

**POZİTİF PSİKOTERAPİ TEMELLİ PSİKOEĞİTİM
PROGRAMININ FİBROMİYALJİ SENDROMLU HASTALARIN
AĞRI ALGISI, GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE RUHSAL
SAĞLIKLARI ÜZERİNE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ
BİR ÇALIŞMA**

HAMİDE EROL

**DOKTORA TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. AYSEL KARACA**

DÜZCE, 2024

T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

POZİTİF PSİKOTERAPİ TEMELLİ PSİKOEĞİTİM
PROGRAMININ FİBROMİYALJİ SENDROMLU HASTALARIN
AĞRI ALGISI, GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE RUHSAL
SAĞLIKLARI ÜZERİNE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ
BİR ÇALIŞMA

Hamide EROL tarafından hazırlanan tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından Düzce Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda **DOKTORA TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Aysel KARACA

Düzce Üniversitesi

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Aysel KARACA

Düzce Üniversitesi

Doç. Dr. Nuriye YILDIRIM ŞİŞMAN

Düzce Üniversitesi

Doç. Dr. Ümit SAHRANÇ

Sakarya Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KUZU DURMAZ

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Filiz SÜZER ÖZKAN

Düzce Üniversitesi

Tez Savunma Tarihi: 12/06/2024

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

12 Haziran 2024

Hamide EROL



TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez çalışmam süresince engin bilgi ve tecrübesinden yararlandığım, her koşulda ilgisini, hoşgörüsünü ve şefkatini hissettiğim, her adımda desteğini esirgemeyen ve mesleki gelişimime katkı sağlayan çok değerli hocam Doç. Dr. Aysel KARACA'ya,

Tez çalışmam süresince destek ve görüşlerini esirgemeyen, tez izleme komitesinde yer alarak katkı ve yönlendirmeleri ile gelişimime katkı sağlayan saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Nuriye YILDIRIM ŞİŞMAN ve Doç. Dr. Ümit SAHRANÇ'a,

Tezime jüri üyesi olarak değerli katkılarını esirgemeyen kıymetli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KUZU DURMAZ ve Dr. Öğr. Üyesi Filiz SÜZER ÖZKAN'a,

Çalışmada yer almayı kabul ederek, bu tezin oluşmasında büyük katkıları olan değerli hastalarım,

Tez çalışmam sürecinde yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen değerli arkadaşlarım Seda ÖNER ve Ferhan AÇIKGÖZ'e,

Çalışmamın her satır aralarında ve hayatımın her anında destekleri, ilgileri ve sevgileriyle bana güç veren Duygu TÜRKÖZ, Okan TÜRKÖZ, Tuğba SAĞLAM, Canan UZUĞ, Sona KOÇAK, Şaduman AKDEMİR ve canım halam Hüsne TÜRKÖZ'e,

Hayatımın her döneminde bana güvenen ve desteğini sonuna kadar hissettiğim bu hayattaki en büyük şansım olan canım annem Gülnaz PALA, ablam Zeynep PALA, abim Cumali PALA, kardeşim Veli PALA ve yengem Hamide PALA'ya,

Her an varlığını kalbimde hissettiğim, azmi ve doğruluğu bana öğreten rahmetli babam Nazmi PALA'ya,

Bu gergin süreçte sabrı ile hep yanımda olan, yardımını esirgemeyen hayat arkadaşım, sevgili eşim Osman EROL'a,

Bu süreçten en çok etkilenen, küçücük kalpleri ile kocaman anlayış gösteren, vazgeçtiğimde gözlerindeki ışıqla yolumu aydınlatan hayat enerjilerim, her şeyim, canım evlatlarım Alper EROL ve Öykü EROL'a,

En içten duygularıyla sonsuz teşekkür ederim.

12 Haziran 2024

Hamide EROL

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR.....	ix
SİMGELER.....	x
ÖZET	xi
ABSTRACT.....	xii
EXTENDED ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	3
1.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	4
1.3. FİBROMİYALJİ SENDROMU (FMS)	5
1.3.1. Etiyoloji.....	5
1.3.2. Patofizyoloji	5
1.3.3. Epidemiyoloji.....	6
1.3.4. Tanı Kriterleri	7
1.3.5. FMS Semptomları	8
1.3.6. Tedavi.....	10
1.3.6.1. Hasta Eğitimi.....	11
1.3.6.2. Fiziksel Egzersiz	12
1.3.6.3. Farmakolojik Tedaviler.....	12
1.3.6.4. Farmakolojik Olmayan Tedaviler.....	13
1.3.6.5. Psikoterapiler	13
1.4. POZİTİF PSİKOTERAPİ (PPT).....	14
1.4.1. PPT'nin Çatışma Modeli.....	17
1.4.1.1. Gerçek Çatışma	18
1.4.1.2. Temel Çatışma	19
1.4.1.3. İçsel Çatışma	19
1.4.1.4. Anahtar Çatışma	20
1.4.2. PPT'nin İlkeleri.....	21
1.4.2.1. Umut İlkesi.....	21
1.4.2.2. Denge İlkesi.....	22
1.4.2.3. Danışma (Konsültasyon) İlkesi.....	24
1.4.3. PPT'de Dörtlü Model Boyutu	26
1.4.3.1. "Ben" Boyutu	26
1.4.3.2. "Sen/Siz" Boyutu	26
1.4.3.3. "Biz" Boyutu	26
1.4.3.4. "Temel-Biz" Boyutu.....	26
1.4.4. PPT'nin Uygulama Alanları.....	27
1.5. FMS'DE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNİN ROLLERİ	27
1.6. PPT İLE AĞRI VE RUHSAL DURUMA İLİŞKİN YAPILAN ÇALIŞMALAR.....	29

2. MATERYAL VE YÖNTEM	33
2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TASARIMI	33
2.2. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....	33
2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	33
2.3.1. Araştırma Örneklemine Özellikleri.....	34
2.3.1.1. Katılımcıların Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	34
2.3.1.2. Katılımcıların Çalışmadan Dışlama Kriterleri	34
2.3.1.3. Araştırma Sırasında Örneklemden Çıkarılma Kriterleri	35
2.7.2. FMSPTP'nin Dil Anlaşılabilirliğinin Yapılması	41
2.7.3. FMSPTP için Uzman Görüşü Alınması.....	42
2.7.4. FMSPTP'nin Pilot Uygulaması	42
2.7.5. FMSPTP'nin Uygulaması	43
2.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	44
2.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	45
2.10. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ.....	46
3. BULGULAR VE TARTIŞMA	47
3.1. BULGULAR.....	47
3.1.1. Grupların Sosyo-Demografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması....	47
3.1.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların VAS Formu Ölçümlerine İlişkin Bulgular.....	48
3.1.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların FQI Ölçümlerine İlişkin Bulgular.....	49
3.1.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların GSA-28 Ölçümlerine İlişkin Bulgular.....	50
3.2. TARTIŞMA.....	55
4. SONUÇ VE ÖNERİLER	59
5. KAYNAKLAR	62
6. EKLER	72
6.1. EK 1: TANITICI BİLGİ FORMU	72
6.2. EK 2: VİZUEL ANALOG SKALA (VAS).....	73
6.3. EK 3: FİBROMİYALJİ ETKİ ANKETİ (FIQ).....	74
6.4. EK 4: GENEL SAĞLIK ANKETİ-28 (GSA-28)	75
6.5. EK 5: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	77
6.6. EK 6: ETİK KURULU KARAR FORMU	78
6.7. EK 7: FMSPTP OTURUM ÖRNEĞİ (2. OTURUM).....	79
6.8. EK 8: RANDOMİZE KONTROLLÜ DENEYLER KURSU KATILIM BELGESİ.....	81
6.9. EK 9: PPT MASTER SERTİFİKASI.....	82
ÖZGEÇMİŞ	83

ŞEKİL LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1.1 FMS’de gözlenen başlıca değişiklikler.....	6
Şekil 1.2 Başlıca fibromiyalji semptomları	10
Şekil 1.3 Anlam vermek(inanç) ve Anlam bulmak(bilim) için temel kapasiteler ve gelişim koşulları	16
Şekil 1.4 Temel ve gerçek yetenekler	17
Şekil 1.5 Denge modeli.....	23
Şekil 2.1 Consort 2010 akış diyagramı	36
Şekil 2.2 FMSPPPTP’nin hazırlanma aşamaları.....	43
Şekil 2.3 Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler	45

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1.1 Fibromiyalji için 1990, 2010 ön ve değiştirilmiş 2010 ACR Kriterleri	8
Tablo 1.2 Fibromiyalji sendromunun potansiyel semptomları	9
Tablo 2.1 FMSPPTP'nin içerik ve amaçları	40
Tablo 3.1 Araştırma kapsamındaki hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı.....	47
Tablo 3.2. Deney ve Kontrol Grubunda Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Ölçümlerinin Karşılaştırılması	51

KISALTMALAR

ACR	Amerikan Romatoloji Koleji
AAPT	ACTION-APS Ağrı Taksonomisi
ACT	Kabul ve Kararlılık Terapisi
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
EULAR	Avrupa Romatoloji Dernekleri Birliği
FIQ	Fibromiyalji Etki Anketi
FMS	Fibromiyalji Sendromu
FMSPTP	Fibromiyalji Hastalar için Pozitif Psikoterapi Programı
GSA-28	Genel Sağlık Anketi-28
KLP	Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi
NSAİİ	Steroid olmayan antiinflatuar ilaçlar
PPT	Pozitif psikoterapi
SNRI	Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
SS	Semptom Şiddeti
VAS	Vizuel Analog Skala
WIPPF	Wiesbaden Pozitif Psikoterapi ve Aile Terapisi Envanteri
WPI	Yaygın Ağrı İndeksi

SİMGELER

η^2

Etki gücü / etki büyüklüğü



ÖZET

POZİTİF PSİKOTERAPİ TEMELLİ PSİKOEĞİTİM PROGRAMININ FİBROMİYALJİ SENDROMLU HASTALARIN AĞRI ALGISI, GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE RUHSAL SAĞLIKLARI ÜZERİNE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA

Hamide EROL

Düzce Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Programı Doktora Tezi
Danışman: Doç. Dr. Aysel KARACA

Haziran 2024, 82 sayfa

Bu çalışma; Nossrat Peseschkian'ın Pozitif Psikoterapi modeline dayanan, Fibromiyalji Sendromlu Hastalar için Pozitif Psikoterapi Programı'nın Fibromiyalji Sendromlu hastaların ağrı algısı, günlük yaşam aktiviteleri ve ruhsal sağlıklarına etkinliğini değerlendirmek amacı ile yapılmıştır. Araştırmada, ön test (başlangıçta), son test (on haftalık müdahalenin sonunda), izlem (üçüncü aylarda) yaklaşımı ile randomize kontrollü deneysel araştırma tasarımı kullanılmıştır. Araştırma Temmuz 2023 – Mayıs 2024 tarihleri arasında, fibromiyalji sendromu tanısı konmuş ayakta tedavi gören çalışmaya katılmayı kabul eden 72 hasta (deney grubu=36, kontrol grubu=36) ile gerçekleşmiştir. Veriler Tanıtıcı Bilgi Formu, Vizuel Analog Skala (VAS), Fibromiyalji Etki Anketi (FIQ) ve Genel Sağlık Anketi-28 (GSA-28) ile toplanmıştır. Araştırma verilerinin analizi SPSS for mac versiyon 26 yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Deney grubundaki 36 hasta, 10 hafta boyunca pozitif psikoterapi teorisine dayalı her biri 90 dakika olan 10 oturumdan oluşan programa katılmıştır. Deney ve kontrol grupları arasında ağrı, FIQ skorları, depresyon alt boyut, anksiyete alt boyut, sosyal işlevsellik alt boyut ve somatik belirtiler alt boyutlar açısından anlamlı farklılıklar bulunmuştur (VAS: $p=0,001$, $\eta^2=0,438$; FIQ: $p=0,001$, $\eta^2=0,517$; GSA-28 toplam $p=0,001$, $\eta^2=0,522$). Bu sonuçlar doğrultusunda Fibromiyalji Sendromlu Hastalar için Pozitif Psikoterapi Programı'nın, fibromiyalji hastalarının semptomlarını iyileştirmesine yardımcı olmak için kullanılması önerilmektedir. Araştırma Clinical Trials Number protokol kayıt sistemine NCT06147882 numarası ile kaydedilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Fibromiyalji sendromu, pozitif psikoterapi, psikiyatri hemşireliği, ağrı, günlük yaşam aktivitesi.

ABSTRACT

THE EFFECT OF POSITIVE PSYCHOTHERAPY-BASED PSYCHOEDUCATION PROGRAM ON PAIN PERCEPTION, DAILY LIFE ACTIVITIES AND MENTAL HEALTH OF PATIENTS WITH FIBROMYALGIA SYNDROME: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Hamide EROL

Duzce University

Graduate School, Department of Nursing

Doctoral Thesis

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Aysel KARACA

June 2024, 82 pages

This study was conducted to evaluate the effectiveness of the Positive Psychotherapy Program for Patients with Fibromyalgia Syndrome, based on Nossrat Peseschkian's Positive Psychotherapy model, on pain perception, activities of daily living, and mental health of patients with Fibromyalgia Syndrome. A randomized controlled experimental research design was used in the study with a pre-test (at the beginning), post-test (at the end of the ten-week intervention), and follow-up (in the third months) approach. The study was conducted between July 2023 and May 2024 with 72 outpatients diagnosed with fibromyalgia syndrome who agreed to participate in the study (experimental group=36, control group=36). Data were collected using the Descriptive Information Form, Visual Analog Scale (VAS), Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) and General Health Questionnaire-28 (GHQ-28). The analysis of the research data was performed using SPSS for mac version 26 software. Thirty-six patients in the experimental group participated in a program consisting of 10 sessions, each lasting 90 minutes, based on positive psychotherapy theory for 10 weeks. Significant differences were found between the experimental and control groups in terms of pain, FIQ scores, depression subscale, anxiety subscale, social functioning subscale, and somatic symptoms subscale (VAS: $p=0.001$, $\eta^2=0.438$; FIQ: $p=0.001$, $\eta^2=0.517$; GHQ-28 total $p=0.001$, $\eta^2=0.522$). In line with these results, the Positive Psychotherapy Program for Patients with Fibromyalgia Syndrome is recommended to be used to help fibromyalgia patients improve their symptoms. The study was registered in the Clinical Trials Number protocol registration system with the number NCT06147882.

Keywords: Fibromyalgia syndrome, positive psychotherapy, psychiatric nursing, pain, daily living activities.

EXTENDED ABSTRACT

THE EFFECT OF POSITIVE PSYCHOTHERAPY-BASED PSYCHOEDUCATION PROGRAM ON PAIN PERCEPTION, DAILY LIFE ACTIVITIES AND MENTAL HEALTH OF PATIENTS WITH FIBROMYALGIA SYNDROME: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Hamide EROL

Duzce University

Graduate School, Department of Nursing

Doctoral Thesis

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Aysel KARACA

June 2024, 82 pages

1. INTRODUCTION

Fibromyalgia syndrome (FMS) is a complex chronic pain syndrome disorder characterized by several symptoms, including widespread pain, fatigue, sleep disturbance, cognitive dysfunction, and mood disorders, with an unknown etiology, and unclear pathophysiology. It requires a multidisciplinary approach, including a combination of pharmacologic and non-pharmacologic treatment modalities, for its effective management due to its complex nature and its impact on all aspects of the individual. FMS affects people in all dimensions, such as various biological, psychological, and social areas, such as biopsychosocial losses, and loss of labor force with limitations in functional capacity that cause a decrease in activities of daily living. In this regard, psychotherapies play an important role in its treatment. Therefore, it can be said that it would be beneficial to work with the therapeutic tools of PPT to address the conflicts and impaired life dimensions of individuals with FMS that reduce the quality of life by increasing their symptoms. PPT is a psychodynamic approach to therapy that systematically utilizes a five-step procedure to facilitate the identification of the psychological causes underlying the patient's symptoms and suffering, while also addressing conflicts.

2. MATERIAL AND METHODS

The study was conducted in a randomized controlled, pre-test (at baseline), post-test (at the end of the 10-week intervention) and follow-up (at 3 months) experimental design to evaluate the effectiveness of the Positive Psychotherapy Program for Patients with

Fibromyalgia Syndrome (FMSPPTP) on pain perception, activities of daily living, and mental health of patients with fibromyalgia syndrome. Gpower 3.1 program was used to determine the number of patients in the experimental and control groups, and the minimum sample size was obtained to be 58. The number of participants for each group was determined as 29. Considering the possibility of dropouts due to the length of the intervention, the sample size was increased by approximately 20% and the sample size was determined to be 72 (experimental group: 36 patients, control group: 36 patients). The study was completed with a total of 69 participants, 33 in the experimental group and 36 in the control group. In the data collection phase, “Introductory Information Form” developed by the researcher was used to evaluate the sociodemographic information and health history of the participants, “Visual Analog Scale (VAS)” was used to evaluate pain perception, “Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)” was used to evaluate physical functionality, and ability to participate in daily activities and “General Health Questionnaire–28 (GHQ–28)” was used to evaluate mental health status.

Positive Psychotherapy Program for Patients with Fibromyalgia Syndrome (FMSPPTP) was created by the researchers, and finalized after expert opinion. VAS, FIQ and GHQ–28 scales were applied to the patients before, after, and 3 months after the program. The data obtained in the study were analyzed using SPSS for mac version 26 software. The data were analyzed using descriptive statistical methods (number, percentage, median, mean, and standard deviation). Chi-square analysis was applied to test the homogeneity of the groups. The data used were tested for conformity to a normal distribution. Compliance with the normal distribution was examined visually (*histogram and probability graphs*), and analytically (*Kolmogorov-Smirnov/ Shapiro-Wilk tests*). For the comparison of quantitative data in normally distributed data, an independent t test was used for the difference between two independent groups, and for the comparison of more than two dependent stages, repeated measures analysis of variance was applied, and Bonferroni was used to find the stage that made a difference in the case of a difference. In the analyses, statistical significance was interpreted at the level of 0.05; if it was $p < 0.05$, it was stated that there was a significant difference, and in the case of $p > 0.05$, it was stated that there was no significant difference.

3. RESULTS AND DISCUSSIONS

Analyzing the comparison of FIQ scores according to the groups of the participants, a significant difference was found in the experimental group in the post-test ($p = 0.001$), and

it was observed to have a moderate effect size ($\eta^2=0,517$). Likewise, in the comparison of FIQ scores, the difference was statistically significant in the experimental group in the follow-up test ($p=0.001$), indicating that the effects in the experimental group after the PPT intervention continued during the follow-up period. In intragroup comparisons according to FIQ scores, the differences between the pretest, post-test, and follow-up tests of the experimental group were statistically significant ($p=0.001$). In the control group, the changes over time were not statistically significant ($p=0.341$). The difference in VAS scores in the post-test and follow-up tests of the experimental, and control groups was statistically significant ($p=0.001$). In intra-group comparisons in terms of VAS scores, the differences between the pretest, posttest and follow-up scores of the experimental group were statistically significant ($p=0.001$). In the control group, the changes over time were not statistically significant ($p=0,189$). In the post-test and follow-up test, the difference between the experimental group and the control group in GHQ-28 scores was statistically significant ($p=0.001$). Likewise, in intragroup comparisons, the differences between the pre-test, post-test and follow-up measurements of the experimental group were statistically significant ($p=0.001$), while the changes over time were not statistically significant in the control group ($p=0.973$). When the sub-dimensions of the GHQ-28 scale were analyzed, the pre-test, post-test, and follow-up measurements in the experimental group were significantly different from the control group in the somatic symptoms sub-dimension. The decrease in the somatic symptoms score in the experimental group was statistically significant ($p=0.001$), and the post hoc analysis showed that the significant difference was due to the high pre-test score. No significant decrease was found in the control group ($p=0.338$). In another sub-dimension, anxiety, the pre-test, post-test, and follow-up measurements of the experimental group were significantly different from the control group. In the measurements according to time, the decrease in anxiety score points in the experimental group was found to be statistically significant ($p=0.001$), and in the post hoc analysis, it was determined that the significant difference was due to the high pre-test score. No significant decrease was found in the control group ($p=0,669$). In the social functioning sub-dimension results, the pre-test, post-test and follow-up scores of the experimental group were significantly different from the control group. In the measurements according to time, the decrease in anxiety score points in the experimental group was found to be statistically significant ($p=0.001$), and in the post hoc analysis, it was determined that the significant difference was due to the high pre-test score. No significant decrease was found in the control group ($p=0,626$). In

the social functioning sub-dimension results, the pre-test, post-test, and follow-up scores of the experimental group were significantly different from the control group. However, the difference was not significant in the pre-test scores. In the measurements according to time, the decrease in depression score points in the experimental group was statistically significant ($p=0.001$), and in the post hoc analysis, it was determined that the significant difference was due to the high pre-test score. No significant decrease was found in the control group ($p=0,334$).

4. CONCLUSION AND OUTLOOK

As a result, the Positive Psychotherapy Program for Patients with Fibromyalgia Syndrome (FMSPPTP) was determined to be efficacious in improving patients' pain perception, everyday functioning, and mental well-being. It is recommended to apply Positive Psychotherapy Program for Patients with Fibromyalgia Syndrome (FMSPPTP) in the management of FMS.



1. GİRİŞ

Fibromiyalji sendromu (FMS), belirgin bir organik lezyon olmaksızın üç aydan uzun süre devam eden, kas-iskelet sisteminde yaygın ağrı, uyku bozukluğu, bilişsel işlev bozukluğu, yorgunluk ve duygu durum bozuklukları gibi çoklu semptomlarla karakterize karmaşık bir kronik ağrı sendromudur [1]– [4]. FMS'nin bilinmeyen bir etiyojisi, belirsiz bir patofizyolojisi vardır ve nüfusun %2 ila %4'ünü etkilemektedir [4].

FMS, tam anlaşılammakla birlikte, gelişiminde etkili olan; genetik yatkınlık, nörohormonal, kişisel deneyimler, duygusal-bilişsel faktörler, zihin-beden ilişkisi ve biyo-psikolojik stresle başa çıkma yeteneği gibi psikososyal faktörler nedeniyle etkili bir tıbbi tedavi mevcut değildir [5]– [7]. Bunun yanı sıra farmakolojik semptom yönetiminin etkinliği sınırlıdır [5], [8].

FMS'nin etkili yönetimi, karmaşık yapısı ve bireyin tüm boyutlarını etkilemesi nedeniyle farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerinin bir kombinasyonunu içeren multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Bu bağlamda, tedavi sürecinde birçok meslek grubunun yer aldığı FMS'nin değerlendirilmesinde, bireysel özellikler de dikkate alınarak bütüncül ve kapsamlı bir yaklaşımla sadece hastaların yaşadığı tüm semptomları değil, hafifletici veya ağırlaştırıcı faktörler ile birlikte FMS'nin günlük yaşam, fonksiyonel yeti durumu ve çalışma yeteneği üzerindeki etkisi dikkate alınmalıdır [6], [9]– [11]. Çünkü FMS bireyde, günlük yaşam aktivitelerinin azalmasına sebep olan fonksiyonel kapasitedeki kısıtlamalar ile (ağrı, yorgunluk, kas güçsüzlüğü, sınırlı fiziksel kapasite, artan stres ve artan dinlenme ihtiyacı) biyopsikososyal kayıplara, işgücü kaybına ve yüksek miktarlarda tıbbi harcamalara sebep olmaktadır. Bu açılardan bakıldığında bir sosyal problem olarak da karşımıza çıkmaktadır [5], [8], [12]– [16].

Görüldüğü üzere FMS, kişilerde çeşitli biyolojik, psikolojik ve sosyal alanlar gibi tüm boyutlarda etkili olmaktadır. Bu durumda tedavisinde; ağrı yönetimi, optimal işlevsellik ve duygusal dengeyi sağlama, fiziksel aktivite ve yaşam kalitesini sürdürmek için FMS ile ilişkili psikososyal semptomları hafifletmek amaçlanmaktadır [10], [11], [16]– [18]. Bu amaçlar doğrultusunda, hem fiziksel hem psikolojik hem de sosyal yaşam kalitesi düşen FMS'li hastalarla, sürekli temas halinde olan hemşireler, fiziksel, psikolojik ve

sosyal faktörleri ele alan; hastaların yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik müdahaleleri kapsayan, semptomları kontrol etmek ve hastalığın doğasını anlamak için etkileşimi ve eğitim faaliyetleri ile destekleyici bir tutum sergileyen bakım yaklaşımı uygulamalıdır [11], [19], [20]. FMS hastalarının yaşamlarında yeniden dengeli olmaya geçiş yapmalarına yardımcı olmak için psikiyatri hemşireleri benzersiz bir konuma sahiptir. Yapılan çalışmalar FMS’de sıklıkla görülen depresyon ve anksiyetenin ağrı şiddetini artırdığını ve yaşam kalitesini düşürdüğünü göstermektedir. [7], [8], [21]. Psikiyatri hemşireleri FMS hastalarında sıklıkla görülen depresyon, anksiyete bozuklukları, somatizasyon ve travma sonrası stres bozukluğu gibi ruhsal bozuklukların bakım ve tedavisinde [2], [8], [21], [22] bütüncül bir yaklaşım kullanarak etkin rol alabilir. FMS hastalarını tedavi yöntemleri arasında bireysel ya da grup psikoterapileri önemli bir yere sahiptir. Ancak, literatür çok bileşenli tedavilerin FMS yönetimi için altın standart olduğunu öne sürse de hangi terapötik bileşen kombinasyonunun kullanılması gerektiği konusunda hala bir fikir birliği yoktur [22], [23].

Pozitif psikoterapi (PPT) doğası gereği sistematik olarak bütünleştirici, kültürler arası, multidisipliner, çatışma merkezli, terapötik ve psikolojik olarak teoriler arası bir yaklaşıma sahiptir. PPT, ampirik araştırmaların gösterdiği gibi bütünleştirici psikoterapiyi savunan terapistler için de çok uygundur [24], [25]. FMS’li hastaların etkilenen tüm boyutları, PPT’nin, bütüncül bakış açısına dayanan, insanın biyolojik-fiziksel, rasyonel-entelektüel, sosyo-duygusal ve zihinsel-ruhsal alanlarına ve yeteneklerine odaklanan denge modeli örtüşmektedir.

