrıyı ortadan kaldıracak müdahaleler aramaya itmektir. Ağrıyı kabul etmeden tamamen ortadan kaldırmaya yönelik müdahaleler ise ağrının azalmamasıyla sonuçlanmaktadır (Asmundson vd., 1999; Vlaeyen & Linton, 2000). Nitekim Linehan ağrıdaki kabul ve değişimden bahsederken bir miktar ağrının kalabileceğini de kabul edilmesini vurgulamaktadır (Linehan, 1993). Yine ağrı kişi için rahatsız edici doğasından ötürü geçersiz kılınan bir fiziksel deneyim olabilmektedir. Bunun yanı sıra çevre tarafından da yaşanan ağrı deneyimi rol yaptıkları, abarttıkları, o kadar kötü olmadığı gibi söylemlerle geçersiz kılınabilmektedir (Kool vd., 2009). FMS'li kadın hastalar ve eşleriyle yürütülen bir çalışmada hem hastalardan hem de hasta eşlerinden semptomları değerlendirmeleri istenmiştir. Değerlendirmeler incelendiğinde hasta eşlerinin semptomları hastaların algıladığından daha hafif düzeyde algıladıkları görülmüştür. Eşler arasında yüksek uyumsuzluğun varlığı hastalarda yüksek iletişim sorunlarıyla ilişkili bulunmuştur (Lyons vd., 2013). Çiftler arasındaki bu uyumsuzluk geçersiz kılınmaya örnek olarak gösterilebilir. İsveç'te yürütülen bir çalışmada da

kronik ağrı çeken kadın hastaların hayatlarının her alanında geçersiz kılmayı hissetmekle birlikte küçümseme ve anlayış eksikliği bakımından en yüksek sağlık hizmetlerine başvurduklarında geçersiz kıldıklarını bildirmişlerdir (Jaremo vd., 2022). Bu nedenle kişinin yaşadığı ağrı deneyiminin yargılamadan, saygıyla ve dikkatle doğrulanması önem taşımaktadır (Kool vd., 2013).

Bahsedilmiş olan nedenlerden dolayı DDT'nin bünyesinde barındırdığı geçerli kılma stratejileri ile kabul ve değişim arasında bir denge kurarak kronik ağrı üzerinde etkili olacağı düşünülmektedir.

Duygu düzenleme açısından bakıldığında da duygu düzenlemede yaşanan güçlüklerin FMS belirtilerinin önemli bir belirleyicisi olduğu bilinmektedir. FMS hastaları duygularını anlamada, ifade etmede ve zor duygularla baş etmekte zorluklar yaşamaktadırlar. FMS hastalarının ağrı düzeylerini azaltmada, ağrıyla başa çıkma davranışlarını geliştirmede duygu düzenleme becerileri kazanmalarının önemli olduğu düşünülmektedir. Bundan sonraki kısımda FMS ve kronik ağrının DDT yöntemiyle tedavisi ile ilgili yapılan literatür taramasından bahsedilmiştir.

DDT ve FMS ile ilgili çalışmalara bakıldığında çalışmaların sınırlı sayıda ve kronik ağrı sendromları üzerine olduğu görülmüştür. FMS tedavisinde, DDT ile bireysel terapi ya da beceri eğitim modülü kullanılarak yapılmış niceliksel bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ülkemizde DDT beceri eğitiminin, FMS hastalarında uygulanmasına dair niteliksel bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmada FMS tanısı alan 6 kadın hastaya 10 hafta süreyle DDT beceri eğitimi uygulanmıştır. Beceri eğitimi sonrasında katılımcıların deneyimleri yorumlayıcı fenomenolojik analiz ile değerlendirilmiş ve ortaya çıkan temaların hastaların yaşadığı değişim üzerine olduğu görülmüştür. Hastalar FMS semptomları ve diğer yaşam zorluklarıyla daha kolay baş edebildiklerini bildirmişlerdir (Yavuz, 2020).

Kronik ağrı sendromunda DDT'nin etkililiğini inceleyen vaka çalışmasında; kronik ağrı sendromu bulunan 52 yaşındaki bir yetişkine hedef belirleme, doğrulama, davranış deneyleri ve ağrıyla ilgili düşüncelere, duygulara ve bedensel duyumlara maruz bırakmayı içeren DDT'ye dayalı bir tedavi programı geliştirilmiştir. Danışanla oluşturulan hedefler doğrultusunda önceden keyifli aktivitelere katılımı artırmak, acıyı azaltmak aynı zamanda bir miktar acı kalabileceğini kabul etmek, duyguları ifade etmek ve düzenlemek becerilerini içeren 16 seanslık oturumlar yapılmıştır. Seanslarda

hastanın durumunu anlama yani doğrulama ve psiko-eğitim kullanılmıştır. Altı ay süren terapi süreci sonunda hastanın ağrı yoğunluğu derecelendirme puanlarının azaldığı, ağrıyla ilgili felaket ve korku düşüncelerin azaldığı, depresyon puanlarının dştğ, uykusuzluk leğinden alınan puanların dştğ ve ağrı kabulünün arttığı bulunmuştur. 3 aylık izlem süresinde de iyileşmenin devam ettiği grlmştir (Linton, 2010).

Norman-Nott ve diğerleri (2022) tarafından yapılmış olan bir başka vaka çalışmasında da kronik ağrı çeken üç hastaya, dört hafta süreyle, evrimii olarak duygu düzenleme, farkındalık ve sıkıntıya dayanma becerilerini içeren 6 oturumluk DDT-GBE müdahalesi uygulanmıştır. Müdahale sonunda katılımcıların ağrı yoğunluklarının azaldığı, duygu düzenleme becerilerinin arttığı gösterilmiştir. Aynı zamanda depresyon düzeylerinde azalma ve uyku kalitelerinde artış olduğu grlmştir (Norman-Nott vd., 2022).

Başka bir çalışmada gastrointestinal bozukluk tanısı almış olup kronik ağrı çeken 4 hastaya 8 hafta süreyle DDT beceri eğitim programı uygulanmıştır. Farkındalık, duyguları düzenleme, stres toleransı ve kişilerarası etkililik modüllerinin her birine ikişer hafta ayrılmıştır. Katılımcılardan depresyon, anksiyete, ağrı şiddeti, ağrı etkileşimi, ağrı davranışlarını ölçen ön test ve son test ölçümleri alınmıştır. Program sonunda yapılan karşılaştırmada katılımcıların depresyon, anksiyete ve ağrı alanlarında iyileşme olduğu grlmştir. Elde edilen sonuçlar DDT'nin kronik ağrı sendromlarında etkili olabileceğini ancak daha etkili sonuçlar alabilmek için daha fazla katılımcıyla daha uzun süreli bir program ve yürütülmesi gerektiğini göstermektedir (Sysko vd., 2016).

DDT tekniklerinin kullanılmış olduğu bir başka çalışmada da kronik ağrı yaşayan ve opiad kullanımı olan yetişkinlere sekiz haftalık Diyalektik Ağrı Yönetimi Programı uygulanmıştır. Diyalektik Ağrı Yönetimi DDT, KKT ve BDT tekniklerinin birlikte kullanılmasıyla oluşturulan tedavi programıdır. Program süresince katılımcılar diyalektik düşünme, kabul etme, anda kalma ve farkındalık, radikal kabul, duygularını doğrulama ve kişilerarası etkin olma becerilerini öğrenmişlerdir. Program sonunda kabul etme becerilerinin arttığı grlmştir. Opiad kullanımında ve ağrı yoğunluğunda anlamlı bir azalma olmamıştır. Bununla birlikte katılımcılar genel

değişim derecesinde ağrı yoğunluklarında azalma olduğunu bildirmişlerdir (Barrett vd., 2021).

Yapılan çalışmalara bakıldığında her ne kadar kısıtlı sayıda da olsa DDT'nin kronik ağrı dolayısıyla FMS üzerinde umut verici sonuçları olduğu görülmektedir.

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Bu araştırmanın amacı FMS tanısı almış kadın hastalarda DDT-GBE'nin FMS semptomları ve ağrı üzerindeki etkisiyle birlikte hastaların psikolojik belirtileri üzerindeki etkisini araştırmaktır. Çalışma, FMS hastaları için DDT-GBE, BDT ve kontrol koşulunda olmanın etkisini karşılaştırarak inceleyen randomize kontrollü ilk çalışma olacaktır.

FMS hastaları yaşadıkları belirtilerin dışarıdan gözlenememesi nedeniyle ve tedavide objektif tanı kriterlerinin yetersiz olmasından dolayı hem sosyal çevreleri hem de sağlık hizmetleri tarafından geçersiz kılınma deneyimini sıklıkla yaşamaktadırlar. Geçersiz kılınma deneyimi de hastalık yükünü artıran bir faktör olmaktadır. Bir yandan da ağrının olumsuz bir deneyim olması hastaların ağrıyı kendilerinin de kabul etmemesine aslında kendi kendilerini de geçersiz kılmalarına neden olmaktadır. DDT'nin bu noktada hem kabul hem de geçerli kılma stratejileri ile FMS belirtileri üzerinde etkili olacağı düşünülmektedir.

FMS hastalarının duygularını tanımada, anlamada ve ifade etmede zorluklar yaşamaktadırlar. Hastaların duygu düzenlemede yaşadıkları bu güçlüklerin de ağrı düzeyini artırdığı bilinmektedir. DDT-GBE'deki duygu düzenleme modülünün FMS hastalarının duygu düzenleme becerileri kazanmasına yardımcı olacağı ve bu sayede belirtilerinde azalma olacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda FMS hastalarının bilinçli farkındalık ve sıkıntıya dayanma düzeylerinin düşük olması, kişilerarası ilişkilerinde sorunlar yaşamaları da DDT-GBE'den fayda sağlayacaklarını düşündürmektedir.

FMS tedavisinde en yaygın psikoterapi yöntemi olan BDT'de kullanılan tekniklerin kronik ağrı semptomlarında bazen ters etki yaratarak ve ağrıyı artıran bir etkiye neden olması, belirtileri kabul etmeden değiştirmeye çalışması ve yapılan meta analiz çalışmalarında etkisinin küçük olduğunun gösterilmesi FMS'de alternatif tedavi seçeneklerinin de kullanılması gerekliliğini göstermektedir. Alternatif tedavi

seçeneklerine öneri olarak da kabul ve bilinçli farkındalık temelli çalışmaların eklenmesi önerilmiştir.

İlgili araştırmalar incelendiğinde de DDT'nin ve DDT-GBE'nin kronik ağrı üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Kronik ağrı çeken hastaların DDT sonrasında ağrı, depresyon ve anksiyete düzeylerinde azalmalar olmuştur. Bununla birlikte nc dalga psikoterapilerden olan KKT'nin FMS zerindeki etkisini inceleyen çalışmalardan da olumlu sonuçlar elde edilmiştir. KKT uygulamalarının kabul kısmı DDT' de önemli yer tutmaktadır. DDT-GBE'deki Farkındalık ve Stres Toleransı modülleri kabulün vurgulandığı modüllerdir. Ayrıca farkındalık temelli programların uygulaması da yine DDT-GBE farkındalık modülünde vurgulanmıştır. Bu sonuçlar DDT-GBE modüllerinin tek başlarına uygulandığı çalışmalarda etkili sonuçlar elde edildiğini göstermektedir.

Tüm bunlar göz önüne alındığında DDT-GBE'nin FMS tedavisinde birçok beceriyi kapsayacak, daha bütüncül bir yöntem olacağı dşnlmektedir. Bu alanda yapılan araştırmalarının kısıtlı olması, FMS hastaları için DDT-GBE'nin nicel bir araştırmada daha önce çalışılmamış olması ve DDT, BDT ve bekleme gruplarının n karşılaştıran ilk çalışma olması da araştırmanın önemini artırmaktadır. Bu yönüyle çalışmanın ilgili literatüre katkı sağlayacağı dşnlmektedir.

1.4.1. Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri

Araştırmanın amacı; DDT-GBE, BDT ve bekleme koşulunun FMS semptomları üzerindeki etkisini karşılaştırarak incelemektir. Bu amaçla test edilmek istenen hipotezler aşağıda belirtilmiştir.

Birincil hipotezler:

1. DDT-GBE, FMS hastalarında FMS etkisini BDT ve kontrol grubuna göre daha çok azaltmaktadır.
2. DDT-GBE, BDT ve kontrol grubuna göre FMS hastalarında ağrı düzeyini daha çok azaltmaktadır.

İkincil Hipotezler:

1. DDT-GBE, BDT ve kontrol grubuna göre FMS hastalarının duygu düzenleme, bilinçli farkındalık, sıkıntıya dayanma ve kişilerarası etkinlik becerileri artırmaktadır.
2. DDT Beceri Eğitimi, BDT ve kontrol grubuna göre FMS hastalarının depresyon ve anksiyete düzeylerini azaltmakta, uyku kalitesi düzeylerini artırmaktadır.

1.5. ARAŞTIRMANIN KAVRAMLARI

Fibromiyalji Sendromu, vücutta yaygın ağrı, hassas bölgelerde duyarlılık, yorgunluk, uyku kalitesinde bozulmalar, bilişsel işlevlerde bozulmalar ve sindirim sistemi bozuklukları ile kendini gösteren kronik ağrı sendromudur (Wolfe, 1986)

Fibromiyalji Etkisi, fibromiyalji semptomları, semptom şiddeti ve genel işlevselliğin değerlendirilmesidir (Ediz vd., 2011)

Duygu Düzenleme Güçlüğü, duyguları tanıma, anlama ve ifade etme, zor duygularla başa çıkma, yoğun duygulardan sonra başlangıç noktasına dönmede yaşanan güçlüktür (Gratz & Roemer, 2004).

Bilinçli Farkındalık, anın farkında olma ve gerçekliği yargılamadan olduğu gibi deneyimleme becerilerini içeren, meditasyon uygulamalarından faydalanan öğreti bütünüdür (Kabat-Zinn vd., 1992).

Sıkıntıya Dayanma, acıya neden olan durumların değiştirilmeden kabul edilmesi ve kriz anıyla başa çıkma becerileri bütünüdür (Zvolensky vd., 2010).

Kişilerarası İlişkilerde Etkin Olma, ilişkilerde isteklerini ortaya koyma, hayır diyebilme becerilerini ve bunları yaparken amaçları, öz saygıyı ve ilişkileri korumayı hedefleyen becerilerdir (Çelebi, 2017).

Depresyon, çökkün ruh hali ve ilgi ve istek kaybı ile birlikte düşünce, konuşma ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama ile görülen, umutsuzluk, değersizlik ve karamsarlık duygularının hakim olduğu duygu durum bozukluğudur (Beck, 1976; Öztürk & Uluşahin, 2016).

Anksiyete, kötü bir şey olacağına dair düşüncenin yarattığı huzursuzluk ve zihinsel uğraşla birlikte çarpıntı, sıkışma hissi ve nefes darlığı gibi fizyolojik belirtilerin yaşandığı durumdur (Köroğlu, 2011).

Uyku Kalitesi, uyku, bedensel ve nörofizyolojik olarak bir toparlanma ve onarım süreci olarak tanımlanabilir. Uyku kalitesi ise uykunun niteliğinin ölçülmesidir (Öztürk & Uluşahin, 2016).

İKİNCİ BÖLÜM

2. YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN DESENİ

Araştırma DDT-GBE'nin FMS'li hastaların ağrı düzeylerini düşürmede ve FMS etkisini azaltmadaki etkisini araştırmak amacıyla ön test-son test kontrol gruplu desen diğer deyişle randomize kontrollü deney olarak tasarlanmıştır. Randomize kontrollü deneyler kanıta dayalı araştırmalarda meta analiz çalışmalarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Bu deneyler araştırmanın sonuçlarını etkileyebilecek iç ve dış faktörlerin kontrol edilmesine dayalı bir yöntem oluşturduğundan nedensellik güçlü bir şekilde yorumlanabilmektedir (Akın & Koçoğlu, 2017). Bu doğrultuda, bu araştırmada denekler, gruplara randomize biçimde atanmıştır. Bağımlı değişken olan FMS ölçümlerinden 40-80 puan alanlar açısından benzer gruplar oluşturulmuştur. Araştırmada iki kontrol grubu bulunmakta olup gruplardan biri BDT tekniklerinin uygulandığı grup, diğeri ise araştırma süresince herhangi bir müdahale almamış olan gruptur. Her üç grup için de uygulama öncesi, uygulama ortası, uygulama sonrası ve uygulamadan 3 ay sonra takip ölçümleri alınmıştır. Buna göre araştırma; 3X4'lük bir deneysel araştırma olarak tasarlanmıştır (Bkz. Tablo 2.1). DDT ve BDT gruplarına eş zamanlı olarak 12 haftalık beceri eğitim programı uygulanmıştır. Müdahale almayacak olan kontrol grubuna ise bekleme grubunda oldukları söylenmiştir. Bekleme grubu, DDT ve BDT gruplarının izlem ölçümleri alındıktan sonra DDT Beceri eğitimini almıştır.

Tablo 2.1. Araştırmanın Deseni

	Ön test	Deneysel İşlem	Orta Ölçüm	Son test	İzlem
DDT Grubu	X	DDT Beceri Eğitimi	X	X	X
BDT Grubu	X	BDT Grup Beceri Eğitimi	X	X	X
Kontrol Grubu	X	-	X	X	X

2.2. ÖRNEKLEM

Araştırmanın evreni FMS tanısı almış kadın hastalardan oluşmakta olup, örneklem FMS tanısı almış 42 kadın hastadan oluşmaktadır. Katılımcılar, İstanbul Üniversitesi Tıp fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü Fibromiyalji Polikliniğine başvuran hastalar ile sosyal medya üzerinden yapılan duyurularla çalışmaya başvuran hastalar arasından seçilmiştir. Örneklemin oluşturulması sürecinde 3 ay süre ile fibromiyalji polikliniğinde hasta gözlemi yapılmıştır. Bu süreçte hastaların belirtilerini, tedaviye yaklaşımlarını ve psikolojik durumlarını klinik ortamda gözlemlene ve bilgi edinme fırsatı olmuştur. Çalışmaya katılmak üzere başvuran hastalara ön değerlendirme formu, DSM-V Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği ve Yeniden Gözden Geçirilmiş Fibromiyalji Etki Anket (YFEA) uygulanmış ve çalışmaya katılım koşullarına uygunlukları değerlendirilmiştir.

Araştırmaya dahil olma kriterleri şu şekildedir:

- FMS tanısı almış olmak.
- Kadın olmak.
- 18-45 yaş aralığında olmak.
- YFEA'dan 40-80 puan almış olmak.
- Temel düzeyde bilgisayar ve internet kullanımı bilmek.
- İnternet bağlantısına sahip olmak.
- 12 haftalık programa katılmaya ve sürdürmeye istekli olmak.

Araştırma'nın dışlama kriterleri ise aşağıdaki gibidir.

- Menopoza girmiş olmak.
- Son 1 yıl içerisinde COVID-19 geçirmiş olmak.
- Psikotik bozukluk ve/veya iki uçlu bozukluk olması.
- Alkol ya da madde kullanımı.
- İntihar düşüncesi ya da geçmiş intihar girişimi.

Çalışmaya sosyal medya üzerinden başvuran hastalar, tanılarının güvenilir olması amacıyla ACR-2016 tanı kriterlerine göre değerlendirilmiştir.

2.3. DDT, BDT ve KONTROL GRUPLARININ OLUŞTURULMASI

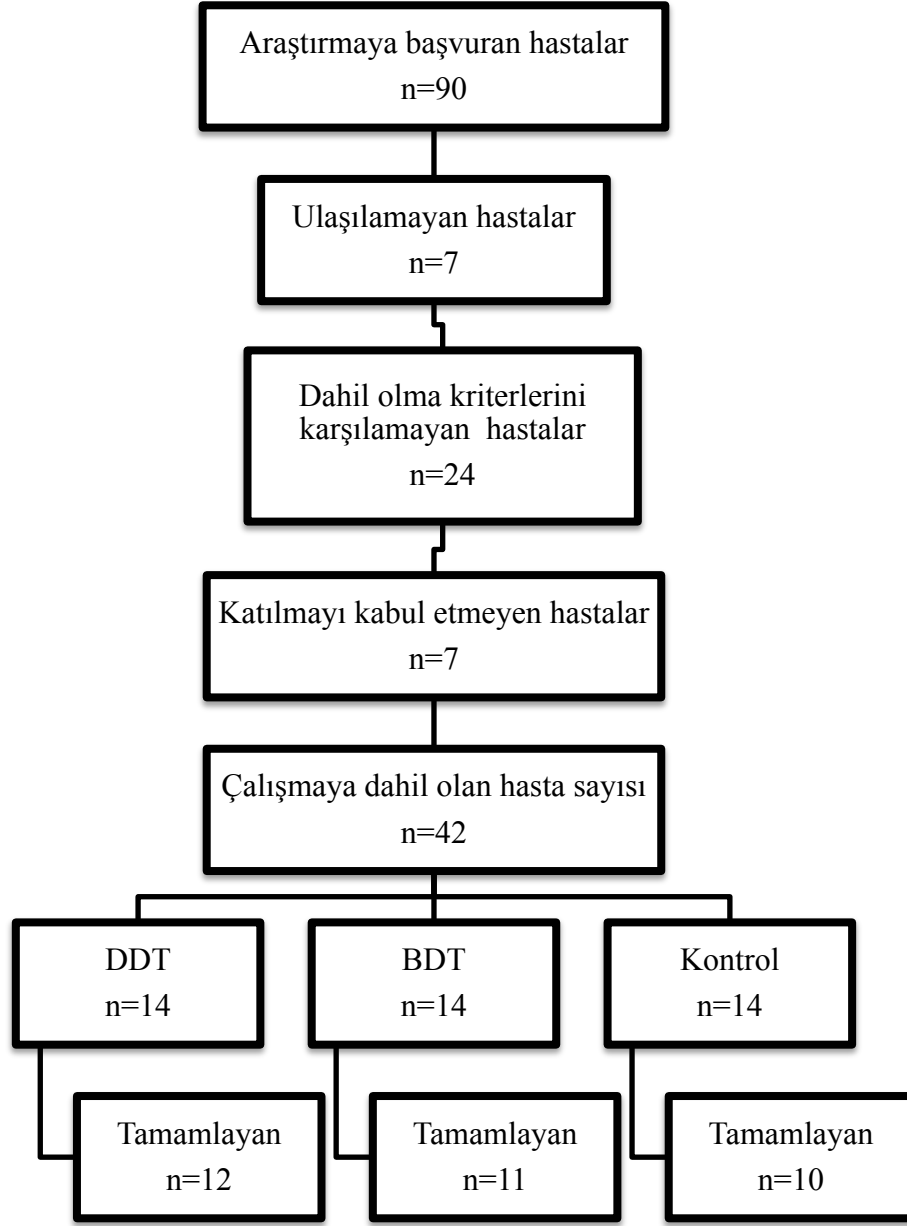
Deney ve kontrol gruplarının yansız bir Şekilde oluŐturulabilmesi için katılımcılar gruplara rastgele atanmıştır. Grupların oluşturulması akıŐı Şekil 2’de gösterilmiştir. Rastgele atama iŐlemi yapan bir internet sitesi aracılığıyla yapılmıştır. Katılımcılar gruplara atandıktan sonra, gruplar ilk lmnden elde edilen YFEA puanı açısından karşılaştırılmıştır. Başlangıçta gruplar benzer ise, grupların son test ölümlerindeki farkın deneysel işlemden kaynaklanmakta olduğu sonucuna varılabilmektedir.

YFEA puanının ön test sonrasında DDT, BDT ve kontrol grupları arasında farklılaŐıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonucu elde edilmiştir (Bkz. tablo 2.2). Analiz sonucunda YFEA puanlarının gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir Şekilde farklılaŐmadıđı görülmüştür ($F(2,30)= 0.07$, $p>.05$). Buna göre grupların YFEA puanı açısından başlangıçta benzer gruplar olduğu anlaşılmıştır. Bu durumda uygulama sonrası gruplar arasında çıkacak olası bir farkın işlemden kaynaklandığını söylemek mümkün olabilecektir (Büyüköztürk, 2007).

Tablo 2.2. YFEA n Test Puanının Gruplara Göre Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması

Grup	Kişi sayısı	Ort±sd	F	<i>p</i>
DDT	14	62 ±9		
BDT	14	61.29±13.96	0.07	.98
Kontrol	14	61.59±9.34		
Toplam	42	61.63±10.67		

Rastgele atanmanın yapılmasının ardından katılımcılara hangi gün ve saatlerde programa katılacakları bildirilmiştir. Katılımcıların hangi grupta olduklarına dair bilgileri olmamıştır. Bekleme grubuna atanan katılımcılara bekleme listesinde oldukları ve sonrasında programa katılacakları, bu süre içerisinde lkleri doldurmaya devam edecekleri bilgisi verilmiştir. Sonrasında her bir grup adına whatsapp grubu kurulmuŐ ve iletişim buradan sađlanmıŐtır.



Şekil 2. Grupların Oluşturulması Akış Şeması

2.3.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Çalışmayı tamamlayan katılımcıların yaşa göre ortalama, standart sapma ve medyan değerleri, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumuna göre tanımlayıcı istatistikleri elde edilmiştir (Bkz. Tablo 2.3 ve 2.4).

Tablo 2.3. Katılımcıların Yaşa Göre Tanımlayıcı İstatistikleri

	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS
Yaş	22-45 (34)	34.82±6.63

Katılımcıların yaşları 22 ile 45 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 34.82 yıldır. Yaş dağılımının standart sapması ise 6.63' tür.

Tablo 2.4. Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

	n	%
Medeni durum		
Evli	23	69.7
Bekar	10	30.3
Çocuk varlığı		
Yok	17	51.4
Tek çocuk	5	15.2
2 çocuk	9	27.3
3 ve üzeri	2	6.1
Eğitim durumu		
İlkokul	3	9.1
Lise	4	12.1
Ön lisans	2	6.1
Lisans	14	42.4
Lisansüstü	10	30.3
Çalışma durumu		
Çalışıyor	21	63.6
Çalışmıyor	10	30.3
İş arıyor	2	6.1

Gelir durumu		
Düşük	2	6
Orta	29	87.9
Yüksek	2	6.1

Katılımcıların %69.7'si (n=23) evli, %30.3'ü (n=10) bekar olup %15.2'sinin (n=5) 1, %27.3'ünün (n=9) 2, %6.1'inin (n=2) ise 3 ve üzeri sayıda çocuğu bulunmaktadır. Katılımcıların %9.1'i (n=3) ilkokul, %12.1'i (n=4) lise, %61'i (n=2) ön lisans, %42.4'ü (n=14) lisans mezunu, %30.3'ü (n=10) lisans üstü eğitime sahiptir ve %63.6'sı (n=21) çalışmakta, %30.3'ü (n=10) çalışmamakta, %6.1'i (n=2) iş aramaktadır. Katılımcıların %6.1'inin (n=2) gelir düzeyi düşük iken, %87.9'unun (n=29) orta düzeyde, %6.1'inin (n=2) ise yüksektir.

2.3.2. Katılımcıların Sağlık ile İlgili Özellikleri

Çalışmayı tamamlayan katılımcıların ilaç kullanımı, eşlik eden kronik ve romatizmal hastalık, vitamin eksikliği, oturma süresi, ağrı kesici kullanım sıklığı, tanı süresi değişkenlerine göre dağılımları tablo 2.5.'te gösterilmiştir.

Tablo 2.5. Katılımcıların Sağlık ile İlgili Özellikleri

	n	%
İlaç kullanımı		
Evet	13	39.4
Hayır	20	60.6
Kronik hastalık		
Evet	6	18.2
Hayır	27	81.8
Romatizmal hastalık		
Evet	12	36.4
Hayır	21	63.6
Vitamin eksikliği		
Evet	14	42.4
Hayır	19	57.6
Oturma süresi		
1 saatten az	15	45.5

1-2 saat	12	36.4
3 saat ve üzeri	6	18.1
Ağrı kesici kullanımı		
Ayda bir kere	7	21.2
Ayda 3-4 kere	14	42.4
Haftada 1 kere	3	9.1
Haftada 2 kere	1	3.1
Haftada 3 kere ve üzeri	8	24.2
Tanı süresi		
1-3 yıl	15	45.5
4-6 yıl	7	21.1
7-10 yıl	5	15.2
10 yıldan daha fazla	6	18.2

Katılımcıların %39.4'ü (n=13) ilaç kullanmakta iken, %18.2'sinin (n=6) kronik hastalığı, %36.4'ünün (n=12) romatizmal hastalığı, %42.4'ünün (n=14) vitamin eksikliği bulunmakta olup %21.2'si (n=7) ayda 1 kere, %42.4'ü (n=14) ayda 3-4 kere, %9.1'i (n=3) haftada 1 kere, %3'ü (n=1) haftada 2 kere, %24.2'si (n=8) haftada 3 veya daha fazla kez ağrı kesici kullanmaktadır. Katılımcıların %45.5'i (n=15) günde 1 saatten az, %36.4'ü (n=12) 1-2 saat arası, %18.2'si (n=6) ise 3 saat ve üzeri süre kesintisiz oturmaktadır. Katılımcıların %45.5'inin (n=15) tanı süresi 1-3 yıl arası iken, %21.2'sinin (n=7) 4-6 yıl arası, %15.2'sinin (n=5) 7-10 yıl arası, %18.2'sinin (n=6) ise 10 yıldan daha uzundur.

2.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

2.4.1. Ön Değerlendirme Formu

Araştırmaya başvuran hastaların dahil olma kriterlerini karşılayıp karşılamadığını değerlendirmek üzere araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formun içeriğinde yaş, menopoza girip girmediği, COVID- 19 geçirip geçirmediği, internet ve bilgisayar kullanım durumları bulunmaktadır. Çalışmaya başvuran hastalara çevrimiçi olarak ilgili form gönderilmiş ve programa katılımları için uygunlukları değerlendirilmiştir.

2.4.2. Demografik Bilgi Formu

Katılımcıların yaş, gelir durumu, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı gibi demografik bilgileri ile ilaç kullanımı, tanı süresi, eşlik eden başka kronik bir hastalığın olup olmadığı, hiç kalkmadan oturulan süre gibi kişisel bilgilerini edinmek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulan sosyo-demografik bilgi formu uygulanmıştır.

2.4.3. DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği Erişkin Formu

DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği, bireylerin psikiyatrik belirtilerini tanımlamak ve şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilen öz bildirim dayalı bir ölçektir. DSM-5 Boyutsal Değerlendirme Araştırma Planlama Konferansı ve DSM Tanı Spektrum Çalışma Grubu tarafından kesitsel belirtileri tanımlayabilmek adına klinisyenlere önerilmiştir. Ölçek toplam 23 madde ve 13 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar, depresyon, mani, öfke, uyku sorunları, bellek sorunları, madde kullanımı, somatik belirti, psikoz, intihar düşüncesi, kişilik, dissosiyasyon, yineleyen düşünce ve davranışlar ve anksiyetedir (Narrow vd., 2013). Ölçeğin kültüre uyarlaması Çökmüş ve arkadaşları (2017) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .94 ve alt boyutlar için madde-toplam korelasyon katsayıları .30 ve .79 arasında bulunmuştur. Ölçeğin geçerliliği için SCL-90 R Belirti Tarama Envanteri ile korelasyon analizi yapılmış ve ölçeklerin toplam puanları arasındaki korelasyon katsayısı .08 olarak bulunmuştur. Yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucuna göre ise Kaiser-Meier-Olkin (KMO) katsayısı .92 olarak bulunmuştur (Çökmüş vd., 2017). Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach Alfa değeri .91 olarak bulunmuştur.

2.4.4. Yeniden Gözden Geçirilmiş Fibromiyalji Etki Anketi (YFEA)

YFEA, Bennett ve diğerleri tarafından Fibromiyalji Etki Anketi'nin (FEA) hastaların belirtilerini ölçmede yetersiz kalması üzerine yeniden gözden geçirilmiş olup amacı FMS hastalarının genel işlevselliğini, semptomlarını ve semptomlarının şiddetini belirlemektir (Bennett vd., 2009). Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Ediz ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam 21 soruluk 3 bölümden oluşmakta ve sorular 0-10 puan arasında yanıtlar verilmektedir. Birinci bölümde hastanın işlevselliğini ölçen 9 soru, ikinci bölümde hastanın genel durumunu ölçen 2

soru ve üçüncü bölümde semptomların şiddetini ölçen toplam 10 soru vardır. Üç bölümden elde edilen puanların ayrı ayrı hesaplanmasının ardından bölüm puanları toplanarak toplam puan elde edilir ve ölçeğin değerlendirmesi bu toplam puan üzerinde yapılır. Toplam puan 0-100 arasında değişmekte ve puan artışı hastalığın şiddetinin arttığını ve hastanın fonksiyonunun bozulduğunu ifade etmektedir. Yapılan güvenilirlik analizlerinde YFEA'nın toplam test tekrar güvenilirliği .83 olarak bulunmuş olup Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı ise .91'dir. Ölçüt-bağıntılı geçerlilik için ise Fibromiyalji Etki Anketi ile korelasyon analizleri yapılmış ve iki ölçek arasındaki korelasyon .87 olarak bulunmuştur (Ediz vd., 2011). Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach Alfa değeri .92 olarak bulunmuştur.

2.4.5. Görsel Analog Ağrı Skalası

Hastaların ağrıyla 0-10 arasında bir çizgide değerlendirdikleri, ağrının şiddetini ölçmeye yarayan skaladır. Ölçeğin bir ucunda hiç ağrı yok diğer ucunda ise en şiddetli ağrı olacak şekilde puanlanmaktadır. 1-3 arası hafif düzeyde ağrı, 4-7 arası orta şiddette ağrı ve 8-10 arası şiddetli ağrı olarak değerlendirilmektedir (Price vd., 1983).

2.4.6. Duyguları Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Formu (DDGÖ-16)

DDGÖ-16, Gratz ve Roemer (2004) tarafından duyguları düzenleme güçlüklerini belirlemek için geliştirilen DDGÖ'nin 16 maddelik kısa formudur. Kısa formunu Bjureberg ve diğerleri geliştirmiştir. DDGÖ-16 5'li Likert tipi bir ölçektir. Orijinal ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .92'dir (Bjureberg vd., 2016). DDGÖ-16'nın ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yiğit ve Yiğit tarafından (2017) yapılmıştır. Uyarlama çalışması yaşları 18-28 arasında değişen 169'u kadın 147'si erkek toplam 316 lisans öğrencisiyle yapılmıştır. Ölçeğin açıklık, amaçlar, dürtü, strateji ve kabul etmeme olmak üzere beş alt boyutu vardır. Alt boyutların yanı sıra değerlendirmede ölçek toplam puanı da kullanılmakta ve yüksek puanlar duygu düzenleme güçlüğüne fazla olduğunu göstermektedir. Ölçeğin ölçüt-bağıntılı geçerliği için Kabul ve Eylem Formu, Berkeley Duygu İfadesi Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri ile korelasyon analizleri yapılmış olup korelasyon katsayıları sırası ile .69, -.28 ve Kısa Semptom Envanterinin alt boyutları için .48 ile .69 arasında değiştiği bulunmuştur.

Ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısı .92 olarak bulunmuştur. Alt boyutlar için ise sırasıyla açıklık .84, amaçlar .84, dürtü .87, strateji .87 ve kabul etmeme .78 olarak bulunmuştur (Yiğit & Guzey Yiğit, 2019). Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach Alfa değeri .94 olarak bulunmuştur.

2.4.7. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilen ölçek; depresyonun fiziksel, bilişsel, duygusal ve motivasyonel belirtilerini ölçen bir kendi değerlendirme aracıdır. Toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 0-3 arasında puanlanmakta olup ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 63'tür. Ölçeğin kesme noktası 17 olarak kabul edilmektedir. Maddelerden 11'i bilişsel belirtileri, 5'i bedensel belirtileri, 2 madde duyguları, 2 madde düşünceleri ve 1 madde de kişilerarası ilişkilerdeki belirtileri ölçmektedir. Ölçeğin kültürümüze uyarlanması Hisli tarafından 1989 yılında yapılmıştır. Yaşları 17-25 arasında değişen 259 üniversite öğrencisiyle yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında yarı test tekniği ve MMPI-D skalası için korelasyon kat sayıları hesaplanmıştır. Korelasyon katsayıları sıra ile .80 ve .74 olarak bulunmuş olup iç tutarlılık katsayısı ise .80 olarak hesaplanmıştır. Eş zamanlı geçerlilik için geçerlilik katsayısı ise .63 olmuştur (Hisli, 1989). 63 psikiyatri hastası ile yapılan bir diğer uyarlama çalışmasında da MMPI-D skalası kriter olarak kullanılmış ve iki ölçek arasındaki korelasyon katsayısı .63 olarak bulunmuştur (Hisli, 1988, 1989). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .86 olarak bulunmuştur.

2.4.8. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

BAÖ, Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen, anksiyete belirtilerini ölçmeyi amaçlayan Likert tipinde bir ölçektir. Toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Maddeler 0-3 puan arasında puanlanmakta ve 0 "hiç", 1 "hafif", 2 "orta düzeyde", 3 "ciddi düzeyde" anlamına gelmektedir. Yüksek puanlar kişinin anksiyete derecesinin yükseldiğini göstermektedir. 8-15 puan hafif düzey, 16-25 puan orta düzey ve 26 puan üzeri ciddi düzeyde anksiyete olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin uyarlama çalışması Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır. Çalışmada ölçeğin güvenilirlik Cronbach Alfa değeri .93 olarak bulunmuştur (M. Ulusoy vd., 1998). Yapılan faktör

analizine göre iki faktör arasındaki korelasyon katsayısı ise .73 olarak hesaplanmıştır. Ölçüt-bağıntılı geçerlilik için Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri, Beck Depresyon Envanteri, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Otomatik Düşünceler Ölçeği ile korelasyon analizleri yapılmış olup korelasyon katsayıları sırası ile .53, .45, .46, .34 ve .41 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .86 olarak bulunmuştur.

2.4.9. Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ)

SDÖ, Simons ve Gaher (2005) tarafından bireylerin sıkıntıya dayanma kapasitelerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş 5'li Likert tipi bir ölçektir. Maddeler 1 “tamamen katılıyorum” ve “5 hiç katılmıyorum” arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin kültüre uyarlanması Sargın ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçek tolerans, regülasyon ve öz yeterlilik alt boyutlarını içeren toplam 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar sıkıntıya dayanma kapasitesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçüt-bağıntılı geçerliği ölçmek için Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rahatsızlıktan Kaçınma Ölçeği ile korelasyon analizi yapılmıştır. Korelasyon katsayıları Sürekli Kaygı için -.38, Beck Anksiyete -.38 ve Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği için .07 olarak bulunmuştur. Toplam madde korelasyonları ise .70 ile .75 arasında değişmektedir. Ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısı ise .89; alt boyutlar için ise sırasıyla tolerans .90, regülasyon .80 ve öz yeterlilik .64 olarak bulunmuştur (Sargın vd., 2012). Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .91 olarak bulunmuştur.

2.4.10. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ)

Brown ve Ryan (2003) tarafından günlük yaşamdaki anlık deneyimlerin farkında ve bunlara karşı dikkatli olma yönündeki genel eğilimi ölçmek amacıyla geliştirilen tek boyutlu ve 15 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .82 olmakla birlikte madde korelasyonları .25 ila .72 arasında değişmektedir (Brown & Ryan, 2003).

Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Özyeşil ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmıştır. Ölçek 6'lı likert tipinde bir ölçektir ve 1-6 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar bilinçli farkındalığın yüksek olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin faktör yapısının geçerliliği için açımlayıcı faktör analizi yapılmış ve KMO katsayısı .82 bulunmuştur. Ölçeğin orijinal ölçekte olduğu gibi tek boyutlu olduğu görülmüştür. Madde toplam korelasyonları 15 madde için .43 ile .68 arasında değişmektedir. Ölçüt-bağıntılı geçerlik için Özanlayış Ölçeği (ÖZAN), Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASÖ), Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği ile korelasyon analizleri yapılmış olup korelasyon değerleri sırasıyla ÖZAN ile .48, DASÖ depresyon boyutu ile -.52, DASÖ stres alt boyutu ile -.53, Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği negatif duygu alt boyutu ile -.42 olarak bulunmuştur.

Yapılan uyarlama çalışmasında ölçeğin iç tutarlılık katsayısının .80 ve test-tekrar test korelasyon katsayısı ise .86 olduğu görülmüştür (Özyeşil vd., 2011). Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach Alfa değeri .87 olarak bulunmuştur.

2.4.11. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

PUKİ, bir aylık süre boyunca bireyin uyku kalitesini ve uykuyla ilişkili bozuklukların varlığını ölçmek amacıyla Buysse ve ark. (1989) tarafından geliştirilmiştir (Buysse vd., 1988). Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ağargün (1996) tarafından yapılmıştır. Ölçekte toplam 24 madde bulunmakta olup bu maddelerin 19'u öz bildirim dayalı maddelerdir. Diğer 5 sorunun ise bireyin aynı odada uyuduğu bir kişi tarafından doldurulması gerekmektedir. Diğer kişi tarafından dolduran maddeler skorlamaya katılmaz. Her bir madde 0-3 puan arasında hesaplanır ve toplam skor 0-21 arasındadır. Yüksek puanlar uyku kalitesinin bozulduğuna işaret etmektedir. Uyarlama çalışmasında ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .80 olarak bulunmuştur (Ağargün, 1996). Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach Alfa değeri ise .84 olarak bulunmuştur.

2.4.12. Kişilerarası Problemler Envanteri (KPE)

KPE, Horowitz ve ark. (2003) tarafından bireylerin kişilerarası ilişkilerde yaşadığı güçlükleri belirlemek amacıyla geliştirilmiş 5'li Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akyunus ve Gençöz (2016) tarafından yapılmıştır. Ölçekte toplam 32 madde vardır ve her biri 4 soru içeren 8 alt boyuta sahiptir. Bu alt boyutlar baskın/ kontrolcülük, kinci/benmerkezcilik, soğuk/mesafelilik, sosyal çekiniklik, kendine güvenmeme/girişken olmama, aşırı uyumluluk,

kendini feda etme, alıcı/talepkarlıktır. Ölçek alt boyutlarıyla değerlendirilebilirken aynı zamanda toplam puanla da değerlendirilebilir. Toplam puan genel kişilerarası problem düzeyini verir ve toplam puan artması problem düzeyinin arttığını ifade etmektedir. Ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısı .86 olarak bulunmuştur. Geçerlilik için Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Temel Kişilik Özellikleri Envanteri kullanılmıştır. Korelasyon katsayıları sırası ile .45, .52, -.32 ve .41 olarak bulunmuştur (Akyunus & Gencoz, 2016). Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .82 olarak bulunmuştur.

2.5. UYGULAMA

2.5.1. DDT-GBE Uygulanması

Deney grubu katılımcılara 12 hafta süre ile DDT-GBE uygulanmıştır. DDT-GBE, araştırmacı tarafından süpervizör eşliğinde yürütülmüştür. Oturumlar haftada bir gün 2 saat süreyle devam etmiştir. Beceri eğitimi oturumları COVID-19 şartları nedeni ile çevrimiçi toplantı programı “Zoom” üzerinden yapılmıştır. Eğitimde kullanılan çalışma ve alıştırma materyalleri, DBT Becerileri Eğitimi Gereçler ve İşlem Çizelgeleri kitabından alınmıştır (Linehan, 2020b). DDT beceri eğitimi 12 haftalık akış ve içerikleri sırasıyla tablo 2.6.’te gösterilmiştir.

Tablo 2.6 DDT-GBE Haftalık Akış ve İçerik

Hafta	Modül	Beceriler
1. Hafta	Oryantasyon, Farkındalık Modülü	DDT beceri eğitimi ve FMS ile ilişkisi Farkındalık modülü amaçları Farkındalık nedir Bilge Zihin
2. Hafta	Farkındalık	Farkındalık Ne Becerileri Gözlemeleme, Tanımlama, Katılma
3. Hafta	Farkındalık	Farkındalık Nasıl Becerileri Yargılamadan Tek Bir Farkındalıkla Etkililik

4. Hafta	Kişilerarası Etkinlik Becerileri	Modülün amaçları Temel Kişilerarası etkinlik becerileri Amaçları netleştirmek Hedef Etkinliği
5. Hafta	Kişilerarası Etkinlik Becerileri	İlişkinin etkin olması becerileri Öz-saygı etkinliği becerileri
6. Hafta	Duygu Düzenleme Becerileri	Duygu Düzenleme Becerileri Hedefleri, Duyguları Anlama ve Adlandırma Duygu Modeli Duyguları Gözlemeleme, Tanımlama ve Adlandırma
7. Hafta	Duygu Düzenleme Becerileri	İstenmeyen duyguları değiştirme Gerçekleri kontrol etme becerisi Hangi beceriyi kullanacağımıza karar verme
8. Hafta	Duygu Düzenleme Becerileri	Sorun çözme ve zıt eyleme hazırlık Zıt Ey
9. Hafta	Duygu Düzenleme Becerileri	Sorun çözme Kırılganlığı azaltma becerileri Kısa Vadede olumlu duygular biriktirmek
10. Hafta	Duygu Düzenleme Becerileri	Olumlu duygular biriktirme: uzun vadede Hakimiyet kurma ve başa çıkma becerileri Bedenine bakarak zihni koruma Uyku hijyeni protokolü
11. Hafta	Stres Toleransı Becerileri	Modülün amaçları Kriz Atlatma Becerileri Stop / Dur becerileri Davranışa karar vermede artılar ve eksiler SESE Becerileriyle Vücut kimyasını değiştirme Dikkat dağıtma Kendini sakinleştirme
12. Hafta	Stres Toleransı Becerileri	Gerçekliği kabullenme becerileri Kökten Kabullenme İsteklilik Yarı tebessüm, Hevesli Eller Hevesli Eller

2.5.1.1. DDT-GBE Oturum Özetleri

Birinci Oturum

Modül: Bilinçli Farkındalık

İlk oturumdan önce tüm katılımcılara oturumun günü ve saatini içeren bir hatırlatma mesajı ile birlikte zoom linki gönderilmiştir. Oturumun başlamasına 10 dakika kala da tekrar başlamak üzere olduğuna dair mesaj gönderilmiştir. İlk oturuma tanışma ve ısınma oyunuyla başlanmıştır. Sonrasında her bir katılımcıya FMS deneyimlerini paylaşımları için zaman tanınmıştır. Ardından grup kurallarının üzerinden geçilmiş ve oturuma başlanmıştır. Katılımcılara beceri eğitimi tanıtılmış ve genel hedefler üzerinde durulmuştur. Genel hedefler ağrı yaşantılarıyla ilişkilendirilerek katılımcılara açıklanmıştır. Örneğin kişilerarası etkinlik modülü için “kişilerarası çatışmaları azaltmanın, kendini ifade edebilmenin ağrıyı azaltacağı” şeklinde hedefler revize edilmiştir. Genel hedeflerin ardından katılımcılara kendilerinin beceri eğitimine katılmaları için özel hedefleri olup olmadığı sorulmuş ve paylaşımlar dinlenmiştir. Ardından farkındalık modülünün tanıtımı yapılmıştır. Farkındalık ve ağrı ilişkisinden bahsederek farkındalık pratiğinin ağrıya uygulanmasından bahsedilmiştir. Sonrasında bilge zihin becerisine geçilmiş ve zihin durumlarından bahsedilmiştir. Bilge zihin becerisi ağrı üzerinden örneklendirilmiş ve grupla birlikte bilge zihin egzersizi yapılmıştır. Farkındalık egzersiziyle de oturum sonlandırılmıştır.

İkinci Oturum

Modül: Bilinçli Farkındalık

Oturuma farkındalık egzersizi ile başlatılmıştır. Geçen hafta hakkında geri bildirimler alınmış ve ödevlerin üzerinden geçilmiştir. Deneyimlerini paylaşmak isteyen katılımcılar dinlenmiştir. Bilge zihin tekrar edilmiş ve becerinin oturması adına grupla birlikte bilge zihin egzersizi yapılmıştır. Sonrasında bilinçli farkındalık “Ne” Becerileri tanıtılmıştır. Gözlemlene, tanımlama ve katılma üzerinde ayrı ayrı durularak pratikler yapılmıştır. Örnekler ve pratikler ağrı yaşantılarıyla ilişkilendirilmiştir. Oturum farkındalık egzersiziyle sonlandırılmıştır.

Üçüncü Oturum

Modül: Bilinçli Farkındalık

Üçüncü oturum farkındalık egzersiziyle başlamış bir önceki haftanın kısa tekrarı yapılmıştır. Ardından ödev kontrolleri yapılmış ve farkındalık pratiklerini yerine getirmekte yaşanan zorluklar konuşulmuştur. Sonrasında bilinçli farkındalık “nasıl” becerileri katılımcılara tanıtılmıştır. Yargılamadan, tek bir farkındalıkla ve etkililik üzerinde tek tek durulmuştur. Yargılamadan becerisi anlatılırken özellikle ağrıyla ilgili yargılayıcı tutumların üzerinden örnekler verilmiş ve bunların bizi nasıl etkilediğinden bahsedilmiştir. Ağrıyı yargılamadan gözlemlene pratiği üzerinde durulmuştur. Tek bir farkındalıkla ve etkililik üzerinden de örnekler verilip pratikler yapılmıştır. Katılımcıların geri bildirimleri ve farkındalık pratiği ile oturum sonlandırılmıştır.

Dördüncü Oturum

Modül: Kişilerarası Etkin Olma

Oturum farkındalık egzersizi ile başlamış ve geçen haftanın pratikleri üzerinde konuşulmuştur. Katılımcıların öğrendikleri becerileri uygulayıp uygulamadıkları, zorlandıkları yerler olup olmadığı tartışılmıştır. Ardından yeni modülün tanıtımı yapılmıştır. Kişilerarası etkin olma modülünün FMS hastaları için öneminden bahsedilmiştir. İlişkilerde yaşanan çatışmaların, istek ve ihtiyaçları dile getirememenin ve hayır diyememenin ağrıya neden olabileceği konuşulmuştur. Katılımcılar da ilişkilerinde yaşadıkları çatışmalardan bahsetmiştir. Sonrasında temel kişilerarası etkin olma becerilerden amaç etkinliği, ilişkide etkin olma ve öz saygıda etkin olma becerilerinden bahsedilmiştir. Amaç etkinliği becerisi detaylandırılmış ve katılımcılarla canlandırma alıştırmaları yapılmıştır. Farkındalık egzersiziyle oturum sonlanmıştır.

Beşinci Oturum

Modül: Kişilerarası Etkin Olma

Farkındalık egzersizi ve hafta boyunca uygulanan beceri kontrolleri ile oturum başlamıştır. Ardından hedef etkinliği becerisi kısaca tekrar edilerek yeni becerilere

geçilmiştir. İlişkide etkin olma ve öz saygıda etkin olma becerilerinin basamakları anlatılmış ve örneklerle pekiştirilmiştir. Yine katılımcılarla canlandırma çalışmaları yapılmıştır. Ne zaman hangi becerinin kullanılacağı konusundan da bahsedilmiş, farkındalık egzersiziyle de oturum sonlanmıştır.

Altıncı Oturum

Modül: Duygu Düzenleme

Farkındalık egzersizi ve ödev kontrolleri ile oturum başlamıştır. Yeni bir modüle geçileceği söylenmiş ve duygu düzenleme modülü tanıtılmıştır. Bu modülün FMS hastaları için neden önemli olduğu konusu konuşulmuştur. Duygu tanıma, duygu ifade etme ve zor duygularla baş etme konusunda FMS hastalarının yaşadıkları zorluklara dair araştırma sonuçları paylaşılmıştır. Bu sayede katılımcıların ilgisini modüle çekmek amaçlanmıştır. Katılımcılara bu alanda çektikleri zorluklar sorulmuş ve isteyenler deneyimleri paylaşmıştır. Sonrasında duygu düzenleme modülünün amaçları konuşulmuştur. Oturumun geri kalan kısmından duyguları anlama ve adlandırma becerisi üzerinde durulmuştur. Duyguları gözleme ve tanımlama aşamaları anlatılmıştır. Katılımcılarla birlikte alıştırmalar yapılmıştır. Farkındalık egzersizi ile birlikte oturum sonlandırılmıştır.

Yedinci Oturum

Modül: Duygu Düzenleme

Farkındalık egzersizi ve çalışma kağıtlarının kontrolü ile oturuma başlanmıştır. Yeni bir beceri olan istenmeyen duyguları değiştirme becerisinin öğretileceği konuşulmuştur. İstenmeyen duyguları değiştirmek için gerçekleri kontrol etme, zıt eylem ve problem çözmenin kullanılacağı anlatılmıştır. Öncelikle bu becerideki ön koşul olan gerçekleri kontrol etme üzerinde durulmuş ve katılımcılara gerçekleri kontrol etmenin basamakları anlatılmıştır. Buradaki ana konunun duyguları ile durumun uyumlu olup olmadığı bulmak olduğu anlatılmış ve örnekler yapılmıştır. Duygularla durum uyumlu olduğunda ne yapacağımız, duygularla durum uyumlu olmadığında ne yapacağımız konuşulmuştur. Farkındalık egzersizi ile oturum sonlandırılmıştır.

Sekizinci Oturum

Modül: Duygu Düzenleme

Farkındalık egzersizi ve çalışma kağıtları kontrolü ile oturum başlamıştır. Gerçekleri kontrol etme aşamaları üzerinden tekrar geçilmiş ve bir sonraki beceri olan zıt eylem tanıtılmıştır. Zıt eylemin durum ve duygu birbiriyle uyuşmuyorsa kullanılan bir beceri olduğu ve zıt eylem yaparak istenmeyen duygunun değiştirilebileceği anlatılmıştır. Nasıl zıt eylem yapılacağı konuşulmuş ve katılımcılarla alıştırmalar yapılmıştır. Öfke, korku, üzüntü ve utanç gibi temel duyguların zıt eylemleri anlatılmıştır. Farkındalık egzersizi ile oturum sonlandırılmıştır.

Dokuzuncu Oturum

Modül: Duyguları Düzenleme

Farkındalık egzersizi ve ödevlerin kontrolü ile oturum başlamıştır. Gerçekleri kontrol etme ve zıt eylemin ardından problem çözme becerisine geçilmiştir. Katılımcılara problem çözmenin duyguyla durum birbiriyle uyumlu olduğunda istenmeyen duyguyu değiştirmek için sorunu çözmeye gerek olduğu anlatılmıştır. Problem çözmenin basamakları üzerinde durulmuştur. FMS hastalarının dışarıya çıkmakta zorlanmaları problemi üzerinden bir örnek oluşturarak katılımcılarla birlikte bu problemin çözümü için basamaklar oluşturulmuştur. Problem çözme becerisinin ardından acı veren duygulara daha az kırılgan olmaya dair beceriler üzerinde durulmuştur. Bu alanda öncelikle kısa vadede olumlu duygular biriktirmek anlatılmış ve katılımcılarla birlikte örnekler yapılmıştır. Farkındalık egzersiziyle oturum sonlandırılmıştır.

Onuncu Oturum

Modül: Duyguları Düzenleme

Farkındalık egzersizi ve ödevlerin kontrolü ile oturum başlamıştır. Kırılganlığı azaltmaya dair becerilere devam edilmiştir. Öncelikle uzun vadede olumlu duygular

biriktirmek üzerinde durulmuştur. Uzun vadede iyi hissetmek için yaşamaya değer bir hayat kurmanın önemi anlatılmıştır. Yaşamaya değer bir hayat için de değerleri belirlemek, değerlere göre hedefler koymak ve kaçınmamak gerektiği anlatılmıştır. Sonrasında bedene iyi bakarak kırılabilirliği azaltma becerilerine geçilmiştir. FMS hastaları için bedenine iyi bakmanın öneminden bahsedilmiştir. Egzersiz yapmak ve sağlıklı beslenme üzerinde durulmuştur. Katılımcıların çoğunun uykularında sorun yaşadıkları bilindiğinde uyku hijyeni protokolü detaylıca ele alınmıştır. Farkındalık egzersizi ile oturum sonlandırılmıştır.

On Birinci Oturum

Modül: Sıkıntıya Dayanma

Farkındalık egzersizi ve ödevlerin kontrolü ile oturum başlamıştır. Yeni modüle geçileceği söylenmiş ve sıkıntıya dayanma modülü tanıtımı yapılmıştır. Bu oturumda da yine sıkıntıya dayanma ve FMS ilişkisinden bahsedilmiş ve bu becerilerin neden işlerine yarayacağı anlatılmıştır. Sonrasında kriz atlama becerilerine giriş yapılmıştır. Kriz atlama becerilerinden DUR, beden kimyasını değiştirme, dikkati dağıtma ve kendini yatıştırma bahsedilmiştir. Her bir alandaki beceriler aşama aşama anlatılmıştır. Beden kimyasını değiştirme becerileri altındaki aşamalı kas gevşeme egzersizi grupla birlikte yapılmıştır. Gevşeme egzersizlerinin ağrı tedavisindeki yeri konuşulmuş ve gevşemeyle ilgili bir yönerge kendilerine verilmiştir. Farkındalık egzersizi ile oturum sonlandırılmıştır.

On İkinci Oturum

Modül: Sıkıntıya Dayanma

Farkındalık egzersizi ve ödevlerin kontrolü ile oturum başlamıştır. Son oturumda gerçekliği kabul becerileri üzerinde durulacağı söylenmiştir. Katılımcılara gerçekliği kabul becerilerinin FMS tedavisindeki öneminden bahsedilmiştir. Bir şeyi kabul etmeden onu değiştirmenin mümkün olmadığı ve ağrının da buna dahil olduğu anlatılmıştır. Sonrasında kabullenme becerilerinde radikal kabul, isteklilik, hevesli eller ve yarım gülümseme anlatılmıştır. Katılımcılarla birlikte hevesli eller ve yarım gülümseme alıştırmaları yapılmıştır. Becerilerin bitmesinin ardından son oturum olduğu

hatırlatarak katılımcılardan beceri eğitiminin geneli hakkında geri bildirimler istenmiştir. Farkındalık egzersizi ile oturum sonlandırılmıştır.

2.5.2. BDT Odaklı Ağrı ile Baş Etme Programının Uygulanması

Yapılan çalışmalar incelendiğinde uygulanan tedavi programlarının ağrıyla ilgili işlevsiz düşüncelerin azaltılması, bilişsel yeniden yapılandırma, ağrıyla başa çıkma, ağrıyla ilgili psiko-eğitim ve gevşeme üzerine odaklanıldığı görülmüştür (Pérez-Aranda vd., 2017). Bu bilgiler ışığında ağrının psikolojik modeli, olumsuz otomatik düşünce, bilişsel yeniden yapılandırma, stres yönetimi, ağrıyla başa çıkma teknikleri, gevşeme ve hareket düzeyini artırma becerilerini içeren bir eğitim programı hazırlanmıştır (Köroğlu, 2011; Türkçapar, 2009). BDT beceri eğitim grubu DDT grubuyla eş zamanlı olarak 12 hafta boyunca devam etmiştir. Oturum süreleri 90 dakikadır. 10 hafta boyunca beceriler öğretilmiş olup son iki hafta da becerilerin tekrarı yapılmıştır. Oturumlar araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Oturumlar DDT grubunda olduğu gibi çevrimiçi olarak “zoom” üzerinden yapılmıştır. Beceri eğitim içerikleri ve haftalık akış tablo 2.6’da gösterilmiştir.

Tablo 2.7. BDT Odaklı Ağrı ile Baş Etme Programı İçerikleri

Hafta	Beceriler
1. Hafta	Oryantasyon, Fibromiyalji nedir, BDT yaklaşımı nedir, BDT kuramında ağrının açıklanması
2. Hafta	Olumsuz otomatik düşünce Düşünce işleme hataları Olumsuz otomatik düşünceyi tanıma
3. Hafta	Olumsuz otomatik düşünceyi yakalama İşlevsiz olan düşünceleri alternatif gerçekçi düşünce ile değiştirme
4. Hafta	Ağrının psikolojik modeli Ağrıyı başlatan ve sürdüren etmenler
5. Hafta	Kendini ortaya koyma Kendini ortaya koymada yardım eden beceriler Kendini ortaya koymayı engelleyen faktörler
6. Hafta	Stres yönetimi Bedensel ayırt etme

7. Hafta	Suluk alıp vererek gevşeme Aşamalı gevşeme Ağrı algısını azaltma becerileri Görselleştirme Güvenli yer oluşturma
8. Hafta	Dikkati nefese odaklama Problem Çözme Becerileri
9. Hafta	FMS’de egzersiz ve aktivite düzeyini artırmak FMS egzersizleri
10. Hafta	Aktif olmak ve keyif alınan etkinlikler planlamak
11. Hafta	Bilişsel Becerilerin Tekrarı
12. Hafta	Davranışsal Becerilerin Tekrarı

2.5.2.1. BDT Odaklı Ağrıyla Baş Etme Grubu Oturum Özetleri

Birinci Oturum

İlk oturumdan önce katılımcılara hatırlatma mesajı ile birlikte zoom linki gönderilmiştir. Her hafta farklı linkler oluşturularak katılımcılara iletilmiştir. Tanışma ve ısınma oyunu ile ilk oturuma başlanmıştır. Katılımcıların tanışmalarının ardından grup kurallarının üzerinden geçilmiştir. Sonrasında FMS, BDT ve BDT kuramında ağrının açıklanmasına dair psiko eğitim verilmiştir. BDT’nin anlaşılabilmesi için duygu, davranış, düşünce modelinden bahsedilmiştir. Ağrıya neden olabilecek olumsuz düşüncelerden ve ağrıya eşlik eden olumsuz duygulardan kısaca bahsedilmiştir. Sonrasında BDT odaklı ağrıyla başa çıkma programının içeriği ve amaçları katılımcılara tanıtılmıştır. Kendilerinin ne gibi amaçları olduğu sorulmuş ve geri bildirimler alınarak oturum sonlandırılmıştır.

İkinci Oturum

İkinci oturumun başlangıcında BDT kuramı üzerinden kısaca tekrar geçilmiştir. Sonrasında olumsuz otomatik düşünce konusuna geçilmiştir. Olumsuz otomatik düşüncelerin çok hızlı bir şekilde zihnimizden geçtiği ve bize olumsuz duygular yaşattığından bahsedilmiştir. Olumsuz otomatik düşünceyi tanımak için o an zihnimden ne geçti, bedenimde ne oluyordu, etrafımda kim vardı, o anda ne yapıyordum gibi sorular sorabilecekleri anlatılmıştır. Düşünce işleme hataları üzerine

konusulmuş ve FMS' de sıklıkla karşılaşılan felaketleştirme, -meli -malı düşünme, abartma, mükemmeliyetçi düşünme gibi zihinsel çarpıtmalardan bahsedilmiştir. Katılımcılara kendilerinin hangi düşünce işleme hatalarını yaptıkları sorulmuştur. Sonrasında katılımcıların olumsuz otomatik düşüncelerini yakalamalarına yardımcı olmak için durum, duygu, düşünce, düşünme biçimi ve davranış sıralamasını içeren örnekler yapılmıştır. Oturum sonunda katılımcılara olumsuz otomatik düşünce kaydı çizelgesi ve ağrı günlüğü çizelgesi verilmiştir.

Üçüncü Oturum

Oturumun başında bir önceki haftanın kısa bir tekrarı yapılmıştır. Olumsuz otomatik düşüncelerin üzerinden geçilmesinin ardından bilişsel yeniden yapılandırma tekniklerine geçilmiştir. Bu tekniklerden alternatif düşünce bulma, kanıt-karşı kanıt, derecelendirilmiş düşünme, yeniden atfetme tekniği tanıtılmıştır. Otomatik düşünce yakalandığında alternatif sağlıklı düşüncenin bulunması için hangi soruların sorulabileceğinden bahsedilmiştir. Oturum sonunda da ağrıya ilgili bir örnek üzerinden kanıt-karşı kanıt tekniği kullanılarak alternatif düşünce bulma alıştırmaları yapılmıştır.

Dördüncü Oturum

Bir önceki haftanın tekrarı ile oturum başlamıştır. Ardından ağrının psikolojik modeline ilişkin bir psiko-eğitim verilmiştir. Ağrıya hazırlayan, ağrıyı başlatan ve sürdüren etmenlerin neler olduğu konuşulmuştur. Ağrının bilişsel, davranışsal ve duygusal sonuçlarından bahsedilerek bunların nasıl tekrar ağrıya neden olduğu anlatılmıştır. İkincil kazançlardan bahsedilmiştir. Katılımcıların da kendi ağrı döngülerini fark etmeleri teşvik edilerek oturum sonlandırılmıştır.

Beşinci Oturum

Önceki haftanın tekrarı ile oturum başlamıştır. Beşinci oturumda kendini ortaya koyma becerilerinin anlatılacağı söylenmiştir. Kendini ortaya koyma isteklerini ve duygularını dile getirebilmeyi içeren becerilerdir. Katılımcılara duygularını ve isteklerini ifade etmekte zorlanıp zorlanmadıkları sorulmuştur. Sonrasında kendini ifade etmekte zorlanmanın ağrıya ilişkisinden bahsedilmiştir. Kendini ortaya

koymada kullanılacak beceriler ve kendini ortaya koymayı engelleyen faktörler anlatılmıştır. Katılımcılardan da bu konuda örnekler istenmiştir. Hafta boyunca kendini ortaya koymalarını gereken bir durum olduğunda bu becerileri kullanabilecekleri söylenerek oturum sonlandırılmıştır.

Altıncı Oturum

Önceki haftanın tekrarı ile oturuma başlanmıştır. Kendini ortaya koyma becerilerinin kullanılıp kullanılmadığı katılımcılara sorulmuş ve geribildirimleri alınmıştır. Ardından stres yönetimi konusuna geçilmiştir. Öncelikle katılımcılara stres nedir, vücuttaki stres döngüsü nasıl oluşur, stres kaynakları ve strese bağlı hastalıkları anlatan bir psiko eğitim verilmiştir. Kronik ağrı ve stres ilişkisinden bahsedilmiştir. Katılımcıların stres kaynaklarının neler olduğu sorulmuştur. Sonrasında stresle başa çıkma yollarından bahsedilmiştir. Bedensel duyumları ayırt etme ve nefes egzersizleri yapılmıştır. Aşamalı kas gevşeme egzersizleri yapılarak oturum sonlandırılmıştır.

Yedinci Oturum

Bir önceki haftanın tekrarı ile oturum başlanmıştır. Sonrasında ağrıyla başa çıkma becerilerine geçileceği söylenmiştir. Becerilere geçilmeden katılımcılara ağrıyla baş etmede hangi yöntemleri kullandıkları sorulmuştur. Aktif ve pasif baş etme davranışlarından bahsedilmiştir. Sonrasında ağrı algısını azaltmak için üç beceri öğretilmiştir. Bunlar; görselleştirme, güvenli yer oluşturma ve dikkati nefese odaklama çalışmaları anlatılmıştır. Her bir becerinin uygulaması katılımcılarla seans içinde yapılmıştır. Ağrıyla baş etmede bu becerileri kullanmaları yönünde teşvik edilerek oturum sonlandırılmıştır.

Sekizinci Oturum

Bir önceki oturumun üzerinden geçerek yeni oturuma başlanmıştır. Sekizinci oturumda problem çözme becerisi konusu işlenmiş ve problem çözmenin aşamaları üzerinden tek tek geçilmiştir. Ağrıyla ilişkili bir problem durum seçilmiş ve katılımcılarla birlikte bu problemin çözüm aşamaları tartışılmıştır.

Dokuzuncu Oturum

Problem çözüme becerilerinin tekrarı ile oturum başlamıştır. Yeni oturumun konusunun egzersiz ve aktivite düzeyini artırmaya yönelik psiko eğitim olduğu söylenmiştir. Katılımcılara FMS' de egzersiz ve fiziksel aktiviteyi artırmanın öneminden bahsedilmiştir. Aktif olmanın önündeki engeller ve aktif olmaya dair mitler konuşulmuştur. Katılımcılara kendilerinin aktif olmasını nelerin engellediği sorulmuştur. Fiziksel aktivitenin düşmesinin dezavantajlarından bahsedilmiştir. FMS' de kullanılan egzersiz yöntemlerinden aerobik, germe ve güçlendirme egzersizleri anlatılmıştır. Katılımcılara bununla ilgili broşür iletilmiştir.

Onuncu Oturum

Bir önceki haftanın tekrarı ile oturum başlamıştır. Aktif olmak ve hareket düzeyini artırmak konularına devam edilmiştir. Aktivite düzeyine artırmak için yapılacaklar üzerinden geçilmiştir. Daha aktif olmak için hedefler koymak ve aktiviteleri planlamak üzerine konuşulmuştur. Katılımcıların daha aktif olmak için neler yapabilecekleri üzerinde tartışılmıştır. Kendileri için bir hedef listesi hazırlamaları söylenmiş ve oturum sonlandırılmıştır.

On Birinci Oturum

Bir önceki haftanın tekrarı ile oturum başlamıştır. Son iki hafta katılımcıların da görüşleri alınarak tekrara ayrılmıştır. Bu haftada bilişsel becerilerin tekrarı yapılmıştır. Olumsuz otomatik düşünce, zihinsel çarpıtmalar ve bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri tekrar edilmiş ve örnekler yapılmıştır.

On İkinci Oturum

Bu haftanın son hafta olduğu hatırlatılarak oturuma başlanmıştır. Planlandığı üzere davranışsal becerilerin tekrarı yapılmıştır. Problem çözüme, kendini ortaya koyma, ağrıyla başa çıkma, aktif olma ve egzersiz becerilerinin üzerinden tekrar geçilmiştir. Katılımcılardan süreç hakkında geri bildirim alınarak oturum sonlandırılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. BULGULAR

3.1. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmaya ilişkin verilerin analizi IBM SPSS 23 istatistik programı kullanılarak yapılmıştır. Çalışma verilerinin raporlanmasında minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, medyan, sıklık ve yüzde değerlerinden faydalanılmıştır. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları basıklık ve çarpıklık değerleri, Shapiro-Wilk testi, grafiksel incelemeler ve z skorları ile birlikte değerlendirilmiştir.

Normallik değerlendirmesi sonucunda tüm verilerin normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. Buna göre öncelikle tüm ölçeklerin ön test puanlarında DDT, BDT ve bekleme gruplarının birbirleri ile karşılaştırılması için Tek Yönlü ANOVA ile yapılmıştır. Sonrasında araştırmanın hipotezlerini test etmek amacıyla ölçeklerden alınan puanların gruplar arası ve grup içi değerlendirilmesinde Tekrarlı Ölçümlerde Karma Desen ANOVA kullanılmıştır. Bu analizin sonucunda ölçüm fark etmeksizin farklı gruplarda olmanın etkisi, grup fark etmeksizin uygulama öncesi (T1), uygulama ortası (T2), uygulama sonrası (T3) ve 3 aylık takipte (T4) ölçümüne göre değişim ve hem farklı gruplarda olma hem de farklı ölçüm zamanlarında olmanın ortak etkisini gösteren grup*ölçüm sonucuna göre puanların değişimi gösterilmektedir. Bu araştırmanın hipotezlerini doğrulamak için grup*ölçüm sonucundan faydalanılmaktadır. Ortaya çıkan farkların kaynağını belirlemek üzere DDT, BDT ve bekleme grupları için Tekrarlı Ölçümlerde Tek Yönlü ANOVA yapılmıştır. T1, T2, T3 ve T4 zamanları arasında oluşan farkın anlamlılığını test etmek için de ölçümler arasındaki farklardan yeni bir değişken oluşturularak Tek Yönlü ANOVA yapılmış ve post hocları açıklanmıştır.