PPT’nin “denge modeli” ise, bir insanın yaşadığı ve işlev gördüğü temel olarak dört yaşam alanı olduğu kavramına dayanmaktadır. Bu alanlar, kişinin hayattaki memnuniyetini, kendi kendine değer duygularını, çatışmalar ve zorluklarla başa çıkma şeklini etkiler. Denge modelinde amaç, tıpkı FMS yönetiminde olduğu gibi dört alan arasındaki dengeyi yeniden sağlamaktır. Psikoterapötik tedavinin amacı, hastanın kendi kaynaklarını tanımasına ve harekete geçirmesine yardımcı olmaktır. FMS ile ilgili semptomları denge modeli çerçevesinde değerlendirilen birey, bu terapötik süreçte ihmal edilen alanlarını, kendisini ve çevresini nasıl algıladığını görme ve ihmal edilen alanı geliştirme fırsatı yakalar. Farklı bakış açısı kazanan hasta, kendinde stres yaratan durum ile ayrışmayı öğrenir [26]– [28].

PPT; hastada semptomlara ve acıya yol açan psikolojik nedenlerinin içeriğini keşfetmelerini kolaylaştırmak için çatışmaları psikodinamik bir şekilde ele alan beş

aşamalı prosedür geliştirmiştir. Bu süreç boyunca, çatışmaya sebep olan yetenekleri tekrar ele alarak kişinin çatışma çözme becerilerini yapılandırır [29]– [31]. Bu da FMS’li bireylerin psikolojik sıkıntılarına sistematik bir şekilde yaklaşımını mümkün kılar. Bu beş aşama statik bir aşama modeli değil, danışanın ihtiyaçlarına, becerilerine, işlevsellik düzeyine ve geçmişine bağlı olarak dinamik ve ilişkiseldir [32]. Çatışmaların, semptomların ve bozuklukların kaynağı, hastanın temel çatışması ve spesifik çatışma tepkisi ile nezaket ve açıklık arasındaki çatışmayı çözme yoludur [31]. Bu bağlamda, hastaları psikoterapötik sürece etkin bir şekilde dahil etmek, FMS’li hastalarda sık görülen, yaşamlarını ve hatta sendromun şiddetini önemli ölçüde etkileyebilen olumsuz duyguları çalışmak, duygularını ifade etmelerini kolaylaştırmak, fiziksel semptomlar üzerindeki işlevsel olmayan düşünceleri sözelleştirmek ve bozulmuş zihinsel kapasitelerini geliştirmeye yardımcı olmak için sistematik bir çerçeve oluşturur [16], [33].

Psikoterapiler ağrıyı hafifletebilir (%50 veya daha fazla), sağlıkla ilgili yaşam kalitesini iyileştirebilir (%20 veya daha fazla) ve olumsuz ruh halini ve engelliliği azaltabilir (%50 veya daha fazla) [34]. Bu bağlamda, FMS’li bireylerin ağrı algılarını değiştirmek, yaşam kalitesini iyileştirmek ve ruhsal sağlıklarını iyileştirmek için PPT’nin terapötik araçları ile çalışmanın fayda sağlayacağı söylenebilir. Literatür incelemesinde, FMS tedavisinde bilişsel davranışçı terapilerin (BDT) sıklıkla kullanıldığı [6], [10], [35], [36], PPT’nin ele alındığı sadece bir çalışma olduğu görülmüştür. FMS’li kadın hastalarla yürütülen yarı deneysel çalışmada, depresyon, nezaket ve sağlık algısı düzeylerinde azalma görülmüş ve bu etkinin kalıcı olduğu bulunmuştur [37]. FMS tedavisinde PPT’nin etkinliğini doğrulamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Bu nedenle bu çalışma literatüre katkı sağlamak açısından önemlidir. Ayrıca PPT’nin FMS tedavisinde bir alternatif oluşturması ve daha sonra geliştirilecek programlara öncülük etmesi beklenmektedir.

Bu çalışmanın amacı; her biri 90 dakika olan 10 oturumdan oluşan Fibromiyalji Sendromlu Hastalar için Pozitif Psikoterapi Programı’nın (FMSPPPT), FMS’li hastaların ağrı algısı, günlük yaşam aktiviteleri ve ruhsal sağlıkları üzerine etkinliğini değerlendirmektir. Bu amaca ulaşıp ulaşılamadığı, geçerliği ve güvenilirliği olan ölçüm araçlarıyla sınanacaktır.

1.1. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H₀: FMS’li hastalara uygulanan “FMSPPPT” sonucu deney grubu ve kontrol grubu

arasında ağrı algısı, günlük yaşam aktiviteleri ve ruhsal sağlıkları üzerine anlamlı bir fark yoktur.

H1₁: FMS’li hastalara uygulanan “FMSPPPTP” sonucu deney grubu ve kontrol grubu arasında ağrı algısı bakımından Vizuel Analog Skala (VAS) puan ortalaması yönünden fark vardır.

- a. VAS puan ortalamaları yönünden gruplar arasında fark vardır.
- b. VAS puan ortalamaları yönünden zamana göre fark vardır.
- c. VAS puan ortalamaları yönünden zaman ve gruplar arasında etkileşim vardır.

H2₁: FMS’li hastalara uygulanan “FMSPPPTP” sonucu deney grubu ve kontrol grubu arasında günlük yaşam aktiviteleri bakımından Fibromiyalji Etki Anketi (FIQ) puan ortalaması yönünden fark vardır.

- a. FIQ puan ortalamaları yönünden gruplar arasında fark vardır.
- b. FIQ puan ortalamaları yönünden zamana göre fark vardır.
- c. FIQ puan ortalamaları yönünden zaman ve gruplar arasında etkileşim vardır.

H3₁: FMS’li hastalara uygulanan “FMSPPPTP” sonucu deney grubu ve kontrol grubu arasında ruhsal sağlıkları bakımından Genel Sağlık Anketi-28 (GSA-28) puan ortalaması yönünden fark vardır.

- a. GSA-28 puan ortalamaları yönünden gruplar arasında fark vardır.
- b. GSA-28 puan ortalamaları yönünden zamana göre fark vardır.
- c. GSA-28 puan ortalamaları yönünden zaman ve gruplar arasında etkileşim vardır.

1.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma; özel bir Tıp Merkezinde Amerikan Romatoloji Koleji (American College of Rheumatology, [ACR]) tanı kriterlerine göre FMS tanısı ile ayakta tedavi gören, 18-65 yaş arasında değişen ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalarla sınırlıdır. Diğer sınırlılık ise, hazırlanan programın etkinliğini değerlendirmek üzere kullandığımız ölçüm araçlarının hastaların beyanına bağlı olmasıdır.

1.3. FİBROMİYALJİ SENDROMU (FMS)

FMS, üç aydan uzun süre devam eden, tıbbi olarak açıklanamayan kronik ve yaygın kas-iskelet sistemi ağrısı ile karakterize kronik ağrı sendromudur. FMS hastaları kronik yaygın ağrının yanı sıra sıklıkla yorgunluk, uyku bozukluğu, bilişsel işlev bozukluğu, duygu durum bozukluğu gibi başka semptomlarda yaşamaktadır [1]– [4]. FMS genel popülasyonun %2-4'ünü, ağırlıklı olarak kadınları (%61 ile %90 arasında) etkilemektedir [2], [8].

FMS, kendine has bir kimliği olan ve bu hastalığa yakalananların fiziksel ve ruhsal sağlığını etkileyen, etiyolojisi net olmayan, patofizyolojisi henüz tam olarak anlaşılamayan ve tedavisi genellikle yetersiz olan karmaşık bir durumdur [38], [39]. Mevcut araştırmalar, FMS'nin biyokimyasal, metabolik, immünoregülatör ve genetik anormalliklerle birlikte geliştiği ve muhtemelen beynin ağrı işleme sisteminin işlevsel ve kimyasal bağlantısından kaynaklı değişen ağrı işleme sürecine dair kanıtlar sunmaktadır [39], [40].

1.3.1. Etiyoloji

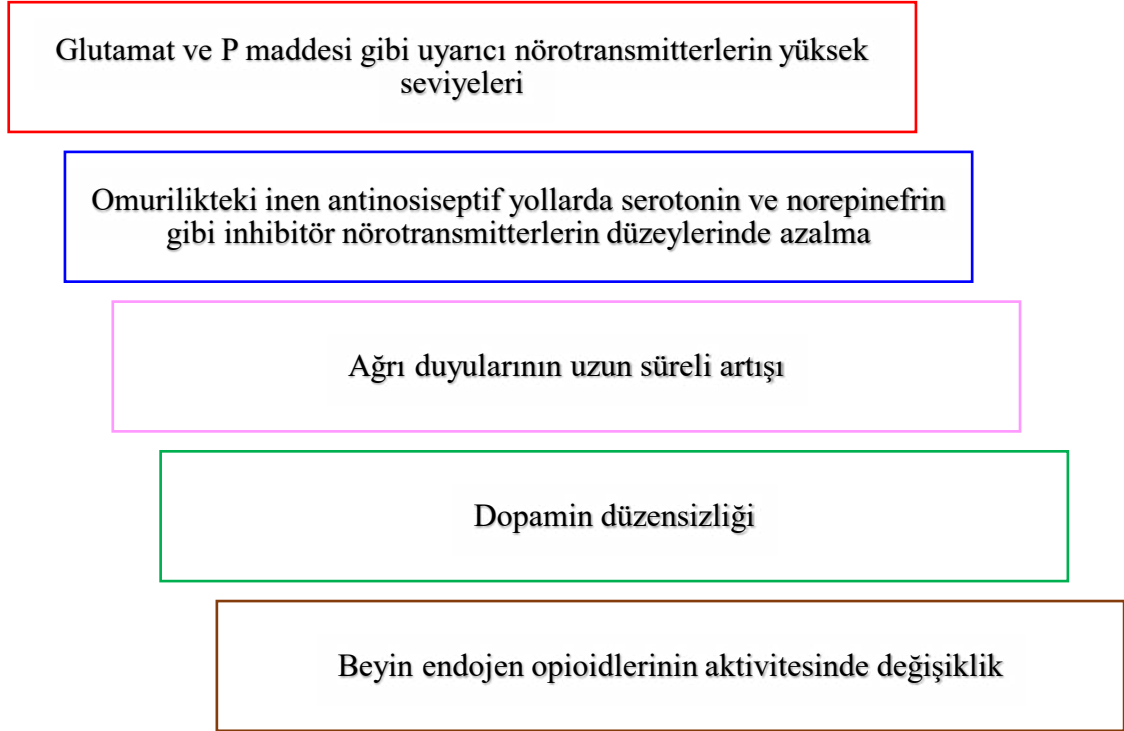
FMS'nin etiyolojisi bilinmemekle birlikte genler, olumsuz yaşam olayları ve fiziksel travma gibi bazı faktörlerin bireyleri bu duruma yatkın hale getirdiği bilinmektedir [5], [6], [8], [41]. Romatoloji polikliniklerinde hastalara en sık konulan üçüncü tanıdır [42].

FMS, genellikle merkezi duyarlılık altında sınıflandırılan bir ağrı düzenleme bozukluğu olarak kabul edilir. Mevcut araştırmalar, kronik ağrı gelişimine katkıda bulunan risk faktörlerini ve patofizyolojik mekanizmaları belirlemeye çalışmaktadır. Günlük yaşamdaki sıkıntıların ve travmatik olayların da kronik ağrı gelişimi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. FMS'li hastaların merkezi sinir sisteminde ağrı ve duyuşal işleme değişiklikleri mevcuttur. Hastalarda, sağlıklı kontrollere kıyasla daha düşük fiziksel uyarı seviyelerinde yüksek düzeyde bir ağrı algılama söz konusudur. Fibromiyalji hastalarında endojen analjezik sistemlerde eksiklik olduğu görülmektedir. Fonksiyonel nörogörüntüleme teknikleriyle beynin ağrıya duyarlı bölgelerinin aktivasyonunda farklılıklar olduğu gösterilmiştir [39], [43], [44].

1.3.2. Patofizyoloji

FMS'nin patofizyolojisi genetik, çevresel, hormonal, immünolojik ve nörolojik faktörleri içeren karmaşık bir yapıya sahiptir [6], [40], [44], [45]. Ayrıca Epstein-Barr virüsü,

parvovirüs B19, bruselloz ve Lyme hastalığı gibi bazı enfeksiyonlarda FMS ile ilişkili faktörlerdendir. Hastaların büyük çoğunluğunda spesifik bir neden tespit edilememiştir [45].



Şekil 1.1 FMS’de gözlenen başlıca değişiklikler [40], [45]– [48].

FMS bazı nedenlerden dolayı kadınlarda erkeklerden daha yaygın görünmektedir. Bu nedenler arasında; kadınlarda görülen yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon seviyeleri, uyumsuz başa çıkma yöntemlerinin kullanımı, ağrıya yanıt olarak değişen davranışları, merkezi sinir sistemine girdide değişiklik ve menstrual döngüsünün hormonal etkileri yer almaktadır [48], [49].

1.3.3. Epidemiyoloji

FMS’nin genel popülasyonda %2-%4 arasında görüldüğü ve genel yetişkin nüfusunun %3-10’unu etkilemekte olduğu tahmin edilmektedir. FMS prevalansı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olup, değişen oranlardadır ve yaşla birlikte prevalans oranlarında artış olduğu bildirilmiştir [41], [43], [45]. 20 ila 55 yaş arası kadınların çoğunda genel kas-iskelet sistemi ağrısının nedeni FMS’dir. FMS hastaları hastanelerin genel polikliniklerine gelen hastaların %56’sını, romatoloji polikliniklerine yeni başvuran hastaların ise %10-20’sini oluşturmaktadır [50]. Üçüncü basamak ağrı kliniğine başvuran hastaların %40’ından fazlası FMS kriterlerini karşılamaktadır [49].

Amerika Birleşik Devletleri'nde FMS prevalansı %6,4'tür (kadınlarda %7,7 ve erkeklerde %4,9) [43]. Avrupa bölgesinde FMS'nin toplam prevalansı %2,64 olarak hesaplanmıştır [15]. Güney Amerika'da yapılan çalışmalar %3,3 ile %8,3 arasında bir aralık göstermektedir [43].

1.3.4. Tanı Kriterleri

FMS için henüz laboratuvar testleri, radyografik inceleme gibi spesifik tanısal testler ve spesifik biyolojik belirteçler mevcut değildir [11], [42]. Bu nedenle, tanı klinik ve fiziksel değerlendirmeye göre konulur. Tanı koymada genellikle zorluk yaşanır ve zamanında konulamaz. Teşhisin doğrulanması genellikle iki yıldan fazla sürer ve bu süre zarfında hastalar ortalama 3,7 doktor ve / veya cerrah tarafından değerlendirilir [11], [46].

FMS tanısı, Amerikan Romatoloji Koleji (ACR) tarafından yayınlanan kriterlere göre konulmaktadır. FMS'ye yönelik ilk sınıflandırma kriterleri 1990 yılında ACR tarafından araştırma sınıflandırma kriterleri olması amacıyla yayınlanmıştır. Yaygın kas-iskelet sistemi ağrısı ve fizik muayenede hassas nokta sayısını içermektedir [2]. Bu kriterler araştırma amaçlı standart bir grup tanımlamak için yararlı olmuştur, ancak fibromiyalji semptomlarının daha geniş spektrumunu veya dalgalı doğasını tanımlamada yetersiz kalmıştır. Bu nedenle ACR kriterleri (2010/2011 ve 2016 revizyonu), 1990 ACR kriterlerinin temelinde yer alan hassas noktaların değerlendirilmesini kaldırarak; kronik kas-iskelet ağrısının yanı sıra bilişsel işlev bozukluğu, yorgunluk, uyku problemleri ve bazı somatik semptomları içerecek şekilde güncelleştirilmiştir [2], [43]. Böylelikle FMS'yi çok semptomlu bir bozukluk olarak tanımlamıştır [51]. 2010 yılında ACR, tanı kriterleri ağrılı vücut bölgelerinin sayısını belirlemek için Yaygın Ağrı İndeksi (WPI) ve yorgunluk, bilişsel zorluklar, dinlendirici olmayan uyku ve diğer bedensel semptomların düzeyini ölçmek için Semptom Şiddeti (SS) Ölçeği kullanımına dayanmaktadır [6], [46], [49].

Aşağıdaki üç koşulu sağlaması durumunda FMS tanısı konabilmektedir:

1. Hastada başka bir bozukluk ile açıklanamayan yaygın ağrı görülmesi. Yaygın ağrı indeksi (WPI) en az 7 puan, semptom şiddeti (SS) ölçek puanı en az 5 puan, WPI 3-6 puan ve SS ölçek en az 9 puan olmalıdır.
2. Klinik belirtiler en az 3 aydır mevcut olmalıdır.
3. Orta ila şiddetli uyku bozuklukları veya yorgunluk olmalıdır [6], [46], [49].

Tablo 1.1 Fibromiyalji için 1990, 2010 ön ve değiştirilmiş 2010 ACR Kriterleri [45].

Kriterler	Teşhis Öğeleri	Yorumlar
1990 ACR Kriterleri	* Yaygın ağrı (Vücudun her iki yanında ve belin üstünde ve altında görülen yaygın ağrı belirtileri)	Hassas noktalar omurgada, omuzlarda, kaburgalarda, kalçalarda ve dizlerde ve genellikle bağların, kasların ve tendonların giriş yerlerinde bulunabilir.
	* Tanımlanmış 18 hassas noktada en az 11'inde hassasiyet (Bu hassas noktaları tespit etmek için uygun basınç, muayeneyi yapan kişinin parmak ucunun tırnak yatağını beyazlatmaya yetecek kadar 4 kg / cm ² 'ye eşit olmalıdır)	
2010 ACR ön kriterleri	* Yaygın ağrı ve önemli ölçüde somatik semptomlar	Ağrı, etkilenen alanların sayısına göre doktor tarafından puanlanır (toplam puan: 0-19) ve semptom şiddeti dört alanda (yorgunluk, dinlendirmeyen uyku, bilişsel ve somatik semptomlar; toplam puan: 0-12) sorun yoktan (0) şiddetli semptomlara (3) kadar değişir. Toplam puan: 0-31
	* Semptomlar ≥ 3 aydır devam etmesi	
	* Ağrıyı açıklayabilecek başka bir bozukluğun yokluğu	
Değiştirilmiş 2010 ACR kriterleri (araştırma veya anket kriterleri)	* 2010'un değiştirilmiş versiyonu	Yaygın Ağrı İndeksi hasta tarafından puanlanır. Etkilenen alanların sayısına göre (toplam puan: 0-19). Semptom şiddeti skoru aşağıdakileri içerecek şekilde değiştirilmiştir. Baş ağrısı, alt karın bölgesinde ağrı veya kramplar ve depresyon (toplam puan: 0-12). Toplam skor: 0-31
	* ACR ön kriterleri (semptomların tamamen kendi kendine değerlendirme ve bildirme kriterleri)	

1.3.5. FMS Semptomları

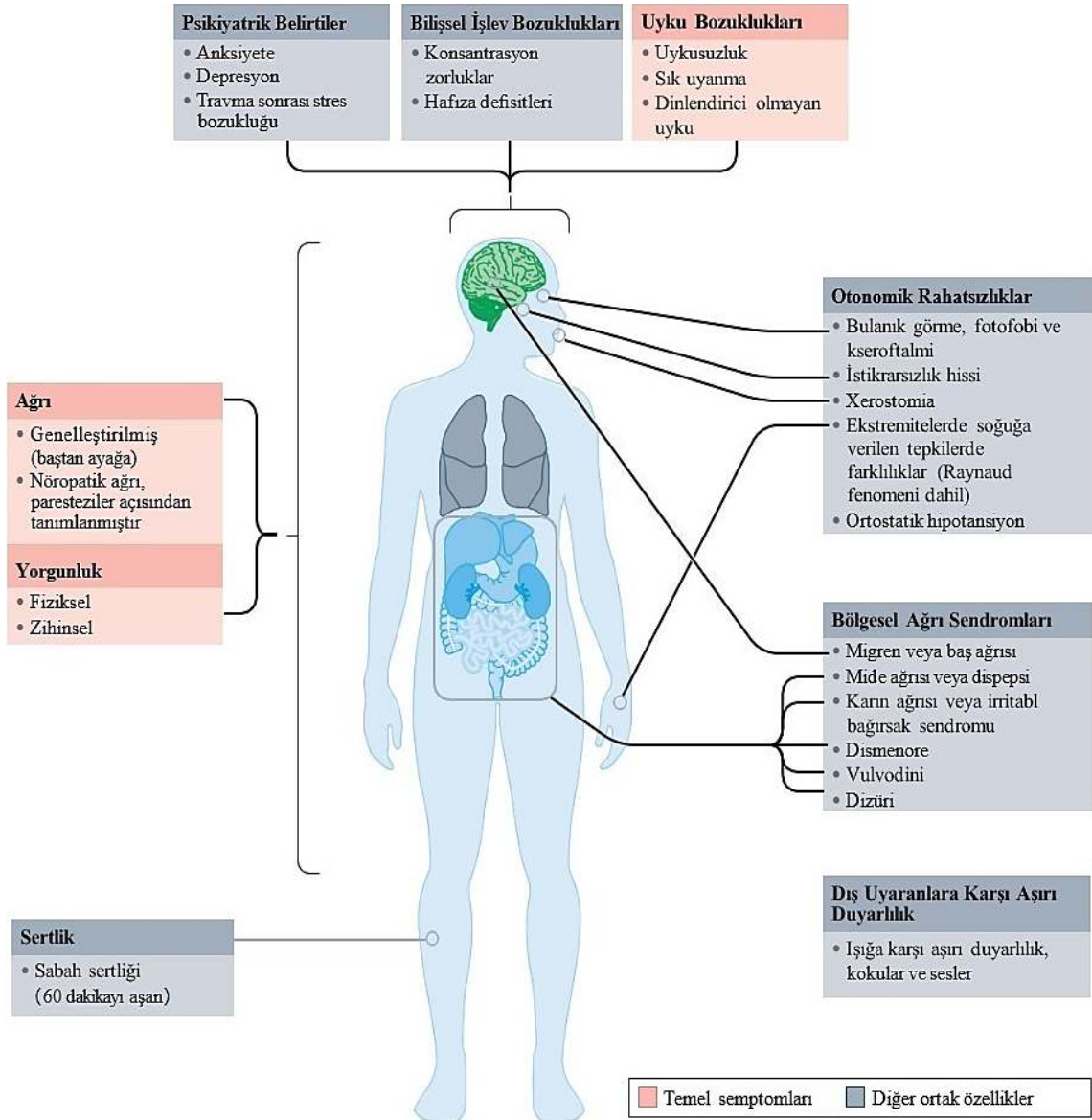
FMS hastaları çok çeşitli semptomlar bildirmektedir; yaygın olanları kronik yaygın kas-iskelet ağrısı, yorgunluk, uyku bozuklukları, bilişsel problemler (fibro-sis), sertlik, sabah tutukluğu ve denge bozukluğudur [11], [45], [52], [53]. Sık görülen sabah tutukluğu genellikle 60 dakikayı geçmez [6].

Tablo 1.2 Fibromiyalji sendromunun potansiyel semptomları [6], [48], [52].

<u>Fiziksel Belirtiler</u>	<u>Psikolojik Belirtiler</u>	<u>Bilişsel Belirtiler</u>
✓ Üç aydan uzun süren yaygın kronik ağrı ✓ Gastrointestinal bozukluklar ✓ Uykudaki değişiklikler ✓ Baş ağrıları ✓ Kas spazmı ✓ Yorgunluk ✓ Ödem ✓ Parestezi	✓ Kaygı ✓ Düşük ruh hali ✓ Düşük enerji ✓ Kendine güvensizlik ✓ Panik atak ✓ Sinirlilik	✓ Kelime karışıklıkları ✓ Zayıf konsantrasyon ✓ Bilişsel işlev bozukluğu (beyin sisi)

FMS’de temel semptom ağrıdır. Ağrı tepeden tırnağa tüm vücudu etkileyebilir. Fibromiyalji sendromlu hastalar çok sayıda ağrı tanımlayıcısı kullanır ve ağrıları genellikle nöropatik ağrıya benzer olarak tanımlanır. Fiziksel veya zihinsel stres de ağrının kötüleşmesi ile ilişkili bilinen bir faktördür [44], [51]. FMS hastaları tarafından en sık bildirilen diğer iki semptomu, yorgunluk ve uyku problemlerini içerir [54]. Yorgunluk fiziksel veya zihinsel olabilir. Uyku sorunları her türlü uykusuzluğu veya sık uyanmaları içerir. Dinlendirici olmayan uyku özellikle baskındır ve uyku kalitesi ve süresi normal olsa bile, FMS’li hastalar sıklıkla yeterince dinlenemedikleri hissine kapıldıklarını bildirirler [6], [48].

Bilişsel işlev bozukluğu ve hafıza sorunları FMS hastalarının şiddetli semptomları arasındadır [6]. FMS’ye eşlik eden diğer bozukluklar arasında anksiyete, depresif ruh hali, panik bozukluklar, frontal baş ağrısı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde genel bir düşüş gibi semptomlar yer almaktadır [2], [11], [39]. Bilişsel bozulma ve bozulan sosyal ilişkiler günlük yaşamı aktivitelerini olumsuz etkilemektedir [55]. Bu durum bireylerin hareketsiz bir yaşam tarzı benimsemesine, işlevsel becerilerinde kısıtlamalar yaşamasına ve çeşitli fiziksel engellerle karşılaşmasına yol açabilir. Ortaya çıkan bu çoklu semptomlar fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda işlevselliği azaltır ve kişisel ilişkiler (cinsellik ve ebeveynlik dahil), iş, günlük aktiviteler ve ruh sağlığı üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir [53]. Yapılan çalışmalarda, FMS’ye en çok eşlik eden belirtiler arasında depresyon (%13-%63,8) ve anksiyete (%20-%80) yer almaktadır [6], [8], [49]. Aynı zamanda yüksek düzeyde olumsuz duygulanım, nevrotiklik, mükemmeliyetçilik, stres, öfke ve aleksitimi olduğuna dair kanıtlar da vardır [8].