Varyansların homojenliği için Levene testi kullanılmış olup, küresellik varsayımı için de Mauchly's küresellik testinden faydalanılmıştır. Küreselliğin sağlanmadığı durumlarda epsilon değerleri incelenmiş olup epsilonlar .75'ten

küçükse Greenhouse-Geisser, .75'ten büyük ise Huynh-Feldt düzeltmeleri yapılmıştır. Post-hoc testlerdeki çoklu karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır.

Kategorik değişkenlerin analizi için Ki-Kare analizi yapılmıştır (Büyüköztürk, 2007; Can, 2022; Güriş & Astar, 2015).

3.2. DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE İLİŞKİN BULGULAR

DDT, BDT ve kontrol grupları arasında demografik değişkenler açısından fark olup olmadığı belirlemek amacıyla istatistiksel analizler yapılmıştır. Analiz sonuçları tablo 3.1 ve tablo 3.2'de gösterilmiştir.

Tablo 3.1. incelendiğinde DDT, BDT ve kontrol grupları arasında yaş değişkenine göre istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 3.1. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının Yaşa Göre Farklarının Kruskal-Wallis Analizi ile İncelenmesi

	DDT	BDT	Bekleme	Test değeri	<i>p</i>
	Medyan(Q1, Q3)	Medyan(Q1,Q3)	Medyan(Q1,Q3)	(χ^2)	
Yaş	33.5 (32,5,38,5)	40 (26, 41)	31 (27, 40)	1.15	.56

Tablo 3.2. incelendiğinde de DDT, BDT ve kontrol grupları arasında medeni durum, çocuk sayısı, gelir durumu, çalışma durumu, eğitim durumu bakımından istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 3.2. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının Demografik Değişkenler Açısından Farklarının Ki-Kare Analizi ile İncelenmesi

	DDT	BDT	Bekleme	Test değeri (χ^2)	<i>p</i>
	n (%)	n (%)	n (%)		
Medeni durum				1.31	.57
Evli	8 (66.7)	9 (81.8)	6 (60)		
Bekar	4 (33.3)	2 (18.2)	4 (40)		
Çocuk varlığı				2.78	.92
Yok	5 (41.7)	6 (54.5)	6 (60)		
Tek çocuk	3 (25)	1 (9.1)	1 (10)		
2 çocuk	3 (25)	3 (27.3)	3 (30)		
3 ve üzeri	1 (8.3)	1 (9.1)	0 (0)		
Eğitim durumu				8.10	.37
İlkokul	1 (8.3)	1 (9.1)	1 (10)		
Lise	1 (8.3)	0 (0)	3 (30)		
Ön lisans	0 (0)	2 (18.2)	0 (0)		
Lisans	5 (41.7)	6 (54.5)	3 (30)		
Lisansüstü	5 (41.7)	2 (18.2)	3 (30)		
Çalışma durumu				4.81	.26
Çalışıyor	9 (75)	8 (72.7)	4 (40)		
Çalışmıyor	3 (25)	3 (27.3)	4 (40)		
İş arıyor	0 (0)	0 (0)	2 (20)		
Gelir durumu				4.18	.30
Düşük	0 (0)	0 (0)	2 (20)		
Orta	11 (91.7)	10 (90.9)	8 (80)		
Yüksek	1 (8.3)	1 (9.1)	0 (0)		

3.2.1. FMS ile İlgili Diğer Değişkenlere İlişkin Bulgular

DDT, BDT ve bekleme grupları arasında ilaç kullanımı, ağrı kesici kullanım sıklığı, eşlik eden kronik ve romatizmal hastalık, vitamin eksikliği, gün içerisinde hiç kalkmadan oturulan süre ve tanı süresi açısından fark olup olmadığı belirlemek amacıyla istatistiksel analizler yapılmıştır. Analiz sonuçları tablo 3.3.'de gösterilmiştir.

Tablo 3.3. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının İlişkili Değişkenler Açısından Farklarının Ki-Kare Analizi ile İncelenmesi

	DDT n (%)	BDT n (%)	Bekleme n (%)	Test değeri (χ^2)	<i>p</i>
İlaç kullanımı				1.00	.67
Evet	6 (50)	4 (36.4)	3 (30)		
Hayır	6 (50)	7 (63.6)	7 (70)		
Kronik hastalık				4.25	.12
Evet	4 (33.3)	0 (0)	2 (20)		
Hayır	8 (66.7)	11 (100)	8 (80)		
Romatizmal hastalık				2.64	.25
Evet	4 (33.3)	6 (54.5)	2 (20)		
Hayır	8 (66.7)	5 (45.5)	8 (80)		
Vitamin eksikliği				1.12	.61
Evet	4 (33.3)	6 (54.5)	4 (40)		
Hayır	8 (66.7)	5 (45.5)	6 (60)		
Oturma süresi				1.39	.93
1 saatten az	6 (50)	4 (36.4)	5 (50)		
1-2 saat	4 (33.3)	4 (36.4)	4 (40)		
3 saat ve üzeri	2 (16.7)	3 (27.3)	1 (10)		
Ağrı kesici kullanımı				5.86	.77
Ayda bir kere	2 (16.7)	2 (18.2)	3 (30)		
Ayda 3-4 kere	5 (41.7)	6 (54.5)	3 (30)		
Haftada1 kere	2 (16.7)	1 (9.1)	0 (0)		
Haftada2 kere	1 (8.3)	0 (0)	0 (0)		
Haftada3 kere ve üzeri	2 (16.7)	2 (18.2)	4 (40)		

Tanı süresi				6.55	.38
1-3 yıl	7 (58.3)	4 (36.4)	4 (40)		
4-6 yıl	1 (8.3)	2 (18.2)	4 (40)		
7-10 yıl	3 (25)	1 (9.1)	1 (10)		
10 yıldan daha fazla	1 (8.3)	4 (36.4)	1 (10)		

Tablo 3.3 incelendiğinde DDT, BDT ve kontrol grupları arasında ilaç kullanımı, kronik hastalık varlığı, romatizmal hastalık varlığı, vitamin eksikliği varlığı, oturma süresi, ağrı kesici kullanımı ve tanı süresi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>.05$).

3.3. DDT-GBE, BDT ve BEKLEME GRUPLARININ FMS BELİRTİLERİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR

3.3.1. YFEA için DDT, BDT ve Bekleme Grubuna İlişkin Bulgular

Bu bölümde DDT, BDT ve bekleme gruplarının YFEA puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri, Tek Yönlü ANOVA sonuçları ve tekrarlı ölçümlerde İki Yönlü ANOVA sonuçları ve tekrarlı ölçümlerde Tek Yönlü ANOVA sonuçları açıklamıştır.

Tablo 3.4. DDT, BDT ve Bekleme Grubu Katılımcıların YFEA Ön-Test, Orta Ölçüm, Son-Test Ve Takip Ölçümüne İlişkin Ortalama Ve Standart Sapma Değerleri

YFEA	DDT Ort±SS	BDT Ort±SS	Bekleme Ort±SS
Ön test	61.33±9.37	60.36±12.93	62.21±10.94
Orta test	35.78±18.30	58.36±13.26	63.78±10.9
Son test	29.42±18.21	50.35±19.77	56.65±15.87
Takip	24.22±13.66	49.28±20.47	57.89±18.82

Tablo 3.4. incelendiğinde ön test puan ortalamaları açısından gruplar arasında puanların yakın olduğu görülmektedir. Orta ölçümdeki puan ortalamalarına bakıldığında DDT grubu puan ortalamalarının BDT ve bekleme gruplarından daha düşük olduğu görülmektedir. Yine son testte ve takip ölçümünde de DDT puan ortalamalarının BDT ve bekleme gruplarından daha düşük olduğu anlaşılmaktadır. Bütün gruplarda ön test ve takip ölçümlerinde YFEA puan ortalamalarında düşüş

olduğu görülmüştür. Ancak DDT grubunda puan ortalamalarındaki azalmanın BDT ve bekleme gruplarına göre daha fazla olduğu görülmüştür.

Tablo 3.5. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının YFEA Ön-Test Ölçümü Bakımından Tek Yönlü ANOVA İle Karşılaştırılması

YFEA	DDT	BDT	Bekleme	F	p
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Ön test	61.33±9.37	60.36±12.93	62.21±10.94	0.07	.93

YFEA ön test puanlarının DDT, BDT ve bekleme gruplarına göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü ANOVA sonucuna göre gruplar arasında YFEA ön test puanları açısından istatistiki olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($F_{(2,30)} = 0.07, p > .05$).

Tablo 3.6 DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının YFEA Puanlarının Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü ANOVA ile İncelenmesi

Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p	η^2
Denekler arası						
Grup	12308.24	2	6154.12	10.08	.00	.40
Hata	18301.95	30	610.06			
Denekler içi						
Ölçüm	6271.07	3	2090.35	16.83	.00	.35
Grup*Ölçüm	4162.07	6	693.69	5.58	.00	.27
Hata	11176.90	90	124.18			

Tablo 3.6 incelendiğinde DDT-GBE' nin etkisini gösteren grup*ölçüm ortak etkisine bakıldığında YFEA puanları üzerindeki ortak etkilerinin istatistiki olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($F_{(6,90)} = 5.58; p < .05$), $\eta^2 = .27$). Buna göre DDT, BDT ve bekleme grubunda olma ile ilk, orta, son ve takip zamanlarında alınan ölçümlerin ortak etkisi anlamlıdır. Bu farklılığın yaklaşık %27'si açıklanmaktadır.

Grup ana etkisine bakıldığında YFEA ön-test, orta, son-test ve takip ölçümleri puanları arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F_{(2,30)}= 10.08$; $p < .05$, $\eta^2 = .40$). Bu bulguya göre DDT, BDT ve bekleme gruplarındaki katılımcıların YFEA puan ortalamaları ölçüm fark etmeksizin birbirinden farklılaşmaktadır. Bu farklılığın yaklaşık %40'ı açıklanmaktadır.

Zaman ana etkisine bakıldığında katılımcıların uygulama öncesi, ortası, sonrası ve takip puanlarının grup farketmeksizin anlamlı derecede birbirinden farklılaştığı görülmektedir ($F_{(3,30)}= 16.83$; $p < .05$, $\eta^2 = .35$). Bu değişimin yaklaşık %35'i açıklanmaktadır.

Farklılıkların kaynağını belirlemek üzere Tekrarlı Ölçümlerde Tek Yönlü ANOVA yapılmış ve sonuçları tablo 3.7.'de gösterilmiştir.

Tablo 3.7. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarında YFEA İçin Tekrarlı Ölçümler İçin Tek Yönlü ANOVA Sonuçları

YFEA	KT	Sd	KO	F	<i>p</i>	η^2
DDT	9749.99	3	3249.99	21.88	.00	.66
BDT	1030.60	3	343.534	2.71	.05	.21
Bekleme	347.76	3	115.92	1.21	.32	.11

Ortalamalar Arası Değişim										
Grup	Ön	Orta	Son	Takip	Değişim					
	Ort (ss)	Ort (ss)	Ort (ss)	Ort (ss)	T1- T2	T1- T3	T1- T4	T2- T3	T2- T4	T3- T4
DDT	61.33 (9.37)	35.78 (18.3)	29.42 (18.21)	24.22 (13.66)	.00	.00	.00	1.00	.21	1.00
BDT	60.36 (12.93)	58.36 (13.26)	50.35 (19.77)	49.28 (20.47)	1.00	.36	.07	.58	.82	1.00
Bekleme	62.21 (10.94)	63.78 (10.9)	56.65 (15.87)	57.89 (18.82)	1.00	1.00	1.00	.76	1.00	1.00

Tablo 3.7. incelendiğinde DDT grubunda; zaman içerisinde gözlenen değişim anlamlı bulunmuştur ($F_{(3,90)}=21.88$; $p<.001$, $\eta^2=.66$). DDT grubu YFEA ön test puanı (61.33 ± 9.37) ile DDT grubu YFEA orta test puanı (35.78 ± 18.3) arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<.001$). DDT grubu YFEA ön test puanı (61.33 ± 9.37) ile DDT grubu YFEA son test puanı (29.42 ± 18.21) arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<.001$). DDT grubu YFEA ön test puanı (61.33 ± 9.37) ile takip puanı (24.22 ± 13.66) arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<.001$). DDT grubu YFEA orta test puanı (35.78 ± 18.3) ile YFEA son test puanı (29.42 ± 18.21) arasındaki farkın ve DDT grubu YFEA orta test puanı (35.78 ± 18.3) ile YFEA takip puanı (24.22 ± 13.66) arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>.05$). Diğer yandan DDT grubu YFEA son test puanı (29.42 ± 18.21) ile YFEA takip puanı (24.22 ± 13.66) arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı değildir ($p>.05$).

BDT grubunda; zaman içerisinde gözlenen değişim anlamlı bulunmamıştır ($F_{(3,90)}=3.07$; $p>.05$, $\eta^2=0.21$).

Bekleme grubunda; zaman içerisinde gözlenen değişim anlamlı bulunmamıştır ($F_{(3,90)}=1.11$; $p>.05$, $\eta^2=0.11$).

Tablo 3.8. YFEA için Ölçümler Arasındaki Farkların Tek Yönlü ANOVA ile İncelenmesi

YFEA	DDT	BDT	Bekleme	Test Değeri	
Farklar	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	F	p
Ön-Orta	-25.55±17.63	-2.00±17.00	1.57±7.18	10.93	.00
Ön-Son	-31.92±20.08	-10.01±15.67	-5.56±16.8	7.17	.00
Ön-Takip	-37.11±15.69	-11.08±12.05	-4.32±17.18	14.90	.00
Orta-Son	-6.36±17.89	-8.01±14.57	-7.13±13.44	0.03	.96
Orta-Takip	-11.56±16.65	-9.08±18.66	-5.89±14	0.31	.73
Son-Takip	-5.20±14.97	-1.07±15.57	1.24±11.72	0.57	.56

Tablo 3.8. incelendiğinde gruplar arasında ön teste göre orta test puanlarında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($F_{(2,30)}=10.93$, $p<.001$). Yapılan post-hoc değerlendirmeler sonucunda DDT grubu

katılımcılarda YFEA puanı açısından gözlenen değişimin BDT ve bekleme grubu katılımcıların puanlarında aynı süreçte gözlenen değişimden daha büyük olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p<.001$, $p<.001$).

Gruplar arasında ön teste göre son test puanlarında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($F_{(2,30)}= 7.17$, $p<.05$). Yapılan post-hoc değerlendirmeler sonucunda DDT grubu katılımcılarda gözlenen değişimin BDT ve bekleme grubu katılımcıların YFEA puanlarında aynı süreçte gözlenen değişimden daha büyük olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=.01$, $p<.001$).

Gruplar arasında ön teste göre takip puanlarında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($F_{(2,30)}=14.90$, $p<.001$). Yapılan post-hoc değerlendirmeler sonucunda DDT grubu katılımcıların YFEA puanlarında gözlenen değişimin BDT ve bekleme grubu katılımcıların puanlarında aynı süreçte gözlenen değişimden daha büyük olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p<.01$, $p<.00$).

Gruplar arasında orta teste göre son test ve takip puanlarında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{(2,30)}=0.96$; $p>.05$, ($F_{(2,30)}=0.31$; $p>.05$).

Gruplar arasında son teste göre takip puanlarında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{(2,30)}=0.57$; $p>.05$).

Buna göre DDT-GBE'nin 6. haftasında, beceri eğitimi sonrasında ve 3 aylık takip süreci sonundaki YFEA puanlarının uygulama öncesi YFEA puanlarına göre azalmış olması, uygulama sonrası ve 3 aylık takip sürecinde etkinin devam etmesi, ölçümler arasındaki farkların karşılaştırılmasında yine ön-test ve orta, ön-test ve son, ön-test ve takip puanları arasındaki farkların anlamlı olması ve farklar incelendiğinde bu farkların DDT grubundan kaynaklandığının görülmesi, BDT ve bekleme grubu arasında fark olmaması, DDT grubunda uygulanan DDT-GBE'nin YFEA puanlarını azaltmada etkili olduğunu göstermektedir.

3.3.2. VAS için DDT, BDT ve Bekleme Grubuna İlişkin Bulgular

Bu bölümde DDT, BDT ve bekleme gruplarının VAS puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri, tek yönlü ANOVA sonuçları ve tekrarlı

ölçümlerde iki yönlü ANOVA sonuçları ve tekrarlı ölçümlerde tek yönlü ANOVA sonuçları açıklanmıştır.

Tablo 3.9. VAS İçin DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının Ön-Test, Orta, Son-Test Ve Takip Ölçümlerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

VAS	DDT	BDT	Bekleme
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Ön	6.92±1.44	7±1.84	7.2±0.92
Orta	4.5±2.02	7.18±2.09	7.2±1.48
Son	4.5±2.07	6.36±2.54	6.9±1.66
Takip	4±2.41	6.18±2.23	6.6±2.07

Tablo 3.9'a bakıldığında DDT grubunda VAS için ön test puan ortalamasının $\bar{x} = 6,92$, orta ölçüm $\bar{x}=4,5$, son-test $\bar{x}= 4,5$ ve takip ölçümü $\bar{x}=4$ olduğu görülmektedir. Ölçümler arasındaki azalmaya bakıldığında ön test ve son test arasında VAS puan ortalamasının azaldığı görülmektedir. BDT ve bekleme gruplarının puan ortalamaların bakıldığında ise ön-test, orta, son-test ve takip arasındaki farkın DDT grubuna göre daha az olduğu görülmüştür. Buna göre DDT yani deney grubunda VAS puan ortalamalarının DDT ve bekleme gruplarına göre daha fazla azaldığı söylenebilmektedir.

Tablo 3.10. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının VAS Ön-Test Ölçümü Bakımından Tek Yönlü ANOVA ile Karşılaştırılması

VAS	DDT	BDT	Bekleme	F	p
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss		
Ön	6.92±1.44	7±1.84	7.2±0.92	0.16	.84

Tablo 3.10 incelendiğinde yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre; DDT, BDT ve bekleme gruplarında VAS ön test puanları açısından istatistiki olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($F_{(2,30)} = 0.16, p>.05$).

Tablo 3.11. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının VAS Puanlarının Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü ANOVA ile İncelenmesi

Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p	η ²
Denekler arası						
Grup	105.47	2	52.73	8.17	.00	.35
Hata	193.50	30	6.45			
Denekler içi						
Ölçüm	37.97	3	12.65	4.25	.00	.12
Grup*Ölçüm	30.26	6	5.04	1.69	.13	.10
Hata	267.73	90	2.97			

Tablo 3.11'e göre farklı gruplarda olma ve ölçümün VAS puanları üzerindeki ortak etkisini gösteren grup*ölçüm sonucuna bakıldığında istatistiki olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($F_{(6,90)} = 1.69$; $p > .05$, $\eta^2 = .13$).

Grup ana etkisine bakıldığında VAS ön-test, orta, son-test ve takip ölçümleri puanları arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F_{(2,30)} = 8.17$; $p < .05$, $\eta^2 = .35$). Bu bulguya göre DDT, BDT ve bekleme gruplarındaki katılımcıların VAS puan ortalamaları ölçüm fark etmeksizin birbirinden farklılaşmaktadır. Bu farklılığın yaklaşık %35'i açıklanmaktadır.

Zaman ana etkisine bakıldığında katılımcıların uygulama öncesi, ortası, sonrası ve takip puanlarının anlamlı derecede birbirinden farklılaştığı görülmektedir ($F_{(3,90)} = 4.25$; $p < .05$, $\eta^2 = .12$). Bu farklılığın yaklaşık %12'si açıklanmaktadır.

Farklılıkların kaynağını belirlemek üzere Tekrarlı Ölçümlerde Tek Yönlü ANOVA yapılmış ve sonuçları tablo 3.12.'de gösterilmiştir.

Tablo 3.12. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarında VAS için tekrarlı ölçümlerde tek yönlü ANOVA sonuçları

VAS	KT	Sd	KO	F	<i>p</i>	η^2					
DDT	62.06	3	20.68	5.95	.00	.35					
BDT	7.27	3	2.57	0.82	.48	.07					
Bekleme	2.47	3	0.82	0.37	.77	.04					
Ortalamalar arası değişim											
Grup	Ön	Orta	Son	Takip	Değişim						
	Ort (ss)	Ort (ss)	Ort (ss)	Ort (ss)	T1- T2	T1- T3	T1- T4	T2- T3	T2- T4	T3- T4	
DDT	6.92 (1.44)	4.5 (2.02)	4.5 (2.07)	4 (2.41)	.02	.03	.01	1.00	1.00	1.00	
BDT	7 (1.84)	7.18 (2.09)	6.36 (2.54)	6.18 (2.23)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
Bekleme	7.2 (0.92)	7.2 (1.48)	6.9 (1.66)	6.6 (2.07)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	

Tablo 3.12. incelendiğinde VAS puanları için DDT grubunda; zaman içerisinde gözlenen değişim anlamlı bulunmuştur ($F_{(3,90)}=5.95; p<.05, \eta^2=.35$). DDT grubu VAS ön test puanı (6.92 ± 1.44) ile DDT grubu VAS orta test puanı (4.5 ± 2.02) arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=.02$). DDT grubu VAS ön test puanı (6.92 ± 1.44) ile DDT grubu VAS son test puanı (4.5 ± 2.07) arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=.03$). DDT grubu VAS ön test puanı (6.92 ± 1.44) ile takip puanı (4 ± 2.41) arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p=.01$). DDT grubu VAS orta test puanı (4.5 ± 2.02) ile VAS son test puanı (4.5 ± 2.07) arasındaki farkın ve DDT grubu VAS orta test puanı (4.5 ± 2.02) ile VAS takip puanı (4 ± 2.41) arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>.05$). Diğer yandan DDT grubu VAS son test puanı (4.5 ± 2.07) ile VAS takip puanı (4 ± 2.41) arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı değildir ($p>.05$).

BDT grubunda; VAS puanlarında zaman içerisinde gözlenen değişim anlamlı bulunmamıştır ($F_{(3,90)}=0.82; p>.05, \eta^2=.07$).

Bekleme grubunda; zaman içerisinde gözlenen değişim anlamlı bulunmamıştır ($F_{(3,90)}=0.37$; $p>.05$, $\eta^2=0.04$).

Tablo 3.13 Ölçümler Arasındaki Farkların Tek Yönlü ANOVA ile İncelenmesi

VAS	DDT	BDT	Bekleme	Test Değeri	
Farklar	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	F	<i>p</i>
Ön-Orta	-2.42±2.27	0.18±2.48	0±1.76	2.85	.01
Ön-Son	-2.42±2.43	-0.64±2.11	-0.3±2.16	2.90	.04
Ön-Takip	-2.92±2.54	-0.82±2.14	-0.6±2.27	3.43	.04
Orta-Son	0±2.73	-0.82±2.93	-0.3±2	0.28	.75
Orta-Takip	-0.5±3.12	-1±2.93	-0.6±2.59	0.09	.91
Son-Takip	-0.5±2.65	-0.18±2.23	-0.3±1.7	0.05	.94

Tablo 3.13 incelendiğinde gruplar arasında ön teste göre orta test puanlarında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($F_{(2,30)}=2.85$; $p<.05$). Yapılan post-hoc değerlendirmeler sonucunda DDT grubundaki katılımcılarda gözlenen değişimin BDT ve bekleme grubu katılımcıların VAS puanlarındaki aynı süreçte gözlenen değişimden daha büyük olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=.02$, $p=.04$).

Gruplar arasında ön teste göre son test puanlarında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($F_{(2,30)}=2.90$; $p<.05$). Yapılan post-hoc değerlendirmeler sonucunda DDT grubundaki katılımcılarda gözlenen değişimin BDT ve bekleme grubu katılımcıların VAS puanlarındaki aynı süreçte gözlenen değişimden daha büyük olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=.02$, $p=.04$).

Gruplar arasında ön teste göre takip puanlarında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($F_{(2,30)}=3.43$; $p<.05$). Yapılan post-hoc değerlendirmeler sonucunda DDT grubundaki katılımcılarda gözlenen değişimin BDT ve bekleme grubu katılımcıların VAS puanlarındaki aynı süreçte gözlenen değişimden daha büyük olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=.02$, $p=.04$).

Gruplar arasında orta teste göre son test ($F_{(2,30)}=0.28$; $p>.05$) orta teste göre takip puanlarında ($F_{(2,30)}=0.09$; $p>.05$) gözlenen değişim bakımından istatistiksel

olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Gruplar arasında son teste göre takip puanlarında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{(2,30)}=0.05$; $p>.05$). Son teste göre takip puanlarında değişim olmaması DDT-GBE'nin etkisinin devam ettiğini göstermektedir.

Buna göre; grup*ölçüm ortak etkisi anlamlı olmasa da DDT grubunda uygulama sonrası ve takip ölçümünde VAS puanlarının ön-teste göre anlamlı şekilde azalmış olması, BDT ve bekleme gruplarında VAS puanlarının ölçümler arasında anlamlı bir değişim göstermemesi, gruplar arasında orta ölçüm, son-test ve takip ölçümünde anlamlı farklar olması ve yapılan post hoc değerlendirmelerde DDT grubunun VAS puanlarının diğer gruplardan düşük olması nedeniyle, farkın DDT grubundan kaynaklanması DDT-GBE'nin VAS ağrı puanları üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir.

3.3.3. BİFÖ için DDT, BDT ve Bekleme Gruplarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde DDT, BDT ve bekleme gruplarının BİFÖ puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri, tek yönlü ANOVA sonuçları, tekrarlayan ölçümlerde iki yönlü ANOVA sonuçları ve tekrarlı ölçümler için ANOVA sonuçları açıklanmıştır.

Tablo 3.14. BİFÖ İçin DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının Ön-Test, Orta, Son-Test Ve Takip Ölçümlerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

BİFÖ	DDT	BDT	Bekleme
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Ön	59.42±14.59	51.64±13.97	55.4±13.96
Orta	60±14.27	46.45±12.36	50.8±13.46
Son	63.67±17.81	52.55±14.17	53.1±12.35
Takip	66.83±17.69	57±11.76	48.2±13.92

Tablo 3.14 incelendiğinde DDT grubunda BİFÖ puan ortalamasının ön testte $\bar{x}=59,42$ iken takip ölçümünde $\bar{x}=66.83$ olduğu görülmektedir. BDT grubunda ise bilinçli farkındalık puan ortalaması ön testte $\bar{x}=51.64$ iken orta ölçümde azalarak $\bar{x}=46.45$ olmuştur. Son-test ve izlemde ise ön teste göre arttığı görülmektedir. Bekleme grubunda ise bilinçli farkındalık ortalaması ön testte $\bar{x}= 55.4$ iken göre orta ölçüm,

son-test ve takip ölçümünde azalarak takip ölçümünde ortalamanın $\bar{x}= 48.2$ olduğu görülmüştür.

Tablo 3.15. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının BİFÖ ön-test, orta ölçüm, son-test ve takip ölçümü bakımından tek yönlü ANOVA karşılaştırılması

BİFÖ	DDT	BDT	Bekleme	F	p
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss		
Ön	59.42±14.59	51.64±13.97	55.4±13.96	0.86	.43

Tablo 3.15 incelendiğinde yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre; DDT, BDT ve bekleme gruplarında BİFÖ ön test puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($F_{(2,30)}= 0.86, p>.05$).

Tablo 3.16. DDT, BDT ve Kontrol Gruplarının BİFÖ Puanlarının Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü ANOVA ile İncelenmesi

Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p	η^2
Denekler arası						
Grup	3423.25	2	1711.62	2.60	.09	.14
Hata	19721.99	30	657.40			
Denekler içi						
Ölçüm	451.31	3	218.10	2.62	.07	.08
Grup*Ölçüm	838.63	6	202.62	2.43	.05	.14
Hata	5161.75	90	83.14			

Tablo 3.16'ya bakıldığında DDT, BDT ve bekleme gruplarında olmanın ve uygulama öncesi, ortası, uygulama sonrası ve 3 aylık takip süresine göre ölçüm alınmasının BİFÖ puanları üzerindeki grup*ölçüm ortak etkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($F_{(6,90)}= 2.43; p>.05, \eta^2 = .14$).

Grup ana etkisine bakıldığında BİFÖ puanlarına ilişkin farklarının istatistiki olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($F_{(2,30)}= 2.60; p>.05, \eta^2 = .14$).

Zaman ana etkisine bakıldığında ön-test, orta ölçüm, son test ve takip ölçümü arasında BİFÖ puanları açısından farklılığın olup olmadığına bakıldığında BİFÖ puanlarının ölçümlere göre anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur ($F_{(3,90)}= 2.62$; $p> .05$, $\eta^2=.080$).

Ölçüm zamanları arasında değişim olup olmadığı belirlemek üzere Tekrarlı Ölçümlerde Tek Yönlü ANOVA yapılmış ve sonuçları tablo 3.17’de gösterilmiştir.

Tablo 3.17. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarında BİFÖ için tekrarlı ölçümler için ANOVA sonuçları

BİFÖ	KT	Sd	KO	F	<i>p</i>	η^2
DDT	430.72	3	143.57	2.86	.05	.20
BDT	617.63	1.737	355.60	2.26	.16	.18
Bekleme	285.87	3	95.29	3.30	.05	.26

Ortalamalar Arası Değişim										
Grup	Ön	Orta	Son	Takip	Değişim					
	Ort (ss)	Ort (ss)	Ort (ss)	Ort (ss)	T1- T2	T1- T3	T1- T4	T2- T3	T2- T4	T3- T4
DDT	43.92 (17.07)	51.58 (14.74)	38.50 (15.84)	35.50 (17.03)	1.00	1.00	.27	1.00	.10	1.00
BDT	50.09 (10.28)	54.64 (12.11)	46.82 (13.2)	44.82 (13.58)	1.00	1.00	1.00	.08	.05	1.00
Bekleme	44.7 (17.56)	47.7 (16.91)	47.6 (16.78)	50.3 (21)	.37	1.00	.18	1.00	1.00	1.00

DDT grubunda; BİFÖ puanlarında zaman içerisinde gözlenen değişim anlamlı bulunmamıştır ($F_{(3,90)}=2.86$; $p>.05$, $\eta^2=0.20$).

BDT grubunda; BİFÖ puanları için zaman içerisinde gözlenen değişim anlamlı bulunmamıştır ($F_{(1.73,90)}=2.26$; $p>.05$, $\eta^2=0.23$).

Bekleme grubunda; BİFÖ puanlarının zaman içerisinde gözlenen değişimi anlamlı bulunmamıştır ($F_{(3,90)}=3.20$; $p>.05$, $\eta^2=0.26$).

Tüm bulgular birlikte değerlendirildiğinde DDT grubundaki katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerinin bekleme grubuna göre daha yüksek olduğu ancak istatistiki olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. DDT grubunda beceri eğitime bağlı olarak bilinçli farkındalık düzeyinde anlamlı bir değişiklik olmamıştır.

3.3.4. DDGÖ için DDT, BDT ve Bekleme Grubuna İlişkin Bulgular

Bu bölümde DDT, BDT ve bekleme gruplarının DDGÖ puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri, tek yönlü ANOVA sonuçları ve tekrarlı ölçümlerde iki yönlü ANOVA sonuçları ve tekrarlı ölçümlerde tek yönlü ANOVA sonuçları açıklanmıştır.

Tablo 3.18. DDGÖ İçin DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının Ön-Test, Orta, Son-Test Ve Takip Ölçümlerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

DDGÖ	DDT	BDT	Bekleme
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Ön	43.92±17.07	50.09±10.28	44.7±17.56
Orta	51.58±14.74	54.64±12.11	47.7±16.91
Son	38.50±15.84	46.82±13.2	47.6±16.78
Takip	35.50±17.03	44.82±13.58	50.3±21

Tablo 3.18 incelendiğinde DDGÖ ortalamalarının tüm gruplarda ön-test ve orta ölçüm arasında yükseldiği görülmektedir (sırasıyla \bar{x} =43.92- 51.58, \bar{x} =50.09-54.64, \bar{x} =44.7-47.7). Son-test ve 3 aylık takip ölçümünde DDT ve BDT gruplarında DDGÖ puan ortalamalarının azaldığı görülmektedir. Bekleme grubunda ise orta ve son ölçüm arasında değişim olmamış ancak takip ölçümünde DDGÖ puan ortalamasının arttığı görülmüştür.

Tablo 3.19. DDT, BDT Ve Bekleme Gruplarının DDGÖ Ön-Test Ölçümü Bakımından Tek Yönlü ANOVA İle Karşılaştırılması

DDGÖ	DDT	BDT	Bekleme	F	p
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss		
Ön	43.92±17.07	50.09±10.28	44.7±17.56	0.53	0.59

Tablo 3.19 incelendiğinde yapılan tek yönlü ANOVA sonucuna göre; DDT, BDT ve bekleme grupları arasında uygulama öncesi DDGÖ puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{(2,30)}= 0.53, p>.05$).

Tablo 3.20. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının DDGÖ Puanlarının Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü ANOVA ile İncelenmesi

Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	<i>p</i>	η^2
Denekler arası						
Grup	1145.60	2	572.80	0.72	.49	.04
Hata	18301.95	30	610,06			
Denekler içi						
Ölçüm	1203.02	3	401.00	6.07	.00	.16
Grup*Ölçüm	1182.40	6	197.06	2.98	.01	.16
Hata	5939.84	90	65.99			

Tablo 3.20.'ye bakıldığında DDGÖ puanları üzerindeki grup*ölçüm ortak etkisine bakıldığında etkinin istatistiki olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F_{(6,90)}= 2.98; p<.05$), $\eta^2= .16$). Buna göre DDGÖ puanları DDT, BDT ve bekleme grubunda olma ile ön test, orta test, son test ve takip ölçümlerinin ortak etkisiyle farklılaşmaktadır. Bu farklılığın yaklaşık %16'sı açıklanmaktadır.

Grup ana etkisine bakıldığında DDGÖ puanları ilişkin farklarının istatistiki olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($F_{(2,30)}= 0.72; p>.05$, $\eta^2 = .04$).

Zaman ana etkisine bakıldığında katılımcıların duygu düzenleme güçlüğü puanlarının uygulama öncesi, ortası, sonrası ve takip süresinde anlamlı derecede birbirinden farklılaştığı görülmektedir ($F_{(3,90)}= 6.07; p<.05$, $\eta^2= .16$).

Farklılıkların kaynağını belirlemek üzere Greenhouse Gaiser düzeltmeli Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA yapılmış ve sonuçları tablo 3.21.'de gösterilmiştir.

Tablo 3.21. DDT, BDT Ve Bekleme Gruplarında DDGÖ İçin Tekrarlı Ölçümlerde Tek Yönlü ANOVA Sonuçları

DDGÖ	KT	Sd	KO	F	<i>p</i>	η^2
DDT	1793.41	3	597.80	7.10	.00	.39
BDT	606.90	3	288.65	3.07	.06	.23
Kontrol	157.07	3	52.35	1.11	.33	.11

Ortalamalar Arası Değişim										
	Ön	Orta	Son	Takip	Değişim					
Grup	Ort (ss)	Ort (ss)	Ort (ss)	Ort (ss)	T1- T2	T1- T3	T1- T4	T2- T3	T2- T4	T3- T4
DDT	43.92 (17.07)	51.58 (14.74)	38.50 (15.84)	35.50 (17.03)	.75	.94	.04	.04	.02	1.00
BDT	50.09 (10.28)	54.64 (12.11)	46.82 (13.2)	44.82 (13.58)	.82	1.00	.53	.34	.26	1.00
Bekleme	44.7 (17.56)	47.7 (16.91)	47.6 (16.78)	50.3 (21)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tablo 3.21. incelendiğinde DDT grubunda; zaman içerisinde gözlenen değişim anlamlı bulunmuştur ($F_{(3,90)} = 7.10$; $p < .05$, $\eta^2 = .39$). DDT grubu ön test puanı (43.92 ± 17.07) ile DDGÖ takip puanı (35.50 ± 17.03) arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p = .04$). DDT grubu DDGÖ orta test puanı (51.58 ± 14.74) ile DDT grubu DDGÖ son test puanı (38.50 ± 15.84) arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p = .04$). DDT grubu DDGÖ orta test puanı (51.58 ± 14.74) ile DDT grubu DDGÖ takip puanı (35.50 ± 17.03) arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p = .02$). DDT grubu DDGÖ ön test puanı (43.92 ± 17.07) ile orta test puanı (51.58 ± 14.74) arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > .05$). DDT grubu DDGÖ ön test puanı (43.92 ± 17.07) ile DDGÖ son test puanı (38.50 ± 15.84) arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > .05$). Diğer yandan DDT grubu DDGÖ son test puanı (38.50 ± 15.84) ile DDGÖ takip puanı (35.50 ± 17.03) arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı değildir ($p > .05$).