Şekil 1.2 Başlıca fibromiyalji semptomları [6].
(Temel semptomlar turuncu ve diğer yaygın özellikler gri renkle gösterilmiştir.)

1.3.6. Tedavi

FMS yönetimindeki zorluklar, klinik sunumdaki heterojenlik ve temel semptomların çokluğundan kaynaklanmaktadır. FMS temel semptomlarını (ağrı, yorgunluk, dinlendirmeyen uyku ve duygudurum bozuklukları dahil) tedavi etmenin en iyi yolu, her hastaya göre uyarlanmış bütünsel ve kapsamlı multimodal bir yaklaşımı benimsemektir. Tüm tedavi hastanın ihtiyaçlarının değerlendirilmesine dayanmalıdır [6], [45], [55], [56].

FMS'nin değerlendirilmesi bütüncül olmalı ve sadece hastaların yaşadığı tüm semptomları değil, aynı zamanda hafifletici veya ağırlaştırıcı faktörleri ve FMS'nin günlük yaşam, fonksiyonel durum ve çalışma yeteneği üzerindeki etkisini de dikkate almalıdır [6]. Genel olarak, FMS tedavisinde kabul edilen hedefler semptomları

yönetmek, ağrıyı hafifletmek, fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevi optimize etmek ve yaşam kalitesini iyileştirmektir [14], [38]. Ayrıca, Avrupa Romatoloji Dernekleri Birliği (EULAR), FMS'nin optimal yönetimi için; hastalara en kısa sürede teşhis konulmasını, ardından kişiye durum hakkında bilgi verilmesini, ağrı, işlev ve psikososyal bağlam hakkında kapsamlı bir değerlendirme yapılmasını önermektedir [14].

FMS tedavisinin başarıya ulaşması için hasta eğitimi, öz yönetim, ağrı yönetimi, yaşam tarzı değişikliği, fiziksel egzersiz ve farmakolojik ve psikolojik terapileri içeren çok boyutlu bir yaklaşıma ihtiyaç vardır [42], [49], [51]. Sarzi-Puttini ve arkadaşları, gerçek hayattaki klinik deneyimleri, gerçekçi hasta beklentileri ve hedeflerini de dikkate alarak; hasta eğitimi, fiziksel egzersiz, farmakolojik tedavi ve psikoterapi şeklinde dört başlığa ayırmışlardır. Ayrıca hastaların semptomların başlamasından yıllar sonra tanı aldıklarını düşündükleri için farmakolojik tedaviye hemen başlanmasını önermişlerdir [6].

1.3.6.1. Hasta Eğitimi

Fibromiyalji hastalarının herhangi bir ilaç reçete etmeden önce hastalıklarını anlamaları önemlidir [6], [49]. Hastalara FMS'nin gerçek bir patolojik durum olduğu konusunda güven vermek ve çektikleri acıyı normalleştirmek çok önemlidir. Hastalara ayrıca FMS yönetiminde ağırlıklı bir role sahip olacakları ve yaşam kalitelerini en üst düzeye çıkarmak için kendi özel tekniklerini ve yaklaşımlarını geliştirmeleri gerektiği vurgulanmalıdır. Ayrıca, stres, duygu durum bozuklukları ve uyku bozuklukları FMS üzerinde önemli bir role sahiptir. Hastalar, gevşeme tekniklerini öğrenmeye ve gerekirse psikiyatrik konsültasyonlar da dahil olmak üzere resmi stres azaltma programlarına katılmaya teşvik edilmelidir.

FMS hastaların yaklaşık %30'unda tanı aşamasında majör depresyon vardır ve yaşam boyu prevalansı %74'tür. Anksiyete bozukluğunun yaşam boyu görülme sıklığı %60'tır. Bu hastaların tedaviye teşvik edilmesi gerekmektedir. FMS hastalarına uyku hijyeni için uyku bozukluklarının tanınması ve tedavisinin sağlanması da aynı derecede önemlidir. Daha da önemlisi, hastalar, müdahaleler herhangi bir zarara yol açmadığı sürece, bireysel ihtiyaçları temelinde farmakolojik olmayan önlemlere devam etmeleri konusunda teşvik edilebilir. Farmakolojik tedavi bazı semptomların hafifletilmesinde yardımcı olabilir, ancak hastaların bu temel öz yönetim stratejilerini benimsemeden tam iyilik haline ulaşmaları mümkün olmayacaktır [6], [49].

1.3.6.2. Fiziksel Egzersiz

Fibromiyalji yönetimine ilişkin en son EULAR tavsiyeleri; öncelikle farmakolojik olmayan önlemlerin kullanılmasının önemini vurgulamaktadır, ancak tek ‘güçlü’ tavsiye egzersiz lehinedir. Fiziksel egzersiz, aşamalı müdahale stratejisindeki ilk tedavidir. Hastanın yaşam tarzı ve fiziksel özellikleri dikkate alınarak planlanan egzersiz planı, kasların gerilmesi ve güçlendirilmesi için hem aerobik hem de dirençli aktiviteleri içermelidir [38]. Kardiyovasküler fitness eğitimi ağrıyı hafiflettiği ve uykuyu iyileştirdiği için hastalara önerilmektedir. Önerilen optimal kardiyovasküler kondisyon antrenmanı, kalp atış hızının hedef aralığa yakın olduğu, haftada üç kez en az 30 dakikalık aerobik egzersizden oluşur [38], [49].

1.3.6.3. Farmakolojik Tedaviler

Dünya çapında çeşitli ülkelerde FMS semptomlarının tedavisinde, farmakolojik olarak antikonvülzanlar ve pregabalinin, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar), seçici serotonin ve norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI'ler), trisiklik antidepresanlar ve kas gevşeticiler tercih edilmektedir. Steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ'ler) ve kortikosteroidler gibi güçlü opioidler periferik ağrıyı tedavi etmek için yaygın olarak kullanılmaktadır [38], [45], [51].

FMS tedavisinde en etkili olduğu kanıtlanan ilaçlar, antidepresanlar ve antikonvülsanlar gibi merkezi etkili ilaçlar, özellikle de anti-fungal ilaçlarıdır [51]. Birçok ülkede sırasıyla sadece amitriptilin, antikonvülsanlar ve duloksetin veya sadece amitriptilin kullanımını onaylandığından, Avrupa'da hiçbirisi onaylanmadığından, farmakolojik tedavilerin çoğu etiket dışı kalmaktadır [38], [45], [55]. Bu hastalığın altında yatan patogenetik mekanizmaların daha iyi anlaşılmasına ve merkezi analjezik etkiye sahip moleküllerin artan kullanılabilirliğine rağmen, tek başına farmakolojik tedavi ile elde edilen sonuçlar genellikle tatmin edici değildir ve ilaç tedavisi, farmakolojik olmayan stratejileri de içeren multidisipliner bir terapötik yaklaşımın parçası olmalıdır [51].

Farmakolojik tedaviler esas olarak şiddetli ağrı ve uyku bozukluğu semptomlarını tedavi etmek için kullanılır [38], [42]. Hangi ilacın kullanılacağına seçimi, her hastanın ana semptomlarına, eşlik eden hastalıklarına ve tercihlerine bağlı olarak bireyseldir. Şiddetli ağrı için duloksetin, pregabalin veya tramadol kullanılırken, uyku bozukluğu için amitriptilin veya pregabalin kullanılmaktadır [38].

1.3.6.4. Farmakolojik Olmayan Tedaviler

İlaç dışı tedaviler FMS'de önemli bir rol oynamaktadır ve tedavi kılavuzları ilaç dışı tedavileri tedavi rejiminin bir parçası olarak önermektedir. Egzersiz ise temel taşıdır [41]. Farmakolojik olmayan tedaviler, genellikle 'tamamlayıcı' veya 'alternatif' tedaviler olarak adlandırılan çok çeşitli müdahaleleri içerir. Bazı farmakolojik olmayan tedaviler FMS yönetimi için EULAR önerilerine dahil edilmiştir ve birçok hasta için temel tedavi olmasa da en azından yardımcı tedavi olarak düşünülebilir [6].

Farmakolojik olmayan tedaviler arasında; yürüyüş, ilerleyici kas gevşemesi, egzersiz yapmak, psikoterapiler, atılganlık becerileri, otojenik rahatlama eğitimi, hasta eğitimi, spa terapisi, akupunktur, hipnoz, meditasyon gibi farkındalık temelli müdahaleler ayrıca qigong, tai chi ve yoga gibi meditatif hareket terapileri yer almaktadır [6], [55].

İlaç dışı tedavilerin kullanımı hastanın eğitimiyle yakından bağlantılı olmalı ve farmakoterapi başlatılmadan önce, özellikle egzersiz ve davranışsal tedaviler denenmelidir. Sağlık çalışanlarının, farmakoterapilerde olduğu gibi, ilaç dışı tedavileri kullanan hastalara da destek sağlamaları gerekebilir. İlaç dışı tedavilerin ağrıyı hafifleten farmakoterapilerle birleştirilmesi sağlam bir tedavi stratejisi olarak görünmektedir ve çok bileşenli tedavi ağrı dahil olmak üzere birden fazla alanı iyileştirmektedir [41], [51], [55].

1.3.6.5. Psikoterapiler

FMS sıklıkla psikiyatrik bozukluklarla komorbiddir. Bunlar kendi başlarına oldukça rahatsız edici olabilir [6]. FMS'ye sıklıkla psikolojik acı çekme durumu ve baskın bir olumsuz duygulanım eşlik eder [23]. FMS'deki psikolojik yaklaşımlar, uyku sorunları, stres, anksiyete ve depresyon gibi spesifik semptomları veya sendromla oldukça ilgili olan yararsız başa çıkma stratejilerini, olumsuz düşünceleri değiştirmeyi ve davranış değişikliği getirmeyi amaçlamaktadır [38], [57]. Etkili başa çıkma stratejileri geliştirmek FMS gibi bir durumda özellikle önemlidir çünkü işlevsiz ağrı modülasyonu ağrının şiddetlenmesinde ve uzamasında temel bir faktördür [6]. Psikoterapiler ağrıyı hafifletebilir (%50 veya daha fazla), sağlıkla ilgili yaşam kalitesini iyileştirebilir (%20 veya daha fazla), olumsuz ruh halini ve engelliliği azaltabilir [36], [58].

FMS için iyi bilinen psikolojik tedaviler Amerikan Psikoloji Derneği'ne göre (2016) altın standart psikoterapi, güçlü kanıtlara sahip araştırma destekli bir psikolojik tedavi olduğu olan bilişsel davranışçı terapidir. Benzer şekilde, "üçüncü dalga" BDT- Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) kronik/sürekli ağrı için güçlü araştırma desteğine sahiptir [57].

1.4. POZİTİF PSİKOTERAPİ (PPT)

PPT, psikiyatrist, nörolog ve psikoterapist olan Nossrat Peseschkian ve çalışma arkadaşları tarafından 1968'dan beri geliştirilen terapötik bir meta teori yaklaşımı olarak bilinmektedir [27], [32]. PPT, bilimsel temellerini hümanist, psikodinamik, bilişsel-davranışsal ve varoluşsal yaklaşımlardan, psikosomatik tıptan ve felsefi ilhamını Bahai İnancısı'nın yazılarından alan kültürlerarası, bütünleştirici, hümanist bir psikodinamik psikoterapi yaklaşımıdır [27], [29], [59], [60]. Nossrat Peseschkian ise PPT'yi, kültürlerarası bir bakış açısıyla, yeni tekniklerle, çatışma merkezli ve kaynak odaklı kısa süreli psikodinamik bir psikoterapi yaklaşımı olarak tanımlamaktadır [29], [60].

PPT'nin odağı, öncelikle var olan semptomları/rahatsızlıkları hedeflemek yerine hastaların/danışanların aynı zamanda mevcut kapasitelerini, yeteneklerini, güçlü yönlerini, kaynaklarını ve kendi kendine yardım potansiyelini harekete geçirmeye yardımcı olarak, olumlu duygularını ve katılımını arttırmaktır [27], [60]. Peseschkian'dan sonra pozitif yorumlama, PPT'de kullanılan bir tekniktir. Bu teknikte, danışan pasif tutumlardan kaçınarak, kendi yeteneklerini yansıtacak şekilde sorunlarını yeniden yorumlar [61]. 'Pozitif' terimi, PPT'nin hastanın olasılıklarına ve kapasitelerine odaklandığı anlamına gelmektedir [62].

Bireyler sadece bozukluk, semptomlar, problemler ve çatışmalardan ibaret değil, aynı zamanda sağlıklı olma ve/veya bu durumla baş etme kapasitesine sahiptir. Birey psikoterapi odasına sadece sorunlarla değil çözümlerle de gelir. Bu olumlu anlam ile PPT; hastayı/danışanı, hastalığın/semptomun daha az bilinen, ancak rahatsızlığın anlaşılması ve klinik tedavisi için aynı derecede önemli olan, kendisi ve sosyal çevresi tarafından hastalığın/semptomun olası işlevi ve psikodinamik anlamı ile yüzleştirir. Bu olumlu süreç, ilgili herkesin bakış açısında bir değişikliği beraberinde getirir. Bireyi (ve ailesini) semptomların olumlu yorumu ile semptomun sadece patolojik yönlerini değil, sahip olduğu yetenekleri de görmeye teşvik eder [27], [28], [62]. Semptomlar ve bozukluklar, bir çatışmaya tepki verme kapasitesi olarak görülür [28].

Peschkian'a (2016) göre, tıpkı bir tohumun çevrenin etkisiyle (örneğin toprak, yağmur, bahçıvan vb.) ortaya çıkan çok sayıda potansiyele sahip olması gibi, her insanın kapasiteleri de çevresi ile yakın bir ilişki içinde ortaya çıkar. PPT, istisnasız her insanın iki temel kapasiteye sahip olduğu kavramına dayanır: Bilme yeteneği (sezgi) ve sevmeye yeteneği (duygusallık) [28]. Bu iki temel yetenek daha sonraki yeteneklerin temelini

oluşturmaktadır [24].

PPT, bireyin olgunlaşmasında olumlu sonuçlar elde etme yolunun, denge sorunlarını daha iyi anlamak ve ele almak için bireyin temel yeteneklerini keşfetmek olduğu tezini savunur [24], [63]. Biyolojik sınırlamalar dahilinde, bir kişinin kapasitelerinin gelişimi, eğitim yoluyla gerçekleşmektedir. Bu anlamda eğitim, yaşam boyu süren bir olgunlaşma sürecidir. Bu bağlamda, terapi, hastanın/danışanın ve ailesinin eğitimini genişletme imkânı sunarak daha fazla olgunlaşmasına katkı olarak görülebilir. Bu olumlu perspektiften bakıldığında, hastalıklar, genellikle yaşamın erken dönemlerinde öğrenilen bir şekilde çatışmaları geliştirmenin ve yönetmenin bir yolu olarak görülebilir [27], [63]. Ancak temel yeteneklerle çalışırken pozitif psikoterapistin bu kapasitelerin farklı kültürel ortamlarda nasıl ifade edildiğinin veya başka kapasitelerin daha uygun olup olmadığının farkında olması gerekir [30].

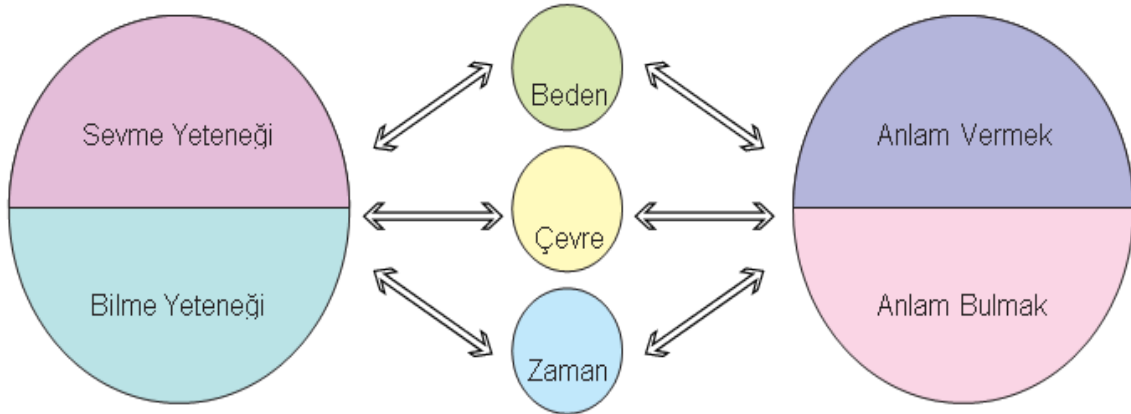
Temel kapasiteler her insanın doğuştan sahip olduğu eğilimler olarak kabul edilir ve bunları gerçekleştirmek için farklılaşmaya ihtiyaç vardır [30], [63]. Bozukluklar ise bireyin sahip olduğu mevcut kavramların yetersiz, henüz gelişmemiş ve farklılaşmamış temel kapasiteler arasındaki ikileme verilen tek taraflı tepkiler olarak anlaşılır [24], [27], [33]. PPT, hastanın/danışanın kavramlarını genişleterek ve kapasitelerini yeteneklere dönüştürerek; tek taraflı algılarını, işlevsel olmayan düşüncelerini, tutumlarını ve davranışlarını yeniden yorumlama imkanı sunan yeni içsel modeller geliştirir [24], [27], [30]. PPT, gerçek kapasiteler ile temel kapasiteler arasında bir ayrım yapar. Temel kapasiteler/yetenekler sevme kapasitesi ve bilme kapasitesidir. Bu temel kapasiteler, birincil ve ikincil kapasitelerin temelini oluşturan kapsamlı kategorilerdir [24], [63].

Sevme Yeteneği: Sevme ve sevilme kapasitesi anlamına gelir. Her iki bileşen de aktif duygusal bağlar kurma yeteneği (sevmek için) ve duygusal şefkati kabul etme ve taşıma yeteneği (sevilme) bağlamında eşit derecede önemlidir [28]. Sevme kapasitesi birinci derece bakım vericilerle kurulan duygusal bağ aracılığı ile gelişir ve şekillenir [60]. Sevgi kapasitesi birincil kapasitelerde tezahür eder, bunların duygusal olduğu ve ikincil kapasitelerin temelini oluşturduğu gerçeğine atıfta bulunur [24]. Sevme kapasitesine bağlı olarak, sevgi, sabır, zaman, cinsellik, temas, umut, güven ve inanç gibi birincil kapasiteler ortaya çıkar [64].

Bilme Yeteneği: Öğrenme ve öğretme yeteneği anlamına gelir. Her insan gerçekliğin içindeki bağlantıları tanımaya çalışır [28]. Örneğin bir elmanın neden yere düştüğünü, bir

ağacın neden büyüdüğünü, güneşin neden parladığını, bir arabanın neden hareket ettiğini, neden hastalık ve acı olduğunu ve benzeri bir çok şeyi sorgular [28], [60]. Sonuç olarak insan gerçekten kim olduğunu, nereden geldiğini ve nereye gittiğini bilmek ister. Bunlar sadece felsefi konuları değil, aynı zamanda temel bir insan ihtiyacını ifade eden sorulardır. İnsanın bu tür sorular sormasına ve onlara cevap aramasına neden olan doğal merakı, bilme yeteneğinin bir ifadesidir. Pedagojide bilgi paylaşımı olarak ifade edilir [28], [60], [65]. Bilme yeteneğinden dakiklik, temizlik, düzenlilik, itaat, nezaket, dürüstlük/açıklık, sadakat, adalet, çalışkanlık/başarı, tutumluluk, güvenilirlik, hassasiyet ve vicdan gibi ikincil kapasiteler gelişmektedir [28].

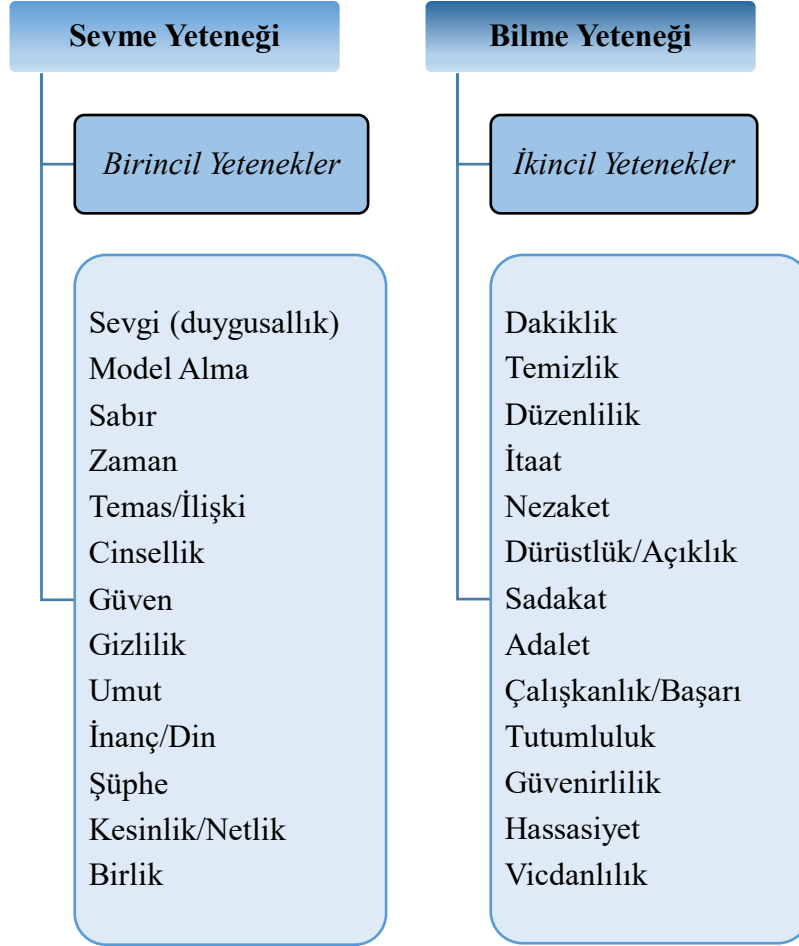
İki temel kapasite işlevsel olarak birbirine bağlıdır. Bir yeteneğin uygun gelişimi diğerinin gelişimini destekler ve kolaylaştırır. Her insanın emrinde, onun için çok çeşitli olanaklar açan temel kapasiteleri vardır. Vücudunun, çevresinin ve zamanının koşullarına uygun olarak, bu temel kapasiteler farklılaştırılır ve temel özelliklerin (benzersizlik) karakteristik bir yapısına yol açar. Bu, insanın özünde iyi olduğu anlamına gelir [28], [63].



Şekil 1.3 Anlam vermek(inanç) ve Anlam bulmak(bilim) için temel kapasiteler ve gelişim koşulları [28].

Birincil ve İkincil Kapasiteler: Gerçek kapasitelerdir; gerçektirler çünkü günlük yaşamda sayısız biçimde gerçekleşirler ve bireyin yaşamını gerçekten etkilerler. Bunlar sadece soyutlamalar değil, dinamik etkileşimli gerçekliklerdir. Kapasitelerin bastırılmış, gelişmemiş ya da tek taraflı gelişimi kişiler arası ilişkilerde zorluklara ve güçlüklerle neden olur. Bir kapasite için yeterince gelişmemiş ya da aşırı gelişmesi demek, söz konusu olan o kapasiteyi kişinin kullanamaması veya kişinin enerjisini yüksek düzeyde kullandığı ve o alanda aşırı aktif olması anlamına gelir [24], [64]. Örneğin, kişi yemek yemek, uyumak, oyun oynamak, ebeveynleri veya kardeşleriyle ilişki kurmak vb. için

belirli bir zaman olduğunu deneyim yoluyla öğrenmiş olabilir. Bir bebek bunu bilmez (zamanın gerçekliği bilgisi ikincildir), bir diğer deyişle kişiler bunu birincil sosyal, psikolojik ve fizyolojik ihtiyaçlarının kendi ihtiyaçlarına veya çevresindeki diğer kişiler tarafından belirlenen ihtiyaçlara göre zamanında karşılanması veya karşılanmaması olarak deneyimler [24], [30], [65].



Şekil 1.4 Temel ve gerçek yetenekler [66].

1.4.1. PPT'nin Çatışma Modeli

Peseschkian'dan sonra PPT, temel ve gerçek kapasitelerin yanı sıra mikro-travmatik olayların neden olduğu çatışmalara odaklanır. "Çatışma" iç ve dış değerlerin ve kavramların görünürdeki uyumsuzluğunu ya da içsel bir kararsızlığı ifade eder. Çatışmalar her zaman meydana gelir. PPT'de çatışma, insanlar tarafından sıklıkla anlaşıldığı gibi bir kavga ya da arbede değildir. Daha ziyade, arzu edilen ile gerçekte olan arasındaki farktır. PPT'nin psikodinamik çatışma teorisinin temelini mikro travma modeli oluşturur. Çatışmalar genellikle makro travmalar değildir. Mikro travma, tekrar eden küçük günlük ihlallerin sonucunda ortaya çıkan küçük değer çatışmalarıdır [29], [30].

Mikro travmalar birikmiş etkisi ile kümülatif olarak bozukluklara ve hastalıklara yol açar. Bu mikro-travmatik olaylar, örneğin birinin yeterince düzenli olmaması, yeterince temiz olmaması, bir randevuya geç gelmesi vb. bu kapasitelere ilişkin kavramlarımıza dayanan değer yargılarıdır. Olaylar kendi içlerinde nötrdür, kişinin beklentileri ve ihtiyaçları nedeniyle çatışmalıdır [28], [30], [66].

PPT'de dört tür çatışma vardır: gerçek çatışma, temel çatışma, iç çatışma (içsel çatışma) ve anahtar çatışma. PPT'nin çatışma modeli güçlü bir iç tutarlılığa ve pratik uygulamaya sahiptir, bu nedenle danışanların sorunları çözmelerine yardımcı olmak için yararlı bir klinik araç haline gelir [65], [67].