BDT grubunda; DDGÖ puanları için zaman içerisinde gözlenen değişim anlamlı bulunmamıştır ($F_{(3,90)}=3.07$; $p>.05$, $\eta^2=0.23$).

Bekleme grubunda; DDGÖ puanları için zaman içerisinde gözlenen değişim anlamlı bulunmamıştır ($F_{(3,90)}=1.11$; $p>.05$, $\eta^2=0.11$).

Tablo 3.22. DDGÖ için Ölçümler Arasındaki Farkların Tek Yönlü ANOVA İle İncelenmesi

DDGÖ	DDT	BDT	Bekleme	Test Değeri	
				F	p
Farklar	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss		
Ön-Orta	7.67±16.06	4.55±9.32	3±7.38	0.405	.67
Ön-Son	-5.42±12.36	-3.27±7.58	2.9±8.89	2.007	.15
Ön-Takip	-8.42±9.29	-5.27±9.31	5.6±12.03	5.524	.00
Orta-Son	-13.08±14.37	-7.82±12.08	-0.1±6.69	3.346	.04
Orta-Takip	-16.08±15.89	-9.82±14.13	2.6±10.68	5.019	.01
Son-Takip	-3±7.31	-2±14.6	2.7±9.58	0.828	.44

Ölçümler arasındaki farkların anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü ANOVA sonuçlarına göre DDGÖ ön test puanlarına göre DDGÖ takip puanlarında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($F_{(2,30)}=5.52$; $p<.05$). Yapılan post-hoc değerlendirmeler sonucunda DDT grubunda gözlenen değişimin BDT ve bekleme grubunda aynı süreçte gözlenen değişimden farklı olduğu saptanmıştır ($p<.01$). DDT, BDT ve bekleme grupları arasında DDGÖ puanları bakımından orta ölçüme göre son test puanlarında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($F_{(2,30)}=3.34$; $p<.05$). Yapılan post-hoc değerlendirmeler sonucunda DDT grubunda DDGÖ puanları bakımından gözlenen değişimin bekleme grubunda aynı süreçte gözlenen değişimden farklı olduğu saptanmıştır ($p=.04$). Gruplar arasında orta teste göre takip puanlarında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($F_{(2,30)}=5.01$; $p<.05$). Yapılan post-hoc değerlendirmeler sonucunda DDT grubunda gözlenen değişimin kontrol grubunda aynı süreçte gözlenen değişimden farklı olduğu saptanmıştır ($p=.01$).

Yukarıda açıklanan bulgulara göre DDGÖ puanlarının grup fark etmeksizin beceri eğitimi süresince azaldığı ve DDT, BDT ve bekleme gruplarında olma ile

tekrarlayan ölçümlerin ortak etkisinin anlamlı olduğu görülmüştür. Her bir grup için ayrı ayrı yapılan tekrarlayan ölçümler için varyans analizi sonucunda ise DDT grubunda DDGÖ puanlarının azaldığı görülmüştür. BDT ve bekleme gruplarında anlamlı bir değişim gözlenmemiştir. DDT grubunda DDGÖ puanlarının hangi ölçümler arasında değiştiğine bakıldığında ise ön test puanı ile takip arasında, orta ölçüm ve takip arasında anlamlı fark görülmüştür. Bunun yanı sıra iki ölçüm arasındaki farkın gruplara göre karşılaştırılmasında da ön-test ile takip, orta ölçüm ile takip ve orta ölçüm ile son ölçüm arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Farkın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında ise DDT grubundaki değişimin bekleme grubundan daha fazla olduğu görülmüştür. Buna göre DDT-GBE'nin duyguları düzenleme güçlüğü azaltmada etkili olduğu düşünülmektedir.

3.3.5. SDÖ için DDT, BDT ve Bekleme Grubuna İlişkin Bulgular

Bu bölümde DDT, BDT ve bekleme gruplarının SDÖ puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri, tek yönlü ANOVA sonuçları ve tekrarlı ölçümlerde iki yönlü ANOVA sonuçları ve tekrarlı ölçümlerde tek yönlü ANOVA sonuçları açıklanmıştır.

Tablo 3.23. SDÖ için DDT, BDT ve bekleme gruplarının ön-test, orta, son-test ve takip ölçümlerinin ortalama ve standart sapma değerleri

SDÖ	DDT	BDT	Bekleme
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Ön	50.17±15.53	46.55±10.21	49.1±15.86
Orta	53.5±12.62	43.55±8.96	48.2±16.27
Son	54.08±12.04	50.82±9.11	47.5±15.15
Takip	56±15.34	50.91±9.95	46.7±15.69

Tablo 3.23. incelendiğinde DDT grubunda sıkıntıya dayanma puanlarının ölçümler arasında arttığı görülmektedir. BDT grubunda ise ön-test ve orta ölçüm arasında SDÖ puanları düşerken son-test ve takip ölçümlerinde artmıştır. Bekleme grubunda ise sıkıntıya dayanma puan ortalamalarının azaldığı görülmektedir. Buna göre DDT grubunda sıkıntıya dayanma puanlarının BDT ve bekleme grubuna göre arttığı görülmüştür.

Tablo 3.24. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının SDÖ ölçümü bakımından tek yönlü ANOVA ile karşılaştırılması

SDÖ	DDT	BDT	Bekleme	F	p
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss		
Ön	50.17±15.53	46.55±10.21	49.1±15.86	0.19	.82

Tablo 3.24. incelendiğinde yapılan tek yönlü ANOVA sonuçlarına göre; DDT, BDT ve bekleme grupları arasında uygulama öncesi SDÖ puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{(2,30)} = 0.19$, $p > .05$).

Tablo 3.25. DDT, BDT ve kontrol gruplarının SDÖ puanlarının Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü ANOVA ile incelenmesi

Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p	η^2
Denekler arası						
Grup	931.14	2	465.57	0.79	.46	.05
Hata	17547.59	30	584.92			
Denekler içi						
Ölçüm	207.07	3	72.13	1.71	.17	.05
Grup*Ölçüm	432.11	6	75.26	1.78	.10	.27
Hata	3633.08	90	121.10			

Tablo 3.25. incelendiğinde DDT, BDT ve bekleme gruplarında olmanın ve uygulama öncesi, ortası, uygulama sonrası ve 3 aylık takip süresine göre ölçüm alınmasının SDÖ üzerindeki grup*ölçüm ortak etkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($F_{(6,90)} = 1.78$; $p > .05$, $\eta^2 = .27$).

Grup ana etkisine bakıldığında SDÖ puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($F_{(2,30)} = 0.79$; $p > .05$, $\eta^2 = .05$).

Zaman ana etkisine bakıldığında SDÖ puanlarının ölçümlere göre anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur ($F_{(3,90)} = 1.71$; $p > .05$, $\eta^2 = .05$).

Tablo 3.26. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarında SDÖ için tekrarlı ölçümler tek yönlü ANOVA sonuçları

SDÖ	KT	Sd	KO	F	<i>p</i>	η^2
DDT	212.22	3	70.74	1.39	.28	.10
BDT	421.90	3	140.63	3.60	.05	.26
Kontrol	31.27	3	10.42	0.41	.74	.04

Ortalamalar Arası Değişim										
	Ön	Orta	Son	Takip	Değişim					
Grup	Ort (ss)	Ort (ss)	Ort (ss)	Ort (ss)	T1- T2	T1- T3	T1- T4	T2- T3	T2- T4	T3- T4
DDT	50.17 (15.53)	53.5 (12.62)	54.08 (12.04)	56 (15.34)	1.00	1.00	.54	1.00	1.00	1.00
BDT	46.55 (10.21)	43.55 (8.96)	50.82 (9.11)	50.91 (9.95)	1.00	.62	.92	.17	.39	1.00
Bekleme	49.1 (15.86)	48.2 (16.27)	47.5 (15.15)	46.7 (15.69)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

DDT grubunda; SDÖ puanlarında zaman içerisinde gözlenen değişim anlamlı bulunmamıştır ($F_{(3,90)}=1.39$; $p>.05$, $\eta^2=0.10$).

BDT grubunda; SDÖ puanları için zaman içerisinde gözlenen değişim anlamlı bulunmamıştır ($F_{(3,90)}=3.60$; $p>.05$, $\eta^2=0.26$).

Bekleme grubunda; SDÖ puanlarının zaman içerisinde gözlenen değişimi anlamlı bulunmamıştır ($F_{(3,90)}=0.41$; $p>.05$, $\eta^2=0.04$).

Buna göre DDT ya da BDT grup beceri eğitiminin bu çalışmada sıkıntıya dayanma puanları üzerinde etkisi bulunmamaktadır.

3.3.6. BDE için DDT, BDT ve Bekleme Grubuna İlişkin Bulgular

Bu bölümde DDT, BDT ve bekleme gruplarının BDE puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri, tek yönlü ANOVA sonuçları ve tekrarlı ölçümlerde iki yönlü ANOVA sonuçları ve tekrarlı ölçümlerde tek yönlü ANOVA sonuçları açıklanmıştır.

Tablo 3.27. BDE için DDT, BDT ve Bekleme gruplarının ön-test, orta, son-test ve takip ölçümlerinin ortalama ve standart sapma değerleri

BDE	DDT	BDT	Bekleme
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Ön	17.92±7.83	21.55±11.39	20.9±8.88
Orta	14.17±8.71	22.45±10.71	18.9±11.13
Son	10.42±9.85	16.73±12.39	15.7±9.93
Takip	8.75±6.37	13.91±11.76	16.6±10.54

Tablo 3.27 incelendiğinde her üç grupta da depresyon puanlarının ölçümler arasında azaldığı görülmektedir. DDT grubunda ön-testte $\bar{x}=17,92$ iken son testte $\bar{x}=10,42$ ve takip ölçümünde $\bar{x}=8,75$ olmuştur. BDT grubunda ise ön-testte $\bar{x}=21,55$ iken son testte $\bar{x}=16,73$, takip ölçümünde $\bar{x}=13,91$ olmuştur. Bekleme grubunda ise ön testte $\bar{x}=20,9$ iken son-testte $\bar{x}=15,7$, takip ölçümünde ise $\bar{x}=16,6$ olduğu görülmüştür. Buna göre DDT ve BDT gruplarının depresyon puanlarının kontrol grubuna göre azaldığı söylenebilmektedir.

Tablo 3.28. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının BDE Ön-Test Puanları Bakımından Tek Yönlü ANOVA ile Karşılaştırılması

BDE	DDT	BDT	Bekleme	F	p
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss		
Ön	17.92±7.83	21.55±11.39	20.9±8.88	0.48	.62

Tablo 3.28 incelendiğinde yapılan tek yönlü ANOVA sonuçlarına göre; DDT, BDT ve kontrol grupları arasında uygulama öncesi BDE puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{(2,30)}=0,48, p>.05$).

Tablo 3.29. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının BDE Puanlarının Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü ANOVA İle Karşılaştırılması

Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	<i>p</i>	η^2
Denekler arası						
Grup	947.48	2	473.74	1.40	.26	.08
Hata	10145.92	30	338.19			
Denekler içi						
Ölçüm	1106.39	3	368.79	17.03	.00	.36
Grup*Ölçüm	156.28	6	26.04	1.20	.31	.07
Hata	1948.67	90	21.65			

Tablo 3.29 incelendiğinde farklı gruplarda olma ve ölçümün BDE puanları üzerindeki grup*ölçüm ortak etkisine bakıldığında etkinin istatistiki olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($F_{(6,90)}= 1.20$; $p>.05$), $\eta^2= .07$).

Grup ana etkisine bakıldığında BDE puanları ilişkin farklarının istatistiki olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($F_{(2,30)}= 1.40$; $p>.05$, $\eta^2 = .08$).

Zaman ana etkisine bakıldığında katılımcıların BDE puanlarının uygulama öncesi, ortası, sonrası ve takip puanlarının anlamlı derecede birbirinden farklılaştığı görülmektedir ($F_{(3,30)}= 17.03$; $p<.05$, $\eta^2= .36$). Buna göre grup ayrımı yapılmadan katılımcıların BDE puanlarının zamana bağlı olarak değiştiği söylenebilmektedir.

Zamana göre değişimin kaynağını belirlemek için yapılan tekrarlı ölçümlerde tek yönlü ANOVA sonuçları tablo 3.30'da gösterilmiştir.

Tablo 3.30. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarında BDE İçin Tekrarlı Ölçümlerde Tek Yönlü ANOVA Sonuçları

BDE	KT	Sd	KO	F	<i>p</i>	η^2
DDT	601.563	3	200.52	12.95	.00	.54
BDT	188.977	3	62.99	3.01	.11	.17
Bekleme	41.675	3	13.89	3.10	.05	.22

Ortalamalar Arası Değişim										
	Ön	Orta	Son	Takip	Değişim					
Grup	Ort (ss)	Ort (ss)	Ort (ss)	Ort (ss)	T1- T2	T1- T3	T1- T4	T2- T3	T2- T4	T3- T4
DDT	17.92 (7.83)	14.17 (8.71)	10.42 (9.85)	8.75 (6.37)	.24	.01	.00	.49	.00	1.00
BDT	21.55 (11.39)	22.45 (10.71)	16.73 (12.39)	13.91 (11.76)	1.00	.27	.11	.33	.08	.91
Bekleme	20.9 (8.88)	18.9 (11.13)	15.7 (9.93)	16.6 (10.54)	1.00	.06	.63	.34	.33	1.00

Tablo 3.30'a göre DDT grubunda BDE puanlarının zaman içerisinde gözlenen değişimi anlamlı bulunmuştur ($F_{(3,90)} = 12.95$; $p < .05$, $\eta^2 = .54$). DDT grubu BDE ön test puanı (17.92 ± 7.83) ile DDT grubu BDE son test puanı (10.42 ± 9.85) arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p = .01$). DDT grubu BDE ön test puanı (17.92 ± 7.83) ile DDT grubu BDE takip puanı (8.75 ± 6.37) arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < .001$). DDT grubu BDE orta test puanı (14.17 ± 8.71) ile takip puanı (8.75 ± 6.37) arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < .001$). DDT grubu BDE ön test puanı (17.92 ± 7.83) ile BDE orta test puanı (14.17 ± 8.71) arasındaki farkın ve DDT grubu BDE son test puanı (10.42 ± 9.85) ile BDE takip puanı (8.75 ± 6.37) arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı değildir ($p > .05$).

BDT grubunda; BDE puanları için zaman içerisinde gözlenen değişim anlamlı bulunmamıştır ($F_{(3,90)} = 3.01$; $p > .05$, $\eta^2 = 0.17$).

Bekleme grubunda; BDE puanlarının zaman içerisinde gözlenen değişimi anlamlı bulunmamıştır ($F_{(3,90)}=3.10$; $p>.05$, $\eta^2=0.22$).

Tablo 3.31. BDE için Ölçümler Arasındaki Farkların Tek Yönlü ANOVA ile İncelenmesi

BDE	DDT	BDT	Bekleme	Test Değeri	
Farklar	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	F	<i>p</i>
Ön-Orta	-3.75±5.58	0.91±7.84	-2±7.33	1.31	.28
Ön-Son	-7.5±6.86	-4.82±6.98	-5.2±5.09	0.58	.56
Ön-Takip	-9.17±4.09	-7.64±9.09	-4.3±7.57	1.30	.28
Orta-Son	-3.75±6.81	-5.73±8.75	-3.2±4.64	0.38	.68
Orta-Takip	-5.42±3.58	-8.55±9.47	-2.3±3.3	2.70	.08
Son-Takip	-1.67±5.63	-2.82±6.03	0.9±5.49	1.14	.33

Tablo 3.31'e göre gruplar arasında ön teste göre orta test, son test ve takip puanlarında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{(2,30)}= 1.31$; $p>.05$, $F= 0.58$; $p>.05$, $F= 1.30$, $p>.05$).

Gruplar arasında orta teste göre son test ve takip puanlarında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{(2,30)}= 0.38$, $p>.05$, $F_{(2,30)}= 2.70$; $p>.05$).

Gruplar arasında son teste göre takip puanlarında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{(2,30)}= 1.14$, $p>.05$).

Yapılan analizlerin sonuçları incelendiğinde depresyon düzeylerinin DDT grubunda beceri eğitimi öncesine göre beceri eğitimi sonrasında ve takip sürecinde azaldığı gözlenmiştir. Ancak yapılan tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi sonucunda beceri eğitimi ve farklı zamanlarda alınan ölçümün ortak etkisi anlamlı bulunmamıştır. Ayrıca ölçümler arasındaki farkların gruplar arasında karşılaştırılması sonucunda farklar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Sonuç olarak grup* zaman ortak etkisi her ne kadar anlamlı olmasa da DDT grubunda depresyon puanlarının azalmış olduğu görülmektedir.

3.3.7. BAÖ için DDT, BDT ve Bekleme Grubuna İlişkin Bulgular

Bu bölümde DDT, BDT ve bekleme gruplarının BAÖ puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri, tek yönlü ANOVA sonuçları ve tekrarlı ölçümlerde iki yönlü ANOVA sonuçları ve tekrarlı ölçümlerde tek yönlü ANOVA sonuçları açıklamıştır.

Tablo 3.32. BAÖ için DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının Ön-Test, Orta, Son-Test Ve Takip Ölçümlerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

BAÖ	DDT	BDT	Bekleme
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Ön	21.83±8.65	22.64±12.43	19.2±9.74
Orta	17.75±9.84	26.18±13.78	20.9±12.02
Son	9.42±5.5	20.55±12.82	18.4±11.22
Takip	10±5.72	22±9.73	20.6±15.02

Tablo 3.32. incelendiğinde DDT grubunda anksiyete puanlarının ölçümler arasında azaldığı görülmektedir. Ön-testte $\bar{x}=21.83$ olduğu görülürken takip ölçünde $\bar{x}=10$ olduğu görülmüştür. BDT ve bekleme gruplarında BAÖ puan ortalamalarında azalma görülmemiştir.

Tablo 3.33. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının BAÖ Ön-Test Ölçümü Bakımından Tek Yönlü ANOVA ile Karşılaştırılması

BAÖ	DDT	BDT	Bekleme	F	p
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss		
Ön	21.83±8.65	22.64±12.43	19.2±9.74	0.31	.73

Tablo 3.33 incelendiğinde yapılan tek yönlü ANOVA sonuçlarına göre; DDT, BDT ve bekleme grupları arasında uygulama öncesi BAÖ puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{(2,30)}=0.31, p>.05$).

Tablo 3.34 DDT, BDT Ve Bekleme Gruplarının BAÖ Puanlarının Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü ANOVA İle İncelenmesi

Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	<i>p</i>	η^2
Denekler arası						
Grup	1540.01	2	770.00	2.27	.12	.13
Hata	10177.36	30	339.24			
Denekler içi						
Ölçüm	726.58	3	242.19	5.80	.00	.16
Grup*Ölçüm	735.91	6	122.65	2.94	.01	.16
Hata	3753.68	90	41.70			

Tablo 3.34 incelendiğinde grup*ölçüm ortak etkisinin istatistiki olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($F_{(6,90)} = 2.94; p < .05$), $\eta^2 = .16$). Buna göre ön test, orta ölçüm, son test ve takip ölçümü ile DDT, BDT ve bekleme grubunda olmanın BAÖ puanları üzerindeki ortak etkisi anlamlıdır. Bu farkın yaklaşık %16'sı açıklanabilmektedir.

Grup ana etkisine bakıldığında BAÖ puanlarına ilişkin farkların istatistiki olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($F_{(2,30)} = 2.27; p > .05$, $\eta^2 = .13$).

Zaman ana etkisine bakıldığında katılımcıların uygulama öncesi, ortası, sonrası ve takip puanlarının anlamlı derecede birbirinden farklılaştığı görülmektedir ($F_{(3,90)} = 5.80; p < .05$, $\eta^2 = .16$). Bu farklılığın yaklaşık %16'sı açıklanmaktadır.

Farkların kaynağını belirlemek için yapılan tekrarlı ölçümlerde tek yönlü ANOVA sonucu tablo 3.35'te gösterilmiştir.

Tablo 3.35. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarında BAÖ İçin Tekrarlı Ölçümlerde Tek Yönlü ANOVA Sonuçları

BAÖ	KT	Sd	KO	F	<i>p</i>	η^2				
DDT	1322,16	3	440.72	10.96	.00	.49				
BDT	188.97	3	62.99	2.11	.11	.17				
Kontrol	41.67	3	13.89	0.24	.86	.02				
Ortalamalar Arası Değişim										
Grup	Ön	Orta	Son	Takip	Değişim					
	Ort (ss)	Ort (ss)	Ort (ss)	Ort (ss)	T1- T2	T1- T3	T1- T4	T2- T3	T2- T4	T3- T4
DDT	21.83 (8.65)	17.75 (9.84)	9.42 (5.5)	10 (5.72)	.66	.00	.01	.04	.13	1.00
BDT	22.64 (12.43)	26.18 (13.78)	20.55 (12.82)	22 (9.73)	.40	1.00	1.00	.48	.20	1.00
Bekleme	19.2 (9.74)	20.9 (12.02)	18.4 (11.22)	20.6 (15.02)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tablo 3.35'e göre DDT grubunda; zaman içerisinde gözlenen değişim anlamlı bulunmuştur ($F_{(3,30)} = 10.96$; $p < .05$, $\eta^2 = .49$). DDT grubu BAÖ ön test puanı (21.83 ± 8.65) ile DDT grubu BAÖ son test puanı (9.42 ± 5.5) arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < .001$). DDT grubu BAÖ ön test puanı (21.83 ± 8.65) ile DDT grubu BAÖ takip puanı (10 ± 5.72) arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p = .01$). DDT grubu BAÖ orta test puanı (17.75 ± 9.84) ile DDT grubu BAÖ son test puanı (9.42 ± 5.5) arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p = .04$). DDT grubu BAÖ ön test puanı (21.83 ± 8.65) ile BAÖ orta test puanı (17.75 ± 9.84) arasındaki farkın ve DDT grubu BAÖ orta test puanı (17.75 ± 9.84) ile BAÖ takip puanı (10 ± 5.72) arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > .05$). Diğer yandan DDT grubu BAÖ son test puanı (9.42 ± 5.5) ile BDE takip puanı (10 ± 5.72) arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı değildir ($p > .05$).

BDT grubunda; BAÖ puanları için zaman içerisinde gözlenen değişim anlamlı bulunmamıştır ($F_{(3,90)}=2.11$; $p>.05$, $\eta^2=0.17$).

Bekleme grubunda; BAÖ puanlarının zaman içerisinde gözlenen değişimi anlamlı bulunmamıştır ($F_{(3,90)}=0.24$ $p>.05$, $\eta^2=0.02$).

Tablo 3.36. Ölçümler Arasındaki Farkların Tek Yönlü ANOVA İle İncelenmesi

BAÖ	DDT	BDT	Bekleme	Test Değeri	
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	F	<i>p</i>
Farklar					
Ön-Orta	-4.08±8.15	3.55±5.72	1.7±6.02	3.96	.03
Ön-Son	-12.42±10.27	-2.09±10.64	-0.8±10.76	4.15	.02
Ön-Takip	-11.83±10.4	-0.64±5.35	1.4±11.6	6.43	.00
Orta-Son	-8.33±8.87	-5.64±9.6	-2.5±12.76	0.85	.43
Orta-Takip	-7.75±10.07	-4.18±5.67	-0.3±9.02	2.09	.14
Son-Takip	0.58±4.7	1.45±7.61	2.2±12.31	0.09	.90

Tablo 3.36'ya bakıldığında gruplar arasında ön teste göre orta test puanlarında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($F_{(2,30)}= 3.96$; $p<.05$). Yapılan post-hoc değerlendirmeler sonucunda DDT grubundaki katılımcıların anksiyete puanlarında gözlenen değişimin BDT grubundaki katılımcıların anksiyete puanlarında aynı süreçte gözlenen değişimden farklı olduğu saptanmıştı ($p=.03$). Gruplar arasında ön teste göre son test puanlarında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($F_{(2,30)}=4.15$; $p<.05$). Yapılan post-hoc değerlendirmeler sonucunda DDT grubundaki katılımcıların anksiyete puanlarında gözlenen değişimin bekleme grubu puanlarında aynı süreçte gözlenen değişimden farklı olduğu saptanmıştır ($p=.04$). Gruplar arasında ön teste göre takip puanlarında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($F_{(2,30)}=6.43$; $p<.05$). Yapılan post-hoc değerlendirmeler sonucunda DDT grubundaki katılımcıların anksiyete puanlarında gözlenen değişimin BDT ve bekleme grubundakilerin puanlarında aynı süreçte gözlenen değişimden farklı olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=.02$, $p<.001$).

Yukarıdaki bulgulara göre grup fark etmeksizin uygulama öncesi, ortası, uygulama sonrası ve 3 aylık takip puanları açısından anksiyete düzeylerinde fark olduğu görülmüştür. Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını görmek için yapılan tekrarlı ölçümler için varyans analizinde arasındaki değişimin sadece DDT grubunda olduğu görülmüştür. DDT grubunda ön test-son test ve ön test-takip puanları arasındaki değişim anlamlıdır. Grup*ölçüm ortak etkisine bakıldığında istatistiki olarak anlamlı olduğu görülmüştür. DDT beceri eğitimi öncesi anksiyete düzeyleri ile beceri eğitimi sonrası ve 3 aylık takip süresinde anksiyete puanlarının düştüğü görülmüştür. DDT beceri eğitimi sonrası anksiyete düzeyi ile 3 aylık takipteki anksiyete düzeyinin değişmemesi de etkinin devam ettiğini göstermektedir. Ölçümler arası farkların gruplara göre değişimi incelendiğinde de DDT grubundakilerin anksiyete puanlarının iki ölçüm arasındaki farkı BDT ve kontrol grubundakilere göre daha fazladır. Buna göre DDT-GBE'nin anksiyete düzeyini azaltmada etkili olduğu düşünülmektedir.

3.3.8. KPE için DDT, BDT ve Bekleme Grubuna İlişkin Bulgular

Bu bölümde DDT, BDT ve bekleme gruplarının KPE puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri, tek yönlü ANOVA sonuçları ve tekrarlı ölçümlerde iki yönlü ANOVA sonuçları ve tekrarlı ölçümlerde tek yönlü ANOVA sonuçları açıklamıştır.

Tablo 3.37. KPE için DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının Ön-Test, Orta, Son-Test ve Takip Ölçümlerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

KPE	DDT	BDT	Bekleme
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Ön	77.67±17.58	87.27±10.84	81.8±19.43
Orta	80.42±15.04	84.91±14.83	80.3±22.42
Son	70.08±18.55	79.91±17.07	70.9±20.1
Takip	67±17.9	78.91±15.21	83.1±17.33

DDT grubunda KPE puan ortalamalarının ön-test ve orta ölçüm arasında yükseldiği, son-test ve takip ölçümünde ise hem orta ölçüme hem de ön-teste göre KPE puanlarının düştüğü görülmüştür. BDT grubunda ise KPE puan ortalaması ön-testte

$\bar{x} = 87,27$ iken takip ölçümünde $\bar{x} = 78,91$ olmuştur. Bekleme grubunda ise ön-teste göre orta ölçüm ve son-testte kişilerarası problem düzeyi azalmış ancak takip ölçümünde problem düzeyinin tekrar arttığı gözlemlenmiştir

Tablo 3.38. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının KPE Ön-Test Puanları Bakımından Tek Yönlü ANOVA ile Karşılaştırılması

KPE	DDT	BDT	Bekleme	F	p
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss		
Ön	77.67±17.58	87.27±10.84	81.8±19.43	0.99	.38

Tablo 3.38. incelendiğinde yapılan tek yönlü ANOVA sonuçlarına göre; DDT, BDT ve bekleme grupları arasında uygulama öncesi KPE puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{(2,30)}=0.999$, $p>0.05$).

Tablo 3.39. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının KPE Puanlarının Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü ANOVA İle İncelenmesi

Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p	η^2
Denekler arası						
Grup	1898.82	2	949.41	0.95	.39	.06
Hata	29906.41	30	996.88			
Denekler içi						
Ölçüm	1930.82	3	643.60	9.85	.00	.24
Grup*Ölçüm	1024.37	6	170.72	2.61	.02	.14
Hata	5878.99	90	65.32			

Tablo 3.39 incelendiğinde farklı gruplarda olma ve ölçümün KPE puanları üzerindeki ortak etkisinin istatistiki olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F_{(6,90)} = 2.61$; $p < .05$), $\eta^2 = .14$). Buna göre grup*ölçüm ortak etkisi anlamlıdır. Bu farklılığın yaklaşık %14' ü açıklanabilmektedir.

Grup ana etkisine bakıldığında KPE puanları ilişkin farklarının istatistiki olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($F_{(2,30)} = 0.95$; $p > .05$, $\eta^2 = .06$).

Zaman ana etkisine bakıldığında katılımcıların kişilerarası problem puanlarının uygulama öncesi, ortası, sonrası ve takip süresinde anlamlı derecede birbirinden farklılaştığı görülmektedir ($F_{(3,90)}=9.85; p<.05, \eta^2=.24$). Bu farklılığın yaklaşık %24'ü açıklanabilmektedir.

Farkların kaynağını belirlemek için yapılan tekrarlı ölçümlerde tek yönlü ANOVA sonuçları tablo 3.36.'da gösterilmiştir.

Tablo 3.40. DDT, BDT Ve Bekleme Gruplarında KPE İçin Tekrarlı Ölçümlerde Tek Yönlü ANOVA Sonuçları

KPE	KT	Sd	KO	F	<i>p</i>	η^2
DDT	1425.417	3	475.13	7.79	.00	.41
BDT	527.34	3	243.59	2.63	.68	.20
Bekleme	1052.00	3	350.66	5.07	.05	.36

Ortalamalar Arası Değişim										
	Ön	Orta	Son	Takip	Değişim					
Grup	Ort (ss)	Ort (ss)	Ort (ss)	Ort (ss)	T1- T2	T1- T3	T1- T4	T2- T3	T2- T4	T3- T4
DDT	77.67 (17.58)	80.42 (15.04)	70.08 (18.55)	67 (17.9)	1.00	.00	.02	.06	.00	1.00
BDT	87.27 (10.84)	84.91 (14.83)	79.91 (17.07)	78.91 (15.21)	1.00	.48	.23	1.00	.93	1.00
Bekleme	81.8 (19.43)	80.3 (22.42)	70.9 (20.01)	83.1 (17.33)	1.00	.05	1.00	.34	1.00	.12

Tablo 3.40'a bakıldığında DDT grubunda; zaman içerisinde gözlenen değişim anlamlı bulunmuştur ($F_{(3,30)}=7.79; p<.05, \eta^2=0.491$). DDT grubu KPE ön test puanı (77.67 ± 17.58) ile DDT grubu KPE son test puanı (70.08 ± 18.55) arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<.001$). DDT grubu KPE ön test puanı (77.67 ± 17.58) ile DDT grubu KPE takip puanı (67 ± 17.9) arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=.02$). DDT grubu KPE orta test puanı (80.42 ± 15.04) ile takip puanı (67 ± 17.9) arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu

görülmüştür ($p<.001$). DDT grubu KPE ön test puanı (77.67 ± 17.58) ile KPE orta test puanı (80.42 ± 15.04) arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>.05$). Diğer yandan DDT grubu KPE son test puanı (70.08 ± 18.55) ile KPE takip puanı (67 ± 17.9) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>.05$).

BDT grubunda; KPE puanları için zaman içerisinde gözlenen değişim anlamlı bulunmamıştır ($F_{(3,90)}=2.63$; $p>.05$, $\eta^2=0.20$).

Bekleme grubunda; BAÖ puanlarının zaman içerisinde gözlenen değişimi anlamlı bulunmamıştır ($F_{(3,90)}=0.24$ $p>.05$, $\eta^2=0.02$).

Tablo 3.41. Ölçümler Arasındaki Farkların Tek Yönlü ANOVA İle İncelenmesi

KPE	DDT	BDT	Bekleme	Test Değeri	
				F	<i>p</i>
Farklar	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss		
Ön-Orta	2.75±11.66	-2.36±7.58	-1.5±11.66	0.78	.46
Ön-Son	-7.58±12.02	-7.36±12.56	-10.9±12.56	0.26	.76
Ön-Takip	-10.67±10.42	-8.36±11.63	1.3±9.26	3.85	.03
Orta-Son	-10.33±11.52	-5±13.58	-9.4±13.66	0.54	.58
Orta-Takip	-13.42±10.21	-6±12.97	2.8±11.01	5.48	.00
Son-Takip	-3.08±10.26	-1±9.93	12.2±13.77	5.63	.00

Tablo 3.41'e bakıldığında gruplar arasında ön teste göre orta test puanlarında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{(2,30)}=0.78$; $p>.05$). Gruplar arasında ön teste göre son test puanlarında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{(2,30)}=0.26$; $p>.05$). Gruplar arasında ön teste göre takip puanlarında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($F_{(2,30)}=3.85$; $p<.05$). Yapılan post-hoc değerlendirmeler sonucunda DDT grubunda KPE puanlarında gözlenen değişimin bekleme grubundakilerin KPE puanlarında aynı süreçte gözlenen değişimden farklı olduğu saptanmıştır ($p=.03$). Gruplar arasında orta teste göre son test puanlarında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{(2,30)}=0.54$; $p>.05$). Gruplar arasında orta teste göre takip puanlarında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($F_{(2,30)}=5.48$; $p<.05$). Yapılan post-hoc değerlendirmeler sonucunda bekleme grubu katılımcıların

KPE puanlarında gözlenen değişimin DDT grubundaki katılımcıların KPE puanlarında aynı süreçte gözlenen değişimden daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<.01$). Gruplar arasında son teste göre takip puanlarında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($F_{(2,30)}=5.63$; $p=.00$). Yapılan post-hoc değerlendirmeler sonucunda bekleme grubunda KPE puanı bakımından gözlenen değişimin DDT ve BDT grubunda aynı süreçte gözlenen değişimden daha büyük olduğu ve KPE puanlarının arttığı görülmüştür (sırasıyla, $p=.01$, $p=.03$).

Yapılan analizlerin sonuçları değerlendirildiğinde grup fark etmeksizin farklı zamanlarda alınan ölçümlerin ve DDT, BDT ve bekleme grubunda olmanın KPE puanları üzerindeki ortak etkisi anlamlı bulunmuştur. KPE puanları uygulama öncesi ile uygulama sonrası ve takip sürecinde farklılaşmaktadır. Yapılan tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi sonucunda uygulama öncesi ve sonrasındaki KPE puanlarında değişim sadece DDT grubunda gözlenmiştir. Diğer gruplarda zaman içerisinde anlamlı bir değişim olmamıştır. Bekleme grubunda son testten takip ölçümüne bir artış olmuş ve istatistiki olarak anlamlılık düzeyine yaklaşmıştır. Farkların analizlerine bakıldığında ise ön-test ile takip arasındaki değişim ve orta-test ile takip arasındaki değişim gruplar açısından farklılık göstermektedir. Bu farklılık da DDT grubunun KPE puanlarındaki azalmanın BDT ve bekleme gruplarından daha fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Son-test ve takip ölçümü arasında da anlamlı bir farklılık bulunmuş ve bu farkın bekleme grubundan kaynaklandığı görülmüştür. Bekleme grubunun aynı süreçte KPE puanlarında artış olmuştur. DDT ve BDT gruplarında son-test ve takip arasında KPE puanları bakımından anlamlı bir değişim olmamıştır.

Buna göre DDT grubunda diğer gruplarla karşılaştırıldığında uygulama öncesine göre uygulama sonrasında KPE puanlarının azalmış olması DDT-GBE'nin kişilerarası problem düzeyini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir.

3.3.9. PUKİ için DDT, BDT ve Bekleme Grubuna İlişkin Bulgular

Bu bölümde DDT, BDT ve bekleme gruplarının PUKİ puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri, tek yönlü ANOVA sonuçları ve tekrarlı

ölçümlerde iki yönlü ANOVA sonuçları ve tekrarlı ölçümlerde tek yönlü ANOVA sonuçları açıklanmıştır.

Tablo 3.42. PUKİ için DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının Ön-Test, Orta, Son-Test Ve Takip Ölçümlerinin Ortalama Ve Standart Sapma Değerleri

PUKİ	DDT	BDT	Bekleme
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Ön	7.83±2.75	10.18±4.66	7.9±2.46
Orta	8.16±4.58	11±3.97	9.8±2.69
Son	6.16±2.97	8.18±4.06	8.4±3.86
Takip	5.41±2.96	8.81±3.25	8.7±3.59

Tablo 3.42'ye göre DDT grubunda PUKİ puan ortalamalarının ön-test ve orta ölçüm arasında yükseldiği, son-test ve takip ölçümünde ise hem orta ölçüme hem de ön-teste göre PUKİ puanlarının düştüğü görülmüştür. BDT grubunda ise PUKİ puan ortalaması ön-testte $\bar{x}= 10.18$ iken son testte $\bar{x}=8.18$ ve takip ölçümünde $\bar{x}= 8.81$ olmuştur. Kontrol grubunda ise ön-teste göre orta ölçümde uyku kalitesinin azaldığı görülmüştür. Son-testte ve takip ölçümünde orta ölçüme göre PUKİ puanının azaldığı ancak ön teste göre değerlendirildiğinde PUKİ puanlarında artış olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 3.43. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarının PUKİ Ön-Test Puanları Bakımından Tek Yönlü ANOVA İle Karşılaştırılması

PUKİ	DDT	BDT	Bekleme	F	p
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss		
Ön	7.83±2.75	10.18±4.66	7.9±2.46	1.66	.20

Tablo 3.43'e bakıldığında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre; DDT, BDT ve bekleme grupları arasında uygulama öncesi PUKİ puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{(2,30)}=1.66, p>.05$).

Tablo 3.44. DDT, BDT ve Bekleme Grubunda PUKİ puanlarının Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü ANOVA ile incelenmesi

Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	<i>p</i>	η^2
Denekler arası						
Grup	169.20	2	84.60	2.43	.10	.13
Hata	1044.03	30	34.80			
Denekler içi						
Ölçüm	94.17	3	31.39	5.84	.00	.16
Grup*Ölçüm	36.90	6	6.15	1.14	.34	.07
Hata	483.78	90	5.37			

Tablo 3.44 incelendiğinde farklı gruplarda olma ve ölçümün PUKİ puanları üzerindeki ortak etkilerine bakıldığında etkinin istatistiki olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($F_{(6,90)} = 1.14$; $p > .05$), $\eta^2 = .07$).

Grup ana etkisine bakıldığında PUKİ puanları ilişkin farklarının istatistiki olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($F_{(2,30)} = 2.43$; $p > .05$, $\eta^2 = .13$).

Zaman ana etkisine bakıldığında katılımcıların PUKİ puanlarının uygulama öncesi, ortası, sonrası ve takip süresinde anlamlı derecede birbirinden farklılaştığı görülmektedir ($F_{(3,90)} = 5.84$; $p < .05$, $\eta^2 = .16$).

Zamana göre değişimin hangi gruptan kaynaklandığına bakmak için her grup adına tekrarlayan ölçümlerde tek yönlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 3.45. DDT, BDT ve Bekleme Gruplarında PUKİ İçin Tekrarlı Ölçümler İçin Tek Yönlü ANOVA Sonuçları

PUKİ	KT	Sd	KO	F	<i>p</i>	η ²				
DDT	62.56	3	20.85	2.90	.04	.20				
BDT	54.00	3	18.00	3.21	.05	.28				
Kontrol	19.40	3	6.46	1.60	.21	.15				
Ortalamalar Arası Değişim										
Grup	Ön	Orta	Son	Takip	Değişim					
	Ort (ss)	Ort (ss)	Ort (ss)	Ort (ss)	T1- T2	T1- T3	T1- T4	T2- T3	T2- T4	T3- T4
DDT	7.83 (2.75)	8.16 (4.58)	6.16 (2.97)	5.41 (2.96)	1.00	1.00	.35	.29	.04	.73
BDT	10.18 (4.66)	11 (3.97)	8.18 (4.06)	8.81 (3.25)	1.00	.89	.74	.09	.10	1.00
Bekleme	7.9 (2.46)	9.8 (2.69)	8.4 (3.86)	8.7 (3.59)	.12	1.00	1.00	.69	1.00	1.00

Tablo 3.45 incelendiğinde DDT grubunda; PUKİ puanlarının zaman içerisinde gözlenen değişimi anlamlı bulunmuştur ($F_{(3,30)} = 2.90$; $p < .05$, $\eta^2 = .20$). DDT grubu PUKİ orta test puanı (8.16 ± 4.58) ile DDT grubu PUKİ takip puanı (5.41 ± 2.96) arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p = .04$). DDT grubu PUKİ ön test puanı (7.83 ± 2.75) ile orta test puanı (8.16 ± 4.58) arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > .05$). DDT grubu PUKİ ön test puanı (7.83 ± 2.75) ile PUKİ son test puanı (6.16 ± 2.97) arasındaki farkın ve DDT grubu PUKİ ön test puanı (7.83 ± 2.75) ile PUKİ takip puanı (5.41 ± 2.96) arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > .05$). DDT grubu PUKİ orta test puanı (8.16 ± 4.58) ile DDT grubu PUKİ takip puanı (5.41 ± 2.96) arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > .05$). Diğer yandan DDT grubu PUKİ son test puanı (6.16 ± 2.97) ile PUKİ takip puanı (5.41 ± 2.96) arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı değildir ($p > .05$).

BDT grubunda; PUKİ puanları için zaman içerisinde gözlenen değişim anlamlı bulunmamıştır ($F_{(3,90)}=3.21$; $p>.05$, $\eta^2=.28$).

Bekleme grubunda; PUKİ puanlarının zaman içerisinde gözlenen değişimi anlamlı bulunmamıştır ($F_{(3,90)}=1.60$ $p>.05$, $\eta^2=.15$).

Tablo 3.46. Ölçümler Arasındaki Farkların Tek Yönlü ANOVA İle İncelenmesi

PUKİ	DDT	BDT	Bekleme	Test Değeri	
				F	<i>p</i>
Farklar	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss		
Ön-Orta	0.33±5.3	0.82±2.64	1.9±2.13	0.49	.61
Ön-Son	-1.67±4.21	-2±4.24	0.5±3.34	1.21	.31
Ön-Takip	-2.42±3.99	-1.36±2.69	0.8±2.78	2.72	.08
Orta-Son	-2±3.13	-2.82±3.25	-1.4±2.55	0.58	.56
Orta-Takip	-2.75±2.9	-2.18±2.56	-1.1±3.11	0.92	.40
Son-Takip	-0.75±2.53	0.64±2.38	0.3±2.98	0.87	.42

Tablo 3.46' ya bakıldığında gruplar arasında ön teste göre orta test, son test ve takip puanlarında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>.05$). Gruplar arasında orta teste göre son test ve takip puanlarında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>.05$). Gruplar arasında son teste göre takip puanlarında gözlenen değişim bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>.05$).

Yapılan analiz sonuçları değerlendirildiğinde grup fark etmeksizin uygulama öncesi, ortası, sonrası ve takip süresinde PUKİ puanları arasında fark olduğu görülmüştür. Farklı gruplarda olma ve farklı zamanlarda alınan ölçümlerin ortak etkisi ise istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır. Zamana göre değişimin hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan tekrarlı ölçümler için varyans analizi sonuçlarına göre ise DDT grubu için PUKİ puanlarının değişiminin anlamlı olduğu görülmüş olup ölçümler arasındaki farkın orta ölçüm ve takip arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. DDT grubundaki katılımcıların uyku kalitesi puanlarının uygulama sonrası takip süresinde orta ölçümlere göre azaldığı görülmüştür. Ölçümler arasındaki farkların anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü varyans

analizi sonucuna göre ise farkların anlamlı olmadığı görülmüştür. BDT ve kontrol grubu puanlarının PUKİ puanlarında ise beceri eğitimi sonrasında anlamlı bir değişiklik olmamıştır.

3.3.10. İstatiksel Olarak Anlamlı Bulguların Özetlenmesi

Bu bölümde istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülen bulguların bir özeti yapılmış ve tablo 3.47’de gösterilmiştir.

Tablo 3.47. İstatistiksel Olarak Anlamlı Bulguların Özeti

Değişken	Ölçüm	Grup	Grup*Ölçüm	Ölçümler Arası Değişim
YFEA	F _(3,30) =16.83; p<.001 ηp ² = .35	F _(2,30) =10.08; p<.001 ηp ² = .40	F _(6,90) =5.58; p<.001 ηp ² = .27	DDT T1-T2*** T1-T3*** T1-T4*** BDT p>.05 Bekleme p>.05
VAS	F _(3,90) =4.25; p=.00 ηp ² = .12)	F _(2,30) =8.17; p=.00 ηp ² = .35)	F _(6,90) =1.69; p=.13 ηp ² = .10)	DDT T1-T2* T1-T3* T1-T4* BDT p>.05 Bekleme p>.05
DDGÖ	F _(3,90) =6.07; p=.00 ηp ² = .16)	F _(2,30) =0.72; p=.49 ηp ² = .04)	F _(6,90) =2.98; p=.01 ηp ² = .16)	DDT T1-T4* T2-T3* T2-T4* BDT p>.05 Bekleme p>.05
BDE	F _(3,30) =17.03; p=.00	F _(2,30) =1.40; p=.26	F _(6,90) =1.20; p=.31	DDT T1-T3**

				T1-T4*** T2-T4*** BDT $p > .05$ Bekleme $p > .05$
	$\eta^2 = .36$	$\eta^2 = .08$	$\eta^2 = .07$	
BAÖ	$F_{(3,90)} = 5.80$; $p = .00$	$F_{(2,30)} = 2.27$; $p = .12$	$F_{(6,90)} = 2.15$; $p = .01$	DDT T1-T3*** T1-T4** T2-T3* BDT $p > .05$ Bekleme $p > .05$
	$\eta^2 = .16$	$\eta^2 = .13$	$\eta^2 = .16$	
KPE	$F_{(3,90)} = 9.85$; $p = .00$	$F_{(2,30)} = 0.95$; $p = .39$	$F_{(6,90)} = 2.61$; $p = .02$	DDT T1-T3*** T1-T4* T2-T4*** BDT $p > .05$ Bekleme $p > .05$
	$\eta^2 = .24$	$\eta^2 = .06$	$\eta^2 = .14$	
PUKİ	$F_{(3,90)} = 5.84$; $p = .00$	$F_{(2,30)} = 2.43$; $p = .10$	$F_{(6,90)} = 1.14$; $p = .34$	DDT T2-T4* BDT $p > .05$ Bekleme $p > .05$
	$\eta^2 = .16$	$\eta^2 = .13$	$\eta^2 = .07$	

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

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı, DDT-GBE ve BDT Odaklı Ağrıyla Baş Etme Programı'nın kadın FMS hastalarında ağrı düzeyleri ve FMS etkisi üzerindeki etkisini incelemek ve bekleme grubuyla karşılaştırmaktır. Araştırma sonuçlarına göre DDT grubunda YFEA puanlarında ön-teste göre anlamlı bir azalma olduğu görülmüştür. VAS puanlarına bakıldığında grup ve ölçüm ortak etkisi anlamlı bulunmamış ancak DDT-GBE sonrasında ağrı düzeylerinde azalma olduğu görülmüştür. YFEA puanlarının azalmış olması DDT grubunda FMS semptomlarının azalmış olduğunu göstermektedir. DDT grubunda YFEA puanlarında ön-test ile orta ölçüm, son-test ve takip ölçümleri arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Bu durum DDT beceri eğitiminin FMS etkisi üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Son-test ile takip ölçümü arasında fark olmaması da deneysel etkinin devam ettiği şeklinde yorumlanabilmektedir. BDT ve kontrol grubunda YFEA puanlarında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Beceri eğitimleri öncesinde DDT, BDT ve kontrol gruplarında YFEA puanları bakımından fark olmadığı göz önüne alındığında DDT grubundaki değişimin deneysel işlemden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada katılımcıların depresyon ve anksiyete düzeyleri de beceri eğitimi öncesi ve sonrasında incelenmiştir. DDT grubundaki katılımcıların anksiyete düzeylerinin BDT ve kontrol grubuna göre azaldığı bulunmuştur. Depresyon puanlarına bakıldığında DDT-GBE sonrasında DDT grubunda azalma olduğu gözlenmiştir. Ancak grup ve ölçüm ortak etkisinin anlamlı olmadığı görülmüştür.

Kişilerarası problem düzeyine ilişkin bulgulara bakıldığında yine DDT grubunda DDT-GBE sonrasında kişilerarası problem düzeyinin azaldığı bulunmuştur. BDT ve kontrol grubunda herhangi bir değişim olmamıştır.

Duygu düzenleme güçlüğü ile ilgili sonuçlar incelendiğinde ise DDGÖ puanlarının DDT-GBE sonrasında DDT grubunda azaldığı görülmüştür. BDT ve kontrol grubunda ise program sonrasında herhangi bir fark gözlenmemiştir.

Katılımcıların sıkıntıya dayanma düzeylerine bakıldığında DDT, BDT ve bekleme gruplarında beceri eğitimi sonrasında SDÖ puanlarında anlamlı bir değişiklik olmamıştır. Bilinçli farkındalık düzeyleri için DDT, BDT ve bekleme grubundaki katılımcıların BİFÖ puanlarına bakıldığında beceri eğitimi öncesine göre anlamlı bir değişim olmadığı görülmüştür.

Uyku kalitesi puanlarına bakıldığında DDT-GBE sonrasında DDT grubunda azalma olduğu gözlenmiştir. Ancak grup ve ölçüm ortak etkisinin anlamlı olmadığı görülmüştür. BDT ve kontrol gruplarında ise uyku kalitesi açısından bir değişim olmamıştır. Bu bölümde araştırmanın bulguları literatürdeki diğer araştırmalar ışığında tartışılacaktır.

4.1. DDT-GBE'nin FMS ETKİSİ VE AĞRI DÜZEYİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN TARTIŞILMASI

Araştırmanın sonuçları incelendiğinde DDT grubundaki FMS hastalarının DDT-GBE sonrasında ve üç aylık takip sürecinde FMS semptomlarında ve ağrı düzeylerinde azalma olduğu görülmüştür. DDT beceri eğitiminin FMS üzerindeki etkisini inceleyen çok kısıtlı araştırma olsa da elde edilen sonuçlar ilgili araştırmalarla benzerlik göstermektedir. Yavuz' un (2020) FMS hastaları ile yürüttüğü, hastalara bilinçli farkındalık, kişilerarası etkin olma, duygu düzenleme ve sıkıntıya dayanma becerilerinin öğretildiği 10 haftalık DDT-GBE sonrasında çalışmanın sonuçları nitel olarak analiz edilmiş ve hastaların FMS semptomlarıyla ve hayatlarındaki diğer zorluklarla daha kolay baş edebildikleri bulunmuştur (Yavuz, 2020). Araştırmamızın sonuçları Yavuz'un (2020) araştırmasının sonuçlarını desteklemektedir. Bu iki araştırma DDT-GBE'nin FMS hastalarına tüm modlarıyla uygulandığı ilk çalışmalar olma özelliğini taşımaktadır. DDT'nin kronik ağrıya uyarlandığı çalışmalara bakıldığında da araştırmamızı destekleyen sonuçlar olduğu görülmektedir. Kronik ağrısı olan hastaya DDT'nin geçerli kılma, kabul ve duygu düzenleme stratejilerinin uygulandığı vaka çalışmasında hastanın ağrı yoğunluğunun, depresyon ve anksiyete düzeyinin azaldığı, ağrı kabulünün ve uyku kalitesinin arttığı görülmüştür (Linton,

2010). Yine kronik ağrılı hastalara uygulanan 8 haftalık DDT-GBE sonrasında da hastaların ağrı yoğunluklarının azaldığı, depresyon ve anksiyete düzeylerinde anlamlı iyileşmeler gözleendiği bildirilmiştir (Sysko vd., 2016). DDT, KKT ve BDT teknikleriyle oluşturulan Diyalektik Ağrı Yönetimi Programı'nın kronik ağrı yaşayan hastalardaki etkinliğini ölçen çalışmada da ağrı kabulü ve ağrı düzeyinde iyileşme olduğu görülmüştür (Barrett vd., 2021).

Çalışmamızda rastgele atanan gruptan birine BDT odaklı ağrıyla baş etme programı uygulanmıştır. 12 haftalık program sonunda BDT grubunda YFEA ve VAS puanları açısından anlamlı bir değişim olmadığı görülmüştür. Literatürde araştırmamızın sonuçlarını destekleyen çalışmalar olmakla birlikte BDT'nin FMS üzerindeki etkinliğini gösteren çalışmalar da mevcuttur. BDT'nin etkinliğini gösteren çalışmalara bakıldığında; BDT tekniklerinin uygulandığı randomize kontrollü çalışmada FMS'li hastaların kontrol grubundakilere göre ağrı, depresyon ve kaygı düzeylerinde azalma olduğu; fiziksel işlevselliklerinde ise artış olduğu görülmüştür (Woolfolk vd., 2012). FMS'li hastalarda online ve yüz yüze BDT uygulamasının karşılaştırıldığı bir başka çalışmada da stres, yineleyen ve felaketleştirici düşünceler, depresyon, öz yeterlik ve gevşemede her iki grupta da iyileşme görülmüştür (Vallejo vd., 2015). Fiziksel egzersiz ve BDT'nin karşılaştırıldığı bir çalışmada ise her iki grupta da FMS belirtileri bakımından iyileşme olduğu görülmüştür (Redondo vd., 2004)

Çalışmamızla benzer sonuçlar gösteren araştırmalara bakıldığında ise BDT'nin ve egzersiz programlarının FMS üzerindeki etkisini inceleyen bir derleme çalışmasında da BDT'nin ve egzersiz programlarının etkisinin sınırlı olduğu ve uzun vadede etkinin azaldığı bildirilmiştir (Van Koulil vd., 2007). FMS için egzersiz, fizik tedavi ve eğitimden oluşan tedaviye BDT'nin katkısını inceleyen randomize kontrollü araştırmada da BDT'nin FMS semptomlarının iyileşmesine sınırlı katkı yaptığı bulunmuştur (Lera vd., 2009).

BDT grubunda FMS semptomları ve ağrı düzeyindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı olmasa da YFEA ve VAS puan ortalamalarında azalma gözlenmiş olup bu gözlenen azalma kontrol grubuna göre daha fazladır. Araştırmamızda BDT teknikleri tek metod olarak kullanılmıştır. BDT'nin tek yöntem olarak kullanıldığı çalışmalarda ağrıyla baş etme davranışlarını arttığı, kaçınmaların azaldığı ancak ağrı

şiddetinde değişim olmadığı da görölmüştür (Lawson, 2008). Bu nedenle BDT tekniklerinin daha multidisipliner olarak kullanılması önerilmektedir (Sindel vd., 2012). Çalışmamızda BDT teknikleri diğer tedavi modelleriyle birlikte kullanılsaydı, ağrı düzeyindeki değişimi anlamlı düzeyde gözlenmesi olasılığının artacağı düşünülmektedir. Gevşeme odaklı BDT grup terapisinin uygulandığı başka bir çalışmada terapi sonrasında ağrıyla ilişkili değişkenler ve ağrı şiddetinde azalma olmadığı görölmüştür. Ancak yine aynı çalışmada yapılan nitel analizlerde katılımcıların iyileşme bildirdiği gösterilmiştir (Hocaoğlu Uzunkaya & Temeloğlu Şen, 2021). Bahsedilen araştırmayla benzer olarak çalışmamızda nitel analiz yapılmamış olsa da katılımcıların sözel bildirimleri iyileşme gösterdikleri yönünde olmuştur. Bu yönüyle katılımcıların değişimlerini ölçmek için nitel ölçümlerden de faydalanılabileceği düşünülmektedir. Bir yandan da meta-analiz çalışmalarında BDT'nin etkisinin kısıtlı olduğu ortaya konmuştur. Bu yönüyle düşünüldüğünde bu araştırmada da BDT'nin sınırlı bir değişime neden olduğu söylenebilir.

Uygulama açısından değerlendirildiğinde de BDT grubunda her oturumda ev ödevleri verilmiş ancak takipleri yapılmamıştır. Geri bildirimler sadece paylaşımda bulunmak isteyen katılımcılardan alınmıştır. BDT'de ev ödevleriyle ilgili literatüre bakıldığında ödev uyumunun tedavi sonuçlarını iyileştirmeye katkı sağladığı, tedavi motivasyonu ve tedavinin sonucuyla pozitif yönde ilişkili olduğu görölmüştür (Helbig & Fehm, 2004; Kazantzis vd., 2016; LeBeau vd., 2013). Ödev takibinin yapılmamış olması katılımcıların ödev uyumlarının değerlendirilememiş olması anlamı gelmektedir. Ödev uyumunun tedavi sonuçlarına katkı sağlayan bir değişken olduğu göz önüne alındığında çalışmamızda sonuçları etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. DDT grubunda ise ev ödevleri ile beceri takibi yapılmıştır. Bu farkın programlarının etkililiğinin değerlendirilmesine etki edeceği düşünülmektedir. Oturumların süresi açısından değerlendirildiğinde DDT grubuyla eşit sürede yapılacak bir uygulamanın sonuçları etkileyeceği düşünülmektedir. Sonuç olarak BDT ile ilgili olumlu araştırmalar mevcut olsa da bizim araştırmamızın sonuçlarıyla benzerlik gösteren araştırmalar da mevcuttur. Aşağıdaki kısımda BDT'nin kısıtlı etki göstermesinin nedenleri DDT-GBE ile karşılaştırmalı olarak tartışılacaktır.

Mevcut bulgular değerlendirildiğinde, BDT grubunda FMS semptomları bakımından anlamlı bir değişim olmamasının olası nedenleri de göz önünde bulundurularak, araştırmamızda DDT-GBE'nin BDT'ye göre FMS için daha etkili bir yöntem olduğu görülmektedir. DDT-GBE'nin bu üstünlüğünün nedenleri aşağıda tartışılmıştır.

BDT, bilişsel ve davranışsal tekniklerle birlikte daha çok mevcut belirtilere müdahale eden bir tedavi yöntemidir (Özdel, 2015). DDT-GBE teknikleri de davranışçı müdahaleler yapmakla birlikte müdahale ettiği bilinçli farkındalık, kişilerarası etkin olma, duygu düzenleme ve sıkıntıya dayanma alanları giriş bölümünde bahsedildiği üzere ağrı üzerinde etkili değişkenlerdir (Atagün vd., 2012; Pleman vd., 2019; Rogers vd., 2018; Zegel vd., 2021). DDT-GBE bu yönüyle ağrıyı etkileyen değişkenlere müdahale ettiğinden BDT grubuna göre etkili sonuçlar elde edildiği düşünülmektedir.

BDT'nin FMS tedavisinde bedensel duyumlarla sürekli bir mücadele vardır ve amaç onlardan kurtulmaktır. Belirtilerle mücadele etmenin ağrıyı azaltmada etki etmediği ya da kısa süreli etkisi olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Son zamanlarda geleneksel BDT varsayımlarının aksine davranışı değiştirmek için alternatif inançlara ihtiyaç olmayacağı yönünde görüşler bulunmaktadır (Vowles & McCracken, 2008). Özellikle kaygı ve depresyon tedavisinde olumsuz otomatik düşüncelerin değiştirilmesinin etkili olmadığı yönünde artan kanıtlar mevcuttur. Kişinin kendisiyle ilgili alternatif ve daha olumlu bir inanç oluşturmaya çalışmasının benlik saygısını düşürerek ruh halinde ters etki yaratabilmektedir. Benzer şekilde kronik ağrı tedavisinde de ağrıya yönelik olumsuz inançların değiştirilmesinin bazı hastalarda ağrı şiddetini artırdığı görülmüştür. Bu nedenle de BDT'de içerik değişimine gidilmesi önerilmektedir (McCracken M. & Vowles, 2014). Bu çalışmadaki BDT uygulaması açısından bakıldığında ağrıyla ilgili olumsuz otomatik düşüncelerin tespit edilmesi ve olumsuz düşünce yakalandıktan sonra değiştirmek için alternatif düşünce bulma çalışmaları yapılmıştır. Çalışmamızda alternatif düşünce bulmanın ağrı düzeyini artırdığı gözlenmemiş olsa da ağrı düzeyi üzerinde olumlu etkisi de bulunmamıştır.

KKT ve bilinçli farkındalık temelli terapilerde de BDT'nin gerçekte örtüşme varsayımının aksine inançlar, duygular ve bedensel duyular doğru ya da yanlış olarak nitelendirilmemekte ve sadece oldukları gibi yargılamadan kabul edilmektedir. Kabul etme süreci de duygusal ve davranışsal kaçınmanın önüne geçmektedir. Bu sayede de hem diğer psikolojik sorunlar da hem de kronik ağrıda iyileşmeler olduğu bilinmektedir (Esteve vd., 2007; Mccracken, 1998). Kronik ağrılı hastalarda BDT ve bilinçli farkındalık ve kabul terapisinin etkisini karşılaştıran bir çalışmada da benzer olarak bilinçli farkındalık ve kabul terapisi alanların BDT'ye göre günlük ağrı ve stres düzeyinde daha fazla iyileşme gösterdiği bulunmuştur (Davis vd., 2015) Linehan'a göre de kronik ağrı gibi hastalıklarla baş etmede önce hastalığı ve belirtileri kabul etmek önemlidir (Linehan, 2015). DDT-GBE bu yönüyle değerlendirildiğinde gerçekliği kabul için bilinçli farkındalık ve gerçekliği kabul becerilerini içermektedir. Çalışmamızda da bilinçli farkındalık becerilerinde ağrıyla ilgili olumsuz düşünceleri, bedensel belirtileri ve duyguları yargılamadan gözlemleyerek kabul etmek üzerinde durulmuştur. Her oturumdan önce de bilinçli farkındalık alıştırmaları yapılmıştır. Sıkıntıya dayanma modülünde de gerçekliği olduğu gibi kabul edebilme üzerine beceriler öğretilmiştir. Bu bilgiyi destekler nitelikte bilinçli farkındalık temelli yapılan çalışmalarda ağrı semptomlarının azaldığı bulunmuştur (Davis & Zautra, 2013). Yine kabul temelli yapılan çalışmalarda da FMS semptomlarında iyileşme olduğu görülmüştür (Wicksell vd., 2013). Bu yönüyle DDT-GBE'nin BDT'den farklı olarak semptomları değiştirmeden önce onları kabul etme becerilerini öğretmesinin ağrı semptomlarını iyileştirmede etkili olduğu söylenebilir. Nitekim kronik ağrıda BDT'nin kullanımı ile ilgili çalışmalarda BDT'ye bilinçli farkındalık becerilerinin eklenmesini önermektedir (Ehde vd., 2019; Rosenthal, 2018). Yine BDT'den farklı olarak DDT'de meditasyon egzersizlerinin yapılmış olmasının da BDT'ye göre üstün bir yan olarak değerlendirilebileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak DDT'nin semptom odaklı olmaktan daha çok semptomu neden olduğu düşünülen değişkenlere etki etmesi, belirtileri değiştirmeden önce onları kabul etme becerilerini öğretmekle kabul ve değişim arasında denge sağlaması araştırmamızda BDT'ye kıyasla daha etkili olduğunu göstermektedir. Yine de her iki yöntemin karşılaştırılması için daha fazla randomize kontrollü çalışmaya ihtiyaç vardır.

4.1.1. Duygu Düzenlemenin Tartififlması

Duygu düzenlemede yaşanan güçlükler kronik ağrı ve FMS'yi etkileyen önemli değişkenlerdendir. Duygu düzenleme becerilerine yönelik yapılan müdahalelerinde ağrı semptomlarını iyileştirmede etkili olacağı d ş n lmektedir. Çalışmamızda DDT grubu katılımcıları beş hafta süreyle duygu düzenleme becerileri öğrenmişlerdir. 12 haftalık beceri eğitimi sonrasında orta ölçüme göre DDGÖ puanlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu bulunmuştur. BDT ve bekleme gruplarında beceri eğitimi öncesi ve sonrasında DDGÖ puanlarında değişme olmamiştir. DDGÖ puanları ile ilgili sonuçlar incelendiğinde, ön test ile takip arasında, orta ölçüm ile son-test arasında ve orta ölçüm ile takip arasında fark olduğu g r lm ştir. Son test ve takip arasında fark olmadığı g r lm ştir. DDT grubunda duygu düzenleme becerilerine orta ölçümden sonra geçilmiştir. Orta  l m ile son test arasındaki farkın bu durumdan kaynaklandığı d ş n lmektedir. Bununla birlikte ön test ile takip arasında fark olması da süreç içerisinde duygu düzenleme becerilerinin etkili olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmamızdaki bulgular ağrı ve duygu düzenleme ile ilgili diğer araştırmalarla benzerlik göstermektedir. Kronik ağrısı olan bir grup hastaya uygulanan klasik maruz bırakma tedavisinin yanına DDT duygu düzenleme becerileri eklenerek yapılan çalışmanın sonunda hastaların olumsuz duygulanımlarının ve ağrı yoğunluklarının azaldığı, fiziksel işlevlerinin arttığı g r lm ştir (Linton & Fruzzetti, 2014). Yine DDT-GBE'nin duygu düzenleme modülünün kronik ağrısı olan bireylere uygulandığı başka bir çalışmada da beceri eğitimi sonrasında katılımcıların ağrı düzeylerinin azaldığı bulunmuştur (Norman-Nott vd., 2022). Çalışmamızda duygu düzenleme becerileri üzerinde 5 hafta durulmuştur. Katılımcılar duygu tanıma, duyguyu isimlendirme, duygu ifade etme ve olumsuz duygular için karşıt tepki geliştirme becerilerini öğrenmişlerdir. FMS hastalarının duygu tanıma, duygu ifade etme ve uzun süre olumsuz duyguda kalma konusunda yaşadıkları zorluklar göz önüne alındığında bahsedilen duygu düzenleme becerilerinin öğrenilmesinin ağrı düzeyindeki iyileşmeyi etkilediği d ş n lmektedir. Bu nedenle hem duygu düzenleme güçlüğünün hem de ağrıyla ilgili semptomların azalmış olması, ilgili araştırmalarla benzer sonuçlar bulunması DDT duygu düzenleme becerilerinin FMS için kullanılabileceğini göstermektedir.

BDT programında duygu düzenlemeye etki edebilecek beceri olarak problem çözme becerileri gösterilebilir. Bu beceri DDT-GBE'deki sorun çözme becerisi ile benzer adımları içermektedir. Ancak BDT grubunda yalnızca bir oturum bu beceri üzerinde durulmuştur. Bunun da duygu düzenleme güçlüğünü azaltmada yeterli olmadığı düşünülmektedir.

4.1.2. Bilinçli Farkındalık Etkisinin Tartışılması

Bilinçli farkındalık düzeyleri ile ilgili sonuçlara incelendiğinde DDT, BDT ve bekleme gruplarında beceri eğitimi sonucunda anlamlı bir değişim yaşanmamıştır. Grup ve ölçüm ortak etkisine bakıldığında da anlamlı bir etki olmadığı görülmüştür. Takip ölçümünde DDT grubunun BİFÖ puanlarının diğer gruplardan yüksek olduğu bulunmuş ancak bu bulgu beceri eğitiminin etkisiyle bilinçli farkındalık düzeyi yükselmiştir demek için yeterli olmamaktadır. Çalışmamızda bilinçli farkındalık modülüne 3 hafta ayrılmış ve bilinçli farkındalık becerilerinden bilge zihin, ne ve nasıl becerileri öğretilmiştir. Bu beceriler kişinin bedenini, düşüncelerini ve duygularını yargılamadan gözlemlemesini, farkındalıkla anda kalabilmesini, dikkatini belli bir yere odaklayabilmesini ve gerçekliği olduğu gibi kabul etmesini sağlayan becerilerdir. Bu becerilerin de FMS üzerindeki etkisi bilinmemektedir. Nitekim katılımcılardan oturum aralarında ve beceri eğitimi sonrası alınan sözel geribildirimlerde bilinçli farkındalık becerilerini kullandıkları ve bu becerilerin yaşadıkları zor durumlarla baş etmelerinde işe yaradığını bildirmişlerdir. Bir yandan da çalışmamızda gözlenen FMS semptomlarındaki, ağrı ve anksiyete düzeylerindeki iyileşme, bilinçli farkındalık temelli çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. FMS'li kadın hastalarla yürütülen bilinçli farkındalık temelli müdahalede kontrol grubuna göre müdahale alan grupta FMS etkisinde ve depresif semptomlarda azalma olmuştur (Parra-Delgado & Latorre-Postigo, 2013). Yine benzer bir araştırmada da bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programının uygulandığı FMS hastalarında müdahale sonrasında ve takip süresinde görsel analog ağrı puanları, depresyon, anksiyete ve somatik belirtilerde azalma görülmüştür (Grossman vd., 2007). Araştırmamızın sonuçlarına, benzer araştırma bulgularına ve katılımcıların geri bildirimlerine baktığımızda bilinçli farkındalık becerilerinin FMS hastaları için uygulanabilir bir tedavi olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte semptomlarda iyileşme olmasına rağmen bilinçli

farkındalık düzeyinde artış olmaması çelişkili olarak değerlendirilebilir. Araştırmamız DDT'nin ağrıya uyarlanmış bir versiyonunu sunmaktadır. Bilinçli farkındalık becerileri öğretilirken ağrıya odaklanılmış ve alıştırmalar da ağrıya göre revize edilmiştir. Katılımcılar da ağrıya ilgili semptomlarının iyileşmesine odaklanmışlardır. Bu durumun ölçeklerin cevaplanmasında da etkili olduğu ve bilinçli farkındalık düzeylerinde değişim olmamasına rağmen ağrı semptomlarında iyileşme olduğu düşünülmektedir. Bilinçli farkındalık becerileri katılımcılara 3 hafta boyunca öğretilmiş aynı zamanda bütün oturumların başlangıcında ve sonunda alıştırmaları yapılmıştır. Yine de bilinçli farkındalık düzeyinin yükselmesi için daha uzun süreli bir eğitime ihtiyaç olabilir.

BDT grubu açısından değerlendirildiğinde, programdaki ağrıya başa çıkma oturumunun nefese odaklanma egzersizleri farkındalık becerilerinden alınmıştır. Ancak bu egzersiz oturumun kısa bir bölümünde yapılmıştır. DDT-GBE'de olduğu gibi bir felsefe olarak üzerinde durulmamıştır. Ayrıca katılımcıların ne kadar bu beceriyi uyguladıkları da bilinmemektedir. Sonuç olarak BDT grubunda bilinçli farkındalık düzeyine etki edecek kadar bu becerilere yer verilmemiştir.