1.4.1.1. Gerçek Çatışma

Gerçek çatışma, şu anda meydana gelen, beklenen ile gözlenen arasındaki uyumsuzluktan kaynaklanan duygusal strese yol açan akut veya kronik yaşamsal durumlardır. Gerçek çatışma, sadece bir olay değildir, aynı zamanda bu olayın neden olduğu durumları da kapsayabilir. Gerçek çatışma bireyin tepkisi ve ikincil yeteneği arasındaki ilişkidir [27], [65], [67].

Gerçek çatışma durumu genellikle birdenbire ortaya çıkmaz. Kısmen, çok yavaş gelişir ve sonunda öyle bir yoğunluğa ulaşır ki, aksi takdirde daha az sorunlu bir çatışma durumu olan şey aniden psikolojik veya psikosomatik bir rahatsızlık haline gelir [27]. Gerçek bir çatışma genellikle kişiler arası ilişkilerde ortaya çıkar. Kişi çatışmayı adlandıracak ve kelimelerle tarif edilebilecek biçimde bilinç düzeyindedir. Bu bağlamda, işlenebilir ve çözülebilir. Ancak, örneğin psikosomatik bozukluklarda, anksiyete ve psikotik bozukluklarda, bağımlılıklarda ve diğer bazı durumlarda gerçek çatışma bilinçsiz olabilir. Bu durumlarda, kişi sadece semptomların farkındadır; acılara sabitlenmiştir ve bunları ayrıntılı olarak tanımlayabilir, ancak bu semptomlara neyin sebep olduğunu anlamaz. Danışan için semptomların çatışmalı yaşam durumuyla bağlantısı eksik olabilir [67], [68].

Gerçek çatışmanın nedenleri makro travma (macro-trauma) ve mikro travma (micro-trauma) şeklinde iki ana kategoride tanımlanır. İlk durumda, nedenler ve sonuçlar arasındaki bağlantının izini sürmek nispeten kolaydır; ikincisinde çok zor olabilir. Makro travmalar, iş kaybı, mesleki değişiklikler, iflas, yer değiştirme, evlilik, boşanma, sevdiklerinizin ölümü gibi yaşam olaylarıdır. Bunlar, bir süreliğine hemen hemen her insanı derinden sarsacak büyük yaşam olaylarıdır. Bu yaşam olayları, sadece olumsuz değil, aynı zamanda olumlu olaylarla da ilgilidir. Birey, bu olayın kendi yaşam durumu

üzerindeki etkisini nispeten kolayca tanımlayabilir ve bize olayın tam zamanını söyleyebilir. Bireyin bireysel ve kültürel özelliklerine bağlı olarak, stresin büyüklüğü ve olumsuz etkinin boyutu değişmektedir [67], [68].

İkinci kategori mikro travmadır. İlk kategorinin aksine, mikro travma eşin dakiklığı, üstlerin güvenilmezliği ve adaletsizliği, bir çocuğun itaatsizliği gibi günlük yaşantımızda önemsiz olayların birikmesidir. Tıpkı damlaların sürekliliği taşı yontması gibi var olan kapasite alanını yıkıma uğratar. Makro travmanın aksine, bir kişi bu olayın ortaya çıkış zamanını doğru bir şekilde tanımlayamaz ve daha geniş zamana yayar [66], [67].

1.4.1.2. Temel Çatışma

Birey, temel yeteneklere ilişkin değerleri yaşamının erken dönemlerinde köken ailesinde temel kavramlar olarak öğrenmeye başlar ve özümser. Bu kavramlar ileride, kökleşmiş ve derinlere yerleşmiş yaşam görüşleri, bireysel kavramlar, beklentiler, amaçlar ve temel inançlar olarak görülür ve bireyin davranışlarını güdüler [30], [65], [67]. Bu kavramlar (concepts) bazen bir slogan veya motto gibi kullanılmaya başlanır [67]. Çocukluğumuzda ihtiyaçlarımızı karşılama anlamında bize çok iyi hizmet eden bu aile kavramları, yetişkin yaşamımızda, duygusal ihtiyaçlarımızı karşılamak yerine bizi zor durumda bırakan gerçek bir yük haline gelebilir. Bu durumda kişinin köken ailesinde bu kapasitelere ilişkin öğrenilen temel kavramlar temel çatışmaya dönüşebilir. Dolayısıyla, temel çatışma, mevcut çatışmalı yaşam durumu olan gerçek çatışma nedeniyle tetiklenen, işlevsiz hale gelen ve artık duygusal ihtiyaçlarımızı karşılamaya hizmet etmeyen bir aile kavramıdır [30], [67]. Bir örnek burada yardımcı olacaktır: "Birisini birkaç dakika bile dakik değilse, bana değer vermediğini düşünmeden edemiyorum ve niyetlerinden şüphe ediyorum ve onlara olan güvenim azalıyor. Bu olduğunda, genellikle çok endişelenirim ve sonra midem bulanır ve ne yaptığımı anlayamam. Küçükken annem geç kaldığımda çok sinirlenirdi ve bana güvenemeyeceğini söylerdi. Onu hayal kırıklığına uğrattığım ve güvenini kaybettiğim için kendimi çok kötü hissedirdim. Suratını asar ve benimle saatlerce konuşmazdı!" [30].

Temel çatışma bireyin erken dönemde gelişen birincil ihtiyaçları ile ilgilidir. Yani yaşamın erken dönemlerinde bireyin temel ve yaşamsal ihtiyaçları ile birincil bakım verenlerin yetenekleri ve talepleri arasındadır [30], [65].

1.4.1.3. İçsel Çatışma

Çoğu zaman bilinç ve bilinçdışı düzeyde çatışan motivasyonun sonucudur. Bu çatışma

"nevrotik" olarak adlandırılır. Çünkü birey, birçok yaşam alanında (ilişkiler, aktivite vs.) bilinçli olarak bir şeye niyet eder ancak bilinçdışı düzeyde sabit kalıplarına göre hareket edebilir. İçsel çatışmada kişi, iki çıkmaz sokağı olan bir kavşakta gibi çözümsüz ve çıkmaza girmiş bir durumda hisseder. Bu da duygusal yüksek gerilime neden olan bir durum olarak deneyimlemesine neden olur [30], [67]. İçsel çatışma, karşıt ve hatta birbirini dışlayan çabaların, arzuların veya ideallerin eşzamanlı varlığından kaynaklanan bilinçsiz bir ihtiyaçlar çatışmasıdır. İçsel çatışma, temel çatışma ile aynı içeriğe sahiptir ve temel çatışmadaki deneyimlere dayanan bir ya da birden fazla ihtiyacın tehditte olduğunun algılanması sonucunda oluşur. Burada birincil ve ikincil yetenekler arasında bir çatışma mevcuttur [65], [67].

1.4.1.4. Anahtar Çatışma

Her çatışma, her zaman enerji yaratır. Herhangi bir nedenle bu enerjinin çıkışı yoksa, daha fazla engelleme koşulları altında semptomlara ve bozukluklara yol açabilecek çatışma gerilimi oluşur. Temel çatışma gerçek tetikleyici bir durum ile aktive olup çatışma gerilimi oluşmuşsa, bir şekilde bir an önce kullanılmalıdır. Bunun için ise iki alternatif vardır ya dışarı atmak ya da içeride tutmak. İçsel çatışmanın dürtüsüne verilen tepkiyi “açıklık” yoluyla başkalarına açıklamak ve “nezaket” yoluyla başkalarına zarar vermemek ve onlarla ilişki kurmak için bastırmak arasında bir seçim vardır. Anahtar çatışma, gerçek çatışmanın deneyimlenmesi ve buna verilen yanıtın dışa vurumunu düzenleyen, dürüstlük (açıklık, samimiyet) ve nezaket (kibarlık) değerleri arasındaki ikilemdir [65], [67]. Bir anlamda anahtar çatışma, tepkimizi dışarıya veya içeriye yönlendiren bir anahtar gibidir. Bir çatışmaya girerken, bir seçeneğimiz var: açıkça (dıştan) yanıt vermek veya gizlice (içeriden) tepki vermek. Bu iki yetenek, açıklık ve nezaket, çatışmanın çözülüp çözülmeceğinden ya da daha da geliştirilip geliştirilmeyeceğinden sorumludur [67], [68].

Bu temelde, dürüstlük veya açıklık, başkalarının duygularına ve tepkilerine bakılmaksızın kendi ihtiyaçlarını, gerçek duygu ve düşüncelerini açıkça ifade etme yeteneği; “hayır” diyebilme ve reddetme yeteneği; içsel çatışmanın gerilimini dışa doğru boşaltma yeteneği; dış çatışmalar korkusunun üstesinden gelme, kendini savunmak, ihtiyaçları muhtemelen ihlal edilecek olan diğerlerinin saldırganlığı riskine izin vermek olarak anlaşılmaktadır. Örnek: “Sevsinler ya da sevmesinler, her zaman düşündüğümü söylerim.” Dürüstlük/açıklık çok fazlaysa, doğru iletişimi de engelleyebilir. Objektif koşullar veya yetersiz iletişim becerileri nedeniyle dışsal çözüm mümkün değilse, o

zaman içsel çatışmanın stresi büyüyecek ve sonunda vücudun kaynaklarını tüketerek zihinsel veya fiziksel bozukluğa neden olacaktır [33], [67], [68].

İkinci bileşen olan *nezaket* veya *kibarlık*, dış çatışmalardan kaçınarak, diğer insanların mevcut koşullarını, tutumlarını ve ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak, kişinin çıkarlarını, dürtülerini ve sosyal çevreye yönelik saldırganlığı bastırarak diğer insanlarla iletişim halinde kalma yeteneği, “evet” diyebilme yeteneği olarak anlaşılmaktadır [33], [67]. Örnek: "Fikrimi açıkça ifade etmekten korkuyorum çünkü o zaman kimse beni sevmeyecek". Fizyolojik olarak, nezaket korku ile ilişkilidir ve beynin kortikal yapılarının, özellikle prefrontal lobların aktivitesi tarafından yönetilir ve parasempatik tonla sonuçlanır [33]. Anahtar çatışmada nezaket kullanımı yoluyla, kişi saldırganlığı bilinçli olarak bastırır ve böylece sonunda semptomlara ve bozukluklara yol açabilecek bir içsel çatışma gerilimi yaratır. Dolayısıyla açıklık çatışmayı keskinleştiriyorsa, nezaket onu kronikleştirir [67], [68].

1.4.2. PPT'nin İlkeleri

PPT, insanların sevme ve bilme kapasiteleri ile dünyaya geldiğini ve iki temel kapasite üzerine yaşamlarını fiziksel, zihinsel, sosyal ve spiritüel alanlarda inşa ettiklerini savunur. Peseschkian' a göre insan doğduğunda okunmamış bir kâğıt gibidir ve insanın bu dört yaşam alanını geliştirmek üzere üç temel prensip üzerine vurgu yapmaktadır [66].

- Umut İlkesi (insanın pozitif anlayışı);
- Denge İlkesi (çatışma dinamiği ve çatışma içerikleri, yaşam dengesi ve gelişmiş gerçek yeteneklerdeki tercihlerde tanımlanır);
- Danışma (Konsültasyon) İlkesi (terapi ve kendi kendine yardımın beş aşaması) [31].

1.4.2.1. Umut İlkesi

Umut ilkesi, bir düzensizliğin veya çatışmanın anlamını veya amacını bulmayı içerir [69]. PPT'ye göre her insan iyi yaratılmıştır. Bu bakış açısıyla umut ilkesi, insanlığın pozitif yönüne odaklanmayı ve pozitif başlama noktasına vurgu yapmaya teşvik eder [60], [69]. Umut, olumsuz deneyimlerin, bozukluklarının veya çatışmalarının anlamının ve amacının anlaşılmasına odaklanarak, mevcut durumu olumlu bir şekilde yeniden yorumlamayı, yeni bir bakış açısıyla amaç belirlemeyi ve bu amaca ulaşmak için yeni yollar denemeyi kapsar [60], [69].

Umudun 3 bileşeni vardır. Bunlar;

- 1- Amaç.
- 2- Amaçlara ulaşmak için alternatif yol.
- 3- Motivasyon [68], [70].

1.4.2.2. Denge İlkesi

Denge ilkesi karşılaştığımız zorlukları nasıl yaşadığımızı ve bununla başa çıkmak için kullandığımız başa çıkma yöntemlerini inceler. PPT'ye göre sosyal ve kültürel farklılıklar ile bireysel özellikler ne olursa olsun olumsuzluklara karşı, tüm insanlar benzer şekilde tepki verir [31], [59]. Denge ilkesine göre, beden/sağlık, başarı, temas/ilişkiler ve amaç/anlam olmak üzere dört temel yaşam alanında enerji harcama noktasında denge gereklidir. Denge eksikliği olduğunda, beden/sağlık ihmal edilirse psikosomatik rahatsızlıklar, sınırlı başarı ile stres, zayıf temas/ilişkiler ile depresyon ve yaşamda anlam eksikliği olduğunda korkular gibi belirtiler ortaya çıkar [69].

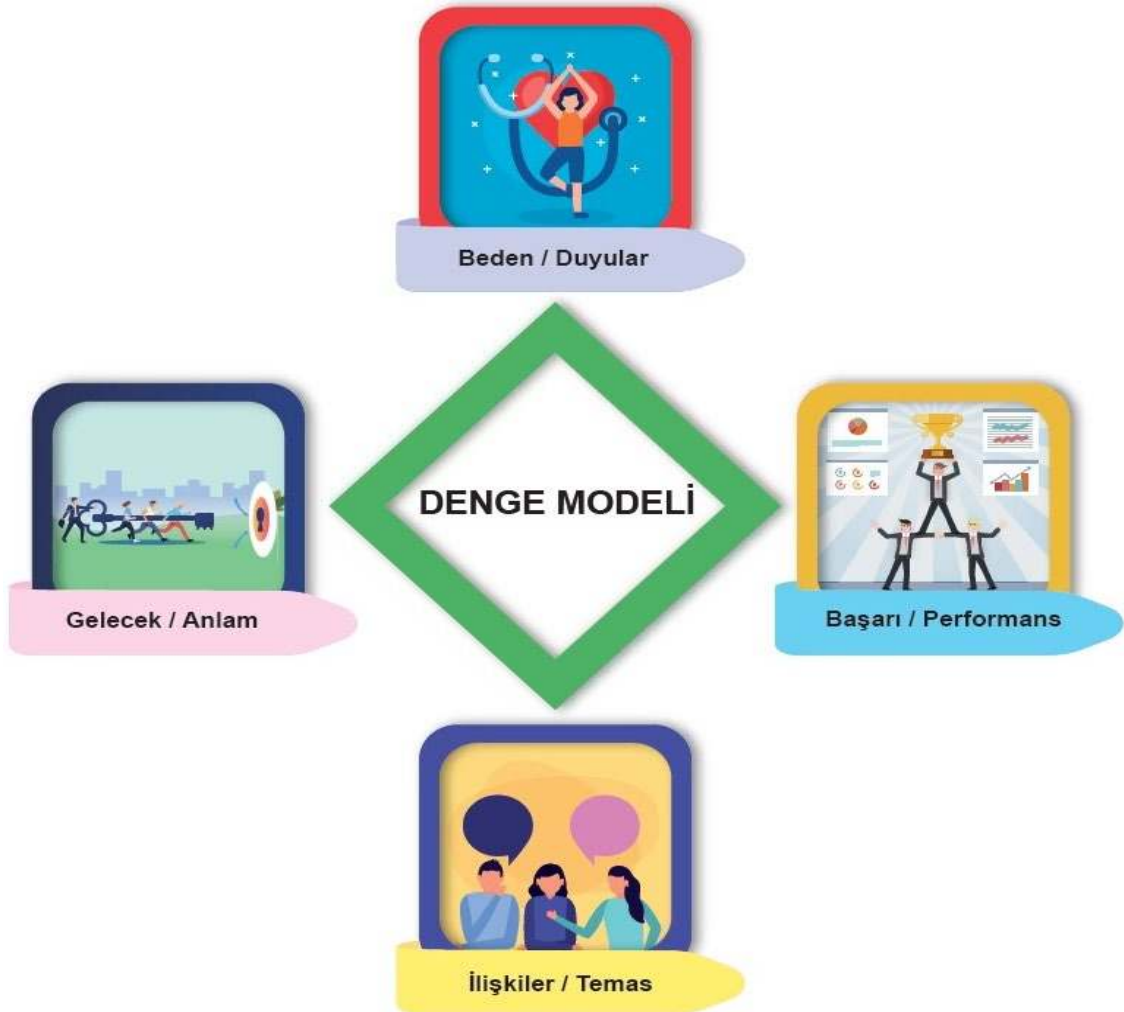
1.4.2.2.1. Denge Modeli

PPT'nin temelini denge modeli oluşturmaktadır. Bu model, insanın yaşadığı ve işlev gördüğü, enerjisini-zamanını yaydığı dört temel yaşam alanı olduğu kavramına dayanmaktadır. Bu model, günlük yaşamda insanın biyolojik-fiziksel, rasyonel-entelektüel, sosyo-duygusal ve zihinsel-ruhsal (fantezi) alanlarını ve yeteneklerini tanımlar ve birbirine bağlar. Bu dört alan, beden/sağlık, başarı/performans, ilişkiler/temaslar ve gelecek/anlam olarak adlandırılmıştır. Bu dört farklı boyut kişinin hayattan memnuniyetini, kendine değer verme duygusunu, kendisini ve çevresini nasıl algıladığını, gerçekliği ne şekilde değerlendirdiğini, çatışmalarla ve zorluklarla baş etme biçimini yansıtmaktadır [27], [59], [60], [62], [71]. Bedensel duyularla algı yetenekleri olan kişilik, zihin ile kontrol etme yeteneği, iletişim becerileri ve bağlanma yeteneği bu modele dâhil edilmiştir [29].

Her ne kadar kültürel, sosyal ve bireysel farklılıklar olsa da her insan bu dört farklı boyutta çatışmalarına tepki verir. Ancak her insanda dört boyutta da yeterli potansiyeli olmasına rağmen, kişinin eğitimine, çevresine ve değerlerine bağlı olarak her insanın her boyuta verdiği önem farklıdır. PPT kavramına göre, sağlıklı bir insan çatışması olmayan değil, bu çatışmalarla yeterince başa çıkmayı öğrenmiş kişidir. İdeal olan kişinin, yaşamın dört alanından herhangi birini ihmal etmeden, yaşam enerjisinin dört alan arasında dengeli bir

şekilde dağıtarak dengeyi sağlamasıdır. Çatışmalar ortaya çıktığında denge bozulmakta, bazı alanlar ihmal edilirken, bazı alanlara özellikle ağırlık verilmektedir [60], [62], [71], [72]. Denge modelinde bireyin, dört alanı dinamik bir dengeye getirmek amacıyla, kendi kaynaklarını tanımasına ve harekete geçirmesine yardımcı olmak adına zamanı eşit dağılımına değil özellikle enerjinin dengeli dağılımına (her bir alana %25) vurgu yapılır [71].

Bireylerin çatışmayla başa çıkma biçimleri erken çocukluk döneminde öğrenme deneyimlerine bağlı olarak değişir. Bazı bireyler fiziksel semptomlar geliştirerek tepki verirken, bazıları işe yönelir, bazıları sosyal etkileşimden kaçır ya da sosyal etkileşimler kurar ve bazıları fantezilere sığınır [24], [60].



Şekil 1.5 Denge modeli.

Beden/Duyular: Beden, duyuları ve dürtüleri içerir; estetik, yeme, içme, hassasiyet, cinsellik, uyku, rahatlama, spor, görünüm ve giyim gibi fiziksel aktiviteler ve algılar ile her türlü zevk bedenin özelliklerinin bir parçasıdır [24], [27], [72], [73].

Başarı/Performans: Başarı boyutu, ticaret, ev işleri, bahçe işleri, temel ve ileri eğitim ve para yönetimi gibi öğrenme ve eğitimin yanı sıra mantık ve bilişsel kapasiteleri (yansıtma) de kapsar. Kişisel ve sosyal başarılar bunun bir parçasıdır [24], [27]. İki zıt kaçış mekanizması mümkündür: (a) işe kaçış ve (b) başarı taleplerinden kaçış. Tipik semptomlar arasında; öz değer problemleri, aşırı yüklenme, stres reaksiyonları, başarısızlık korkusu, konsantrasyon bozuklukları yer alır [28].

İlişkiler/Temaslar: Bu alan, ilişkiler kurma ve geliştirme kapasitesini ifade eder. Temas boyutunda kendisi ile, aile, eş, arkadaşlar, tanıdıklar ve yabancılarla ilişkiler ve iletişim biçimleri yer alır. Bu boyut sevme ve sevilebilir olma yeteneğini içerir. İlişkiler ve başkalarına duyulan ilgi, sosyal katılımlar ve faaliyetler bu boyutun bir parçasıdır. İnsanlarla, hayvanlarla ve nesnelerle teması içerir [24], [28], [72].

Gelecek/Anlam: Fantezi ya da hayal gücü, sezgi, gelecek planları, dini/manevi uygulamalar, amaç/anlam, meditasyon, inançlar, fikirler, reflekslerin yanı sıra ölümden sonraki yaşam vizyonu ve ahlaki değerler bu boyutta yer alır. Yaşam bu yetenek aracılığı ile anlam kazanır [24], [72].

1.4.2.3. Danışma (Konsültasyon) İlkesi

Konsültasyon ilkesi, terapistler ile hastalar veya danışanlar arasındaki işbirliğinin ve ortak karar almanın önemini vurgulayarak, hastaların ve danışanların hayatlarının kontrolünü ele almalarını sağlayan terapötik bir ittifakı teşvik eder [30]. Bu süreç ağırlıklı olarak geleceğe ve değişime yöneliktir. Terapi sürecini yapılandığı gibi aynı zamanda danışanlar tarafından öğrenilebilecek ve kendi yaşam koşullarında uygulanabilecek çatışma çözme becerilerini de yapılandırır. Böylece danışan, terapistten bağımsız ve kendi ortamında kendi kendine yardım etmeye hazır hale gelir. Terapist, uygun bir tutum, yönlendirici sorular, hikayeler, çağrışımlar ve daha önce bahsedilen temaları yeniden ziyaret ederek süreci kolaylaştırır. Ayrıca bir başkasına veya kendine, bir kapasiteye, bir semptomla mektup yazmaktan belirli becerileri uygulamaya veya bir hikâye hakkında algılarını yazmaya kadar değişebilen ev ödevleri verilir [27], [29], [30].

PPT'nin ve kendi kendine yardımın beş aşaması; gözlem/mesafe, envanter, durumsal cesaretlendirme, sözelleştirme ve hedeflerin genişletilmesidir [69].

1.4.2.3.1. Gözlem/Mesafe Koyma Aşaması

Bu aşamanın amacı gözlem yaparak danışanın durumunu analizini yapmaktır. Terapist bu aşamada gerçek çatışma öyküsünü empatik ve sabırla dinler. Dinleme esnasında,

danışanın doğal tepkilerini gözlemler, objektif kalmaya ve yorum yapmamaya dikkat eder. Geçmiş ve şimdi arasında bir köprü kurarak danışanın tepkileri ve onlara eşlik eden semptomlar anlaşılmasına çalışılır. Yaşamın dört alanındaki semptomlarının işlevi ve etkileri hakkında bir anlayışa varılır [27], [60].

1.4.2.3.2. Envanter Aşaması

Bu aşamada amaç, dört temel boyutta danışanın gerçek yeteneklerini ve çatışma içeriğini ve nasıl çözdüğünü incelemektir. Çatışma çözümünde, denge modeline göre tepki verme alanı ve yeteneklerini kullanma kapasitesi incelenir. Bu aşamada, Farklılaştırma-Analitik Envanter, Wiesbaden Pozitif Psikoterapi ve Aile Terapisi Envanteri (WIPPF), Denge Modeli gibi PPT alanında geliştirilen envanterler kullanılabilir [27], [60], [71].

1.4.2.3.3. Durumsal Cesaretlendirme Aşaması

Bu aşamada danışanın güçlü yanları üzerinde durularak, semptomların ve çatışmaların pozitif yorumlanması gerçekleştirilir [68], [74]. Danışan, mevcut çatışmaları ve sorunları çözmek için kendisi hakkında öğrendiklerini ve geçmiş deneyimlerini kullanabilir [60].

1.4.2.3.4. Sözeleştirme Aşaması

Bu aşama duyguların ve gerçek kapasitelerin yeniden gözden geçirildiği ve erken deneyimlerin hatırlandığı, yaşam amaçlarının belirlendiği aşamadır. Danışan bu aşamada geçmişini ve geleceğini anlamlandıracak inançlar geliştirir. Danışanla, açıklık ve nezaket arasındaki temel çatışma üzerinde çalışılmaya başlanır. Bununla bağlantılı olarak içsel çatışmalar ile çalışılır. Danışanın, yaşamının dört boyutunda denge sağlaması için ihmal edilen alanlar ile ilgili yapabilecekleri üzerinde durulur. Danışan, iletişim becerilerini ve ilişkilerini geliştirmeye teşvik edilir [27], [60].

1.4.2.3.5. Amaçların Genişletilmesi Aşaması

Amaçların genişletilmesi aşamasında, danışanı geleceğe hazırlamak söz konusudur. Denge Modeli kullanılarak yakın gelecek için hedefler belirlenebilir. Danışanın odağı geleceğe çevrilir. Danışan gelecekte olumlu hedefler belirlemeye ve geliştirmek istediği olumlu duyguları hayalinde canlandırmaya, bunları kendine özgü güçlü yönleriyle birleştirmeye teşvik edilir. Kendi kendine yardım prensibi burada işlemeye başlar. Danışanın gelecekte oluşabilecek çatışmalara yönelik başa çıkma yöntemleri gözden geçirilir [27], [60], [68].

1.4.3. PPT’de Dörtlü Model Boyutu

Model boyutları, bireyin kendi deneyimlerini yansıtacak şekilde içinde büyüdüğü aile kavramları örüntüsünü tanımlar. Erken çocukluk döneminde kişinin yetiştirilme tarzı ve yetiştirildiği çevre bireyin, temel kapasitelerinin benzersiz gelişimi ve yeteneklerini kullanma düzeyi üzerinde etkilidir. Kişilik gelişimi, bireyin ilk ilişkileri tarafından kararlı bir şekilde şekillendirilir [28], [60], [75].

PPT, her insanın deneyimlediği veya bir şekilde deneyimleyebileceği dört tipik temel ilişkiden yola çıkar. Onlardan dört seviye veya duygusal ilişki türü olarak bahseder. Köken ailesinden türetilen modellere göre gelişen “ben”, “sen”, “biz” ve “köken-biz” ile ilişkileri kapsarlar.

1.4.3.1. “Ben” Boyutu

Kişinin ebeveynleri ve kardeşlerinin erken çocukluk dönemindeki ilişkilerine bağlı olarak benlik saygısı, kendine güven, benlik imajı, temel güvene karşı temel güvensizlik gibi kendisi ve yaşam boyu süren sorunlarla ilgili model boyutu şekillenir. Burada çocuk, özellikle istek ve ihtiyaçlarının nasıl karşılandığına göre kendisiyle bir ilişki kurmayı öğrenir [24], [27]. Temel soru “Kabul ediliyor muyum yoksa reddediliyor muyum?” belirleyicidir. Temel çatışmaların kökeninin nedeni burada yatmaktadır [27].

1.4.3.2. “Sen/Siz” Boyutu

Bireyin ikili ilişkilerde diğeriyle/partnerle kurduğu ilişkiyi tanımlar. Birlikteliğin devam etmesi için neyin gerekli olduğu, nasıl işleyeceği ve destekleneceği ile ilgilenir. Bunun için model, ebeveynlerimizin birbirleriyle ilişkilerinde bize verdiği örnektir [24], [60].

1.4.3.3. “Biz” Boyutu

Bireyin ebeveynlerinin sosyal çevre, arkadaşlar, gruplar vb. ile etkileşimlerini gözlemleyerek öğrendikleri ile yakın çevredeki bireylerle kurduğu ilişkidir [24]. Burada kişi onu nasıl algılayacağı, ne bekleyeceği ve onunla nasıl etkileşime gireceği ile ilgilenir. Sosyal ilişkilere sahip olma, bir grubun parçası olma, grubun geleneklerini kabul etme, temas kurma ihtiyacı, konukseverliğe katılım, duygusallık ihtiyacı, barış ihtiyacı, diğer insanlarla ilişkiler gibi kavramlar bu alanla ilgilidir [27], [67].

1.4.3.4. “Temel-Biz” Boyutu

Bireyin ebeveynlerinden din ve dünya görüşü ile ilgili öğrendikleridir. Anlam ve maneviyat ile kurduğu ilişkiyi kapsar [24], [28]. Kuşku, umut, materyalizm, ahlaki

tutumlar, fanatizm, inanç bunalımları, ölümden sonraki yaşam, anlamlılığa karşı anlamsızlık gibi kavram ve çatışmalar, bu temel değerlerin kökeni, esas olarak bu alandaki sağlıklı veya eksik gelişmeden kaynaklanmaktadır [27], [68].

1.4.4. PPT'nin Uygulama Alanları

PPT'nin, duygudurum bozuklukları, depresyon, strese bağlı ve somatoform bozukluklar, anksiyete, cinsel rahatsızlıklar, stres, saldırganlık, fobik semptomlar, sinirlilik, mide rahatsızlıkları, öğrenme bozuklukları gibi bireysel psikoterapi endikasyonu olan semptomların ve psikolojik bozuklukların giderilmesinde başarılı olduğuna dair kanıtlar her geçen gün artmaktadır [30], [64]. PPT aynı zamanda, klasik bireysel terapi, çocuk ve ergenlik terapisinin yanı sıra, duygusal bozukluklar ve çatışma durumları için grup terapisi ve aile terapisinde de başarılı bir şekilde kullanılmaktadır [30], [59].

1.5. FMS'DE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNİN ROLLERİ

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği, ruh sağlığı konusunda uzmanlaşmış, bilgi ve deneyimleri ile birey, aile ve toplumun ruh sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde, ruhsal hastalıkları ve bu hastalıkların yol açtığı sorunları önlemede, ruhsal hastalıklarla başa çıkabilmelerinde ve hastalık yaşantısını yönetebilmelerinde görev alan beş ana ruh sağlığı profesyonellerinden biridir [75]– [77]. Hemşireler çok sayıda psikososyal rahatsızlığı olan hastalarla çalışmak için gerekli becerilere ve kültürel farkındalığa sahiptir. Ruh sağlığı disiplinleri arasında, kişiler arası ilişkilere en çok odaklanan disiplin tartışmasız hemşireliktir. Hemşireler, hastayla kurdukları yakınlık ve süreklilik sayesinde, hastalar ve onların yaşam dünyaları hakkında derin bir bilgi birikimine sahiptir. Hasta ile ilişkiyi sürdürme ve devam ettirme kapasitesi, ruh sağlığı hemşireliğinin eşsiz gücüdür [77]. Ruh sağlığı profesyonelleri olan psikiyatri hemşireleri, doğrudan hasta bakımını planlayan, koordine eden, yürüten, değerlendiren, araştırma yapan ve danışman rolleri ile ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda aktif rol almaktadırlar [78], [79].

Amerikan Hemşireler Birliği, psikiyatri alanında yüksek lisans veya doktora düzeyinde eğitim almış hemşireleri, Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi olarak tanımlamaktadır [80]. Uluslararası Hemşireler Konseyi'ne göre, “İleri uygulama psikiyatri hemşiresi”, genişletilmiş uygulama için uzman bilgi tabanı, karmaşık karar verme becerileri ve klinik yetkinlikler edinmiş, özellikleri uygulama yetkisine sahip olduğu bağlam ve/veya ülke

tarafından şekillendirilen kayıtlı bir hemşire" olarak tanımlanmaktadır. Giriş seviyesi için yüksek lisans derecesi tavsiye edilir. İleri Hemşirelik Uygulaması ise daha geniş hemşirelik disiplininin uzmanlaşmış bir klinik alanında hastalar ve popülasyonlar için sağlık sonuçlarını iyileştirmek üzere genişletilmiş bir dizi yetkinliğin hasta odaklı uygulanması olarak tanımlanmaktadır [79].

İleri uygulama psikiyatri hemşireliği uygulamaları arasında, odak noktasına ve ülkeye özgü bağlama bağlı olarak, psikoterapi, psikiyatrik değerlendirmeler, psikiyatrik tanı ve psikiyatrik semptomların tedavisi, ayırıcı tanı dahil olmak üzere somatik tanı ve tedavi, kısmen psikofarmakolojik tedavi, hastalar, hasta yakınları ve çalışanlar için eğitim ve danışmanlık, çok profesyonelli bakım süreçlerinin koordinasyonu, araştırma/uygulama geliştirme rolleri mevcuttur [80].

Ülkemizde, ileri uygulama psikiyatri hemşireliği uygulamalarından olan psikoterapiye, Sağlık Bakanlığının 2011 yılında yayınladığı Hemşirelik Yönetmeliğinde çalışılan birim/servis/ünite/alanlara göre hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklar bölümünde Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği başlığı altında yer alan Konsültasyon-Liyezon Psikiyatri (KLP) Hemşiresi kısmında yer vermiştir. KLP hemşiresinin görev yetki ve sorumlulukları arasında ‘özel eğitim alarak psikoterapi uygulamalarında görev alır’ ibaresi yer almaktadır. Psikiyatri hemşireleri mesleki disiplinleri doğrultusunda, psikoterapi uygulamaları yapabilmek için kapsamlı eğitim ve uygulamalara katılarak gelişimlerini sürdürmektedirler. Bu tutum, bütüncül sağlık bakım sisteminde ihtiyaç duyulan tüm becerilerin bir kombinasyonuna sahip olan konsültasyon ve liyezon psikiyatri hemşiresinin rolünün değerini pekiştirmiştir [76].

Konsültasyon-liyezon psikiyatri hemşiresinin rolü, genel sağlık sistemindeki hemşirelerin ruh sağlığı sorunları yaşayan hastalara bakım sağlamada danışmanlık, rehberlik ve destek ihtiyacına yanıt olarak gelişmiştir [81].

Konsültasyon/liyezon psikiyatri hemşiresi, tıbbi/cerrahi ortamda bakım alan ruh sağlığı sorunları olan hastaların bakımı konusunda klinik hemşirelere yardımcı olan ve onları bu konuda eğitim sağlayan, hastaların ve ailelerin emosyonel, manevi, gelişimsel, bilişsel ve davranışsal tepkilerini, psikososyal sorunlarını tanımlayan, tedavi ve bakımında rol alan, psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlık alanıdır [81], [82]. Ayrıca psikiyatri dışı servislerde çalışan hemşirelere ve diğer sağlık çalışanlarına psikiyatrik hemşirelik danışmanlığı sağlayarak ruh sağlığı sorunları olan hastaların entegre ve bütüncül bakımını

kolaylaştır [81].

FMS tanısı, patofizyolojisi ve tedavi etkinliği konusunda yüksek düzeyde belirsizlik vardır. Bu belirsizlik bireyin işini, ailesini ve sosyal ilişkilerini etkiler ve FMS hastalarının damgalanmasına yol açabilir [56]. Ruhsal ve fiziksel sağlığın ayrılmaz bir şekilde bağlantılı olduğuna dair çok sayıda kanıt vardır [76]. Bu nedenle FMS tedavinin temel amacı fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevi optimize etmektir [56]. Bu bağlamda KLP hemşireliğin rolleri göz önüne alındığında, multidisipliner bir ekip içinde KLP hemşireleri, FMS'nin yönetiminden FMS hastalarının bütünsel bakımının koordine edilmesine kadar birçok sağlık hizmetlerini entegre eden ortamlarda hizmet sunmak için idealdir [76], [83]. Romatolojik sorunu olan hastaların kontrol ve izleminde hemşirelerin önemli rolünü ortaya koyan ve destekleyen çok sayıda kanıt vardır [14], [56]. FMS semptomları, hastalık algılarını değiştirerek iyileştirilebilir [84]. FMS'li bireylerin sağlığını ve yaşam kalitesini korumak ve iyileştirmek için KLP hemşireleri, hümanist bir bakış açısıyla, psikososyal müdahalelerin sağlanması konusunda önemli bir katkı sağlarlar [56].

1.6. PPT İLE AĞRI VE RUHSAL DURUMA İLİŞKİN YAPILAN ÇALIŞMALAR

Literatürde PPT ile yürütülmüş çeşitli çalışmalar yer almaktadır. PPT'nin sahip olduğu araçlar ve bilimsel alt yapısı kanıta dayalı çalışmalar yapmaya uygundur. İlk olarak kuramın yaratıcısı Peseschkian ve Tritt (1998) PPT'nin etkililiğini araştırmak üzere yaptığı boylamsal araştırmada, PPT uygulanan katılımcıların semptomlarında kontrol grubuna kıyasla belirgin bir şekilde azalma ile davranış biçimlerine ilişkin iyileşmelerin olduğunu gözlemlemiştir. Aynı çalışmanın devamında retrospektif değerlendirmeleri yapmış ve hemen sonra yapılan değerlendirmeler ile 3-10 ay, 10 ay 4 yıl ve 4-5 yıl sonrası yapılan ölçümler arasında fark olmadığını gözlemlemişlerdir [85].

Eryılmaz (2015) nicel ve nitel araştırma yöntemlerini bir arada kullandığı çalışmasında; farklı psikolojik sorunları olan katılımcıları on iki oturumluk bir programa dahil etmiştir. Program sonunda katılımcıların depresif belirtiler ve olumsuz duygularının azaldığı ve olumlu duyguların arttığı bulunmuştur. Bazı katılımcıların semptomlarının tamamen ortadan kalktığı gözlemlenmiştir [86].

Keven-Aklıman ve Eryılmaz (2017), Pozitif Grup Terapisi programının olumsuz beden imajı üzerindeki etkisi incelemek üzere randomize kontrollü bir çalışma yürütmüşlerdir.

Toplam 10 oturumdan oluşan program sonrası ergenlerin olumsuz beden imajlarına olumlu yönde bir etkisi olduğu ve olumsuz beden imajına sahip olan gençlerin baş etme yolları geliştirdikleri görülmüştür [87].

Yanık (2021) tarafından yürütülen bir çalışmada; 8 haftalık PPT temelli bir eğitim programı hazırlanmıştır. Çalışma kapsamında hazırlanan programın tüp bebek yöntemiyle çocuk sahibi olmaya çalışan kadınların psikolojik iyi oluşları ve umut düzeyleri incelenmiştir. Araştırmanın bulguları sonucunda; tüp bebek tedavisi gören kadınların psikolojik iyi oluş ve umut düzeylerinde artış olduğu gözlemlenmiştir [88].

Yanık ve Kavak (2022) infertilite tedavisi alan kadınlarla randomize kontrollü bir çalışma yürütmüşlerdir. İnfertil kadınların ruhsal sorunlarıyla baş etmesi için hazırlanan 8 haftalık PPT temelli eğitim programının etkisini inceledikleri araştırma sonucunda; infertilite tedavisi alan kadınların program sonrası öz yeterliliklerinin arttığı ve stigma düzeylerinin azaldığı görülmüştür [89].

Güleç-Keskin ve Gülirmak (2021), tarafından yapılan yarı deneysel çalışmada PPT’deki denge modeline dayalı eğitim programının, üniversite öğrencilerinin öznel iyi oluşlarının maneviyat indeks düzeylerine etkisi incelenmiştir. Toplam 10 oturumdan oluşan program sonrası üniversite öğrencilerinin öznel iyi oluş düzeylerinin arttığı bulunmuştur[90].

Christ ve arkadaşları (2021), PPT’nin etkinliğini ölçmek için yaptıkları çalışmada hem hastalar hem terapistlerin değerlendirilmelerine yer vermişlerdir. 66 erkek, 41 kadın ile yürütülen 207 bireysel terapi seansı sonrası üç ortak etkinlik faktörünü karşılayacak değerlendirmeleri yapmışlar ve sonuçları PPT'nin etkililiğini destekleyecek şekilde bulmuşlardır [91].

Altın (2022) fibromiyalji sendromlu kadın hastalarla yürüttüğü yarı deneysel çalışması kapsamında geliştirilen programın bazı psikolojik değişkenlere etkisini incelemiştir. Program sonrası katılımcıların anksiyete, depresyon, öfke duygusu ve öfke duygusunu ifade etme, ağrı öz-etkinlik, aleksitimi düzeyi, genel öz-yeterlilik, yaşam doyumu düzeyi, yaşam kalitesi, ağrı ile baş etme ve algılanan sağlık durumu, nezaket ve açıklık değişkenlerinde anlamlı bir etkisi olup olmadığına ve bu etkinin kalıcılığına bakmıştır. Araştırma sonucunda, geliştirilen grup PPT tedavisinin, fibromiyalji tanılı kadınların depresyon, nezaket ve sağlık algısı düzeylerinde azalma görülmüş ve bu etkinin kalıcı olduğu bulunmuştur [37].

Öner (2024), yürüttüğü karma desende çalışmada; hazırlanan 8 haftalık PPT temelli

program sonrası hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeylerine ve dengeli yaşam becerilerine bakmıştır. Araştırma sonucunda PPT temelli hazırlanan program sonrası hemşirelerin psikolojik dayanıklılıklarının arttığı ve dengeli yaşam becerileri geliştirdikleri gözlemlenmiştir [92].

Nourian ve arkadaşlarının (2021), depresyon tanılı kadınlarda, kabul ve kararlılık terapisi ile PPT'nin psikolojik esneklik üzerindeki etkinliğini karşılaştırmak için randomize kontrollü, ön test, son test ve izleme olmak üzere üç aşamadan oluşan üç grupta yarı deneysel çalışmalarında PPT'nin pozitif duygular ve büyüme üzerinde daha etkili olduğu görülmüştür [93].

Barzi ve Jaferi'nin (2016), PPT'nin fiziksel-motor engelli çocuğu olan annelerin yaşam kalitesine ve evlilik çatışmalarına etkisini deney ve kontrol grubu ile randomize kontrollü yöntemle araştırdıkları çalışmada; deney grubuna 8 hafta boyunca iyimserlik eğitimi verildiği, deney grubunun yaşam kalitesinin daha iyi olduğu sonucuna varılmıştır [94].

Nasiri Takami ve arkadaşlarının (2020), depresyon belirtileri olan ergenlerde PPT ve bilişsel davranışçı terapisinin psikolojik sağlamlık üzerindeki etkinliğini karşılaştırdıkları ön test-son test yöntemi ve kontrol gruplu yarı deney niteliğindeki çalışmada; depresif belirtileri olan 15-17 yaş arası 51 ergen ile (her grupta 17 kişi) PPT deney grubu on seans boyunca tedavi alırken, bilişsel-davranışçı terapi deney grubu sekiz seans boyunca tedavi gördü. Çalışma sonucunda PPT'nin umut bileşenini artırmadaki etkinliği bilişsel-davranışçı terapiden daha fazladır. Öte yandan, PPT, sosyal etkileşimleri, olumlu duyguları, umut eğitimini ve iyimserliği artırma yoluyla bilişsel-davranışçı terapiden daha etkili olduğu sonucuna vardılar [95].

Vojdany ve arkadaşlarının (2014), depresyonlu kadınlarda depresyonun azalmasında ve evlilik doyumunun artmasında PPT'nin etkinliğini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; deney grubuna her biri 2 saat süren 8 oturumdan oluşan PPT uygulanmış, kontrol grubuna ise herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Araştırma sonuçları PPT'nin, depresyonun azalmasında ve evlilik tatmin düzeyinin artmasında önemli etkileri olduğunu göstermektedir [96].

Kazemainy ve arkadaşları (2021), kronik gerilim baş ağrısı olan kişiler ile PPT'nin ağrı algısı üzerindeki etkinliğini değerlendirmek üzere, her biri 90 dakika olan 8 oturum PPT uygulamışlar, PPT'nin kronik gerilim baş ağrısı olan kişilerde ağrı algısını önemli ölçüde azalttığı sonucuna varmışlardır [97].

Zahra ve Masoud (2021), romatoid artritli kadınlarda PPT müdahalesinin fonksiyonel yetersizlik ve ağrı algısı üzerindeki etkisini, deney ve kontrol gruplu (her bir grupta 20 kişi), ön test ve son test tasarımlı yarı deneysel bir çalışma ile incelediler. Çalışmalarında, deney grubuna 90 dakikalık 8 seans boyunca PPT müdahale yöntemlerinin uygulanması sonucunda PPT'nin romatoid artritli kadınlarda fonksiyonel yetersizlik ve ağrı algısını azalttığını buldular [98].

Asgharipoor ve arkadaşları (2012), majör depresyonlu 18 hasta ile PPT ve grup bilişsel davranış terapisinin etkinliğini değerlendirmek için yaptıkları çalışmada, her bir grupta 9 hasta olacak şekilde 12 hafta boyunca her iki yöntem uygulanmış ve mutluluk ve ruhsal sıkıntı değişkenleri açısından iki grup arasında anlamlı farklılık olmakla birlikte PPT'nin mutluluğu artırmada bilişsel-davranışçı terapiden daha etkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır [99].

Ghotbinejhad Bahre Asmani ve arkadaşlarının(2019), kronik ağrısı olan kadınlarda grup PPT ve grup psikodramasının ruhsal tutum, sıkıntı toleransı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkinliğinin karşılaştırmak amacıyla yaptıkları çalışmanın; son test sonuçları, PPT'nin kronik ağrısı olan kadınlarda manevi tutum, sıkıntı toleransı ve yaşam kalitesi üzerinde psikodramadan daha etkili olduğu yönündedir [100].

Tavakoli ve arkadaşları (2020), yaşlı bireylerle 90 dakika süren 8 PPT seansı uygulayarak, ağrı algıları ve ölüm kaygılarını deney ve kontrol grup şeklinde yarı deneysel olarak incelemişlerdir. Çalışmanın sonuçları, deney grubunun ağrı algısı ve ölüm kaygısında kontrol grubuna kıyasla anlamlı bir azalma olduğunu göstermiştir ($P<0.01$). Dolayısıyla, PPT müdahalesi yaşlılarda ölüm kaygısı ve ağrı algısı üzerinde etkili bulunmuştur [101].

2. MATERYAL VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı, tasarımı, örnekleme, kullanılan veri toplama araçları, uygulama süreci, FMSPPTP ve verilerin analizi hakkında ayrıntılı bilgilere yer verilmektedir.

2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TASARIMI

Bu çalışma; Nossrat Peseschkian'ın PPT modeline dayanan, Fibromiyalji Sendromlu Hastalar için Pozitif Psikoterapi Programı'nın FMS'li hastaların ağrı algısı, günlük yaşam aktiviteleri ve ruhsal sağlıklarına etkinliğini değerlendirmek amacı ile randomize kontrollü ön test (başlangıçta), son test (on haftalık müdahalenin sonunda), izlem (üçüncü aylarda) yaklaşımlı deneysel tasarımda yapılmıştır. Araştırma Clinical Trials Number protokol kayıt sistemine NCT06147882 numarası ile kaydedilmiştir.

2.2. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; FMS hastaların algılanan ağrı düzeyi, günlük yaşam aktivitelerine katılma becerileri ve ruhsal sağlık durumları iken, bağımsız değişkeni ise “FMSPPTP” olarak belirlenmiştir.

2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Özel bir Tıp Merkezi'nde ACR fibromiyalji tanı kriterlerine göre FMS tanısı konmuş ve ayakta tedavi gören, FMS hakkında sistematik eğitim almamış 18 yaş ve üzeri yetişkin hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini belirlemek için G-power 3.1.9.2 programı kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0.05 ve 0.85 güç, 0.25 etki büyüklüğü, iki grup, üç tekrar ve denekler arası korelasyon analizinde medyan etki büyüklüğü 0.3 olan bir çalışmada, hesaplanan örneklem sayısı her bir grup için 22 toplam sayı 44 bulunmuş ve çalışma 60 örneklem sayısı ile tamamlanmıştır [36]. Bu çalışma için örneklem büyüklüğü, iki ya da daha fazla grubun en az iki farklı ölçümlerinin hem gruplar arasında hem de ölçümler arasında

karşılaştırılmasında kullanılan iki yönlü varyans analiz (TWO-WAY-ANOVA) yöntemi kullanılarak, etki düzeyinin 0.40 (büyük etki), hata düzeyi(a) 0.05, testin gücünün (1-B) 0.95 olduğu göz önüne alınarak minimum 58 olarak hesaplanmıştır. Her bir grup için en az 29 katılımcı sayısı belirlenmiştir. Müdahalenin uzunluğu nedeniyle kayıplar (drop out) olabileceği göz önüne alınarak örneklem sayısı yaklaşık %20 oranında arttırılmış ve örneklem büyüklüğü 72 (deney grubu: 36 hasta, kontrol grubu: 36 hasta) olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya katılmaya gönüllü ve çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan 110 hasta katılımcı listesini oluşturmuştur. Katılımcı listesi sırayla numaralandırılmış ve ardından bağımsız bir araştırmacı tarafından www.randomizer.org web sitesi aracılığı ile “basit rastgele randomizasyon yöntemi” kullanılarak deney grubu ve kontrol grubu şeklinde randomize edilmiştir. Deney grubuna ve kontrol grubuna rastgele atanan 36 katılımcıdan deney grubundaki 3 katılımcı programa üç seanstan fazla katılmama, hastalık, kişisel durumlar gibi nedenlerle programdan ayrılmıştır. Bu nedenle, deney grubu 33 ve kontrol grubu 36 olmak üzere 69 katılımcı ile araştırma tamamlanmıştır.

2.3.1. Araştırma Örneklemine Özellikleri

2.3.1.1. Katılımcıların Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18-65 yaş aralığında olmak,
- ACR tanı kriterlerine göre FMS tanısı almış olmak,
- FMS için ilaç tedavisi alıyor olmak,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmaktır.

2.3.1.2. Katılımcıları Çalışmadan Dışlama Kriterleri

- Katılımı engelleyen ciddi psikiyatrik bozukluğu olanlar,
- Alkol ve madde kullanım bozukluğu olanlar,
- Organik beyin disfonksiyonu bulunan hastalar,
- Eşlik eden otoimmün bozukluklar,
- Daha önce terapi, danışmanlık, kişisel gelişim vb. almış olması,
- Çalışmadaki talimatları takip etmeyi engelleyen ciddi bilişsel veya zihinsel bozukluğu olanlar.