4.1.3. Sıkıntıya Dayanmanın Tartışılması

Sıkıntıya dayanma puanlarına ilişkin sonuçlara bakıldığında, DDT beceri eğitimi sonunda anlamlı bir değişim olmadığı görülmüştür. Sıkıntıya dayanma FMS ile ilişkili bulunan değişkenlerdendir. Yapılan çalışmalarda FMS'li hastaların sıkıntıya dayanma düzeylerinin sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür (Güler & Mengi, 2022). DDT sıkıntıya dayanma becerileri krizle başa çıkma ve gerçekliği kabul etme becerilerinden oluşmaktadır. Yapılan çalışmalarda gerçekliği kabul etmenin ağrıya başa çıkmada ve FMS semptomlarını azaltmada etkili olduğu görülmüştür (De La Coba vd., 2022; Wetherell vd., 2011). KKT grup çalışmasının FMS hastalarına uyarlandığı araştırmada da program sonunda FMS etkisinin azaldığı ve bu azalmaya en fazla kabul becerilerinin aracılık ettiği bulunmuştur (Simister vd., 2018). Araştırmamızda sıkıntıya dayanma becerileri üzerinde son iki haftada durulmuştur. Bu sürenin diğer becerilere ayrılan süreden daha kısa olmasının sıkıntıya dayanma düzeyinde değişiklik olmamasında etkili olduğu düşünülmektedir. Bunun yanı sıra beceri eğitiminin son haftalarına denk gelmiş olması

nedeniyle öğretilen becerilerin alıştırma ve takibine yeteri kadar vakit ayrılamamasının da etkili olacağı düşünölmektedir. Çalışmamızda da ağrı düzeyinin azalmasında gerçekliği kabul becerilerinin de etkili olduğu düşünölmektedir. Bununla birlikte gerçekliği kabul üzerinde bir hafta durulmuştur. Ancak ağrı düzeyini azaltmadaki etkinliği göz önüne alındığında gerçekliği kabul etme becerilerine daha fazla zaman ayrılması gerektiği düşünölmektedir.

BDT ve bekleme grubunda sıkıntıya dayanma düzeylerinde bir değişim olmamıştır. BDT grubu açısından değerlendirildiğinde, programda krize müdahale ve kabul için herhangi bir beceri bulunmamaktadır. Bu nedenle BDT grubunda sıkıntıya dayanma açısından değerişim olmaması beklenen bir sonuçtur.

4.1.4. Kişilerarası Problem Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması

Kişilerarası ilişkilerde yaşanan problemlerin ağrı düzeyi ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Araştırmamızda DDT-GBE'nin kişilerarası problemler düzeyi üzerindeki etkisi incelenmiştir. DDT-GBE'nin hem kişilerarası etkin olma becerilerini hem de doğrulama, kabul etme, duygu düzenleme ve kabul-değişim arasındaki dengeyi bulma ve yargısızlık becerileri ile kişilerarası ilişkilerde yaşanan zorlukları azaltabileceği düşünölmektedir (Choudhary & Thapa, 2012). Çalışmamızda kişilerarası etkin olma becerilerinden hedef etkinliği, ilişki etkinliği ve özsaygı etkinliği becerileri üzerinde durulmuştur. Bu beceriler bir iletişimde neyi önceliklendirmemiz gerektiğini ve ilişkideki istek ve ihtiyaçlarımızı nasıl ortaya koyacağımızı gösteren becerilerdir. Bulgular incelendiğinde DDT-GBE sonrasında kişilerarası problemler düzeyinde azalma olduğu görölmüştür. BDT ve bekleme gruplarında ise herhangi bir değerişim gözlenmemiştir. Kadın FMS hastalarında DDT-GBE'nin etkisini inceleyen niteliksel çalışmaya bakıldığında katılımcıların hedef etkililiği, duygu ifade etme ve özsaygı etkililiği becerilerini günlük hayatta kullandıklarını ve işe yaradığını bildirdikleri görölmüştür (Yavuz, 2020). İlişki odaklı DDT-GBE uygulamasının evli kadınlara uygulandığı çalışmada beceri eğitimi sonrasında kişilerarası ilişkilerde problem çözme konusunda ısrarcı/sebatkar davranma becerilerinin arttığı görölmüştür (Tepeli Temiz, 2022). Araştırmamızın sonuçları ilgili çalışmaları destekler niteliktedir. Katılımcılar da seans başlarındaki geribildirimlerde kişilerarası etkin olma becerilerini kullandıklarını bildirmişlerdir.

Kişilerarası problem düzeyini azaltmada kişilerarası etkinlik becerilerinin yanı sıra duygu düzenleme ve bilinçli farkındalık becerilerinin de etkili olduğu düşünülmektedir. Duygu düzenleme modülündeki duygu ifade etme, karşıt tepki geliştirme ve sorun çözme becerilerinin kişilerarası ilişkilerde kendini ortaya koymayı desteklemektedir. Bilinçli farkındalık modülündeki yargısızlık becerisi de ilişkilerde yargılamayı bırakarak gerçekliğin olduğu gibi görülmesini sağlamaktadır (Linehan, 2015). BDT ve bekleme grubundaki kişilerarası problem düzeyine bakıldığında anlamlı bir değişim olmadığı görülmüştür. BDT grubunda kişilerarası problem düzeyini etkileyebilecek beceri olarak problem çözme ve kendini ortaya koyma becerileri vardır. İlgili becerilerin öğretilmesine rağmen kişilerarası problem düzeyinde azalma olmaması bu becerilerin kişilerarası problem düzeyini etkilemekte yeterli olmadığını düşündürmektedir. DDT-GBE'deki bilinçli farkındalık ve duygu düzenleme becerileri gibi destekleyen becerilerin BDT'ye eklenmesinin kişilerarası problem düzeyini azaltmaya yardımcı olacağı düşünülmektedir.

4.2. DEPRESYON ve ANKSİYETE TARTIŞILMASI

Yapılan çalışmalar FMS hastalarının sıklıkla depresyon ve anksiyete belirtileri yaşadıklarını göstermektedir (Thieme vd., 2004). Bu nedenle ağrıya yapılacak müdahalelerin yanı sıra depresyon ve anksiyete düzeylerini iyileştirmenin de önemli olduğu düşünülmektedir. Araştırmamızda DDT-GBE'nin depresyon ve anksiyete düzeylerini azaltmadaki etkisi incelenmiştir.

Mevcut bulgulara bakıldığında DDT-GBE sonrasında anksiyete düzeylerinde azalma olduğu görülmüştür. Araştırmamızın sonuçlarının literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. DDT'nin kaygı müdahalelerine bakıldığında duygu düzenlemenin transdiagnostik yaklaşım olarak ele alındığı çalışmada 16 haftalık DBT-GBE'nin sonucunda katılımcıların duygu düzenleme güçlüklerinin ve kaygı düzeylerinin azaldığı görülmüştür (Neacsiu vd., 2014). DBT-GBE'nin hastane programı olarak uygulandığı çalışmada da taburcu zamanında anksiyete düzeylerinde azalma ve bilinçli farkındalık düzeylerinde artış olduğu görülmüştür (Mochrie vd., 2019). Majör depresyon tanısı almış hasta grubuna uygulanan DDT sonrasında hastaların kaygı düzeylerinin azaldığı görülmüştür (Webb vd., 2016).

Anksiyete düzeylerindeki değişimde bilinçli farkındalık becerilerinin etkili olduğu düşünülmektedir. Bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programlarının kaygı düzeyini azaltmadaki etkisi araştırmalarda gösterilmiştir (Kabat-Zinn vd., 1992; Vøllestad vd., 2011). Bu alanda kazanılmış becerilerin kaygı düzeyini etki ettiği düşünülmektedir. Kaygının azalmasında bir diğer etken olarak da kişilerarası etkin olma becerileri gösterilebilir. Kaygı ve kişilerarası problemlerin birbirleriyle ilişkili oldukları bilinmektedir (Darcy vd., 2005; Eng & Heimberg, 2006). DDT-GBE'nin kişilerarası etkin olma ve duygu düzenleme modüllerinin ergenlere uygulandığı 7 haftalık programda kaygı düzeylerinin anlamlı derecede azaldığı bulunmuştur (Stephen Lenz vd., 2016). Bu nedenle kişilerarası etkin olma becerilerinin öğrenilmesinin kaygı düzeyini azaltmada etkisi olduğu düşünülmektedir. Bulgular bölümünde bahsedilen kişilerarası problem düzeyinde gözlenen azalmada bu durumu desteklemektedir.

Depresyon düzeyine bakıldığında ise grup ve zaman ortak etkisi anlamlı olmasa da depresyon düzeyinde zamana bağlı azalma olduğu görülmüştür. Depresyon puanlarındaki azalma gruplara göre incelendiğinde DDT grubunda ön test ile son test arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Araştırmamızın sonuçlarının literatürle benzer olduğu görülmektedir. Antidepresan kullanımına rağmen depresyon düzeyleri azalmayıp ayaktan tedavi gören bir grup hastaya uygulanan 16 haftalık DDT-GBE sonrasında bekleme listesindekilere göre depresyon düzeylerinde önemli derecede azalma olduğu görülmüştür (Harley vd., 2007). Yine majör depresif bozukluk tanısı almış hasta grubuna uygulanan 16 haftalık DDT-GBE sonrasında depresif semptomlar yatışmış olup bu yatışmanın duygu işlemelemedeki artışla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Feldman vd., 2009). DDT-GBE destekli kısmi hastane programında da hastaların yatıştan taburcu olmaya kadar geçen sürede depresif belirtilerinin azaldığı görülmüştür (Mochrie vd., 2019).

Müdahale sonrasında depresyon puanlarının azalmasında duygu düzenleme becerilerinin etkili olduğu düşünülmektedir. Duygu düzenleme becerilerinin yetersiz oluşunun depresyon semptomlarının şiddeti için önemli bir belirleyici olduğu görülmüştür (Berking vd., 2014; Fehlinger vd., 2013). Nitekim majör depresyon tanısı almış yatan hastalara tedavilerinin ilk üç haftasında duygu düzenleme becerileri öğretilmiş olup becerilerin uygulanması ile depresif semptomların şiddetindeki azalma

ilişkili bulunmuştur. Semptom şiddetindeki azalmayla en fazla olumsuz duyguları tolere etme ve olumsuz duyguları aktif değiştirme becerileri ilişkili bulunmuştur (Radkovsky vd., 2014). Çalışmamıza bakıldığında da olumsuz duyguları değiştirmek için karşıt tepki geliştirme becerileri öğretilmiştir. Oturumlar sırasında alıştırmalar yapılmış olup olumsuz duyguyu değiştirmek için ev ödevleri verilmiştir. Başka bir çalışmada da duygu düzenleme becerilerinin depresyon tedavisinde remisyonu önlemekte etkili olduğu gösterilmiştir (Ebert vd., 2017). Yine depresyonda BDT odaklı terapilere eklenen duygu düzenleme becerilerinin depresif semptomların şiddetini azaltmada ve hastaların pozitif duygularını artırmada etkili olduğu bulunmuştur (Berking vd., 2013; Carl vd., 2018). Depresif belirtileri azaltmada etkili olan bir diğer becerinin de bilinçli farkındalık becerileri olduğu düşünülmektedir. Bilinçli farkındalık becerilerinin depresif semptomları azaltmadaki etkisi araştırmalarda gösterilmiştir (Gallego vd., 2014; Grossman vd., 2010). Anlık olumlu duygular odaklanma becerilerini temel alarak depresif semptomları olan hastalara uygulanan farkındalık temelli programda hastaların anlık olumlu duygularının artışı ve günlük keyif alınan aktivitelere odaklanılması depresif semptomların iyileşmesiyle ilişkili bulunmuştur (Geschwind vd., 2011). Çalışmamızda da benzer olarak katılımcılarla yaşanan duyguya odaklanma ve katılma becerileri üzerinde durulmuştur. Yine depresyonun nüksünü önlemek için uygulanan farkındalık ve duygu düzenleme becerilerini içeren DDT müdahalesi sonrasında da depresif semptomların azaldığı görülmüştür (Elices vd., 2017). Sonuç olarak bilinçli farkındalık ve duygu düzenleme becerilerinin depresif semptomları azaltmada etkili olduğu düşünülmektedir.

BDT ve bekleme gruplarının depresyon ve anksiyete düzeylerine ilişkin bulgulara bakıldığında iki grupta da anlamlı düzeyde bir azalma olmamıştır. Kontrol grubu herhangi bir müdahale almadığından değişim olmaması beklenen bir durumdur. BDT'nin anksiyete ve depresyon üzerindeki etkinliğini araştıran çalışmalar incelenmiştir. Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) için uygulanan BDT temelli grup terapisi çalışmasına bakıldığında hiçbir müdahale almayan kontrol grubuna göre BDT grubundaki katılımcıların hem tedavi sonrasında hem de takip süresinde kaygı düzeylerinde azalma olmuştur (Dugas vd., 2003). BDT, akılcı duygusal terapi ve KKT'nin etkinliğini karşılaştıran başka bir çalışmada da her 3 grupta kaygı

düzeylerinin azaldığı görülmüştür (Stefan vd., 2019). Depresyonda bilişsel terapinin etkisini inceleyen randomize kontrollü çalışmada da depresyon düzeylerinin azaldığı bulunmuştur (Merrill vd., 2003). Çevrimiçi olarak uygulanan BDT programının FMS hastalarındaki etkisini inceleyen çalışmada, program sonunda FMS etkisinin azaldığı görülmüştür ve BDT'nin hafif ve orta düzey anksiyete ve depresyon için etkili olabileceği gözlenmiştir (Gratzer & Khalid-Khan, 2016). Çalışmalara bakıldığında BDT'nin kaygı ve depresyon üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Bu araştırmanın sonuçları literatürle uyumlu değildir. Bu çalışmada kaygı ve depresyon tanısıl açıdan değil FMS'ye eşlik eden psikiyatrik birliktelikler olarak ele alınmıştır. BDT'nin FMS üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalarda depresyon ve anksiyetede iyileşmenin ağrı düzeyi ve FMS etkisindeki iyileşme ile birlikte görüldüğü gözlenmiştir (Menga vd., 2014). Araştırmamızda BDT grubunda ağrı düzeyi ve FMS belirtileri açısından değişim olmamasının kaygı ve depresyon düzeylerinin de azalmasını etkilediği düşünülmektedir.

BDT'de kaygı bozuklukları ve depresyon için kullanılan ortak teknikler olmakla birlikte tanıya özgü yöntemleri içeren bir tedavi de sunmaktadır. BDT'de kaygı bozukluklarında bilişsel yeniden yapılandırma, aşamalı maruz bırakma, psiko-eğitim, gevşeme ve nefes egzersizleri kullanılmaktadır. Çalışmamızda kullanılan BDT teknikleri ise çoğunlukla ağrıya özgü teknikleri içermektedir. BDT programında uygulanan bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri, ağrı ile ilgili olumsuz otomatik düşünceleri ele almaktadır. Ayrıca BDT grubunda uygulanan tedavi, FMS egzersizleri ve FMS ile ilgili psiko eğitimi kapsamaktadır. Sonuç olarak kaygı ve depresyona odaklı bir BDT uygulaması değildir. Anksiyete ve ağrı için ortak olarak yalnızca gevşeme egzersizleri kullanılmıştır. Bu nedenle de çalışmamızda BDT gruplarında kaygı ve depresyon açısından bir değişim olmadığı düşünülebilir. Bununla birlikte DDT grubunda yapılan müdahale tanısıl olmaktan çok kaygıya ve depresyona neden olabilecek temel değişkenler üzerinedir. Bu durumun da iki grup arasında değişim açısından fark olmasına neden olduğu düşünülmektedir. Nitekim BDT'nin tanıya özgü oluşu ve heterojen gruplar için genel bir tedavi önermesi tartışmalı bir konu olmaya başlamıştır (Parker & Fletcher, 2007). Bunun yerine transdiagnostik BDT'nin kullanılmasının daha etkili olacağını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Norton vd., 2013).

4.3. UYKU KALİTESİ TARTIŞILMASI

Uyku kalitesi FMS ile ilişkili olduğu bilinen önemli değişkenlerdendir. FMS’li hastalar sıklıkla sabahları dinlenmiş hissederek uyanmadıklarından yakınmaktadırlar (Lorenzi-Filho & Lage, 2006). Çoğu hastaların uyku ile ilgili yakınması olmasından dolayı uyku bozukluklarının FMS’nin nedenleri arasında olabileceği yönünde tartışmalar olmuştur (Choy, 2015). Günümüzde ise uykuda yaşanan sorunlar FMS’nin bir belirtisi olarak ele alınmaktadır. Çalışmamızda DDT-GBE’nin uyku kalitesi üzerindeki etkisi incelenmiş ve BDT ve bekleme gruplarıyla karşılaştırılmıştır. Bulgulara bakıldığında müdahale sonrasında grup ve zaman ortak etkisinin anlamlı olmadığı görülse de uyku kalitesi puanlarında zamana bağlı değişim olduğu görülmüştür. Uyku kalitesindeki artış gruplara göre incelendiğinde DDT grubunda orta test ve son test arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Orta test puanları incelendiğinde de ön testten sonra uyku probleminde artış olduğu anlaşılmıştır. Bu artıştan sonra son testte uyku kalitesinin artması DDT-GBE’nin etkili olduğunu göstermektedir. BDT ve bekleme gruplarında ise uyku kalitesi açısından bir değişim olmamıştır. DBT-GBE’nin uyku kalitesi etkisi üzerindeki etkisini araştıran çalışmalar incelenmiştir. Multiple Skleroz hastalarında DDT-GBE’nin ağrı yönetimi ve uyku kalitesi üzerindeki etkisini araştıran yarı deneysel çalışmada, 8 haftalık program sonunda ağrı yönetimi ve uyku kalitesinde iyileşme olduğu bulunmuş ve DDT-GBE’nin etki büyüklüğünün yüksek olduğu bildirilmiştir (Abdolghaderi vd., 2020). Kronik ağrılı hastalarda DDT-GBE’nin duygu düzenleme modülünün uygulandığı çevrimiçi çalışmada da ağrı yoğunluğundaki azalmanın yanı sıra uyku kalitesinin de iyileştiği görülmüştür (Norman-Nott vd., 2022). Yapılan çalışmalara bakıldığında DDT’nin uyku kalitesinde etkili olduğu söylenebilir. Uyguladığımız DDT-GBE programında uyku kalitesine direkt etki edecek beceri olarak duygu düzenleme modülündeki “uyku hijyeni protokolü” gösterilebilir. Uyku hijyeni protokolünde uygun uyku ortamı, uykudan önce yapılmaması gerekenler, uykuya hazırlık, uykuya dalamama durumunda kullanılacak bilişsel ve davranışçı teknikler üzerinde durulmuştur. Bu becerileri kullanmanın uyku kalitesini artırmaya katkı sağladığı düşünülmektedir. Bununla birlikte uyku kalitesi ve bilinçli farkındalığın ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Bu çalışmalar da bilinçli farkındalık düzeyinin yükselmesinin uyku kalitesine etki edeceği önerisinde bulunulmaktadır (Park

vd., 2020). Nitekim FMS hastalarına uygulanan 7 haftalık bilinçli farkındalık eğitimi sonunda uyku kalitesinin arttığı bulunmuştur (Amutio vd., 2018). Yine 8 haftalık MBSR programı sonunda FMS hastalarında uyku bozukluğunun azaldığı görülmüştür (Cash vd., 2015). Yapılan çalışmalara bakıldığında bilinçli farkındalık becerilerinin uyku kalitesinde etkili olduğu görülmektedir. Çalışmamızda da bilinçli farkındalık becerilerinin öğretilmesinin etkili olduğu düşünülmektedir. Uyku kalitesine etki eden bir diğer becerinin de duygu düzenleme olduğu düşünülmektedir. Uyku kalitesi ve duygu düzenleme arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada olumlu duyguların artışı uyku kalitesi ile ilişkili bulunmuştur (Parsons vd., 2022). Çalışmamızda da duygu düzenleme becerilerinde kısa vadede ve uzun vadede olumlu duygular biriktirmek becerileri üzerinde durulmuştur. Başka bir çalışmada da duygu düzenleme stratejilerinin kullanımının yüksek uyku kalitesi ile ilişkili bulunmuştur (Sullivan vd., 2023). Buna göre çalışmamızda duygu düzenleme becerilerinin uyku kalitesinin artmasına katkı sağladığı düşünülmektedir.

BDT grubundaki uyku kalitesi puanlarına bakıldığında anlamlı bir değişim olmadığı görülmüştür. Literatürde BDT'nin uyku kalitesi üzerindeki etkisini araştıran çalışmalar incelenmiştir. Çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak FMS hastalarında uykusuzluk için BDT programının uygulandığı randomize kontrollü çalışmada kontrol grubuna göre uyku kalitesi ve yorgunlukta önemli iyileşmeler olduğu görülmüştür (Martínez vd., 2014) . Yine FMS hastalarında uykusuzluk için BDT'nin etkisini inceleyen randomize pilot çalışmada, BDT grubundakiler kontrol grubuna göre uyku kalitesinde iyileşme göstermiştir (Miró vd., 2011) Araştırmamızın sonuçlarını destekleyen çalışmalar aşağıda incelenmiştir. BDT'nin uyku kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirmek üzere yapılan meta analiz çalışmasında BDT'nin uyku kalitesine çok düşük veya düşük düzeyde etki ettiği görülmüştür. Aynı çalışmanın öneriler kısmında BDT'ye ek olarak bilinçli farkındalık becerilerinin uygulanmasının etkiyi artıracığı söylenmiştir (Climent-Sanz vd., 2022). FMS hastalarında meditasyon farkındalık eğitiminin etkinliğini inceleyen çalışmada kontrol grubuna BDT temelli program uygulanmış ve program sonunda meditasyon farkındalığı grubundakiler FMS semptomları ve uyku kalitesinde BDT grubuna göre daha fazla iyileşme göstermiştir (Van Gordon vd., 2017). Çalışmamızda BDT grubunda bilinçli farkındalık becerileri uygulanmamıştır. Bu durumun BDT grubunda uyku kalitesinin değişmemesini

etkilediği düşünölmektedir. Aynı zamanda BDT grubunda herhangi bir uyku hijyeni eğitimi de verilmemiştir. Bu durumun da sonucu etkilediği düşünölmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

SONUÇ

Bu çalışmanın amacı DDT-GBE'nin kadın FMS hastalarda ağrı düzeyi, FMS semptomları ve ağrıyla ilişkili değişkenler üzerindeki etkisini inceleyerek BDT ve kontrol gruplarıyla karşılaştırmaktır. Bu genel amacın altındaki birinci amaca yönelik olarak FMS semptomlarının müdahaleye bağlı olarak azalıp azalmadığı incelenmiş olup DDT grubunda DDT-GBE sonrasında FMS semptomları ve ağrı düzeyleri azalmıştır. Etki büyüklüğüne bakıldığında geniş etki büyüklüğü gösterdiği görülmüştür. BDT ve kontrol grubunda ise müdahale sonrasında FMS semptomları bakımından bir değişim olmamıştır. Buna göre temel hipotezimiz doğrulanmıştır.

Araştırmamızın ikinci amacı ise DDT-GBE'nin FMS hastalarının duygu düzenleme becerilerini, bilinçli farkındalık, sıkıntıya dayanma ve kişilerarası etkinlik düzeylerini artırmasıdır. Bunlar DDT-GBE'nin ikincil sonuçları olarak da düşünülebilir. Sonuçlara bakıldığında DDT-GBE sonrasında beklenen üzere duygu düzenleme becerilerinin arttığı bulunmuştur. Duygu düzenleme becerileri üzerinde 5 hafta durulmuş ve bu alanda birçok beceri öğretilmiştir. Bu becerilerin öğrenilmesinin de hem duygu düzenleme puanlarına hem de FMS etkisi puanlarını iyileştirmeye katkı sağladığı düşünülmektedir. Kişilerarası etkinlik düzeyine ilişkin gelişme kişilerarası problemler envanteriyle ölçülmüştür. Analiz sonuçlarına göre kişilerarası problem düzeyinin azaldığı yani kişilerarası etkinlik düzeyinin arttığı bulunmuştur. Kişilerarası etkinlik becerileri üzerinde 2 hafta durulmuştur ve öğretilen beceriler ilişkilerden beklediğimiz sonucu almamıza yönelik becerilerdir. Katılımcıların sözel geribildirimlerinde bu becerilerden faydalandıklarını bildirmişlerdir. Süre olarak uzun süre üzerlerinde durulmasa da öğrenilmesi ve hatırlanması kolay beceriler olduğundan sonuçlara etkisi gözlenmiştir. Bilinçli farkındalık sonuçlarına bakıldığında değişim olmadığı görülmüştür. Bilinçli farkındalık becerileri DDT-GBE'nin ikincil etkisi olarak artmasa da FMS semptomları üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Bilinçli farkındalık üzerinde 3 hafta durulmuş ancak 12 hafta boyunca her oturumun başında ve sonunda uygulanmıştır. Katılımcılar öğrendikleri becerileri zorlayıcı bir semptom yaşadıklarından kullandıklarını söylemişlerdir. Bu alanda en çok kullanılan beceri olarak bilge zihin, farkındalıkla anda kalma ve yargısız olma becerileri bildirilmiştir.

Bu becerilerin FMS semptomlarını iyileştirmede etki ettiği düşünülmektedir. Sıkıntıya dayanma puanlarına bakıldığında anlamlı bir değişim olmamıştır. Sıkıntıya dayanma programın son iki haftasına denk gelmiş ve becerilerin takibi yapılamamıştır. Ancak bu modülde öğretilen gerçekliği kabul becerileri FMS semptomları açısından önemli becerilerdir. İleride yapılacak çalışmalarda gerçekliği kabul becerilerine daha uzun süre yer verilmesi gerektiği düşünülmektedir. Sonuç olarak ikincil hipotez duygu düzenleme ve kişilerarası etkinlik düzeyi açısından doğrulanmıştır.

Araştırmanın üçüncü amacı ise DDT-GBE sonrasında depresyon ve anksiyete düzeylerinin azalması, uyku kalitesi düzeyinin ise artmasıdır. Sonuçlara bakıldığında anksiyete düzeylerinin DDT-GBE sonrasında azaldığı bulunmuş ve üçüncü hipotezin ilk kısmı doğrulanmıştır. Anksiyete düzeyindeki iyileşmede bilinçli farkındalık ve kişilerarası etkinlik becerilerinin etkili olduğu düşünülmektedir. Depresyon düzeyine bakıldığında ise grup ve zaman etkileşimi anlamlı olmasa da depresyon puanlarında zamanla azalma görülmüştür. Üçüncü amacın ikinci hipotezi kısmi olarak doğrulanmıştır. Üçüncü amacın üçüncü hipotezi olarak uyku kalitesinin yükselmesi kısmi olarak doğrulanmıştır. Uyku kalitesinde DDT-GBE sonrasında azalma olmuş ancak bu azalma grup ve zaman etkileşimi ile gösterilememiştir. Uyku kalitesinde bilinçli farkındalık becerilerinin etkisi göze çarpmaktadır. Bu çalışmada da bilinçli farkındalık üzerinde daha uzun durulmasının uyku kalitesini etkileyeceği düşünülmektedir:

BDT ve bekleme grupları açısından sonuçlara bakıldığında FMS semptomları, duygu düzenleme becerileri, bilinçli farkındalık düzeyleri, sıkıntıya dayanma, anksiyete ve depresyon düzeyleri, uyku kaliteleri ve kişilerarası etkin olmada anlamlı bir değişim olmadığı görülmüştür. Kontrol grubu herhangi bir müdahale almamıştır ve zamanla değişim olmaması beklenen bir durumdur. BDT grubun açısından değerlendirildiğinde ise BDT, FMS için etkinliği kanıtlanmış psikoterapi yöntemlerinden ilki olması sebebiyle FMS semptomlarına etkisinin gözlenmesi olası bir sonuç olacaktır. Ancak çalışmamızda herhangi bir değişim olmamıştır. Değişim olmamasının nedenlerinde tartışma bölümünde bahsedilmiştir. Ancak sonuç olarak değerlendirilecek olursa BDT'nin kronik ağrıda zayıf olan yönlerinin FMS semptomlarına etki etmesinin önüne geçtiği söylenebilir. Zayıf yönleri olarak da direkt semptomu değiştirme odaklı olması, bedensel duyumlarla sürekli mücadele halinde

olması gösterilebilir. Kronik ağrı sendromlarında bedensel duyuları geçirmeye çalışmadan önce onların kabul edilmesi gerektiği literatürde vurgulanan bilgilerdendir. BDT'nin FMS'de kullanımına ilişkin yapılan eleştirilerde de BDT tekniklerine kabul ve bilinçli farkındalık becerilerinin eklenmesi gerektiği üzerinde durulmuştur.

Sonuç olarak DDT-GBE FMS içerisinde barındırdığı dört farklı modül ile için çok yönlü bir tedavi seçeneği sunması, dört modüldeki değişkenlerin kronik ağrı sendromlarını başlatıcı ve sürdürücü nedenler olarak değerlendirilmesi, bünyesinde kronik hastalıklar için önemli olan gerçekliği kabul, bilinçli farkındalık ve zen öğretilerini barındırması sebebiyle FMS tedavisinde umut verici bir seçenek olduğu düşünülmektedir.

Bu tezin güçlü yanlarını ele alacak olursak en önemlisinin randomize kontrollü çalışma olması söylenebilir. Araştırmada dahil etme kriterlerini karşılayan hastalar seçkisiz olarak deney, kontrol ve bekleme listesi olarak üç gruba atanmıştır. Randomize kontrollü çalışmalar her bir deneğin koşullara yansız bir şekilde atanmasını sağlamaktadır. Diğer bir deyişle her deneğin eşit şansı vardır denilebilir. Bu sayede de çalışmanın geçerliliği artmaktadır. Ayrıca bu çalışmada iki tane kontrol koşulu oluşturulmuştur. Koşullardan biri etkinliği daha önceden kanıtlanmış olan BDT müdahalesi, diğer koşul ise müdahale almayan kontrol grubudur. Bu durumda deney grubundan elde edilen sonuçların hem başka bir tedavi ile hem de müdahale almamış bir grup ile karşılaştırılması mümkün olmaktadır. Bu sayede de deneysel etki daha güçlü bir şekilde yorumlanabilmektedir. Bir diğer güçlü yan olarak da grupların FMS etkisi bakımından başlangıçta benzer gruplar olması gösterilebilir. Randomize şekilde gruplar oluşturulduktan sonra araştırmanın temel değişkeni olan FMS etkisi puanları bakımından tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiş ve gruplar arasında fark olmadığı görülmüştür. Başlangıçta gruplar arasında fark olması deneysel müdahaleden sonra ortaya çıkan sonucu yorumlamak açısından karıştırıcı olmaktadır. Bu durumda bu çalışmada grupların benzer FMS etkisini yaşıyor olmaları güçlü yön olarak değerlendirilebilir.

Bu araştırma bilindiği üzere çevrimiçi yürütülmüştür. Çevrimiçi olmasının avantaj yarattığı durumlar olmuştur. Öncelikle hastaların oturumlara katılımını, zaman, maliyet ve erişim açısından kolaylaştırmıştır. İnternet bağlantıları olan her yerde gruba katılabilmeleri programlara devamlarını artırmıştır. Pandemi sürecinin

ardından böyle bir gruba yüz yüze katılmanın kaygı verici etkisi de çevrimiçi olması sayesinde dışlanmıştır.

Diğer yandan beceri eğitiminin grup şeklinde yürütülmesinin de çalışma açısından güçlü bir yan olduğu düşünülmektedir. Grup çalışmaları daha çok hastaya aynı anda ulaşmayı sağlar. Bununla birlikte katılımcıların yalnız olmadıklarını hissetmeleri, kabul görmeleri ve bilgi alışverişinde bulunmaları açısından katılımcılara fayda sağlamaktadır (Gökkaya vd., 2020)

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE ÖNERİLER

Araştırmanın sınırlılıklarına bakıldığında ilk olarak gruplarda az sayıda hasta olması söylenebilir. Çalışmanın etkisinin genellenebilmesi açısından daha büyük gruplarla çalışılması önerilmektedir. Yine istatistiki yöntemlerden daha güvenilir sonuçlar alabilmek için de daha fazla katılımcıya ihtiyaç vardır. Bunun yanı sıra grup çalışmalarının doğası gereği araştırmayı bırakanların olması beklenen bir durumdur. Bundan sonra yapılacak araştırmalarda grupları ayrılacak katılımcılar da göz önünde bulundurularak hareket edilmesi önerilmektedir.

Diğer bir sınırlılık olarak da DDT-GBE grubunda beceri modüllerine eşit süreler ayrılmaması gösterilebilir. Çalışmada duygu düzenleme için 5 hafta, bilinçli farkındalık için 3 hafta, kişilerarası etkinlik ve sıkıntıya dayanma becerileri için 2 hafta ayrılmıştır. Farklı beceriler için farklı süreler ayrılması becerilerin öğrenilmesini ve kullanılmasını etkileyecektir. Bu nedenle gelecekte yapılacak çalışmalarda tüm beceriler için eşit süre ayrılması önerilmektedir. Bununla birlikte standart DDT-GBE için Linehan bir yıllık bir süre önermektedir (Linehan, 2015). Çalışma DDT-GBE'nin FMS' ye odaklanmış kısa süreli bir versiyonudur. Bu da göz önünde bulundurularak daha uzun soluklu bir tedavi denenmesi önerilmektedir. Standart DDT-GBE ve kısa süreli DDT-GBE'nin etkinlik olarak karşılaştırılmasına da olanak tanıyacaktır. Bunun yanı sıra hangi modülün etki ettiğini gözlemlemek amacıyla gelecek çalışmalarda aracılık modelleriyle çalışılabileceği düşünülmektedir.

Çalışmanın çevrimiçi olması bir sınırlılık olarak değerlendirilmese de bazı becerilerin öğrenilmesinde ve araştırmaların yapılmasında zorluk yaşanmıştır. Bundan sonra yüz yüze çalışmaların da yapılıp bu çalışmayla sonuçlarının karşılaştırılması önerilmektedir.

Çalışmada BDT grubunda verilen ödevlerin kontrolünün yapılmamış olması da bir diğer sınırlılık olarak gösterilebilir. Yine BDT grubunun oturum süreleri DDT grubuna göre yaklaşık 30 dakika kısa sürmüştür. Bu durum da sınırlılık olarak kabul edilebilir.

Çalışmada deney grubu ve kontrol grubu müdahaleleri araştırmacının kendisi tarafından yapılmıştır. Araştırmacı yanlılığı bakımından düşünüldüğünde bu durumun araştırmanın kısıtlarından biri olduğu söylenebilir.