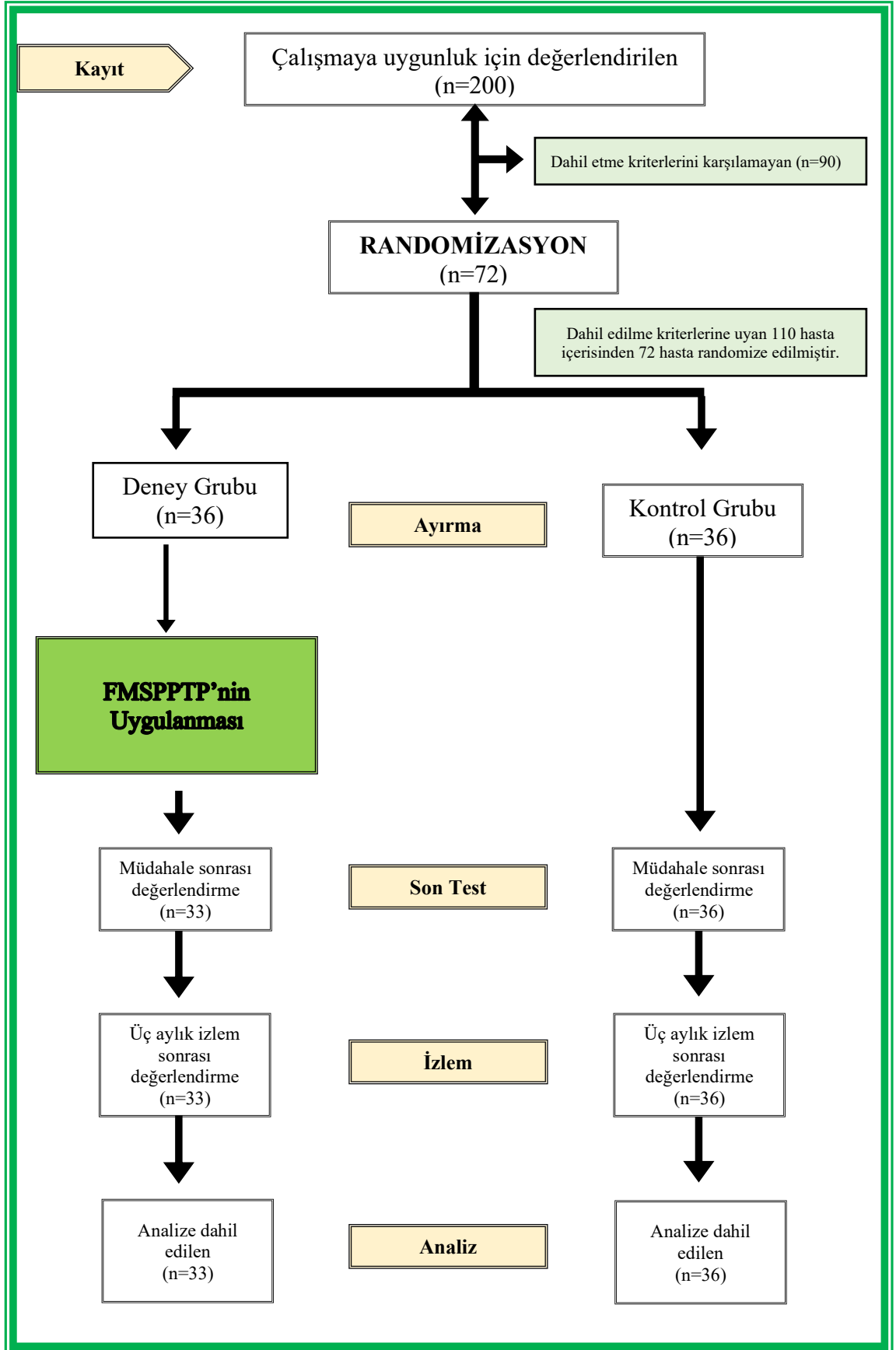
2.3.1.3. Araştırma Sırasında Örneklemden Çıkarılma Kriterleri

- Katılımcının araştırmadan ayrılmak istediğini belirtmesi,
- Katılımcının en az üç oturuma devam etmemesi,
- Katılımcıda çalışma talimatlarını takip etmeyi engelleyen ciddi bilişsel veya zihinsel bozulma olmasıdır.

2.4. ARAŞTIRMANIN KÖRLEMESİ VE YANLILIĞIN ÖNLENMESİ

Araştırma, açıklığı ve şeffaflığı kolaylaştırmak için CONSORT kontrol listesine (CONSORT 2010 checklist of information to include when reporting a randomised trial) göre yapılandırılmıştır.

Çalışmaya katılmaya gönüllü olarak kabul eden ve çalışmaya katılım koşullarını karşılayan her hasta katılımcı listesine atanmış ve www.randomizer.org web sitesi kullanılarak, bağımsız bir araştırmacı tarafından deney grubu veya kontrol grubuna “basit rastgele randomizasyon yöntemi” ile rastgele atanmıştır. Çalışmanın özellikleri nedeniyle, katılımcılar ve araştırmacı grup dağılımları konusunda kör değildi. Ancak veri değerlendirmesini yapan bağımsız istatistikçi katılımcıların çalışmadaki rastgele atamalarına kördü. Veriler deney ve kontrol grubu belirtilmeden “0” ve “1” şeklinde yazılarak gruplar kodlanmıştır. Deney grubu ve kontrol grubu için yapılan kodlamalar istatistiksel analizler yapıldıktan ve araştırma raporu yazıldıktan sonra açıklanmıştır.



Şekil 2.1 Consort 2010 akış diyagramı.

2.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE ÖZELLİKLERİ

Verilerin toplanmasında; araştırmacı tarafından geliştirilen katılımcıların sosyodemografik bilgileri ve sağlık öyküsünün değerlendirildiği “Tanıtıcı Bilgi Formu”, ağrı algısını değerlendirmek için “Vizuel Analog Skala (VAS)”, fiziksel işlevsellik, günlük aktivitelere katılım becerilerini değerlendirmek için “Fibromiyalji Etki Anketi (FIQ)” ve ruhsal sağlık durumunu değerlendirmek için “Genel Sağlık Anketi-28 (GSA-28)” kullanılmıştır.

2.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Tanıtıcı bilgi formu, katılımcıların sosyodemografik bilgileri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, algılanan gelir durumu) ve sağlık bilgileri (tanı zamanı, eş tanı varlığı, FMS tedavisi için kullanılan ilaçlar) yer almaktadır (Ek-1).

2.5.2. Vizuel Analog Skala (VAS)

Ağrı şiddetini değerlendirmek için, bir ucunda "ağrı yok" ve diğer ucunda "mümkün olan en kötü ve dayanılmaz ağrı" etiketi bulunan yatay düz bir çizgidir. Puanlar 0 ila 10 arasında değişmektedir (Ek-2). Bu ölçek klinik uygulamalarda ve araştırmalarda yaygın olarak kullanılmaktadır [102].

2.5.3. Fibromiyalji Etki Anketi (FIQ)

Burckhardt ve arkadaşları tarafından 1995’te geliştirilen Ölçeğin ülkemizde geçerliliği ve güvenirliliği Sarmer ve arkadaşları tarafından 2000 yılında yapılmıştır [103]. FIQ, FMS’nin algılanan sağlık üzerindeki etkisini veya etkilerini, hastalıkla önemli ölçüde bağlantılı bir dizi sorun veya güçlük aracılığıyla ölçer. Fiziksel işlevsellik, iş günü kaybı, çalışma güçlüğü, depresyon, kendini zinde hissetme, anksiyete, uyku, ağrı, yorgunluk, tutukluk ve geçen hafta boyunca iyilik halini değerlendirmektedir. Toplam 10 sorudan oluşmaktadır. İlk soru, fiziksel işlevlere atıfta bulunan çeşitli günlük faaliyetlerle ilgili, 4 puanlık likert tipi ölçekle (0= her zaman, 1= çoğu zaman, 2= ara sıra 3= hiçbir zaman) değerlendirilen 11 maddeden oluşmaktadır. Bu puanlar toplanır ve hasta tarafından yanıtlanan alt madde sayısına bölünerek 0 ile 3 arasında nihai bir puan elde edilir. Bu değer 3.33 ile çarpılarak 0-10 arasında bir değer elde edilir. 2. ve 3. soruda hastadan son bir haftada kendini iyi hissettiği gün sayısını ve FMS semptomları nedeniyle çalışmadığı gün sayısını işaretlemesi istenir. 2. Soruyu değerlendirmek için şu şekilde bir kodlama uygulanır: 0 gün = 7; 1 gün = 6; 2 gün = 5; 3 gün = 4; 4 gün = 3; 5 gün = 2; 6 gün = 1; 7 gün = 0. Bu şekilde elde edilen puan daha sonra 1.43 ile çarpılarak 0-10 arası bir ölçekte

nihai sonuç elde edilir. 3. soruya verilen cevap doğrudan 1.43 ile çarpılır. 4'ten 10'a kadar olan sorular 0-10 arasında sayısal bir ölçektedir. Bu kısımlar çalışma kabiliyeti, ağrı, yorgunluk, sabah yorgunluğu, tutukluk, anksiyete ve depresyonu değerlendirmektedir. Genel FIQ puanı, her bölümden elde edilen puanların toplamıdır. Herhangi bir bölümün cevapsız kalması durumunda, diğer tüm bölümler toplanır ve elde edilen puan cevaplanan madde sayısına bölünür. Daha sonra bu puan 10 ile çarpılarak 0-10 arası bir ölçekte nihai puan elde edilir. Toplam puan 100'dür. Ortalama bir FMS'li birey 50 puan alırken, şiddetli etkilenimi olan FMS'li birey 70 puan ve üzeri almaktadır [14], [104]. Bizim çalışmadaki Cronbach Alfa değerleri ise; FIQ ön – test: 0,916; son- test: 0,918; izlem: 0,897 şeklindedir (Ek-3).

2.5.4. Genel Sağlık Anketi–28 (GSA–28)

David Goldberg (1972, 1978) tarafından toplumda sık rastlanan, akut ruhsal bozuklukları yakalamak amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kılıç ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır. Kılıç'ın yaptığı araştırmada ölçeğin Cronbach Alfa değerleri 0,84, duyarlılığı 0,74, özgüllüğü 0,70 olarak bulunmuştur [105]. Genel Sağlık Anketi–28 (GSA–28), 7 maddelik dört alt bölümden oluşmaktadır. Bu alt bölümler; Somatik semptomlar (1-7. maddeler), anksiyete/uykusuzluk (8-14. maddeler), sosyal işlev bozukluğu (15-21. maddeler) ve şiddetli depresyondur (madde 22-28). Kişiden, her soruyla ilgili olarak nasıl hissettiğini; her zamankinden daha iyi (0 puan), her zamanki gibi (1 puan), her zamankinden daha kötü (2 puan), normalden çok daha kötü (3 puan), kriterlerine göre derecelendirmesi istenir. Dört maddeli cevap skalası likert tipi puanlama ile 0-3 arasında verilen puanların toplamı ile olur. Ölçekten alınan en yüksek puan 84 en düşük puan 0'dır [105]. GSA–28 puanı, yüksek düzeyde olması ruhsal sağlık anlamında sıkıntıya işaret etmektedir. Goldberg, toplam puanı 23 ve altında olmasının ruhsal anlamda bir sıkıntı olmaması olarak sınıflandırırken, puanı 24'ün üzerinde olan katılımcıların ise ruhsal sağlıklarında bozulma olarak sınıflandırmıştır[106]. Bizim çalışmadaki Cronbach Alfa değerleri ise; GSA–28 ön – test: 0,947; son- test: 0,955; izlem: 0,959 şeklindedir (Ek-4).

2.6. VERİLERİN TOPLANMASI

2.6.1. Ön test (Pretest - Oturumlar öncesi)

Çalışma örneklemine alınan her katılımcıya (randomizasyon sonrasında) Google Form aracılığı ile çevrim içi olarak “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Vizuel Analog Skala (VAS)”,

“Fibromiyalji Etki Anketi (FIQ)” ve “Genel Sağlık Anketi–28 (GSA–28)” uygulanmıştır.

2.6.2. Son test (Posttest - Oturumlar sonrası)

Ön test sonrasında deney grubunda yer alan hastalara her biri 90 dakika süren FMSPPTP, haftada 1 kez olmak üzere 10 hafta boyunca uygulanmıştır. Programın uygulanma aşaması tamamlandıktan sonra 10. haftada son test deney ve kontrol grubuna “VAS”, “FIQ” ve “GSA–28” çevrimiçi ortamda deney ve kontrol grubuna eş zamanlı uygulanmıştır.

2.6.3. İzlem testi

İzlem testi, son testten 12 hafta sonra “VAS”, “FIQ” ve “GSA–28” anket formu kullanılarak yine çevrimiçi ortamda deney ve kontrol grubuna eş zamanlı uygulanarak veri toplama süreci tamamlanmıştır.

2.7. UYGULAMA AŞAMASI

2.7.1. FMSPPTP ve Katılımcı Rehber Kitapçığının Hazırlanması

Programın içeriğini belirlemek için literatür incelendiğinde, FMS olan hastalara yönelik PPT yaklaşımının kullanıldığı sadece bir çalışmaya rastlanmıştır [37]. Ancak literatürde FMS hastalarına yönelik, bilişsel davranışçı terapi (BDT), farkındalık temelli terapi yaklaşımlarının kullanıldığı çalışmalar bulunmaktadır [10], [36], [106]– [108]. FMS hastaları için düzenlenen programlarının çoğunlukla küçük gruplar halinde yüz yüze eğitimden oluştuğu görülmüştür. Çalışmalarda FMS için dört ana bileşen sayılan, ağrı, yorgunluk, ruh hali ve işlevsellik üzerinde durulmuştur. Sonuç değişkenleri, FIQ ile ağrı, uyku ve yorgunluktaki değişiklikleri içeren fiziksel sonuçlar [10], [35], [110], depresyon ve anksiyete düzeylerindeki değişiklikleri içeren psikolojik sonuçlar [109]– [111] ve yaşam kalitesi ve ağrı kontrol davranışlarını içeren davranışsal sonuçlarıdır. Literatür taraması sonucunda, PPT programın içeriği, hastaların fiziksel işlevlerini, ağrı ve ruhsal semptomlarını dikkate alarak ihtiyaçlarına ve belirli psikolojik özelliklerine uyum sağlaması açısından semptomun anlamı, semptomun işlevi, ilişki modelleri, çatışma türleri, çatışma çözümü, semptomun pozitif yorumu ve yaşam dengesini yeniden sağlamak olarak belirlenmiştir. Program içeriği belirlendikten sonra uygulanacak olan FMSPPTP, Nossrat Peseschkian’ın PPT modelinde yer alan “Beş Aşamalı Terapi” yöntemi dikkate alınarak hazırlanmıştır. Beş aşamalı terapi yöntemi dikkate alınarak hazırlanan programın, her bir oturumu da beş aşamalı terapi yöntemini kapsayacak şekilde beş basamak olarak yapılandırılmıştır.

Tablo 2.1 FMSPTP'nin içerik ve amaçları.

Oturum	Oturum İçeriği	Amaç
BİRİNCİ OTURUM (Gözlem-Mesafe)	<i>Pozitif Başlama Noktası</i>	- Katılımcıların birbiri ile tanışması, grubun amacını ve kurallarını öğrenmesi, - Katılımcıların FMS ile ilgili deneyimlerini, kendileri için ne anlama geldiğini ve nasıl algıladıklarını paylaşması, - Yaşamında neyi değiştirmek istediğini ve bunun için sahip olduğu kaynakları ifade etmesi.
İKİNCİ OTURUM (Envanter)	<i>Semptomun Denge Modeli</i>	- Katılımcılara PPT'deki denge modelinin tanıtımı, - Katılımcıların sahip oldukları semptomun işlevlerini ve günlük yaşam üzerindeki etkilerini denge modeli çerçevesinde fark etmesi, - Katılımcıların Denge Modeli çerçevesinde semptomlarına yönelik tepkisini ve her birine arzu edilen alternatif tepkiyi ifade etmesi,
ÜÇÜNCÜ OTURUM (Envanter)	<i>Dörtlü Model Boyutları</i>	- Katılımcıların pozitif psikoterapi perspektifinden temel yetenekleri ve dörtlü model boyutunu tanıması, - Katılımcıların modellerini ve erken çocukluk dönemi yaşantısının bugünkü semptomlarını ve yaşamlarını nasıl etkilediğini fark etmesi,
DÖRDÜNCÜ OTURUM (Envanter)	<i>Temel Çatışma</i>	- Katılımcılara pozitif psikoterapideki temel çatışma ve içsel çatışma ile ilgili bilgi verilmesi, - Katılımcıların erken çocukluk döneminde çok işe yarayan ancak artık işlevsiz olan ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamayan aile kavramlarını fark etmeleri, - Katılımcıların temel çatışmalarının içeriğini fark etmeleri, - İşlevsel olmayan ilişki döngülerini işlevsel hale getirmek için neler yapılabileceğini, bunun sonucunda neler olabileceğini tartışmak.
BEŞİNCİ OTURUM (Durumsal Cesaretlendirme)	<i>Ağrı/Acı Bana Ne Anlatıyor</i>	- Katılımcılara PPT'deki pozitif yorumlama ile ilgili bilgi verilmesi, - Katılımcıların ağrıyı alternatif açılardan yorumlaması konusunda cesaretlendirmek.
ALTINCI OTURUM (Sözleştirme)	<i>Anahtar Çatışma</i>	- Katılımcılara PPT perspektifinden Anahtar Çatışmayı tanıtmak, - Katılımcıların kendi hayatlarında açıklık ve nezaket arasındaki çatışmasını ne sıklıkla ve kimlerle ortaya çıktığını fark etmelerine yardımcı olmak. - Açıklık ve nezaket arasındaki dengeyi sağlamak için neler yapılabileceğini bunun sonucunda neler olabileceğini tartışmak.
YEDİNCİ OTURUM (Sözleştirme)	<i>Temel Duygular</i>	- Kullanıcılara temel duyguları tanıtmak, - Katılımcıların duygularını tanımlarını ve isimlendirmelerini öğretmek, - Katılımcıların "Nasıl Hissediyorum" sorusunu cevaplama yeteneklerini geliştirmek, - Katılımcıların semptomlarına yönelik duygularını, yansımaları konusunda cesaretlendirerek, nasıl düzenleyeceklerini ifade etmeleri
SEKİZİNCİ OTURUM (Sözleştirme)	<i>Olumsuz Düşünce Avı</i>	- Katılımcıların tekrarlanan işlevsel olmayan düşünce özelliklerini keşfetmelerine yardımcı olmak, - Katılımcıların FMS ile ilgili işlevsel olmayan düşüncelerini keşfetmelerine ve pozitif düşünceye dönüştürmeyi öğrenmesine yardımcı olmak.
DOKUZUNCU OTURUM (Sözleştirme)	<i>Stres Sörfü</i>	- Katılımcıların stres kaynaklarını ve stres tepkilerini farkına varmalarına yardımcı olmak, - Katılımcılara stres yönetimi ile ilgili bilgi vererek hayatlarında nasıl kullanacaklarını öğretmek.
ONUNCU OTURUM (Amaçların Genişletilmesi)	<i>Yeni Bir Başlangıç</i>	- Katılımcılardan tüm program sürecine dair geri bildirim alınması, - Katılımcıların ağrı ile ilgili değişen tutumlarını fark etmelerine yardımcı olmak. - Katılımcılara, program süresince öğrendikleri ile durumlar karşısında yaşadıkları çatışmaları nasıl çözümleyecekleri ve yeni amaçlar için yeni yollar bulma konusunda gelecek planı yapmak.

Tablo 2.1’de içerik ve amaçları ayrıntılı bir şekilde verilen FMSPPTP, araştırmacı tarafından katılımcıların kullanımı için katılımcı rehber kitapçığı şeklinde, programın içeriğine uygun olarak hazırlanmıştır. Kitapçıkta her oturum katılımcının dikkatini çekecek şekilde ayrı ayrı ele alınmıştır. Katılımcının kendi kendine yardım edecek düzeyde öğrenmesini ve kullanabilmesini desteklemek için her oturumda kullanılan psikoterapötik teknikler (hikâye, özlü söz vb.) ve oturum sonrası için önerilen ev çalışmaları ilgili bölümlere eklenmiştir.

2.7.2. FMSPPTP’nin Dil Anlaşılabilirliğinin Yapılması

Literatürde, bir araştırma protokolü veya bir ölçek geliştirirken; araştırmacıların, katılımcılara genel olarak yapıyı nasıl yorumladıklarını ve literatür taramasında bulunan her bir boyuta ne derece katıldıklarını test etmesi önerilmektedir [36], [113]. Ön test örneklem büyüklükleri küçük olmalı, ancak hedeflenen katılımcılar ile mümkün olduğunca benzer olmalıdır. Ön testler odak grupları, bireysel görüşmeler, mülakatlar, grup bilgilendirmesi veya bireysel bilgilendirme ile gerçekleştirilebilir. Bireysel görüşmeler, odak soruları (örneğin, "Bazı zamanlar' sizin için ne ifade ediyor?") veya görüşmecinin katılımcıdan her bir soruyu okumasını ve her bir soruyu okurken aklına gelenleri sözlü olarak ifade etmesini kapsar. Sonrasında bu ifadelerle göre düzenlemeler yapılır [113].

Bu programı uygulamadan önce gerekli onay ve izinler alındıktan sonra, FMS olan temel (ilkokul) eğitim düzeyindeki üç hastaya 3 Temmuz – 4 Ağustos 2023 tarihleri arasında haftada iki gün ve her oturum 2 saat olmak üzere bir oturumluk dil anlaşılabilirliği için program uygulanmıştır. Dil anlaşılabilirliği uygulamasından sonra, programın dil bakımından anlaşılabilirliği, kullanılabilirliği, zorluğu, yöntemi, hazırlığı, süresi ve ödevleri ile ilgili bir memnuniyet anketi yapılmış ve sonuçlar programın kullanılabilirliğinden ve yönteminden memnun olunduğunu göstermiştir. Bunu ölçmek için literatürdeki bireysel soru sorma yönteminden faydalanılmıştır. Bu sorular; “Sizin için bu oturumda nereler anlaşıldı?”, “Sizin için bu oturumda anlaşılmayan kısım var mı? Varsa belirtiniz.”, “Siz olsaydınız bir komşunuza ya da arkadaşınıza nasıl anlatırdınız?”, “Sizin için nasıl anlatılırdı daha anlaşılır olurdu?” şeklindedir. Bu soruların yanıtlarına göre ön uygulama sonrasında programda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Dil anlaşılabilirliği için uygulama kapsamına alınan hastalar araştırma grubuna dahil edilmemiştir.

2.7.3. FMSPPTP için Uzman Görüşü Alınması

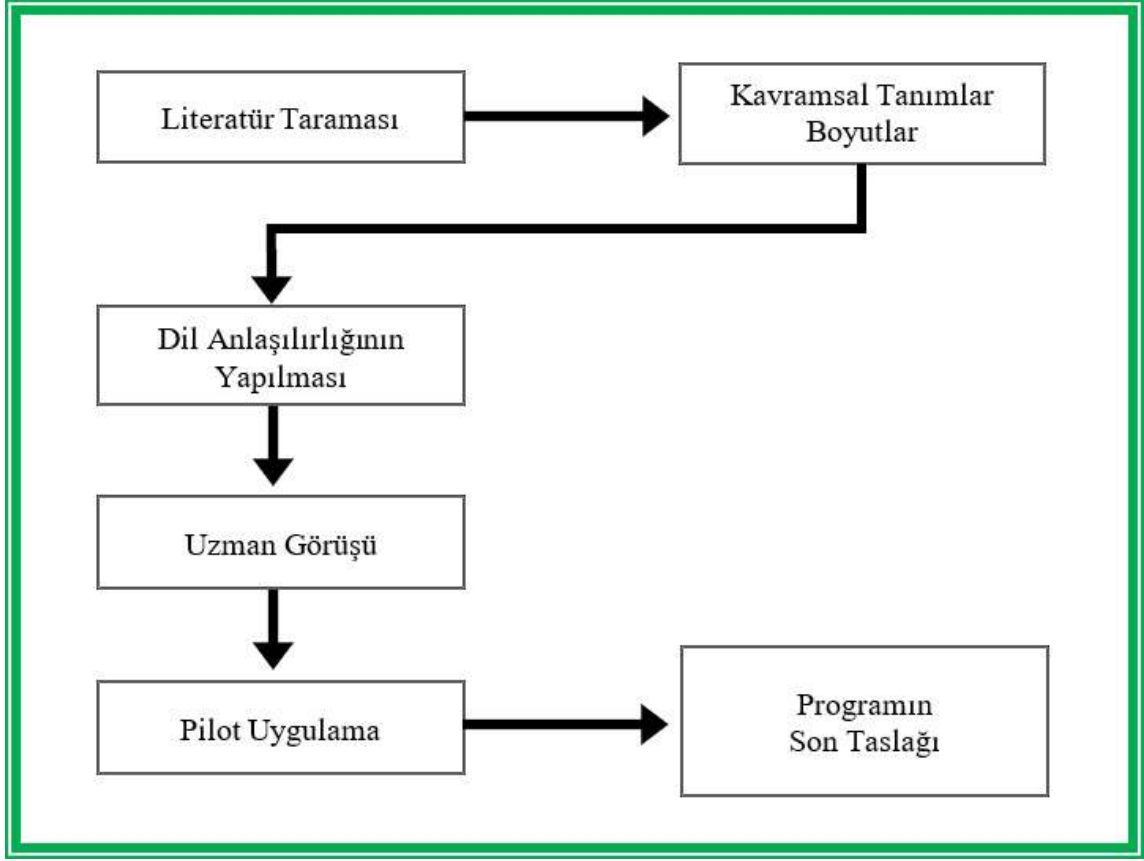
Program yapısının ve her oturumdaki etkinliklerin içeriğinin fibromiyalji sendromlu hastalar için PPT yaklaşımli bir programın hedeflerine uygun olduğunu teyit etmek amacıyla hem program hem de katılımcı rehber kitapçığının içerik geçerliliği on pozitif psikoterapist tarafından değerlendirilmiştir. Bunun için araştırmacı, Likert tipi bir ölçek hazırlayarak uzmanlardan, bu ölçek yoluyla programı içerik, anlaşılabilirlik ve süre açısından değerlendirmelerini istemiştir. Sonuçları değerlendirmek için, herhangi bir maddeye ilişkin “gerekli” görüşünü belirten uzman sayılarının, maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısına oranının bir eksiği ile elde edilen, lawshe tekniğindeki “Kapsam Geçerlilik Oranları” (KGO) formülü kullanılmıştır. Bu doğrultuda literatürde 10 uzman görüşü alınan çalışmalarda her bir maddenin KGO’sunun minimum değerinin 0,62 olması istenilmiştir [114]. Uzmanların geri bildirim sonuçları, FMSPPTP’nin ve Katılımcı Rehber Kitapçığının her oturumdaki tüm maddeler için KGO, en düşük 0,8 ve en yüksek 1 olduğunu ve maddelerde önemli bir değişikliğe gerek olmadığını göstermiştir. Bununla birlikte, programı kolaylaştırmak için 6. ve 9. oturumların uygulamada sıralama olarak yerlerinin değişimi önerilmiştir.

2.7.4. FMSPPTP’nin Pilot Uygulaması

Pilot uygulama, çalışmanın gerçek saha koşullarında prova edilerek, maddelerin eklenip eklenmeyeceğini veya silinip silinmeyeceğini belirlemek için verilerin nasıl düzenleneceğini değerlendirmede kullanılır [113]. Pilot uygulamaya dayalı düzenlemeler tamamlandıktan sonra çalışma tam olarak uygulamaya hazır hale getirilir [113], [114]. Bu çalışmada uzman görüşü sonrasında 12 FMS olan hasta ile 28 Eylül – 29 Kasım tarihleri arasında haftada bir gün (aynı gün ve aynı saatte) 90 dakika olacak şekilde pilot uygulama yapılmıştır.