Araştırmanın sınırlılıklarından bir diğeri de bulguların yalnızca öz-değerlendirme ölçeklerine dayanmış olmasıdır. Sadece öz bildirim ölçeklerinden alınan nicel verilerin değerlendirilmesi çalışmanın sonuçlarını yorumlamakta kısıtlılık yaratmaktadır. Örneğin araştırmada bilinçli farkındalık düzeyinde DDT-GBE sonrasında anlamlı bir değişim olmadığı görülmüştür. Ancak katılımcılar bilinçli farkındalık becerilerinden faydalandıklarından bahsetmişlerdir. Çalışmanın etkilerinin daha sağlıklı olarak yorumlanması adına nitel değerlendirme ve öznel ölçümlerden de faydalanılması gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Abdolghaderi, M., Narimani, M., Atadokht, A., Abolghasemi, A., Hatamian, H., Kafie, M., & Langroudi, H. G.** (2020). Research Paper: The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Sleep Quality and Pain Management in Multiple Sclerosis. *Caspian Journal of Neurological Sciences*, 6(4), 205-213. <https://doi.org/10.32598/CJNS.6.23.1>
- Aguglia, A., Salvi, V., Maina, G., Rossetto, I., & Aguglia, E.** (2011). Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: Comorbidity and clinical correlates. *Journal of Affective Disorders*, 128(3), 262-266. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.004>
- Ağargün, M. Y.** (1996). Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin Geçerliliği ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7, 107-115.
- Akın, B., & Koçoğlu, D.** (2017). Randomize Kontrollü Deneyler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(1), 73-92.
- Akyunus, M., & Gencoz, T.** (2016). Psychometric properties of the inventory of interpersonal problems-circumplex scales short form: A reliability and validity study. *Dusunen Adam - The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 29(1), 36-48. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2016290104>
- Alok, R., Das, S. K., Agarwal, G. G., Salwahan, L., & Srivastata, R.** (2011). Relationship of severity of depression, anxiety and stress with severity of fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 29(69), 70-72.
- Amutio, A., Franco, C., Sánchez-Sánchez, L. C., Pérez-Fuentes, M. del C., Gázquez Linares, J. J., Van Gordon, W., & Jurado, M. del M. M.** (2018). Effects of mindfulness training on sleep problems in patients with fibromyalgia. *Frontiers in Psychology*, 9(1365), 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01365>
- Anderberg, U. M., Marteinsdottir, I., Theorell, T., & Von Knorring, L.** (2000). The impact of life events in female patients with fibromyalgia and in female healthy controls. *European Psychiatry*, 15(5), 295-301. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(00\)00397-7](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(00)00397-7)
- Aparicio, V. A., Ortega, F. B., Carbonell-Baeza, A., & Cuevas-Toro, A. M.** (2013). Anxiety, Depression and Fibromyalgia Pain and Severity. *Behavioral Psychology*, 21(2), 381-392. <https://www.researchgate.net/publication/256374602>

- Arnold, L. M., Crofford, L. J., Martin, S. A., Young, J. P., & Sharma, U.** (2007). The effect of anxiety and depression on improvements in pain in a randomized, controlled trial of pregabalin for treatment of fibromyalgia. *Pain Medicine*, 8(8), 633-638. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2007.00332.x>
- Arnold, L. M., Crofford, L. J., Mease, P. J., Burgess, S. M., Palmer, S. C., Abetz, L., & Martin, S. A.** (2008). Patient perspectives on the impact of fibromyalgia. *Patient Education and Counseling*, 73(1), 114-120. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.06.005>
- Arnold, L. M., Fan, J., Russell, I. J., Yunus, M. B., Kushner, I., Olson, J. M., & Iyengar, S. K.** (2013). The Fibromyalgia Family Study: A Genome-Wide Linkage Scan Study. *Arthritis and Rheumatology*, 65(4), 1122-1128.
- Arnold, L. M., Hudson, J. I., Hess, E. V., Ware, A. E., Fritz, D. A., Auchenbach, M. B., Starck, L. O., & Keck, P. E.** (2004). Family Study of Fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 50(3), 944-952. <https://doi.org/10.1002/art.20042>
- Asgarabad, M. H., Yegaei, P. S., Jafari, F., Azami-Aghdash, S., & Lumley, M. A.** (2023). The relationship of alexithymia to pain and other symptoms in fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Pain*, 27(3), 321-337.
- Asmundson, G. J. G., Norton, P. J., & Norton, G. R.** (1999). Beyond Pain: The Role of Fear and Avoidance in Chronicity. *Clinical Psychology Review*, 19(1), 97-119.
- Assumpção, A., Cavalcante, A. B., Capela, C. E., Sauer, J. F., Chalot, S. D., Pereira, C. A. B., & Marques, A. P.** (2009). Prevalence of fibromyalgia in a low socioeconomic status population. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2474-10-64>
- Aşkın, A., & Özkan, A.** (2017). Fibromiyaljide Farmakolojik Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(1), 126-126. <https://doi.org/10.17827/aktd.280530>
- Atagün, M. I., Atagün, Z., Evren, C., Balaban, O. D., Yalçinkaya, E. Y., & Öneş, K.** (2012). Mental symptoms are related with impact of the disease and impairment in quality of life in female patients with fibromyalgia. *Düşünen Adam - The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 25(4), 338-344. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2012250406>
- Ataoğlu, S., Özçetin, A., Ataoğlu, A., İçmeli, C., Makarç, S., & Yağlı, M.** (2002). Fibromiyaljili ve romatoid artritli hastalarda ağrı şiddeti ile anksiyete ve depresyon ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 223-226.

- Babaoğlu, G., İnan, L., & Özdel, K.** (2017). Cognitive Behavioral Therapy In The Chronic Pain Management. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 6(3), 133-140. <https://doi.org/10.5455/jcbpr.263365>
- Barke, A., Korwisi, B., & Rief, W.** (2022). Chronic Pain in the ICD-11: New Diagnoses That Clinical Psychologists Should Know about. *Clinical Psychology in Europe*, 4. <https://doi.org/10.32872/cpe.9933>
- Barrett, D., Brintz, C. E., Zaski, A. M., & Edlund, M. J.** (2021). Dialectical Pain Management: Feasibility of a Hybrid Third-Wave Cognitive Behavioral Therapy Approach for Adults Receiving Opioids for Chronic Pain. *Pain Medicine (United States)*, 22(5), 1080-1094. <https://doi.org/10.1093/pm/pnaa361>
- Bayram, K., & Erol, A.** (2014). Childhood traumatic experiences, anxiety, and depression levels in fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 51(4), 344-349. <https://doi.org/10.5152/npa.2014.6958>
- Beck, A. T.** (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Bedics, J. D., Atkins, D. C., Comtois, K. A., & Linehan, M. M.** (2012). Weekly therapist ratings of the therapeutic relationship and patient introject during the course of dialectical behavioral therapy for the treatment of borderline personality disorder. *Psychotherapy*, 49(2), 231-240. <https://doi.org/10.1037/a0028254>
- Bellato, E., Marini, E., Castoldi, F., Barbasetti, N., Mattei, L., Bonasia, D. E., & Blonna, D.** (2012). Fibromyalgia syndrome: Etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Pain Research and Treatment*, 2012, 1-17. <https://doi.org/10.1155/2012/426130>
- Bennett, R. M., Friend, R., Jones, K. D., Ward, R., Han, B. K., & Ross, R. L.** (2009). The revised fibromyalgia impact questionnaire (FIQR): Validation and psychometric properties. *Arthritis Research and Therapy*, 11(4). <https://doi.org/10.1186/ar2783>
- Bennett, R. M., Jones, J., Turk, D. C., Russell, I. J., & Matallana, L.** (2007). An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 8. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-8-27>
- Bennett, R., & Nelson, D.** (2006). Cognitive behavioral therapy for fibromyalgia. *Nature Clinical Practice Rheumatology*, 2(8), 416-424. <https://doi.org/10.1038/ncprheum0245>
- Berker, E.** (2007). Fibromiyalji Sendromunda Fizyopatolojik Mekanizmalar. *Türk Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 53(2), 36-40.

- Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P., & Hofmann, S. G.** (2013). Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 234-245. <https://doi.org/10.1159/000348448>
- Berking, M., Wirtz, C. M., Svaldi, J., & Hofmann, S. G.** (2014). Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. *Behaviour Research and Therapy*, 57(1), 13-20. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.03.003>
- Bernard, A. L., Prince, A., & Edsall, P.** (2000). Quality of life issues for fibromyalgia patients. *Arthritis Care and Research*, 13(1), 42-50. [https://doi.org/10.1002/1529-0131\(200002\)13:1<42::aid-art7>3.0.co;2-r](https://doi.org/10.1002/1529-0131(200002)13:1<42::aid-art7>3.0.co;2-r)
- Bigatti, S. M., Hernandez, A. M., Cronan, T. A., & Rand, K. L.** (2008). Sleep disturbances in fibromyalgia syndrome: Relationship to pain and depression. *Arthritis Care and Research*, 59(7), 961-967. <https://doi.org/10.1002/art.23828>
- Bilgici, A., Akdeniz, O., Güz, H., & Ulusoy, H.** (2005). Fibromiyalji Sendromunda Depresyon ve Sosyal Uyumun Rolü. *Türk Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 51(3), 98-102.
- Bilican, F. I., Çetinkaya, M., Çelebi, E., Gülen, B., & Barham, H.** (2022). A Pilot Study of Dialectical Behavioral Therapy Group Skills Training in Patients with Substance Use Disorder: Changes in Substance Use Severity, Mood and Relationship Skills. *Bağımlılık Dergisi*, 23(3), 327-337. <https://doi.org/10.51982/bagimli.1022854>
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L. G., Bjärehed, J., DiLillo, D., Messman-Moore, T., Gumpert, C. H., & Gratz, K. L.** (2016). Development and Validation of a Brief Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: The DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(2), 284-296. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9514-x>
- Bostancı, F., Karadağ, A., & Halef, O. D.** (2021). Non-farmakolojik Kombine Tedavi Yöntemlerinin Fibromiyaljili Hastalarda Serum Beta-Endorfin Düzeyi, Ağrı, Depresyon, Uyku Kalitesi ve Fonksiyonel Durum Üzerine Etkisi. *Genel Tıp Dergisi*, 31(4), 354-359.
- Bowers, H., Wroe, A. L., & Pincus, T.** (2017). 'Isn't it ironic?' Beliefs about the unacceptability of emotions and emotional suppression relate to worse outcomes in fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 36(5), 1121-1128. <https://doi.org/10.1007/s10067-017-3590-0>

- Branco, J. C., Bannwarth, B., Failde, I., Abello Carbonell, J., Blotman, F., Spaeth, M., Saraiva, F., Nacci, F., Thomas, E., Caubère, J. P., Le Lay, K., Taieb, C., & Matucci-Cerinic, M.** (2010). Prevalence of fibromyalgia: A survey in five European countries. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 39(6), 448-453. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2008.12.003>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M.** (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Busse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J.** (1988). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatric Research*, 28, 193-213.
- Büyüköztürk, Ş.** (2007). *DeneySEL Desenler: Öntest-Sontest Kontrol Grubu Desen ve Veri Analizi* (2. bs). Pegem A Yayıncılık.
- Carl, J. R., Gallagher, M. W., & Barlow, D. H.** (2018). Development and Preliminary Evaluation of a Positive Emotion Regulation Augmentation Module for Anxiety and Depression. *Behavior Therapy*, 49(6), 939-950.
- Cash, E., Salmon, P., Weissbecker, I., Rebholz, W. N., Bayley-Veloso, R., Zimmaro, L. A., Floyd, A., Dedert, E., & Sephton, S. E.** (2015). Mindfulness Meditation Alleviates Fibromyalgia Symptoms in Women: Results of a Randomized Clinical Trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 49(3), 319-330. <https://doi.org/10.1007/s12160-014-9665-0>
- Castelli, L., Tesio, V., Colonna, F., Molinaro, S., Leombruni, P., Buzzone, M., Fusaro, E., Sarzi-Puttini, P., & Torta, R.** (2012). Alexithymia and psychological distress in fibromyalgia: prevalence and relation with quality of life. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 30(74), 70-77.
- Choudhary, S., & Thapa, K.** (2012). Dialectical Behavior Therapy for Managing Interpersonal Relationships. *Psychological Studies*, 57(1), 46-54. <https://doi.org/10.1007/s12646-011-0132-8>
- Choy, E. H.** (2015). The role of sleep in pain and fibromyalgia. *Nature Reviews | Rheumatology*, 11, 513-520. <https://doi.org/10.1038/nrrhuem.2015.56>
- Clauw, D. J., Arnold, L. M., & McCarberg, B. H.** (2011). The science of fibromyalgia. *Mayo Clinic Proceedings*, 86(9), 907-911. <https://doi.org/10.4065/mcp.2011.0206>
- Climent-Sanz, C., Valenzuela-Pascual, F., Martínez-Navarro, O., Blanco-Blanco, J., Rubi-Carnacea, F., & García-Martínez, E.** (2022). Cognitive behavioral

therapy for insomnia (CBT-i) in patients with fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. *Disability and Rehabilitation*, 44(20), 5770-5783.

Cohen, H., Neumann, L., Haiman, Y., Matar, M. A., Press, J., & Buskila, D. (2002). Prevalence of post-traumatic stress disorder in fibromyalgia patients: Overlapping syndromes or post-traumatic fibromyalgia syndrome? *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 32(1), 38-50. <https://doi.org/10.1053/sarh.2002.33719>

Consoli, G., Marazziti, D., Ciapparelli, A., Bazzichi, L., Massimetti, G., Giacomelli, C., Rossi, A., Bombardieri, S., & Dell'Osso, L. (2012). The impact of mood, anxiety, and sleep disorders on fibromyalgia. *Comprehensive Psychiatry*, 53(7), 962-967.

Crofford, L. J., Pillemer, S. R., Kalogeras, K. T., Cash, J. M., Michelson, D., Kling, M. A., Sternberg, E. M., Gold, P. W., Chrousos, G. P., & Wilder, R. L. (1994). Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Perturbations in Patients with Fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 37(11), 1583-1592.

Çelebi, E. (2017). Psikoterapi Yöntemleri: Kuram ve Uygulama. İçinde E. Köroğlu & H. Türkçapar (Ed.), *Diyalektik Davranış Terapisi*. HYB.

Çelebi, E., Ataoğlu, S., Ataoğlu, B. B., Ankaralı, H., Özşahin, M., & Pasin, Ö. (2016). Fibromiyaljili Hastalarda Kişilik Özelliklerine Göre Pregabalın ve Duloksetin Tedavilerinin Etkinliğinin Karşılaştırılması. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(2), 47-53. www.tpderg.duzce.edu.tr

Çökmüş, F. P., Balıkçı, K., Aydemir, Ö., Akdeniz, F., Sücüllüoğlu Dikici, D., Yüzeren, S., Alçı, D., Öztekin, S., Çöldür, E. Ö., Aydın, O., Sarıkavak, T., Aşçıbaşı, K., Herdem, A., Aydın Aşık, E., & Köroğlu, E. (2017). DSM-5 birinci düzey kesitsel belirti ölçeği türkçe erişkin formunun geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18, 5-12. <https://doi.org/10.5455/apd.228806>

D'Agnelli, S., Arendt-Nielsen, L., Gerra, M. C., Zatorri, K., Boggiani, L., Baciarello, M., & Bignami, E. (2019). Fibromyalgia: Genetics and epigenetics insights may provide the basis for the development of diagnostic biomarkers. *Molecular Pain*, 15, 1-12. <https://doi.org/10.1177/1744806918819944>

Darcy, K., Davila, J., & Beck, J. G. (2005). Is Social Anxiety Associated With Both Interpersonal Avoidance and Interpersonal Dependence? *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 171-186. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-3163-4>

- Davis, M. C., & Zautra, A. J.** (2013). An online mindfulness intervention targeting socioemotional regulation in fibromyalgia: results of a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(3), 273-284.
- Davis, M. C., Zautra, A. J., Wolf, L. D., Tennen, H., & Yeung, E. W.** (2015). Mindfulness and cognitive-behavioral interventions for chronic pain: Differential effects on daily pain reactivity and stress reactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 24-35. <https://doi.org/10.1037/a0038200>
- De La Coba, P., Rodríguez-Valverde, M., & Hernández-López, M.** (2022). Online ACT Intervention for Fibromyalgia: An Exploratory Study of Feasibility and Preliminary Effectiveness with Smartphone-Delivered Experiential Sampling Assessment. *Internet Interventions*, 29. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100561>
- Denizci Nazlıgöl, M., & Bozo, Ö.** (2017). Biyopsikososyal Model Çerçevesinde Fibromiyalji ve Depresyon. *Türk Psikoloji Yazıları*, 20(40), 58-72.
- Dernek, B.** (2020). Fibromiyalji Sendromu Hastalarının İşlevsellik, Yetiştirimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF) Kapsamında Değerlendirilmesi: Pilot Çalışma. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 160-166. <https://doi.org/10.31067/0.2020.255>
- Dernek, B., Aydın, T., Kesiktaş, F., & Aksoy, C.** (2016). Fibromiyalji Sendromunda Tanı, Tedavi ve Rehabilitasyon. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 8(1), 6-10. www.kliniktipdergisi.com
- Dönmez, A., & Erdoğan, N.** (2009). Fibromiyalji Sendromu. *Klinik Gelişim*, 22(3), 60-64.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Léger, E., Langlois, F., Provencher, M. D., & Boisvert, J. M.** (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 821-825. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.821>
- Ebert, D. D., Hopfinger, L., Bockting, C. L. H., & Berking, M.** (2017). Emotion Regulation Protects Against Recurrence of Depressive Symptoms Following Inpatient Care for Major Depressive Disorder. *Behavior Therapy*, 48(6), 739-749.
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10067-010-1546-8>

- Ehde, D. M., Alschuler, K. N., Day, M. A., Ciol, M. A., Kaylor, M. L., Altman, J. K., & Jensen, M. P.** (2019). Mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavioral therapy for chronic pain in multiple sclerosis: A randomized controlled trial protocol. *Trials*, *20*, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3761-1>
- Eich, W., Bär, K. J., Bernateck, M., Burgmer, M., Dextl, C., Petzke, F., Sommer, C., Winkelmann, A., & Häuser, W.** (2017). Definition, classification, clinical diagnosis and prognosis of fibromyalgia syndrome: Updated guidelines 2017 and overview of systematic review articles. *Schmerz*, *31*(3), 231-238. <https://doi.org/10.1007/s00482-017-0200-7>
- Elices, M., Soler, J., Feliu-Soler, A., Carmona, C., Tiana, T., Pascual, J. C., García-Palacios, A., & Álvarez, E.** (2017). Combining emotion regulation and mindfulness skills for preventing depression relapse: A randomized-controlled study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *4*(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0064-6>
- Eng, W., & Heimberg, R. G.** (2006). Interpersonal correlates of generalized anxiety disorder: Self versus other perception. *Journal of Anxiety Disorders*, *20*(3), 380-387. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.02.005>
- Epstein, S. A., Kay, G., Clauw, D., Heaton, R., Klein, D., Krupp, L., Kuck, J., Leslie David Masur, V., Wagner, M., Waid, R., & Zisook, S.** (1999). Psychiatric Disorders in Patients With Fibromyalgia A Multicenter Investigation. *Psychosomatics*, *40*(1), 57-63.
- Erdal Erşan, E., Şencan, D., Cengiz Gürbüz, H., Deveci, H., & Karadağ, A.** (2014). Fibromiyaljili Hastaların Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi. *Literatür Sempozyum*, *1*(3), 32-39. www.literaturesempozyum.com
- Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., & L O Opez-Martínez, A. E.** (2007). Adjustment to Chronic Pain: The Role of Pain Acceptance, Coping Strategies, and Pain-Related Cognitions. *Annals of Behavioral Medicine*, *33*(2), 179-188.
- Evcik, D., Ketenci, A., & Sindel, D.** (2019). The Turkish Society of Physical Medicine and Rehabilitation (TSPMR) guideline recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, *65*(2), 111-123. <https://doi.org/10.5606/tftrd.2019.4815>
- Evren, B., Evren, C., Yapıcı, A., & Güler, H. M.** (2005). Fibromiyalji Hastalarında Ağrı Şiddeti ile Psikiyatrik Belirtiler Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *6*(2), 69-74.

- Fehlinger, T., Stumpfenhorst, M., Stenzel, N., & Rief, W.** (2013). Emotion regulation is the essential skill for improving depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders, 144*(1-2), 116-122.
- Feldman, G., Harley, R., Kerrigan, M., Jacobo, M., & Fava, M.** (2009). Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 47*(4), 316-321. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.005>
- Fernandez-Feijoo, F., Samartin-Veiga, N., & Carrillo-de-la-Peña, M. T.** (2022). Quality of life in patients with fibromyalgia: Contributions of disease symptoms, lifestyle and multi-medication. *Frontiers in Psychology, 13*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.924405>
- Fietta, P., Fietta, P., & Manganelli, P.** (2007). Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomed, 78*, 88-95. www.actabiomedica.it
- Fishbain, D.** (2000). Evidence-based data on pain relief with antidepressants. *Annals of Medicine, 32*(5), 305-316. <https://doi.org/10.3109/07853890008995932>
- Frumer, L., Marom Harel, H., & Horesh, D.** (2023). Why Does It Hurt So Much? Emotion Regulation Mediates the Association between Fibromyalgia Symptoms and Psychological Distress. *Healthcare (Switzerland), 11*(10). <https://doi.org/10.3390/healthcare11101368>
- Gallego, J., Aguilar-Parra, J. M., Cangas, A. J., Langer, Á. I., & Mañas, I.** (2014). Effect of a mindfulness program on stress, anxiety and depression in university students. *Spanish Journal of Psychology, 17*. <https://doi.org/10.1017/sjp.2014.102>
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C.** (2007). The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. *Psychological Bulletin, 133*(4), 581-624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Geschwind, N., Peeters, F., Drukker, M., Van Os, J., & Wichers, M.** (2011). Mindfulness training increases momentary positive emotions and reward experience in adults vulnerable to depression: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(5), 618-628. <https://doi.org/10.1037/a0024595>
- Gormsen, L., Rosenberg, R., Bach, F. W., & Jensen, T. S.** (2010). Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic

fibromyalgia and neuropathic pain. *European Journal of Pain*, 14(2), 127.e1-127.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.03.010>

Gowers, W. R. (1904). *Lumbago: Its Lessons and Analogues*.

Gracely, R. H., Ceko, M., & Bushnell, M. C. (2012). Fibromyalgia and depression. *Pain Research and Treatment*, 2012, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2012/486590>

Graham, W. (1953). The Fibrositis Syndrome. *Treat Serv Bull*, 8(7), 400-404.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale 1. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.

Gratzer, D., & Khalid-Khan, F. (2016). Internet-delivered cognitive behavioural therapy in the treatment of psychiatric illness. *CMAJ*, 188(4), 263-272. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150007>

Grossman, P., Kappos, L., Gensicke, H., D'Souza, M., Mohr, D. C., Penner, I. K., & Steiner, C. (2010). MS quality of life, depression, and fatigue improve after mindfulness training. *Neurology*, 75(13), 1141-1149.

Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., & Kesper, U. (2007). Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: Evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(4), 226-233. <https://doi.org/10.1159/000101501>

Güleç, H., Sayar, K., Topbaş, M., & Karkucak, M. (2004). Fibromiyalji Sendromu Olan Kadınlarda Aleksitimi ve Öfke. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(3), 191-198.

Gür, A. (2008). Fibromiyaljide Etiyopatogenez. *Türk Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 54(1), 4-11.

Hamilton, N. A., Affleck, G., Tennen, H., Karlson, C., Luxton, D., Preacher, K. J., & Templin, J. L. (2008). Fibromyalgia: The Role of Sleep in Affect and in Negative Event Reactivity and Recovery. *Health Psychology*, 27(4), 490-497. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.4.490>

Harley, R. M., Baity, M. R., Blais, M. A., & Jacobo, M. C. (2007). Adaptation of Dialectical Behavior Therapy Skills Training Group for Treatment-Resistant Depression. *Psychotherapy Research*, 17(3), 351-358. <https://doi.org/10.1080/10503300600830710>

Hatchard, T., Lepage, C., Hutton, B., Skidmore, B., & Poulin, P. A. (2014). Comparative evaluation of group-based mindfulness-based stress reduction and

cognitive behavioral therapy for the treatment and management of chronic pain disorders: Protocol for a systematic review and meta-analysis with indirect comparisons. *Systematic Reviews*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/2046-4053-3-134>

Haugli, L., & Strand, E. B. (2004). How do patients with rheumatic disease experience their relationship with their doctors? A qualitative study of experiences of stress and support in the doctor-patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 52(2), 169-174.

Häuser, W., Burgmer, M., Köllner, V., Schaefer, R., Eich, W., Hausteiner-Wiehle, C., & Henningsen, P. (2013). Fibromyalgia syndrome as a psychosomatic disorder - diagnosis and therapy according to current evidence-based guidelines. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 59(2), 132-152.

Häuser, W., Galek, A., Erbslöh-Möller, B., Köllner, V., Kühn-Becker, H., Langhorst, J., Petermann, F., Prothmann, U., Winkelmann, A., Schmutzer, G., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2013). Posttraumatic stress disorder in fibromyalgia syndrome: Prevalence, temporal relationship between posttraumatic stress and fibromyalgia symptoms, and impact on clinical outcome. *Pain*, 154(8), 1216-1223. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.03.034>

Häuser, W., & Henningsen, P. (2014). Fibromyalgia syndrome: A somatoform disorder? *European Journal of Pain (United Kingdom)*, 18(8), 1052-1059. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2014.00453.x>

Hayta, E., Tamer Doğan, Ö., Ceyhan Doğan, S., Akdeniz, T., Şencan, D., Karakaşlı, S., & Hizmetli, S. (2010). Fibromiyalji tanısı konan 100 kadın olgunun klinik özellikleri. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 32, 74-79.

Helbig, S., & Fehm, L. (2004). Problems with homework in CBT: Rare exception or rather frequent? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32(3), 291-301. <https://doi.org/10.1017/S1352465804001365>

Henningsen, P., Zipfel, S., & Herzog, W. (2007). Management of functional somatic syndromes. *Lancet*, 369, 946-955. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60159-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60159-7)

Henriksson, C. M. (1995). Living with Continuous Muscular Pain—Patient Perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 9(2), 67-76.

Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliği Üzerine bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6(22), 118-126.

- Hisli, N.** (1989). Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri için Geçerliliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 3-13.
- Hocaoğlu Uzunkaya, A., & Temeloğlu Şen, E.** (2021). A mixed method evaluation of cognitive-behavioral group psychotherapy-based relaxation in patients diagnosed with fibromyalgia syndrome. *Agri*, 33(2), 64-83. <https://doi.org/10.14744/agri.2020.02259>
- Inanici, F., & Yunus, M. B.** (2004). *History of Fibromyalgia: Past to Present*.
- Jaremo, P., Arman, M., Gerdle, B., & Gottberg, K.** (2022). Facing Invalidation: a Further Challenge When living with Chronic Widespread Pain. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 54, 1-8. <https://doi.org/10.2340/jrm.v54.67>
- Jones, K. D.** (2013). A mindful future for fibromyalgia?: A comment on davis and zautra. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(3), 253-255. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9522-6>
- Kabat-Zinn, J.** (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg016>
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., Lenderking, W. R., & Santorelli, S. F.** (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149(7), 936-943.
- Kanık Tezcan, R. E., & Yalçınkaya Alkar, Ö.** (2022). Fibromiyalji ile İlişkili Psikolojik Faktörler ve Psikolojik Müdahale Alanları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(2), 221-234. <https://doi.org/10.18863/pgy.972163>
- Kashikar-Zuck, S., Sil, S., Lynch-Jordan, A. M., Ting, T. V., Peugh, J., Schikler, K. N., Hashkes, P. J., Arnold, L. M., Passo, M., Richards-Mauze, M. M., Powers, S. W., & Lovell, D. J.** (2013). Changes in pain coping, catastrophizing, and coping efficacy after cognitive-behavioral therapy in children and adolescents with juvenile fibromyalgia. *Journal of Pain*, 14(5), 492-501. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.12.019>
- Kavakçı, Ö., Semiz, M., Kaptanoğlu, E., & Özer, Z.** (2012). Fibromiyaljide EMDR'nin etkinliğinin araştırılması: Yedi olguyu içeren bir klinik çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13, 75-81.
- Kazantzis, N., Whittington, C., Zelencich, L., Kyrios, M., Norton, P. J., & Hofmann, S. G.** (2016). Quantity and Quality of Homework Compliance: A

Meta-Analysis of Relations With Outcome in Cognitive Behavior Therapy. *Behavior Therapy*, 47(5), 755-772. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.05.002>

King, S. J., Wessel, J., Bhamhani, Y., Sholter, D., & Maksymowych, W. (2002). The Effects of Exercise and Education, Individually or Combined, in Women with Fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 29(12), 2620-2627.

Kleykamp, B. A., Ferguson, M. C., McNicol, E., Bixho, I., Arnold, L. M., Edwards, R. R., Fillingim, R., Grol-Prokopczyk, H., Turk, D. C., & Dworkin, R. H. (2021). The prevalence of psychiatric and chronic pain comorbidities in fibromyalgia: An action systematic review. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 51(1), 166-174. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2020.10.006>

Koechlin, H., Coakley, R., Schechter, N., Werner, C., & Kossowsky, J. (2018). The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 107, 38-45. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.02.002>

Koldaş Doğan, Ş., Ay, S., & Evcik, D. (2011). Fibromiyalji Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Yeni Tıp Dergisi*, 28(2), 73-78.

Kool, M. B., Van Middendorp, H., Lumley, M. A., Bijlsma, J. W. J., & Geenen, R. (2013). Social support and invalidation by others contribute uniquely to the understanding of physical and mental health of patients with rheumatic diseases. *Journal of Health Psychology*, 18(1), 86-95. <https://doi.org/10.1177/1359105312436438>

Kool, M., Middendorp, H. van, Boeije, H. R., & Geenen, R. (2009). Understanding lack of understanding : Invalidation From the Perspective of the Patient With Fibromyalgia. *Arthritis Care Research*, 61(12), 1650-1656.

Köroğlu, E. (2011). *Bilişsel-Davranışçı Psikoterapiler*. HYB Basım Yayın.

Kul, A., & Türk, F. (2020). Kabul ve Adanmışlık Terapisi (ACT) Üzerine Bir Derleme Çalışması. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 16(29 Ekim Özel Sayısı), 1-1. <https://doi.org/10.26466/opus.741907>

Lawson, K. (2008). Treatment options and patient perspectives in the management of fibromyalgia: future trends. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 6, 1059-1071.

LeBeau, R. T., Davies, C. D., Culver, N. C., & Craske, M. G. (2013). Homework Compliance Counts in Cognitive-Behavioral Therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(3), 171-179.

- Lempp, H. K., Hatch, S. L., Carville, S. F., & Choy, E. H.** (2009). Patients' experiences of living with and receiving treatment for fibromyalgia syndrome: A qualitative study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *10*(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2474-10-124>
- Lera, S., Gelman, S. M., Lopez, M. J., Abenoza, M., Zorrilla, J. G., Castro-Fornieles, J., & Salmore, M.** (2009). Multidisciplinary treatment of fibromyalgia: Does cognitive behavior therapy increase the response to treatment? *Journal of Psychosomatic Research*, *67*(5), 433-441.
- Linehan, M. M.** (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press. The Guilford Press.
- Linehan, M. M.** (2015). *DBT Skills Training Manual*. The Guilford Press.
- Linehan, M. M.** (2020a). *DBT Becerileri Eğitim Kılavuzu* (E. Köroğlu & K. Köroğlu, Ed.). Esenkay Yayıncılık.
- Linehan, M. M.** (2020b). *DBT Becerileri Eğitimi, Gereçler ve İşlem Çizelgeleri* (E. Köroğlu & K. Köroğlu, Ed.). Esenkay Yayıncılık.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A.** (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, *8*(4), 279-292. <https://doi.org/10.1080/105504999305686>
- Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L., & Armstrong, H. E.** (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, *151*(12), 1771-1776. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.12.1771>
- Linehan, M. M., & Wilks, C. R.** (2015). The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy. *American Journal of Psychotherapy*, *69*(2), 97-110.
- Linton, S. J.** (2010). Applying dialectical behavior therapy to chronic pain: a case study. *Scandinavian Journal of Pain*, *1*(1), 50-54.
- Linton, S. J., & Fruzzetti, A. E.** (2014). Hybrid emotion-focused exposure treatment for chronic pain. *Scandinavian Journal of Pain*, *5*(3), 149-150. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2014.05.005>
- LoBrutto, L. R., Keeley, J. W., & Dautovich, N. D.** (2024). Applying the Somatic Symptom Disorder Diagnosis to Individuals with Fibromyalgia: Strengths and Limitations. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. <https://doi.org/10.1007/s10880-024-10005-9>

- Lorenzi-Filho, G., & Lage, L. V.** (2006). Sleep Quality in patients with fibromyalgia using the Pittsburgh Sleep Quality Index Obstructive Sleep Apnea and Cardiovascular Events After Percutaneous Coronary Intervention View project Livro: Manual de Diagnóstico e Tratamento para o Residente de Cirurgia-Atheneu View project. Içinde *Article in The Journal of Rheumatology*. <https://www.researchgate.net/publication/6862944>
- Luciano, J. V., Guallar, J. A., Aguado, J., López-Del-Hoyo, Y., Oliván, B., Magallón, R., Alda, M., Serrano-Blanco, A., Gili, M., & Garcia-Campayo, J.** (2014). Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A 6-month randomized controlled trial (EFFIGACT study). *Pain*, *155*(4), 693-702. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.12.029>
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J.** (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. *American Journal of Geriatr Psychiatry*, *11*(1), 33-45.
- Lyons, K. S., Jones, K. D., Bennett, R. M., Hiatt, S. O., & Sayer, A. G.** (2013). Couple perceptions of fibromyalgia symptoms: The role of communication. *Pain*, *154*(11), 2417-2426. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.07.018>
- Malin, K., & Littlejohn, G. O.** (2012). Neuroticism in young women with fibromyalgia links to key clinical features. *Pain Research and Treatment*, *2012*. <https://doi.org/10.1155/2012/730741>
- Martínez, M. P., Miró, E., Sánchez, A. I., Díaz-Piedra, C., Cáliz, R., Vlaeyen, J. W. S., & Buéla-Casal, G.** (2014). Cognitive-behavioral therapy for insomnia and sleep hygiene in fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, *37*(4), 683-697. <https://doi.org/10.1007/s10865-013-9520-y>
- Masi, A. T., White, K. P., & Pilcher, J. J.** (2002). Person-centered approach to care, teaching, and research in fibromyalgia syndrome: Justification from biopsychosocial perspectives in populations. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, *32*(2), 71-93. <https://doi.org/10.1053/sarh.2002.33717>
- McCracken, L. M.** (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, *74*(1), 21-27.
- McCracken M., L., & Vowles, K. E.** (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: Model, process, and progress. *American Psychologist*, *69*(2), 178-187.