Her oturum gerçekleştirildikten sonra deneyimli pozitif psikoterapist olan tez danışmanından danışmanlık desteği alınmıştır. Bu kapsamda, sürenin yeterliliği, uygulama sırasında yaşanan zorluklar, uygulama öncesi yapılan hazırlıkların yeterliliği, kullanılan yöntemin etkinliği ve katılımcılardan alınan geri bildirimler üzerinde durulmuştur.

Pilot uygulama sonrası programın içeriği ile ilgili herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Pilot uygulama kapsamına alınan hastaların araştırma grubuna dahil edilmesi uygun bulunmuştur.



Şekil 2.2 FMSPPPTP'nin hazırlanma aşamaları.

2.7.5. FMSPPPTP'nin Uygulaması

Araştırmanın 36 katılımcısı olan deney grubu, her grupta 12 kişi olacak şekilde üç gruba ayrılmıştır. Program, deney grubuna 10 hafta boyunca haftada 90 dakika süreyle uygulanmıştır. Katılımı kolaylaştırmak için, oturumlar hafta sonu ve hafta içi şeklinde düzenlenmiştir. Her bir oturum, 10 hafta boyunca aynı gün ve aynı saatte gerçekleştirilmiştir.

Program, eğitim, hikayeler, etkinlikler, tartışmalar ve gevşeme eğitiminin bir kombinasyonu yoluyla PPT'nin beş aşamalı terapi yöntemine odaklanmış ve birbirlerinin destekleyici etkisini artırmak için gruplar halinde yürütülmüştür. Programın her bir oturumu PPT'nin beş aşamasından oluşmuştur.

Her oturumun gözlem aşamasında; katılımcılardan bir önceki oturumu değerlendirmesi istenilmiş ve ev çalışmaları kontrol edilmiştir. Ayrıca araştırmacı her oturuma o oturuma ait hedefleri hatırlatarak başlamış, katılımcıların anlamasını kolaylaştırmak ve programa aktif olarak katılmalarını teşvik etmek için eğitim içeriğinde çeşitli materyaller kullanmıştır. Envanter aşamasında; her oturumun hedeflerine göre katılımcıların sahip olduğu yetenekleri bulmalarını kolaylaştırmak için, bazı hikayeler veya etkinliklerden

faýdalanılmıştır. Durumsal cesaretlendirme aşamasında; katılımcıların ifadelerine karşı destekleyici geribildirimlere yer verilmiştir. Sözeleştirme aşamasında; her oturum hedefine uygun olarak katılımcılar keşfettikleri yeni yetenek ya da yolları ifade etmesi konusunda teşvik edilmiştir. Hedefleri genişletme aşamasında; katılımcılar oturumdan sonra izlenimlerini ve duygularını paylaşmış, bir sonraki oturum için görevleri kontrol etmiş ve soruları varsa serbestçe konuşma fırsatı sağlanmıştır. Oturumun niteliğine bağlı olarak, gevşeme egzersizleri her oturumun sonunda yapılmıştır.

2.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İstatistiksel analizler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for mac versiyon 26 yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (*histogram ve olasılık grafikleri*) ve analitik yöntemlerle (*Kolmogorov- Smirnov/ Shapiro-Wilk testleri*) incelenmiştir. Tanımlayıcı analizler normal dağılan değişkenler için ortalama ve standart sapmalar kullanılarak verilmiştir. Normal dağılım gösteren numerik veriler bağımsız gruplar için *Student T testi*, bağımlı gruplar için *Tekrarlı ölçümler varyans analizi*, ölçümlerin zamana göre grup etkisini analiz etmek için *iki yönlü tekrarlı ölçümler varyans analizi* yapılmıştır. Normal dağılım göstermeyen bağımsız veriler için *Mann Whitney U*, bağımlı gruplar için *Friedman Testi* yapılmıştır. Nominal veriler çapraz tablolar kullanılarak verilmiştir, gruplar arasında fark bulunup bulunmadığı *Ki-Kare* ve *Fisher testleri* kullanılarak karşılaştırılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.



Şekil 2.3 Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler.

2.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Bu araştırma Düzce Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (2023/30) tarafından onaylanmıştır. Çalışmaya katılan hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır (Ek-5). Çalışma için toplanan veriler, “Kişisel Bilgilerin Korunması Yasası” uyarınca araştırmacı dışındakilerle paylaşılmamış ve kişisel olarak tanımlanabilir bilgiler kodlanmıştır. Araştırmacı katılımcılar hakkında açıklama yaparken anonim isim kullanmıştır. Verilerin belirtilen araştırma amacı dışında herhangi bir amaçla kullanılmayacağı ve bireylerin kimlik verilerinin gizliliğini sağlamak için anonimleştirileceği açıklanmıştır. Çalışma Helsinki Deklarasyonu Prensipleri’ne uygun olarak yürütülmüştür.

2.10. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ

Araştırmanın randomize kontrollü deneysel bir çalışma olması, uygulama aşamasında araştırmacının pozitif psikoterapist olarak bizzat uygulayıcı olması, deneyimli bir psikoterapist tarafından oturumlar sonrasında süpervizyon alınması araştırmanın güçlü yönlerini oluşturmaktadır. Bu çalışmanın güçlü yönleri arasında, kullanılan veri toplama araçlarının geçerlilik güvenilirlikleri yapılmış olması ve bunların çoğunun önceki çalışmalarda kapsamlı bir şekilde kullanılmış olması yer almaktadır.



3. BULGULAR VE TARTIŞMA

3.1. BULGULAR

Bu bölümde Tanıtıcı Bilgi Formu, FIQ ve GSA–28 kullanılarak toplanan verilerden elde edilen bulgulara ayrıntılarıyla yer verilmiştir.

3.1.1. Grupların Sosyo-Demografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

Tablo 3.1 Araştırma kapsamındaki hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n=72).

Özellikler		Deney (n=36)	Kontrol (n=36)	p
		n (%)	n (%)	
Cinsiyet	Kadın	33 (91,70)	33 (91,70)	0,999*
	Erkek	3 (8,30)	3 (8,30)	
Mezuniyet	İlkokul	17 (47,20)	11 (30,60)	0,547*
	Ortaokul	3 (8,30)	4 (11,10)	
	Lise	8 (22,20)	10 (27,80)	
	Üniversite	8 (22,20)	11 (30,60)	
Medeni durum	Evli	30 (83,30)	30 (83,30)	0,999*
	Bekar	6 (16,70)	6 (16,70)	
Çalışma durumu	Hayır	24 (66,70)	15 (41,70)	0,033*
	Evet	12 (33,30)	21 (58,30)	
Gelir algısı (Gelir giderden...)	Az	11 (30,60)	13 (36,10)	0,281*
	Eşit	24 (66,70)	19 (52,80)	
	Çok	1 (2,80)	4 (11,10)	
Bakmakla yükümlü	Hayır	29 (80,60)	27 (75,00)	0,571*
	Evet	7 (19,40)	9 (25,00)	
Kronik hastalık	Hayır	11 (30,60)	18 (50,00)	0,093*
	Evet	25 (69,40)	18 (50,00)	
Ruhsal hastalık	Hayır	31 (86,10)	31 (86,10)	0,999*
	Evet	5 (13,90)	5 (13,90)	
Yaş	Ort+SS (Medyan)	47,33±7,56 (46)	43,67±9,59 (43)	0,076**
Çocuk Sayısı	Ort+SS (Medyan)	2,14±1,29 (2)	1,97±1,3 (2)	0,606***
İlk Tanı Yaşı	Ort+SS (Medyan)	4,64±3,97 (3,5)	3,25±3,02 (2)	0,083***

*Kikare testi, **Bağımsız Gruplar T testi, ***Mann Whitney U Testi

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 3.1’de sunulmuştur. Çalışma metodolojik olarak deney (n=36) ve kontrol (n=36) grubu olacak şekilde

toplamda 72 katılımcıdan oluşmaktadır. Bunların, %91,7'si kadındır (n=66). Eğitim durumu incelendiğinde, katılımcıların %38,9'u ilkokul mezunu (n=28), %9,72'si ortaokul mezunu (n=7), %25'i lise mezunu (n=18) ve %26,8'i üniversite mezunu (n=19) şeklindedir. Medeni durum açısından, katılımcıların %83,3'ü evli (n=60) olarak belirtilmiştir. Çalışma durumu incelendiğinde, katılımcıların %45,8'i çalışmaktadır (n=33). Gelir algısı konusunda, katılımcıların %59,7'si gelirinin gideriyle eşit olduğunu (n=43) belirtmiştir. Bakmakla yükümlü olduğu kişiler olan katılımcıların oranı %22,2'dir (n=16). Kronik hastalığı olan katılımcıların oranı %59,7'dir (n=43). FMS ilaç kullanımı tüm katılımcılar için geçerlidir ve %100 olarak belirtilmiştir (n=72). Ruhsal hastalık durumu incelendiğinde, katılımcıların %13,9'unun (n=10) ruhsal hastalığı olduğu görülmüştür. Belirli ruhsal hastalıklar arasında, %2,8 oranında (n=2) anksiyete, %1,4 oranında (n=1) anksiyete ve panik atak, %5,6 oranında (n=4) depresyon, %1,4 oranında (n=1) obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve %4,2 oranında (n=3) panik atak belirtilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması $45,5 \pm 8,7$ yıl, ilk tanı yılı ortalama $3,94 \pm 3,5$ yıl önce ve çocuk sayısı medyan değeri 2 olarak saptanmıştır.

Kontrol grubunda çalışan oranı %58,3 iken deney grubunda %33,3 olarak tespit edilmiştir, bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,033$). Diğer özellikler yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ve grup homojendir ($p>0,05$).

3.1.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların VAS Formu Ölçümlerine İlişkin Bulgular

Deney ve kontrol gruplarının VAS (Visual Analog Scale) ölçümleri arasındaki farkları Tablo 3.2'de sunulmuştur. Gruplar arası VAS öntest, sontest ve izlem testlerinin etkileşimi istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=52.30$, $p<.01$). Etkileşim için etki büyüklüğü 0.438 olup büyük etki söz konusudur. Deney ve kontrol grupları VAS öntest ($F=15.69$, $p<.001$), sontest ($F=20.86$, $p<.001$) ve izlem ($F=33.43$, $p<.001$) test puanları arasında anlamlı farklılık elde edilmiştir ($p<.05$). Deney grubunun VAS öntest puan ortalaması kontrol grubuna göre daha yüksek iken VAS sontest ve izlem puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha düşüktür. Ayrıca deney grubu VAS öntest, sontest ve izlem test puanları arasındaki farklılık anlamlıdır ($F=86.50$, $p<.001$). Farkın hangi süreler arasında olduğuna yönelik yapılan Bonferroni karşılaştırması sonucunda deney grubundaki hastaların VAS öntest puanları ile sontest ve izlem puanları arasında anlamlı farklılık

saptanmıştır ($p<.05$). Buna göre deney grubundaki hastaların VAS sontest ve izlem puan ortalamaları önteste göre daha düşüktür. Ancak deney grubundaki hastaların VAS sontest ve izlem puanları arasında ise anlamlı farklılık yoktur ($p>.05$). Kontrol grubunda ise hastaların VAS öntest, sontest ve izlem test puanları arasında anlamlı farklılık yoktur ($F=0.39$, $p>.05$).

Deney grubunun VAS skorları PPT müdahalesi sonrası ve izlem döneminde anlamlı şekilde düşüş göstermiştir (T1-T2 ve T1-T3 $p=0,001$), bu da FMSPPTP'nin ağrı seviyelerini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir.

3.1.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların FQI Ölçümlerine İlişkin Bulgular

Deney ve kontrol gruplarının FIQ ölçümleri arasındaki farkları Tablo 3.2'de sunulmuştur. FIQ ön – test skorlarında, deney grubunun ortalama $70,6 \pm 15,65$ ve kontrol grubunun ortalama $51,88 \pm 19,91$ olduğu görülmektedir.

FIQ son – test skorlarında, deney grubunun ortalama $32,58 \pm 14,71$ ve kontrol grubunun ortalama $53,63 \pm 18,33$ olduğu görülmektedir. Bu fark da istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,001$).

FIQ izlem skorlarında ise, olgu grubunun ortalama $33,89 \pm 16,17$ ve kontrol grubunun ortalama $50,85 \pm 15,29$ olduğu görülmektedir. Bu fark da istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,001$).

FIQ skorları için grup*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=71.65$, $p<.01$). Etkileşim için etki büyüklüğü 0.517 olup büyük etki söz konusudur. Deney ve kontrol grubundaki hastaların FIQ öntest ($F=18.69$, $p<.001$), sontest ($F=27.35$, $p<.001$) ve izlem ($F=20.06$, $p<.001$) test puanları arasında anlamlı farklılık elde edilmiştir ($p<.05$). Deney grubunun FIQ öntest puan ortalaması kontrol grubuna göre daha yüksek iken FIQ sontest ve izlem puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha düşüktür. Ayrıca olgu grubundaki hastaların FIQ öntest, sontest ve izlem test puanları arasındaki farklılık anlamlıdır ($F=113.5$, $p<.001$). Farkın hangi süreler arasında olduğuna yönelik yapılan Bonferroni karşılaştırması sonucunda deney grubu FIQ öntest puanları ile sontest ve izlem puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<.05$). Buna göre deney grubu FIQ sontest ve izlem puan ortalamaları önteste göre daha düşüktür. Ancak deney grubunun FIQ sontest ve izlem puanları arasında ise anlamlı farklılık yoktur ($p>.05$). Kontrol grubunda ise hastaların FIQ öntest, sontest ve izlem test puanları arasında anlamlı farklılık yoktur ($F=0.81$, $p>.05$). Deney grubunun FIQ skorları PPT müdahalesi sonrası

ve izlem döneminde anlamlı şekilde düşüş göstermiştir (T1-T2 ve T1-T3 $p=0,001$), bu da programın etkili olduğunu ve bu etkinin sürdüğünü göstermektedir.

3.1.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların GSA-28 Ölçümlerine İlişkin Bulgular

Deney ve kontrol gruplarının GSA-28 toplam ve alt boyut skorları arasındaki farkları Tablo 3.2’de sunulmuştur. GSA-28 ön – test skorlarında, deney grubunun ortalama $43,91 \pm 13,95$ ve kontrol grubunun ortalama $28,33 \pm 16,32$ olduğu görülmektedir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,001$). Bu sonuç, deney grubunun başlangıçta ruhsal iyilik seviyesinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu göstermektedir.

GSA-28 son – test skorlarında, deney grubunun ortalama $14,61 \pm 8,94$ ve kontrol grubunun ortalama $29,22 \pm 15,76$ olduğu görülmektedir. Bu fark da istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,001$).

GSA izlem skorlarında ise, deney grubunun ortalama $15,79 \pm 11,75$ ve kontrol grubunun ortalama $30,06 \pm 14,49$ olduğu görülmektedir. Bu fark da istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,001$).

GSA-28 toplam skorları için grup*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=73.2$, $p<.01$). Etkileşim için etki büyüklüğü 0.522 olup büyük etki söz konusudur. Deney ve kontrol gruplarının GSA öntest ($F=17.99$, $p<.001$), sontest ($F=21.91$, $p<.001$) ve izlem ($F=19.96$, $p<.001$) test puanları arasında anlamlı farklılık elde edilmiştir ($p<.05$). Deney grubunun GSA öntest puan ortalaması kontrol grubuna göre daha yüksek iken GSA son – test ve izlem puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha düşüktür. Ayrıca olgu grubundaki hastaların GSA öntest, son – test ve izlem test puanları arasındaki farklılık anlamlıdır ($F=93.62$, $p<.001$). Farkın hangi süreler arasında olduğuna yönelik yapılan Bonferroni karşılaştırması sonucunda olgu grubundaki hastaların GSA öntest puanları ile son – test ve izlem puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<.05$). Buna göre deney grubunun GSA son – test ve izlem puan ortalamaları önteste göre daha düşüktür. Ancak deney grubunun GSA son – test ve izlem puanları arasında ise anlamlı farklılık yoktur ($p>.05$). Kontrol grubunun ise GSA öntest, son – test ve izlem test puanları arasında anlamlı farklılık yoktur ($F=0.32$, $p>.05$). Bu da programın genel ruhsal sağlık üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.2. Deney ve Kontrol Grubunda Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Ölçüm	Grup	Ön test(T1)	Son test (T2)	Izlem (T3)	Mod. İst.	T1-T2	T1-T3	T2-T3	Grup*Zaman		η^2
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss		p	p	p	F	p	
FIQ	Kontrol	51,88±19,91	53,63±18,33	50,85±15,29	F=0.81; p=0.448	1	1	0,666	71,65	0,001	0,517
	Deney	70,63±15,65	32,58±14,71	33,89±16,17	F=113.5; p=.000	0,001	0,001	1			
Model ist		F=18,69 p=,000	F=27,35 p=,000	F=20,06 p=,000							
VAS	Kontrol	6,56±2,4	6,61±2,42	6,33±1,9	F=0.39; p=0.679	1	1	1	52,3	0,001	0,438
	Deney	8,45±1,42	3,82±2,66	3,42±2,28	F=86.5; p=.000	0,001	0,001	0,773			
Model ist		F=15,69 p=,000	F=20,86 p=,000	F=33,43 p=,000							
GSA	Kontrol	28,33±16,32	29,22±15,76	30,06±14,49	F=0,32 p=0,728	1	1	1	73,2	0,001	0,522
	Deney	43,91±13,95	14,61±8,94	15,79±11,75	F=93,62 p=.000	0,001	0,001	1			
Model ist		F=17,99 p=,000	F=21,91 p=,000	F=19,96 p=,000							
GSA Somatik	Kontrol	8,61±5,58	8,83±4,43	9,25±4,44	F=0,55 p=0,579	1	1	1	49,35	0,001	0,424
	Deney	13,12±5,18	4,55±2,68	5±3,09	F=55,76 p=.000	0,001	0,001	1			
Model ist		F=12,06 p=0,001	F=23,12 p=,000	F=20,9 p=,000							
GSA Anksiyete	Kontrol	8,39±4,96	8,33±5,24	9,03±5,1	F=0,61 p=0,548	1	1	0,845	51,92	0,001	0,437
	Deney	13,52±4,99	4,55±3,23	5,06±4,12	F=83,13 p=.000	0,001	0,001	1			
Model ist		F=18,28 p=,000	F=12,79 p=0,001	F=12,5 p=0,001							
GSA Sosyal İşlevsellik	Kontrol	7,39±3,64	7,58±3,43	7,97±3,08	F=0,5 p=0,607	1	1	1	71,84	0,001	0,517
	Deney	12,39±3,45	4,21±2,84	4,21±3,41	F=93,36 p=.000	,001	,001	1			
Model ist		F=34,3 p=,000	F=19,62 p=,000	F=23,15 p=,000							
GSA Depresyon	Kontrol	3,94±4,67	4,47±4,75	3,81±3,81	F=1,39 p=0,257	1	1	0,349	15,04	0,001	0,183
	Deney	4,88±3,57	1,3±2,04	1,52±2,75	F=18,01 p=.000	,001	,001	1			
Model ist		F=0,86 p=0,357	F=12,54 p=0,001	F=8,07 p=0,006							

*İki yönlü tekrarlı ölçümler varyans analizi (ANOVA)

η^2 : Eta Squared

GSA-28 ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde;

Somatik semptomlar: Deney grubunun PPT müdahalesi öncesi, sonrası ve izlem skorları, kontrol grubuna göre anlamlı derecede farklıdır. Müdahale öncesinde deney grubunun ortalama skoru $13,12 \pm 5,08$ iken kontrol grubunun ortalama skoru $8,61 \pm 5,58$ olarak bulunmuştur. PPT müdahalesi sonrasında deney grubunun ortalama skoru $4,55 \pm 2,68$ iken kontrol grubunun ortalama skoru $8,83 \pm 4,43$ olmuştur. İzlem döneminde ise deney grubunun ortalama skoru $5 \pm 3,09$ ve kontrol grubunun ortalama skoru $9,25 \pm 4,44$ olarak bulunmuştur. Zamana göre ölçümlerde olgu grubunda somatik semptomlar skor puanı düşüşü istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$). Kontrol grubunda anlamlı düşüş saptanmamıştır ($p=0,338$).

Somatik semptomlar alt boyut skorları için grup*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=49.35$, $p<.01$). Etkileşim için etki büyüklüğü 0.424 olup büyük etki söz konusudur. Deney ve kontrol grubundaki hastaların GSA somatik öntest ($F=12.06$, $p<.01$), sontest ($F=23.12$, $p<.001$) ve izlem ($F=20.9$, $p<.001$) test puanları arasında anlamlı farklılık elde edilmiştir ($p<.05$). Deney grubunun GSA somatik öntest puan ortalaması kontrol grubuna göre daha yüksek iken GSA somatik son – test ve izlem puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha düşüktür. Ayrıca deney grubunun GSA somatik öntest, son – test ve izlem test puanları arasındaki farklılık anlamlıdır ($F=55.76$, $p<.001$). Farkın hangi süreler arasında olduğuna yönelik yapılan Bonferroni karşılaştırması sonucunda deney grubundaki hastaların GSA somatik öntest puanları ile son – test ve izlem puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<.05$). Buna göre deney grubunun GSA somatik son – test ve izlem puan ortalamaları önteste göre daha düşüktür. Ancak deney grubunun GSA somatik son – test ve izlem puanları arasında ise anlamlı farklılık yoktur ($p>.05$). Kontrol grubunda ise hastaların GSA somatik öntest, son – test ve izlem test puanları arasında anlamlı farklılık yoktur ($F=0.55$, $p>.05$). Bu, deney ve kontrol grupları arasında zaman içinde anlamlı farklılıklar olduğunu ve programın somatik belirtileri azaltmada etkili olduğunu göstermektedir.

Anksiyete: Deney grubunun ön – test, son – test ve izlem skorları, kontrol grubuna göre anlamlı derecede farklıdır. PPT müdahalesi öncesinde deney grubunun ortalama skoru $13,52 \pm 4,99$ iken kontrol grubunun ortalama skoru $8,39 \pm 4,96$ olarak bulunmuştur. PPT müdahalesi sonrasında deney grubunun ortalama skoru $4,55 \pm 3,23$ iken kontrol grubunun ortalama skoru $8,33 \pm 5,24$ olmuştur. İzlem döneminde ise deney grubunun ortalama

skoru $5,06 \pm 4,12$ ve kontrol grubunun ortalama skoru $9,03 \pm 5,1$ olarak bulunmuştur.

Anksiyete alt boyut skorları için grup*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=51.92$, $p<.01$). Etkileşim için etki büyüklüğü 0.437 olup büyük etki söz konusudur. Deney ve kontrol grupları GSA anksiyete öntest ($F=18.28$, $p<.001$), son – test ($F=12.79$, $p<.01$) ve izlem ($F=12.5$, $p<.01$) test puanları arasında anlamlı farklılık elde edilmiştir ($p<.05$). Deney grubunun GSA anksiyete öntest puan ortalaması kontrol grubuna göre daha yüksek iken GSA anksiyete son – test ve izlem puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha düşüktür. Ayrıca deney grubunun GSA anksiyete öntest, son – test ve izlem test puanları arasındaki farklılık anlamlıdır ($F=83.13$, $p<.001$). Farkın hangi süreler arasında olduğuna yönelik yapılan Bonferroni karşılaştırması sonucunda deney grubunun GSA anksiyete öntest puanları ile son – test ve izlem puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<.05$). Buna göre deney grubunun GSA anksiyete son – test ve izlem puan ortalamaları önteste göre daha düşüktür. Ancak deney grubunun GSA anksiyete son – test ve izlem puanları arasında ise anlamlı farklılık yoktur ($p>.05$). Kontrol grubunda ise hastaların GSA anksiyete öntest, son – test ve izlem test puanları arasında anlamlı farklılık yoktur ($F=0.61$, $p>.05$). Bu, deney ve kontrol grupları arasında zaman içinde anlamlı farklılıklar olduğunu ve programın anksiyete düzeylerini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir.

Sosyal işlevsellik: Deney grubunun ön – test, son – test ve izlem skorları, kontrol grubuna göre anlamlı derecede farklıdır. PPT müdahalesi öncesinde deney grubunun ortalama skoru $12,39 \pm 3,45$ iken kontrol grubunun ortalama skoru $7,39 \pm 3,64$ olarak bulunmuştur. PPT müdahalesi sonrasında deney grubunun ortalama skoru $4,21 \pm 2,84$ iken kontrol grubunun ortalama skoru $7,58 \pm 3,43$ olmuştur. İzlem döneminde ise deney grubunun ortalama skoru $4,21 \pm 3,41$ ve kontrol grubunun ortalama skoru $7,97 \pm 3,08$ olarak bulunmuştur.

Sosyal işlevsellik alt boyut skorları için grup*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=71.84$, $p<.01$). Etkileşim için etki büyüklüğü 0.517 olup büyük etki söz konusudur. Deney ve kontrol gruplarının GSA sosyal işlevsellik öntest ($F=34.3$, $p<.001$), son – test ($F=19.62$, $p<.001$) ve izlem ($F=23.15$, $p<.001$) test puanları arasında anlamlı farklılık elde edilmiştir ($p<.05$). Deney grubunun GSA sosyal işlevsellik öntest puan ortalaması kontrol grubuna göre daha yüksek iken GSA sosyal işlevsellik son – test ve izlem puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha düşüktür. Ayrıca deney grubunun GSA sosyal işlevsellik öntest, son – test ve izlem test puanları arasındaki farklılık

anlamlıdır ($F=93.36$, $p<.001$). Farkın hangi süreler arasında olduğuna yönelik yapılan Bonferroni karşılaştırması sonucunda olgu grubundaki hastaların GSA sosyal işlevsellik öntest puanları ile son – test ve izlem puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<.05$). Buna göre deney grubunun GSA sosyal işlevsellik son – test ve izlem puan ortalamaları önteste göre daha düşüktür. Ancak deney grubunun GSA sosyal işlevsellik son – test ve izlem puanları arasında ise anlamlı farklılık yoktur ($p>.05$). Kontrol grubunun ise GSA sosyal işlevsellik öntest, son – test ve izlem test puanları arasında anlamlı farklılık yoktur ($F=0.5$, $p>.05$). Bu, deney ve kontrol grupları arasında zaman içinde anlamlı farklılıklar olduğunu ve programın sosyal işlevsellik üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir.