- McNally, J. D., Matheson, D. A., & Bakowsky, V. S.** (2006). The Epidemiology of Self-reported Fibromyalgia in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 27(1), 9-16.
- Menga, G., Ing, S., Khan, O., Dupre, B., Dornelles, A. C., Alarakhia, A., Davis, W., Zakem, J., Webb-Detiege, T., Scopelitis, E., & Quinet, R.** (2014). Fibromyalgia: Can Online Cognitive Behavioral Therapy Help? *The Ochsner Journal*, 14, 343-349. www.moodgym.anu.edu.au
- Merrill, K. A., Tolbert, V. E., & Wade, W. A.** (2003). Effectiveness of cognitive therapy for depression in a community mental health center: A benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 404-409. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.2.404>
- Meyerd, H. P.** (2002). Myofascial pain syndrome and its suggested role in the pathogenesis and treatment of fibromyalgia syndrome. *Current Pain and Headache Reports*, 6, 274-283.
- Miró, E., Lupiáñez, J., Martínez, M. P., Sánchez, A. I., Díaz-Piedra, C., Guzmán, M. A., & Buela-Casal, G.** (2011). Cognitive-behavioral therapy for insomnia improves attentional function in fibromyalgia syndrome: A pilot, randomized controlled trial. *Journal of Health Psychology*, 16(5), 770-782. <https://doi.org/10.1177/1359105310390544>
- Mochrie, K. D., Lothes, J., Quickel, E. J. W., St. John, J., & Carter, C.** (2019). From the hospital to the clinic: The impact of mindfulness on symptom reduction in a DBT partial hospital program. *Journal of Clinical Psychology*, 75(7), 1169-1178. <https://doi.org/10.1002/jclp.22774>
- Narrow, W. E., Diana, M. P. H., Clarke, E., Kuramoto, S. J., Helena, M. H. S., Kraemer, C., David, J., Kupfer, L., Greiner, A., Darrel, A., & Regier, M. P. H.** (2013). DSM-5 Field Trials in the United States and Canada, Part III: Development and Reliability Testing of a Cross-Cutting Symptom Assessment for DSM-5 The Diagnostic and Statistical Manual of Mental. *Amerikan Journal of Psychiatry*, 170, 71-82.
- Nazlıkul, H.** (2014). Fibromiyalji Sendromu (FMS). *Bilimsel Tamamlayıcı Tıp, Regülasyon ve Nöralterapi Dergisi*, 8(2), 1-9. www.barnat.com.tr
- Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. M.** (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 59, 40-51. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.005>

- Nicholas, M., Vlaeyen, J. W. S., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Giamberardino, M. A., Goebel, A., Korwisi, B., Perrot, S., Svensson, P., Wang, S. J., & Treede, R. D.** (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Chronic primary pain. *Pain, 160*(1), 28-37. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001390>
- Nielsen, L. A., & Henriksson, K. G.** (2007). Pathophysiological Mechanism in Chronic Musculoskeletal Pain (fibromyalgia): the Role of Central and Peripheral Sensitization and Pain Disinhibition. *Best Practice and Research Clinical Rheumatology, 21*(3), 465-480.
- Nimnuan, C., Hotopf, M., & Wessely, S.** (2001). Medically unexplained symptoms an epidemiological study in seven specialities. *Journal of Psychosomatic Research, 51*(1), 361-367. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00223-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00223-9)
- Norman-Nott, N., Wilks, C., Hesam-Shariati, N., Schroeder, J., Suh, J., Czerwinski, M., & Gustin, S. M.** (2022). The No Worries Trial: Efficacy of Online Dialectical Behaviour Therapy Skills Training for Chronic Pain (iDBT-Pain) Using a Single Case Experimental Design. *The Journal of Pain, 23*(4), 558-576. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpain.2021.10.003>
- Norton, P. J., Barrera, T. L., Mathew, A. R., Chamberlain, L. D., Szafranski, D. D., Reddy, R., & Smith, A. H.** (2013). Effect of transdiagnostic cbt for anxiety disorders on comorbid diagnoses. *Depression and Anxiety, 30*(2), 168-173. <https://doi.org/10.1002/da.22018>
- O'malley, P. G., Balden, E., Tomkins, G., Santoro, J., Kroenke, K., & Jackson, J. L.** (2000). Treatment of Fibromyalgia with Antidepressants A Meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine, 15*(9), 659-666.
- Oran, Ö., Dönmez, A., Erdoğan, N., & Turan, M.** (2002). Psychiatric Co- Morbidity Affects the Symptoms of Fibromyalgia. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin, 12*, 284-287.
- Özçetin, A.** (2014). Fibromiyalji; Bir Psikiyatrik Bozukluk mu, Yoksa Birliktelik mi? *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 4*(3), 33-44.
- Özdel, K.** (2015). Dünden Bugüne Bilişsel Davranışçı Terapiler: Teori ve Uygulama. *Türkiye Klinikleri, 8*(2), 10-20. <https://www.researchgate.net/publication/287217485>
- Öztürk, O., & Uluşahin, A.** (2016). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. İçinde O. Öztürk & A. Uluşahin (Ed.), *Duygu Durum Bozuklukları: C. 14. Baskı* (ss. 261-296). Bayt.

- Özyeşil, Z., Arslan, C., Kesici, Ş., & Deniz, M. E.** (2011). Bilinçli Farkındalık Ölçeğini Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 36(160), 224-235.
- Pagano, T., Matsutani, L. A., Gonçalves Ferreira, E. A., Marquez, A. P., & Braçanga Pereira, C. A. de.** (2004). Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *Sao Paulo Medical Journal*, 122(6), 252-258.
- Palagini, L., Carmassi, C., Conversano, C., Gesi, C., Bazzichi, L., Giacomelli, C., & Dell'Osso, L.** (2016). Transdiagnostic factors across fibromyalgia and mental disorders: sleep disturbances may play a key role. A clinical review. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 34(96), 140-144.
- Park, M., Zhang, Y., Price, L. L., Bannuru, R. R., & Wang, C.** (2020). Mindfulness is associated with sleep quality among patients with fibromyalgia. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 23(3), 294-301. <https://doi.org/10.1111/1756-185X.13756>
- Parker, G., & Fletcher, K.** (2007). Treating depression with the evidence-based psychotherapies: A critique of the evidence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(5), 352-359. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01007.x>
- Parra-Delgado, M., & Latorre-Postigo, J. M.** (2013). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of fibromyalgia: A randomised trial. *Cognitive Therapy and Research*, 37(5), 1015-1026. <https://doi.org/10.1007/s10608-013-9538-z>
- Parrish, B. P., Zautra, A. J., & Davis, M. C.** (2008). The Role of Positive and Negative Interpersonal Events on Daily Fatigue in Women With Fibromyalgia, Rheumatoid Arthritis, and Osteoarthritis. *Health Psychology*, 27(6), 694-702. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.6.694>
- Parsons, C. E., Schofield, B., Batziou, S. E., Ward, C., & Young, K. S.** (2022). Sleep quality is associated with emotion experience and adaptive regulation of positive emotion: An experience sampling study. *Journal of Sleep Research*, 31(4). <https://doi.org/10.1111/jsr.13533>
- Pérez-Aranda, A., Barceló-Soler, A., Andrés-Rodríguez, L., Peñarrubia-María, M. T., Tuccillo, R., Borraz-Estruch, G., García-Campayo, J., Feliu-Soler, A., & Luciano, J. V.** (2017). Description and narrative review of well-established and promising psychological treatments for fibromyalgia. *Mindfulness & Compassion*, 2(2), 112-129. <https://doi.org/10.1016/j.mincom.2017.10.002>

- Pleman, B., Park, M., Xingyi, H., & Price, L. L.** (2019). Mindfulness is Associated with Psychological Health and Moderates the Impact of Fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 38(8).
- Price, D. D., Mcgrath, P. A., Rafii, A., & Buckingham, B.** (1983). The Validation of Visual Analogue Scales as Ratio Scale Measures for Chronic and Experimental Pain. *Pain*, 17, 45-56.
- R. Koons, C., J. Robins, C., Tweed, J. L., R. Lynch, T., Q. Morse, J., Gonzalez, A. M., Bishop, G. K., Butterfield, M. I., & A. Bastian, L.** (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371-390.
- Radkovsky, A., McArdle, J. J., Bockting, C. L. H., & Berking, M.** (2014). Successful emotion regulation skills application predicts subsequent reduction of symptom severity during treatment of major depressive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 248-262. <https://doi.org/10.1037/a0035828>
- Ramiro, F. de S., Júnior, I. L., Silva, R. C. B. da, Montesano, F. T., Oliveira, N. R. C. de, Diniz, R. E. A. S., Alambert, P. A., & Padovani, R. da C.** (2014). Investigation of stress, anxiety and depression in women with fibromyalgia: A comparative study. *Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)*, 54(1), 27-32. <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2014.02.003>
- Raphael, K. G., Janal, M. N., Nayak, S., Schwartz, J. E., & Gallagher, R. M.** (2006). Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. *Pain*, 124(1-2), 117-125. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.04.004>
- Raymond, M. C., & Brown, J. B.** (2000). Experience of fibromyalgia. Qualitative study. *Canadian Family Physician*, 46(5), 1100-1106.
- Redondo, J. R., Justo, C. M., Valdepenas Moraleda, F., Velayos, Y. G., Osés Puche, J. J., Zubero, J. R., Gonzalez Hernandez, T., Carmona Ortells, L., & Vallejo Paneja, M. A.** (2004). Long-term efficacy of therapy in patients with fibromyalgia: a physical exercise-based program and a cognitive-behavioral approach. *American College of Rheumatology*, 51(2), 184-192.
- Reich, J. W., Johnson, L. M., Zautra, A. J., & Davis, M. C.** (2006). Uncertainty of illness relationships with mental health and coping processes in fibromyalgia patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 307-316. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9054-7>

- Robins, C.** (2004). Dialectical Behavior Therapy: Current Status, Recent Developments, and Future Directions. *Journal of Personality Disorders, 18*(1), 73-89.
- Robins, C. J.** (2002). Zen Principles and Mindfulness Practice In Dialectical Behavior Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, 50-57.
- Rogers, A. H., Mayargo, N. A., Bakhshaie, J., Ditre, J. V., & Zvolensky, M. J.** (2018). Distress Tolerance and Pain Experience Among Young Adults. *Psychology Health and Medicine, 23*(10), 1231-1238.
- Rosenthal, S.** (2018). “Watch the Screen”: Biofeedback Can Improve Mindfulness for Chronic Pain. *Biofeedback, 46*(1), 15-20.
- Rosenzweig, S., Greeson, J. M., Reibel, D. K., Green, J. S., Jasser, S. A., & Beasley, D.** (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of Psychosomatic Research, 68*(1), 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.03.010>
- Rost, S., Crombez, G., Sütterlin, S., Vögele, C., Veirman, E., & Van Ryckeghem, D. M. L.** (2021). Altered regulation of negative affect in patients with fibromyalgia: A diary study. *European Journal of Pain (United Kingdom), 25*(3), 714-724. <https://doi.org/10.1002/ejp.1706>
- Ruiz-Aranda, D., Salguero, J. M., & Fernández-Berrocal, P.** (2010). Emotional Regulation and Acute Pain Perception in Women. *Journal of Pain, 11*(6), 564-569. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2009.09.011>
- Safer, D. L., Robinson, A. H., & Jo, B.** (2010). Outcome From a Randomized Controlled Trial of Group Therapy for Binge Eating Disorder: Comparing Dialectical Behavior Therapy Adapted for Binge Eating to an Active Comparison Group Therapy. *Behavior Therapy, 41*(1), 106-120. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.01.006>
- Salman, I. B., & Sertel Berk, H. Ö.** (2017). Cognitive behavioral therapy for tension-type headache: A case report. *Agri, 29*(4), 177-184. <https://doi.org/10.5505/agri.2017.35582>
- Sargin, A. E., Özdel, K., Utku, Ç., Kuru, E., Alkar, Ö. Y., & Türkçapar, M. H.** (2012). Sıkıntıya Dayanma Ölçeği: Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 1*, 152-161.
- Siegmeth, W., & Geringer, E. M.** (1995). Fibromyalgia. *Wien Med Wochenschn, 145*(14), 320-325.

- Sim, J., & Madden, S.** (2008). Illness experience in fibromyalgia syndrome: a metasynthesis of qualitative studies. *Social Science & Medicine*, 67(1), 57-67.
- Simister, H. D., Tkachuk, G. A., Shay, B. L., Vincent, N., Pear, J., & Skrabek, R. Q.** (2018). Randomized Controlled Trial of Online Acceptance and Commitment Therapy for Fibromyalgia. *The journal of pain*, 19(7), 741-753.
- Simms, R. W.** (1998). Fibromyalgia is not a muscle disorder. *The American Journal of the Medical Sciences*, 315(6), 346-350.
- Sindel, D., Saral, I., & Esmailzadeh, S.** (2012). Fibromiyalji sendromunda uygulanan tedavi yöntemleri. *Turkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 58(2), 136-142. <https://doi.org/10.4274/tftr.53244>
- Siracusa, R., Di Paola, R., Cuzzocrea, S., & Impellizzeri, D.** (2021). Fibromyalgia: Pathogenesis, mechanisms, diagnosis and treatment options update. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(8). <https://doi.org/10.3390/ijms22083891>
- Smythe, H. A., & Moldofsky, H.** (1977). Two Contributions to Understanding of the Fibrositis Syndrome. *Bull Rheum Dis*, 28(1), 928-931.
- Sprott, H., Bradley, L. A., Oh, S. J., Wintersberger, W., Alarcon, G. S., Mussell, H. G., Tseng, A., Gay, R. E., & Gay, S.** (1998). Immunohistochemical and molecular studies of serotonin, substance P, galanin, pituitary adenylyl cyclase-activating polypeptide, and secretoneurin in fibromyalgic muscle tissue. *Arthritis and Rheumatism*, 41(9), 1521-1710.
- Stefan, S., Cristea, I. A., Szentagotai Tatar, A., & David, D.** (2019). Cognitive-behavioral therapy (CBT) for generalized anxiety disorder: Contrasting various CBT approaches in a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology*, 75(7), 1188-1202. <https://doi.org/10.1002/jclp.22779>
- Stephen Lenz, A., Del Conte, G., Michelle Hollenbaugh, K., Callender, K. A., Stephen, A., Conte, D., & Michelle, K.** (2016). Emotional Regulation and Interpersonal Effectiveness as Mechanisms of Change for Treatment Outcomes Within a DBT Mechanisms of Change for Treatment Outcomes Within a DBT Program for Adolescents. *Education Faculty Research and Publications*, 7(2), 73-85. https://epublications.marquette.edu/edu_fac/526
- Sullivan, E. C., James, E., Henderson, L. M., McCall, C., & Cairney, S. A.** (2023). The influence of emotion regulation strategies and sleep quality on depression and anxiety. *Cortex*, 166, 286-305. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2023.06.001>

- Sysko, H., Thorkelson, G., & Szigethy, Eva. P.** (2016). Dialectical Behavior Therapy for Chronic Pain in Gastrointestinal Disorders: A pilot Study. *Inflammatory Bowel Diseases*, 22(1), 9.
- Taşkın, E. O., Tikiz, C., Gürlek Yüksel, E., Frat, A., Tüzün, Ç., & Aydemir, Ö.** (2007). Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniğine İlk Kez Başvuran ve Fibromiyalji Tanısı Konan Hastalarda Depresif Bozuklukların Görülme Sıklığı ve Aleksitimi ile İlişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry* , 8, 248-255.
- Tepeli Temiz, Z.** (2022). *Evlilikte Çift Uyumu ve İlişki Odaklı Diyalektik Davranışçı Terapinin Etkilerinin İncelenmesi*. Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi.
- Theadom, A., & Croyley, M.** (2008). Dysfunctional beliefs, stress and sleep disturbance in fibromyalgia. *Sleep Medicine*, 9(4), 376-381. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2007.06.005>
- Thieme, K., & Gracely, R. H.** (2009). Are psychological treatments effective for fibromyalgia pain? *Current Rheumatology Reports*, 11(6), 443-450. <https://doi.org/10.1007/s11926-009-0065-6>
- Thieme, K., Turk, D. C., & Flor, H.** (2004). Comorbid Depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: Relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 837-844. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000146329.63158.40>
- Topbaş, M., Çakırbay, H., Güleç, H., Akgöl, E., Can, G., & Jacobsson, L. T. H.** (2005). The Prevalence of Fibromyalgia in Women aged 20-64 in Turkey. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 34, 140-144. <https://doi.org/10.1080/03009740510026337>
- Torpy, D. J., Papanicolaou, D. A., Lotsikas, A. J., Wilder, R. L., Chrousos, G. P., & Pillemer, S. R.** (2000). Responses of the Sympathetic Nervous System and the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis to Interleukin-6 A Pilot Study in Fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 43(4), 872-880.
- Trucharte, A., Leon, L., Castillo-Parra, G., Magán, I., Freitas, D., & Redondo, M.** (2020). Emotional regulation processes: influence on pain and disability in fibromyalgia patients. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 38(123), 40-46.
- Turk, D. C., & Adams, L. M.** (2016). Using a biopsychosocial perspective in the treatment of fibromyalgia patients. *Pain management*, 6(4), 357-369. <https://doi.org/10.2217/pmt-2016-0003>
- Türkçapar, H.** (2009). *Bilişsel Terapi*. HYB Basım Yayın.

- Uguz, F., Çiçek, E., Salli, A., Karahan, A. Y., Albayrak, I., Kaya, N., & Uğurlu, H.** (2010). Axis I and Axis II psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 32(1), 105-107. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.07.002>
- Ulus, Y., Akyol, Y., Tander, B., Durmuş, D., Bilgici, A., & Kuru, Ö.** (2011). Sleep quality in fibromyalgia and rheumatoid arthritis: associations with pain, fatigue, depression, and disease activity. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 29, 92-96.
- Ulusoy, M., Hisli, N., & Erkmen, H.** (1998). The Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. İçinde *Article in Journal of Cognitive Psychotherapy*. <https://www.researchgate.net/publication/233792003>
- Ulusoy, V., Bilican, I., & Gormez, A.** (2024). Effectiveness of an online dialectical behavior therapy skills training in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*.
- Uruş, G.** (2008). *Fizyoterapistlerin Fibromiyaljiyle İlişkili Kronik Ağrıya Yönelik Tedavi Tercihlerinin Belirlenmesi*.
- Vallejo, M., Ortega, J., Rivera, J., Comeche, M., & Vallejo-Slocker, L.** (2015). Internet versus face-to-face group cognitive-behavioral therapy for fibromyalgia: A randomized control trial. *Journal of Psychiatric Research*, 68, 106-113.
- Van Den Bosch, L. M. C., Verheul, R., Schippers, G. M., & Van Den Brink, W.** (2002). Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 27(6), 911-923. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(02\)00293-9](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00293-9)
- Van Goethem, A., Mulders, D., De Jong, J., Arntz, A., & Egger, J.** (2015). Self-injurious Behaviour and Suicidal Ideation During Dialectical Behaviour Therapy (DBT) of Patients with Borderline Personality Disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, 12, 37-45.
- Van Gordon, W., Shonin, E., Dunn, T. J., Garcia-Compayo, J., & Griffiths, M. D.** (2017). Meditation Awareness Training for the treatment of fibromyalgia syndrome: A randomised controlled trial. *British Journal of Health Psychology*, 22, 186-206.
- Van Houdenhove, B., Egle, U., & Luyten, P.** (2005). The Role of Life Stress in Fibromyalgia. *Current Rheumatology Reports*, 7, 365-370.

- Van Houdenhove, B., & Egle, U. T.** (2004). Fibromyalgia: A stress disorder? Piecing the biopsychosocial puzzle together. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(5), 267-275. <https://doi.org/10.1159/000078843>
- Van Koulil, S., Effting, M., Kraaimaat, F. W., Van Lankveld, W., Van Helmond, T., Cats, H., Van Riel, P. L. C. M., De Jong, A. J. L., Haverman, J. F., & Evers, A. W. M.** (2007). Cognitive-behavioural therapies and exercise programmes for patients with fibromyalgia: State of the art and future directions. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 66(5), 571-581. <https://doi.org/10.1136/ard.2006.054692>
- Van Middendorp, H., Lumley, M. A., Jacobs, J. W. G., van Doornen, L. J. P., Bijlsma, J. W. J., & Geenen, R.** (2008). Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(2), 159-167. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.08.009>
- Vatan, S.** (2016). Bilişsel Davranışçı Terapilerde Üçüncü Kuşak Yaklaşımlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*, 8(22173), 190-203. <https://doi.org/10.18863/pgy.238183>
- Verheul, R., Van Den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., De Ridder, M. A. J., Stijnen, T., & Van Den Brink, W.** (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-Month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.2.135>
- Vincent, A., Lahr, B. D., Wolfe, F., Clauw, D. J., Whipple, M. O., Oh, T. H., Barton, D. L., & St. Sauver, J.** (2013). Prevalence of fibromyalgia: A population-based study in Olmsted County, Minnesota, utilizing the Rochester epidemiology project. *Arthritis Care and Research*, 65(5), 786-792. <https://doi.org/10.1002/acr.21896>
- Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J.** (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, 317-332. www.elsevier.nl/locate/pain
- Vlaeyen WS, J., & Morley, S.** (2005). Cognitive-behavioral treatments for chronic pain: what works for whom? *The Clinical Journal of Pain*, 21(1), 1-8.
- Vøllestad, J., Sivertsen, B., & Nielsen, G. H.** (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 281-288. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.01.007>

- Vowles, K. E., & McCracken, L. M.** (2008). Acceptance and Values-Based Action in Chronic Pain: A Study of Treatment Effectiveness and Process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(3), 397-407. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.3.397>
- Walker, E. A., Keegan, D., Gardner, G., Sullivan, M., Bernstein, D., & Katon, W. J.** (1997). Psychosocial Factors in Fibromyalgia Compared With Rheumatoid Arthritis: II. Sexual, Physical, and Emotional Abuse and Neglect. *Psychosomatic Medicine, 59*, 572-577.
- Webb, C. A., Beard, C., Kertz, S. J., Hsu, K. J., & Björgvinsson, T.** (2016). Differential role of CBT skills, DBT skills and psychological flexibility in predicting depressive versus anxiety symptom improvement. *Behaviour Research and Therapy, 81*, 12-20.
- Wentz, K. A. H., Lindberg, C., & Hallberg, L. R.-M.** (2004). Psychological functioning in women with fibromyalgia: a grounded theory study. *Health Care For Women International, 25*(8), 702-729.
- Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A. J., Solomon, B. C., Lehman, D. H., Liu, L., Lang, A. J., & Hampton Atkinson, J.** (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain, 152*(9), 2098-2107. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.05.016>
- Wicksell, R. K., Kemani, M., Jensen, K., Kosek, E., Kadetoff, D., Sorjonen, K., Ingvar, M., & Olsson, G. L.** (2013). Acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A randomized controlled trial. *European Journal of Pain (United Kingdom), 17*(4), 599-611. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2012.00224.x>
- Williams, A. C. de C., Fisher, E., Hearn, L., & Eccleston, C.** (2020). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2020*(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007407.pub4>
- Wolfe, F.** (1986). Development Criteria for the Diagnosis of Fibrositis. *The American Journal of Medicine, 81*(3), 99-104.
- Wolfe, F.** (2009). Fibromyalgia wars. *Journal of Rheumatology, 36*(4), 671-678. <https://doi.org/10.3899/jrheum.081180>
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzchanles, M.-A., Goldenberg, D. L., Hauser, W., Katz, R. L., Mease, P. J., Russell, I. J., & Walitt, B.** (2016). 2016 Revisions to the

2010/2011 Fibromyalgia Diagnostic Criteria. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 46(3), 319-329.

Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A. S., Russell, I. J., Winfield, J. B., & Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care and Research*, 62(5), 600-610. <https://doi.org/10.1002/acr.20140>

Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., & Russell, I. J. (1995). The Prevalance and Characteristics of Fibromyalgia in the General Population. *The Prevalence and Characteristics of Fibromyalgia in the General Population*, 38(1), 19-28.

Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Tugwell, P., Campbell, S. M., Abeles, M., Clark, P., Fam, A. G., Farber, S. J., Fiechtner, J. J., Franklin, C. M., Gatter, R. A., Hamaty, D., Lessard, J., Lichtbroun, A. S., Masi, A. T., ... Sheon, R. P. (1990). The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 33(2), 160-172.

Woolfolk, R. L., Allen, L. A., & Apter, J. T. (2012). Affective-cognitive behavioral therapy for fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Pain Research and Treatment*, 2012. <https://doi.org/10.1155/2012/937873>

Yavuz, F. (2015). Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) Genel Bir Bakış Acceptance and Commitment Therapy (ACT): An Overview. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(2), 21-27. <https://www.researchgate.net/publication/324994456>

Yavuz, M. B. (2020). *Kısa Süreli Diyalektik Davranış Terapisi Beceri Eğitime Katılan Fibromiyalji Hastası Kadınların Deneyimlerinin Yorumlayıcı Fenomenolojik Analizi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Şehir Üniversitesi

Yepez, D., Grandes, X. A., Talanki Manjunatha, R., Habib, S., & Sangaraju, S. L. (2022). Fibromyalgia and Depression: A Literature Review of Their Shared Aspects. *Cureus*, 14(5), 1-9. <https://doi.org/10.7759/cureus.24909>

Yiğit, İ., & Guzey Yiğit, M. (2019). Psychometric Properties of Turkish Version of Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16). *Current Psychology*, 38(6), 1503-1511. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9712-7>

- Yunus, M. B.** (2007). Fibromyalgia and Overlapping Disorders: The Unifying Concept of Central Sensitivity Syndromes. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 36(6), 339-356. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2006.12.009>
- Yunus, M. B.** (2008). Central Sensitivity Syndromes: A New Paradigm and Group Nosology for Fibromyalgia and Overlapping Conditions, and the Related Issue of Disease versus Illness. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 37(6), 339-352.
- Zautra, A., Fasman, R., Reich, J. W., Harakas, P., Johnson, L. M., Olmsted, M. E., & Davis, M. C.** (2005). Fibromyalgia: Evidence for deficits in positive affect regulation. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 147-155. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000146328.52009.23>
- Zautra, A. J., Hamilton, N. A., & Burke, H. M.** (1999). Comparison of Stress Responses in Women with Two Types of Chronic Pain: Fibromyalgia and Osteoarthritis. *Cognitive Therapy and Research*, 23(2), 209-230.
- Zautra, A., & Reich, J. W.** (2001). Vulnerability to Stress Among Women in Chronic Pain from Fibromyalgia and Osteoarthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(3), 215-226. <https://www.researchgate.net/publication/11849952>
- Zegel, M., Rogers, A. H., Vujanovic, A. A., & Zvolensky, M. J.** (2021). Alcohol Use Problems and Opioid Misuse and Dependence Among Adults with Chronic Pain: The Role of Distress Tolerance. *Psychology of Addictive Behaviors*, 35(1), 42-51.
- Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Bernstein, A., & Leyro, T.** (2010). Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 19(6), 406-410. <https://doi.org/10.1177/0963721410388642>

EKLER


Ek 1. Sosyal Medya Duyuru Afişi


UZM. PSK. AYŞE TURAN

Fibromiyalji sendromu tedavisinde psikolojik yöntemlerin kullanımına yönelik araştırmaya davet !

DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI !

- Araştırma fibromiyalji tanısı almış 18-45 yaş kadın hastalara yöneliktir.
- Çalışma online grup terapisi şeklinde yürütülecektir.
- Uygulama 12 hafta boyunca devam edecektir.

 **FATİH SULTAN MEHMET**
VAKIF ÜNİVERSİTESİ

 **İSTANBUL MEDENİYET**
ÜNİVERSİTESİ

Ek:2 Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Sizi Uzm. Psk. Ayşe Turan tarafından yürütülen “Fibromiyalji Sendromu'nun Psikolojik Tedavisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırma Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi & Medeniyet Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktora Programı doktora tezi kapsamında; Prof. Dr. Işıl Bilican danışmanlığında yapılmaktadır. Araştırmanın amacı hastaların fibromiyalji belirtilerinde, ağrı ve depresyon düzeylerinde ve uyku kalitelerinde iyileşme sağlamaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir

Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz

Katılımınız için teşekkürler.

Uzm. Psk. Ayşe TURAN

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum*

Evet___

Hayır___

Ek:3 Demografik Bilgi Formu

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Yaş:

2. Medeni Durum

Evli _____ Bekar _____ Boşanmış _____ Dul _____

3.Çocuğunuz var mı?

Var _____ Yok _____

Var ise kaç çocuğunuz var? _____

4. Eğitim Durumu

İlkokul _____

Ortaokul _____

Lise _____

Ön Lisans _____

Lisans _____

Lisansüstü _____

5. Şuanda bir işte çalışıyor musunuz?

Çalışıyor _____ Çalışmıyor _____ İş Arıyor _____

6. Gelir Durumu

Düşük _____ Orta _____ Yüksek _____

7. Herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?

Evet _____ Hayır _____

Evet ise hangi ilaç? _____

8. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? (diyabet, tiroid vb gibi)

9. Fibromiyalji dışında herhangi bir kas, eklem, omurilik ya da romatizmal bir rahatsızlığınız var mı?

10. Herhangi bir vitamin ya da mineral eksikliğiniz var mı? (demir, d vitamini, b12 vitamini vb gibi)

11. Bir günde hic kalkmadan oturduğunuz süre ne kadardır?

1 saatten az _____

1-2 saat _____

3 saat ve üzeri _____

12. Ne sıklıkla ağrı kesici ilaç içersiniz?

Ayda 1 kere _____

Ayda 3-4 kere _____

Haftada 1 kere _____

Haftada 2 kere _____

Haftada 3 kere ve üzeri _____

13. Ne kadar süredir fibromiyalji tanınız var?

1-3 yıl _____

4-6 yıl _____

7-10 yıl _____

10 yıl ve üzeri _____

14. Son bir yıl içerisinde covid geçirdiniz mi?

Evet _____

Hayır _____

Ek 4: DSM-V Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeğinden Bazı Maddeler

İsim:.....

Yaş:.....

Cinsiyet:.....

Tarih:.....

Eğer ölçek bilgi sahibi kişi tarafından tamamlanıyorsa, bireyle yakınlığınız nedir?

Tipik bir haftada, bireyle yaklaşık olarak ne kadar zaman geçiriyorsunuz?

Yönergeler: Aşağıdaki sorular size rahatsız edebilecek şeyleri sormaktadır. Her soru için, son İki (2) Hafta boyunca her bir sorunun sizi ne kadar (veya ne sıklıkla) rahatsız ettiğinizi en iyi açıklayan sayıyı daire içine alın.

	Son İki (2) HAFTA boyunca, aşağıdaki sorunlardan ne kadar (veya ne sıklıkta) rahatsız oldunuz?	Hiç	Hafif Az, bir veya iki günden az	Orta Birkaç gün	İlimli Günlerin yarısından çoğunda	Şiddetli Neredeyse her gün	En Yüksek Alan Skoru (klinisyen)
I.	1. Bir şeyler yaparken ilgi veya istekte azalma?	0	1	2	3	4	
	2. Keyifsiz, çökkün veya umutsuz hissetme?	0	1	2	3	4	
II.	3. Her zamankinden daha rahatsız, huysuz veya öfkeli hissetme?	0	1	2	3	4	
III.	4. Her zamankinden daha az uyumaya karşın, hala çok enerji dolu hissetme?	0	1	2	3	4	

EK 5: Yeniden Gözden Geçirilmiş Fibromiyalji Etki Anketi'nden Bazı

Maddeler

Aşağıdaki 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 güçlük çekmeden 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok güçlükle
- 2.Evde yemek hazırlama** hiç güçlük çekmeden 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok güçlükle
- 3.Fibromiyaljim, beni geçen hafta üstesinden gelmem gereken hedeflerimden alıkoydu** hiçbir zaman 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Her zaman
- 4. Lütfen ağrınızın şiddetini oranlayınız** ağrı yok 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Şiddetli ağrı

Ek 6: Görsel Analog Ağrı Skalası

Son 7 gün içerisinde hissettiğiniz ağrının ortalama şiddetini aşağıdaki çizgi üzerinde X ile belirtiniz.

Hiç ağrı yok 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 düşünülebilecek en şiddetli ağrı

Ek 7: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinden Bazı Maddeler

Aşağıda insanların duygularını kontrol etmekte kullandıkları bazı yöntemler verilmiştir. Lütfen her durumu dikkatlice okuyunuz ve her birinin sizin için ne kadar doğru olduğunu içtenlikle değerlendiriniz.

	Hemen Hemen Hiç	Bazen	Yaklaşık -Yarı Yarıya	Çoğu Zama n	Hemen Hemen Her Zaman
1. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
2. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.					
3. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.					
4. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.					
5. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağına inanırım.					

Ek 8. Bilinçli Farkındalık Ölçeğinden Bazı Maddeler

Açıklama: Aşağıda sizin günlük deneyimlerinizle ilgili bir dizi durum verilmiştir. Lütfen her bir maddenin sağında yer alan 1 ile 6 arasındaki ölçeği kullanarak her bir deneyimi ne kadar sık veya nadiren yaşadığınızı belirtiniz. Lütfen deneyiminiz **ne olması gerektiğini değil, sizin deneyiminizi gerçekten neyin etkilediğini** göz önünde bulundurarak cevaplayınız. Lütfen her bir maddeyi diğerlerinden ayrı tutunuz.

	1	2	3	4	5	6
	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Oldukça Seyrek	Hemen hemen hiçbir zaman
1. Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim.						1 2 3 4 5 6
2. Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırırım veya dökerim.						1 2 3 4 5 6
3. Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım.						1 2 3 4 5 6
4. Gideceğim yere, yolda olup bitenlere dikkat etmeksizin hızlıca yürüyerek gitmeyi tercih ederim.						1 2 3 4 5 6
5. Fiziksel gerginlik ya da rahatsızlık içeren duyguları, gerçekten dikkatimi çekene kadar fark etmeme eğilimim vardır.						1 2 3 4 5 6

Ek 9: Sıkıntıya Dayanma Ölçeğinden Maddeler

Aşağıda kişilerin sıkıntı veren durumlarla ilgili düşüncelerini anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin alt tarafındaki numaralardan uygun olanı işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında ne düşündüğünüzü gösteren cevabı işaretleyin.

- 1 tamamen katılıyorum
- 2 oldukça katılıyorum
- 3 ne katılıyorum ne katılmıyorum
- 4 pek katılmıyorum
- 5 hiç katılmıyorum

	Tamamen katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Pek katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1. Sıkıntılı ya da üzüntülü hissetmek bana dayanılmaz gelir.	1	2	3	4	5
2. Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde tek düşünebildiğim ne kadar kötü hissettiğimdir.	1	2	3	4	5
3. Sıkıntılı ya da üzgün hissetmenin üstesinden gelemem.	1	2	3	4	5
4. Sıkıntılı duygularım beni tamamen ele geçirecek kadar yoğunudur.	1	2	3	4	5

Ek 10: Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin, bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak, maddenin yanındaki uygun yeri işaretleyiniz.

- 0 Hiç
1 Hafif Düzeyde
2 Orta Düzeyde
3 Ciddi Düzeyde

		Hiç	Hafif düzeyde	Orta Düzeyde	Ciddi Düzeyde
1.	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma ya da karıncalanma	0	1	2	3
2.	Sıcak/ ateş basmaları	0	1	2	3
3.	Çok kötü şeyler olacak korkusu	0	1	2	3
4.	Gevşeyememe	0	1	2	3

Ek 11: Beck Depresyon Envanteri

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

1.	a.Kendimi üzgün hissetmiyorum b.Kendimi üzgün hissediyorum c.Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d.Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2.	a.Gelecekte umutsuz değilim b.Gelecek konusunda umutsuzum c.Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3.	a.Kendimi başarısız görmüyorum b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır. c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum

EK 12: Kişilerarası Problemler Envanterinden Bazı Maddeler

İnsanlar başkalarıyla ilişkilerinde aşağıda belirtilen problemleri yaşadıklarını ifade etmektedirler. Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyun ve her maddeyi hayatınızdaki **HERHANGİ BİR ÖNEMLİ KİŞİYLE** (aile bireyleri, dostlar, iş arkadaşları gibi) **İLİŞKİNİZDE** sizin için problem olup olmadığına göre değerlendirin. Problemin **SİZİN İÇİN NE KADAR RAHATSIZ EDİCİ OLDUĞUNU** numaralandırılmış daireleri yuvarlak içine alarak belirtiniz.

Aşağıdaki ifadeler başkalarıyla ilişkilerinizde yapmakta ZORLANDIĞINIZ şeylerdir.	Hiç değil	Biraz	Orta derecede	Oldukça	Fazlasıyla
Benim için, 1. Başkalarına “hayır” demek zordur.	1	2	3	4	5
2. Gruplara katılmak zordur.	1	2	3	4	5
3. Bir şeyleri kendime saklamak zordur.	1	2	3	4	5
4. Birine beni rahatsız etmemesini söylemek zordur.	1	2	3	4	5

Ek 13: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Aşağıdaki sorunların her biri için en uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız. Geçen ay, aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

0 geçen ay boyunca hiç

1 haftada 1den az

2 haftada bir veya 2 kez

3 haftada üç veya daha fazlası

	Geçen ay boyunca hiç	Haftada 1'den az	2 haftada 1 veya 2 kez	3 haftada 3 veya daha fazlası
1. 30 dakika içinde uykuya dalamadığınız oluyor mu?	0	1	2	3
2. Gece yarısı veya sabah erkenden uyandığınız oluyor mu?	0	1	2	3
3. Lavaboya gitmek üzere kalkmak zorunda kaldığınız oluyor mu?	0	1	2	3
4. Rahat nefes alıp veremediğiniz oluyor mu?	0	1	2	3