Depresyon: Deney grubunun son – test ve izlem skorları, kontrol grubuna göre anlamlı derecede farklıdır. Ancak ön – test fark anlamlı bulunmamıştır. PPT müdahalesi öncesinde (ön – test) deney grubunun ortalama skoru $4,88 \pm 3,57$ iken kontrol grubunun ortalama skoru $3,94 \pm 4,67$ olarak bulunmuştur. PPT müdahalesi sonrasında (son – test) deney grubunun ortalama skoru $1,3 \pm 2,04$ iken kontrol grubunun ortalama skoru $4,47 \pm 4,75$ olmuştur. İzlem döneminde ise deney grubunun ortalama skoru $1,52 \pm 2,75$ ve kontrol grubunun ortalama skoru $3,81 \pm 3,81$ olarak bulunmuştur. Zamana göre ölçümlerde olgu grubunda depresyon skor puanı düşüşü istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$). Kontrol grubunda anlamlı düşüş saptanmamıştır ($p=0,334$).

Depresyon alt boyut skorları için grup*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=15.04$, $p<.01$). Etkileşim için etki büyüklüğü 0.183 olup büyük etki söz konusudur. Deney ve kontrol gruplarının GSA depresyon son – test ($F=12.54$, $p<.01$) ve izlem ($F=8.07$, $p<.01$) test puanları arasında anlamlı farklılık elde edilmiştir ($p<.05$). Deney grubunun GSA depresyon son – test ve izlem puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha düşüktür. Ancak deney ve kontrol gruplarının GSA depresyon öntest ($F=0.86$, $p>.05$) puanları arasında anlamlı farklılık yoktur. Ayrıca deney grubunun GSA depresyon öntest, son – test ve izlem test puanları arasındaki farklılık anlamlıdır ($F=18.01$, $p<.001$). Farkın hangi süreler arasında olduğuna yönelik yapılan Bonferroni karşılaştırması sonucunda deney grubunun GSA depresyon öntest puanları ile son – test ve izlem puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<.05$). Buna göre deney grubunun GSA depresyon son – test ve izlem puan ortalamaları önteste göre daha düşüktür. Ancak deney grubunun GSA depresyon son – test ve izlem puanları arasında ise anlamlı farklılık yoktur ($p>.05$). Kontrol grubunda ise GSA depresyon öntest, son – test ve izlem test puanları

arasında anlamlı farklılık yoktur ($F=1.39$, $p>.05$). Bu, deney ve kontrol grupları arasında zaman içinde anlamlı farklılıklar olduğunu ve programın depresyon belirtilerini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir.

3.2. TARTIŞMA

Bu çalışmada PPT'nin Beş Aşamalı Terapi yöntemi dikkate alınarak, araştırma kapsamında araştırmacılar tarafından geliştirilen FMSPPTP programının, FMS'li hastaların ağrı algısı, günlük yaşam aktiviteleri ve ruhsal durum üzerine etkinliğine yönelik üç hipotez oluşturulmuş ve test edilmiştir. Bulgular, deney grubunda yer alan FMS'li hastalara uygulanan FMSPPTP'nin, hastaların ağrı algısı puanlarında, günlük aktivite etki puanlarında ve ruhsal sağlık puanlarında anlamlı düzeyde azalmada etkili olduğunu göstermektedir. Program tamamlandıktan 12 hafta sonra yapılan izleme testi sonuçları ise programın sağladığı faydanın devam ettiğini göstermiştir. Bu bağlamda, FMSPPT'nin FMS'li hastalarda ağrı algısı, günlük yaşam aktiviteleri ve ruhsal durum puanlarının düşürülmesinde etkili sonuç ürettiği ve oluşan etkinin kalıcı olduğu sonucuna varılarak, çalışmanın üç hipotezi doğrulanmıştır.

Yapılan çalışmalarda, FMS hastalarının ağrı deneyimlerinin sadece fiziksel değil bilişsel ve duygusal yönleri olduğu ve bu hastalarda yüksek düzeyde ağrıyı felaketleştirme olduğu yönündedir. Bu da hastaların ağrıyı daha yoğun hissetmelerine sebep olmaktadır [115], [116]. PPT'de bozukluklar ve hastalıklar, belirli bir çatışmaya tepki verme yeteneği olarak görülür. Var olan semptomu veya bozukluğu (semptom odaklı tıp) ortadan kaldırmak yerine bu hastalığın, kişi için anlamını tanımaya ve bunu hasta için şeffaf hale getirmeye çalışır. Bunu yaparken, terapötik iş birliği içerisinde bireyin, başlangıçta mevcut kapasiteleri ve kendi kendine yardım potansiyelini harekete geçirmeye odaklanır [27], [28]. FMS'de en belirgin semptom olan ağrının fiziksel ve psikolojik olarak deneyimlenmesi arasında bağlantısını [117] göz önünü alarak, ağrı yönetiminde bir psikiyatri hemşiresinin amacı, hastaların yaşam kalitesini iyileştirmek için; hastalar ve kültürleri hakkında bilgi sahibi olarak, bilimsel, insancıl, verimli ve etkili problem çözme müdahaleleri ile kapsamlı, fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri ele alan, hastalık süreci bilgisine dayalı sağlam bir terapötik ilişki kurularak, hastanın olumlu bir tutum benimsemesini sağlamak ve istenen sonuçları birlikte elde etmek için hasta ile iş birliği içinde, hastayı tedaviye dahil etmektir [8], [20]. Çünkü hastanın algısına göre hastalığın şiddeti değişmektedir. PPT, semptom yönetiminde psikiyatri hemşireliği

bakımına paralel olarak hastaya terapötik yaklaşımla zorlukların üstesinden gelmek, büyüme alanlarını tanımak ve anlamak için sahip olduğu yetenekleri kullanmalarını destekler. Tüm bunları göz önünde bulundurarak bu çalışmada, katılımcıların ağrı ile ilişkisi ilk oturumdan itibaren ele alınmaya başlanmıştır. İlk olarak hastaları terapiye dahil etmek ve algılarını yeniden düzenlemek için gerçek yaşam durumu, ağrı çekme şekli ve semptomların işlevsizliğinin işlevini keşfetmeleri konusunda desteklenmiştir. Bunun için PPT'nin araçlarından biri olan "semptoma mektuptan" faydalanılmıştır. Katılımcılardan ilk oturumda, beşinci oturumda ve son oturumda sahip oldukları ağrıya mektup yazmaları istenmiştir. Yine ilk oturumda hikâyeden faydalanılarak ağrının kendileri için anlamı ve işlevini fark ettirmeye çalışılmıştır. Böylelikle ağrı ile bitişik yaşayan birey ağrı ile arasına mesafe koymayı öğrenmeye başlamıştır. Bu durum istatistiğe yansımıştır. Ağrı için grup*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=52,3$; $p=0,001$, $\eta^2=0,438$). Bu, deney ve kontrol grupları arasında zaman içinde anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir. Deney grubunun ağrı skorları son test ve izlem döneminde anlamlı şekilde düşüş göstermiştir ($T1-T2$ ve $T1-T3$ $p=0,001$), bu da FMSPTPT'nin ağrı seviyelerini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Araştırma bulguları, FMS için yapılan PPT çalışması kısıtlı olduğundan dolayı, FMS ile çalışılan diğer psikoterapötik müdahaleler ile kıyaslanmıştır.

FMS'li hastalarda psikoterapötik müdahaleler ve bunların fiziksel ağrı üzerindeki etkilerine ilişkin yapılan sistematik incelemelerde; bir araya getirilen tüm BDT'ler, müdahalenin sonunda ve uzun vadeli takipte %50 veya daha fazla ağrı rahatlaması olduğu [118], farkındalık temelli stres azaltma, farkındalık temelli bilişsel terapi ve ACT ile ilgili dokuz çalışmanın analizi sonucunda ağrıyı azalttığını [119], BDT'leri ve farkındalık müdahalelerini "olağan bakım" ile karşılaştıran 29 çalışmanın analizinde müdahaleler, ağrıyı azaltmada, olağan bakımdan daha üstün [120] olması bu çalışmanın sonuçlarını desteklemektedir. Ayrıca hemşirelik araştırmaları, FMS hastalarında hemşirelik bakımı uygulandığında, algılanan ağrı tetik noktalarında %40 azalma olduğunu [20], bizim çalışmamıza benzer şekilde psikiyatri hemşiresinin 8 oturum BDT ile müdahalesinde ağrı yönünden deney ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılıklar olduğunu [36] göstermiştir. Bu sonuçlar, FMS'li hastaların ağrı kontrolünde etkin bir psikoterapötik yöntem olarak PPT araçlarının da hemşirelik girişimlerine dahil edilebileceğini düşündürmektedir.

FMS ile ortaya çıkan semptomlar genellikle günlük yaşam aktiviteleri üzerinde

değişikliklere yol açar. Birçok hastada, fiziksel aktivitenin azalması kondisyon kaybına yol açabilir ve kişinin günlük yaşam aktivitelerini tamamlama becerisini bozabilir [47], [121]. Bu değişiklikleri hastanın net bir şekilde görmesi için PPT'nin denge modelinden faydalanılır. Denge modeli ile semptomun sistematik olarak incelenmesi sırasında önemli yaşam olaylarının (makro travmalar) ve günlük stresörlerin (mikro travmalar) hatırlanması hastanın kendi yoğun deneyiminden uzaklaşmasına ve bilişsel çarpıtmaların tersine semptom ile yaşam zorlukları, sosyal ilişkiler, psikolojik bağlam ve davranış modelleri arasında bağlantı kurmasında farkındalık oluşturmaya yardımcı olur [30], [72]. Birey, yaşamın dört alanının her biriyle ilgili dört kaçış mekanizmasından; hastalığa (somatizasyon), aktiviteye ve başarıya (rasyonelleşme), sosyallik veya yalnızlığa (idealizasyon veya aşağılama) ve fanteziye (inkar) kaçıştan hangisini kullandığını fark eder [71]. Fark ettiği alanı değiştirmek için motive olur ve harekete geçmesi kolaylaşır. Bunun için ikinci oturumda denge modeli ile çalışılmıştır. Bu konu ile ilgili ev çalışmaları ile hastaları değişime teşvik edilmiştir. İkinci oturumdan sonraki oturumlarda da yapılan çalışmalar denge modeli ile ilişkilendirilmiştir. Böylelikle değişim pekiştirilmiştir. Mevcut çalışmanın bulgularında, fiziksel fonksiyonel bozulmaya ilişkin verilerde kullanılan, FIQ skorlarında anlamlı iyileşmeler olduğu yönündedir. Bu da deney grubunun günlük aktivitesinin arttığını göstermekte olup literatürle paralel bir sonuç elde edilmiştir. FMS'li hastaların semptomları ve işlevselliği iyileştirmek için psikoterapötik müdahalelerin yapıldığı çalışmalarda da benzer şekilde fiziksel aktivitede iyileşme bulunmuştur [35], [36], [110], [116], [118], [120]– [122].

Ağrı ve fonksiyonel kısıtlılık nedeniyle FMS'li bireylerde, depresyon, anksiyete, somatik yakınmalar ve sosyal işlevsellikte azalma yüksek oranda görülmektedir [6], [8], [10], [84], [119], [121], [124]. PPT'nin temelinde yatan mantık, rahatsızlıkların pozitif bir bakış açısına odaklanarak yeniden yorumlanması ile semptom odaklı olmaktan çok semptomun işlevine odaklanmak, böylelikle bireyin güçlü yanlarının desteklenmesi ve nihayetinde danışanın yaşamında dengeye ulaşmasının sağlanmasıdır [28], [33]. Bunun için çalışmamızda katılımcıların çatışmalarının kaynağını ve yaşamlarındaki işlevini bulmaları için; PPT araçlarından dörtlü model boyutları kullanıldı. Dörtlü model boyutları çalışmasında, hastaların çatışma kaynaklarını, çatışmalarının işlevini fark etmeleri ve duygusal ihtiyaçlarını ifade etmeleri konusunda desteklendi. Ev çalışmaları ile bu yeni kazanımları pekiştirildi. Bunun sonucunda bizim çalışmamızda, çalışmaların sonuç değişkenlerinden ruhsal iyilik halinin, anksiyete, depresyon ve somatizasyon

belirtilerinde literatüre benzer olarak azalma görülmüştür. Mevcut çalışmaya benzer bir çalışmada, FMS’li hastalarla yapılan PPT müdahalesi sonrasında depresyon belirtilerinde azalma görülmüştür [37]. Literatür incelemelerinde, FMS hastalarında psikoterapötik müdahalelerin ruhsal iyiliği arttırmaya, depresyon ve anksiyete belirtilerinde azalmaya etki ettiğine işaret eden çalışmalar bulunmaktadır [35], [36], [58], [84], [112], [119], [125], [126].

Psikoterapötik müdahalelerin, FMS’li yetişkinlerde etkinliğini araştıran 74 makalenin gözden geçirildiği çalışmada, olağan bakım kontrollerine kıyasla fiziksel işlevselliği, ağrıyı ve moral bozukluğunu iyileştirmede etkili olduğunu gösterilmektedir [127]. Bulgular çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Bu çalışmada, bir hemşirenin hastalara en yakın kişi olması, psikolojik ve fiziksel durumlarını iyi anlaması ve davranış kalıplarını kolayca tespit edip geri bildirim sağlayabilmesi, programı uygulama aşamasını kolaylaştırmada ve çıkan sonuçların olumlu olması yönünde etkili olmuş gibi görünmektedir.



4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma; Nossrat Peseschkian'ın PPT modeline dayanan, Fibromiyalji Sendromlu Hastalar için Pozitif Psikoterapi Programı'nın (FMSPPTP) FMS olan hastaların ağrı algısı, günlük yaşam aktiviteleri ve ruhsal sağlıklarına etkinliğini değerlendirmek amacı ile randomize kontrollü deneysel tasarımda yapılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir.

- Deney ve kontrol gruplarına dahil edilen FMS hastalarının sosyodemografik özellikleri bakımından birbirine benzer olduğu ancak deney ve kontrol grubunun çalışma durumu açısından farklılık gösterdiği, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,033$). Diğer özellikler yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 3.1).
- Deney ve kontrol grubunda yer alan FMS hastalarının program öncesinde alınan FIQ ön test puan ortalamaları (deney grubu: $70,63 \pm 15,65$ kontrol grubu: $51,88 \pm 19,91$) arasında istatistiksel olarak fark olduğu görülmektedir. Bu fark son – test ve izlem testinde devam etmiştir.
- Genel olarak, çıkan sonuçlar, deney grubunun kontrol grubuna göre FMSPPTP sonrası ve izleme döneminde FIQ skorlarında anlamlı iyileşmeler gösterdiğini ortaya koymaktadır. Deney grubunda programın etkisi net bir şekilde gözlemlenmektedir ve bu etki izleme döneminde de devam etmektedir. Kontrol grubunda ise, zaman içindeki değişiklikler istatistiksel olarak anlamlı değildir.
- Deney ve kontrol gruplarının VAS ölçümleri arasındaki son – test ve izlem ölçümlerinde çıkan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,001$) ve etki büyüklüğü (η^2) 0,438 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç, FMSPPTP sonrası deney grubunda belirgin bir ağrı azalması olduğunu ve bu farkın büyük bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir.
- Grup içi karşılaştırmalarda, deney grubunun VAS ölçüm sonuçları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Kontrol grubunda ise zaman içindeki değişiklikler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,679$).
- Genel olarak, bu veriler, deney grubunun kontrol grubuna göre FMSPPTP sonrası ve izleme döneminde VAS skorlarında anlamlı iyileşmeler gösterdiğini ortaya

koymaktadır. Deney grubunda tedavi etkisi net bir şekilde gözlemlenmektedir ve bu etki izleme döneminde de devam etmektedir. Kontrol grubunda ise, zaman içindeki değişiklikler istatistiksel olarak anlamlı değildir.

- GSA-28 toplam ön test, son – test ve izlem skorlarında, deney grubu ile kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,001$).
- GSA-28 toplam skorları için grup*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=73,20$; $p=0,001$, $\eta^2=0,522$). Bu, deney ve kontrol grupları arasında zaman içinde anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir.
- Somatik alt boyutları skorları için grup*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=49,35$, $p=0,001$, $\eta^2=0,424$). Bu, deney ve kontrol grupları arasında zaman içinde anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir.
- Anksiyete alt boyut skorları için grup*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=51,92$, $p=0,001$, $\eta^2=0,437$). Bu, deney ve kontrol grupları arasında zaman içinde anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir.
- Sosyal işlevsellik alt boyut skorları için grup*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=71,84$, $p=0,001$, $\eta^2=0,517$). Bu, deney ve kontrol grupları arasında zaman içinde anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir.
- Depresyon alt boyut skorları için grup*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=15,04$, $p=0,001$, $\eta^2=0,183$). Bu, deney ve kontrol grupları arasında zaman içinde anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir.
- Sonuç olarak, iki yönlü tekrarlı ölçümler ANOVA sonuçları, deney grubunun kontrol grubuna kıyasla FMSPPTP sonrası ve izlem döneminde çeşitli sağlık ve işlevsellik ölçümlerinde anlamlı iyileşmeler gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu iyileşmeler, etki büyüklüğü değerleriyle de desteklenmekte ve programın deney grubu üzerinde belirgin ve klinik olarak anlamlı etkileri olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, gelecekte FMS hastalarında semptomları hafifletmeye yardımcı olmak için etkili bir hemşirelik müdahale programı olarak kullanılması beklenmektedir.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

Uygulamaya yönelik:

- Ayaktan tedavi alan FMS’li hastaları için hastalıkları hakkında ilaç kullanımı dışında da tedavi yöntemlerinin mevcut olduğunu anlatan bilgilendirici eğitim ve toplantılar düzenlenmesi,
- FMS’i olan hastaların yatarak tedavi gördüğü ünitelerde Konsültasyon Liyezon Psikiyatri (KLP) hemşireliği bağlamında bütüncül bakımın desteklenmesi,
- FMS’i olan hastaların yatarak tedavi gördüğü ünitelerde KLP hemşireliği öncülüğünde multidisipliner ekip (hemşire, doktor, fizyoterapist, psikolog, diyetisyen) anlayışı geliştirilmesi için hizmet içi eğitimler düzenlenmesi,
- Hastaların ailesinin de programa dahil edilmesi ve hastalığın kabul edilmesi, yönetmesi ve bakımında ailenin sorumluluk alması yönünde teşvik edilmesi,
- Her oturum sonunda yaptırılan gevşeme egzersizini, katılımcıların evlerinde, sistemli ve daha sık uygulamalarını kolaylaştırmak için egzersizlerin ses kaydı oluşturularak paylaşılması,
- FMSPTP programının hastaların ağrı kontrolü üzerindeki olumlu etkisi göz önüne alınarak; klinikte FMS’li hastaların ağrı kontrolü için planlanan hemşirelik girişimlerine “hikayelerden yararlanılarak ağrının kendileri için anlamını ve işlevini fark etmelerini sağlayacak uygulamaların eklenmesi,

Araştırmacılara yönelik:

- FMSPTP’nin uzun dönem etkilerinin belirlenmesi için en az bir yıllık takiplerinin yapılması,
- Araştırma bulgularının toplumun genelindeki FMS hastalarına uygulanabilmesi için bu alanda daha fazla deneysel çalışma yapılması,
- Bu gibi çalışmalar tasarlarken çalışma durumu göz önüne alınarak randomizasyonun yapılması,
- Araştırma için uygulanacak ön – test ölçeklerin randomizasyon öncesi uygulanması,
- Nicel verilerin yanında her oturum sonrası ya da program bitiminde bireysel veya odak grup görüşmeleri planlanarak nitel verilerle katılımcıların paylaşımlarına yer verilmesi önerilmiştir.

5. KAYNAKLAR

- [1] R. A. Hawkins, "Fibromyalgia: A clinical update", *J. Osteopath. Med.*, c. 113, sy 9, ss. 680-689, Eyl. 2013, doi:10.7556/jaoa.2013.034.
- [2] F. Wolfe, D. J. Clauw, M. A. Fitzcharles, D. L. Goldenberg, R. S. Katz, P. Mease, A. S. Russell, I. J. Russell, J. B. Winfield ve M. B. Yunus, "The American College of rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity", *Arthritis Care Res.*, c. 62, sy 5, ss. 600-610, May. 2010, doi:10.1002/acr.20140.
- [3] F. Wolfe ve B. Walitt, "Culture, science and the changing nature of fibromyalgia", *Nat. Rev. Rheumatol.*, c. 9, sy 12, ss. 751-755, Ara. 2013, doi:10.1038/nrrheum.2013.96.
- [4] S. D'Agnelli, L. Arendt-Nielsen, M. C. Gerra, K. Zatorri, L. Boggiani, M. Baciarello ve E. Bignami, "Fibromyalgia: Genetics and epigenetics insights may provide the basis for the development of diagnostic biomarkers", *Mol. Pain*, c. 15, s. 174480691881994, Oca. 2019, doi:10.1177/1744806918819944.
- [5] C. M. Galvez-Sánchez ve G. A. Reyes Del Paso, "Diagnostic criteria for fibromyalgia: Critical review and future perspectives", *J. Clin. Med.*, c. 9, sy 4, s. 1219, Nis. 2020, doi:10.3390/jcm9041219.
- [6] P. Sarzi-Puttini, V. Giorgi, D. Marotto ve F. Atzeni, "Fibromyalgia: An update on clinical characteristics, aetiopathogenesis and treatment", *Nat. Rev. Rheumatol.*, c. 16, sy 11, ss. 645-660, Kas. 2020, doi:10.1038/s41584-020-00506-w.
- [7] A. G. Taylor, K. E. Adelstein, T. G. Fischer-White, M. Murugesan ve J. G. Anderson, "Perspectives on living with fibromyalgia", *Glob. Qual. Nurs. Res.*, c. 3, s. 233339361665814, Oca. 2016, doi:10.1177/2333393616658141.
- [8] C. M. Galvez-Sánchez, S. Duschek ve G. A. Reyes Del Paso, "Psychological impact of fibromyalgia: Current perspectives", *Psychol. Res. Behav. Manag.*, c. 12, ss. 117-127, Şub. 2019, doi:10.2147/PRBM.S178240.
- [9] S. C. Ashe, P. J. Furness, S. J. Taylor, S. Haywood-Small ve K. Lawson, "A qualitative exploration of the experiences of living with and being treated for fibromyalgia", *Health Psychol. Open*, c. 4, sy 2, s. 205510291772433, Tem. 2017, doi:10.1177/2055102917724336.
- [10] C. Paz, M. Aguilera, M. Salla, V. Compañ, J. C. Medina, A. Bados, E. García-Grau, A. Castel, J. C. Crespillo, A. Montesano, L. Medeiros-Ferreira ve G. Feixas, "Personal construct therapy vs cognitive behavioral therapy in the treatment of depression in women with fibromyalgia: Study protocol for a multicenter randomized controlled trial", *Neuropsychiatr. Dis. Treat.*, c. Volume 16, ss. 301-311, Oca. 2020, doi:10.2147/NDT.S235161.
- [11] J. C. Restrepo Medrano ve J. G. Rojas, "Fibromyalgia. What should nursing professionals know and evaluate?", *Investig. Educ. En Enferm.*, c. 29, sy 2, Ağu. 2011, doi:10.17533/udea.iee.4805.

- [12]A. Çağlıyan Türk, “Old and new criteria for the diagnosis of fibromyalgia: Comparison and evaluation”, *Ank. Med. J.*, Mar. 2019, doi:10.17098/amj.542154.
- [13]B. Dernek, “Fibromiyalji sendromu hastalarının işlevsellik, yetiştirimi ve sağlığın uluslararası sınıflandırılması (ICF) kapsamında değerlendirilmesi: Pilot çalışma”, *Acibadem Univ. Sağlık Bilim. Derg.*, ss. 0-0, Oca. 2020, doi:10.31067/0.2020.255.
- [14]E. García-Perea, A. Pedraz-Marcos, S. H. Martínez-Rodríguez, P. Otones-Reyes ve A. M. Palmar-Santos, “Effectiveness of a fibromyalgia online nursing consultation in the quality of life: A randomized controlled trial”, *Pain Manag. Nurs.*, c. 23, sy 4, ss. 478-485, Ağu. 2022, doi:10.1016/j.pmn.2021.09.001.
- [15]B. Kocyigit ve A. Akyol, “Fibromyalgia syndrome: epidemiology, diagnosis and treatment”, *Rheumatology*, c. 60, sy 6, ss. 413-421, Ara. 2022, doi:10.5114/reum.2022.123671.
- [16]P. Sarzi-Puttini, F. Atzeni, F. Salaffi, M. Cazzola, M. Benucci ve P. J. Mease, “Multidisciplinary approach to fibromyalgia: What is the teaching?”, *Best Pract. Res. Clin. Rheumatol.*, c. 25, sy 2, ss. 311-319, Nis. 2011, doi:10.1016/j.berh.2011.03.001.
- [17]R. E. Kanik Tezcan ve Ö. Yalçinkaya Alkar, “Fibromiyalji ile ilişkili psikolojik faktörler ve psikolojik müdahale alanları”, *Psikiyatr. Güncel Yaklaşımlar*, c. 14, sy 2, ss. 221-234, Haz. 2022, doi:10.18863/pgy.972163.
- [18]R. M. Rasmussen, K. Amris ve S. Rydahl-Hansen, “How can group-based multidisciplinary rehabilitation for patients with fibromyalgia influence patients’ self-efficacy and ability to cope with their illness: A grounded theory approach”. *Journal Clin Nurs.*, c. 26, sy 7-8, ss. 931-945, Nis. 2017, doi:10.1111/jocn.13521
- [19]Y. C. M. M. Ali, M. B. Sanches, L. G. Lauretti ve M. D. G. Salvetti, “Effects of a nursing intervention in the control of symptoms in patients with fibromyalgia. Case report”, *Braz. J. Pain*, c. 1, sy 4, 2018, doi:10.5935/2595-0118.20180069.
- [20]G. E. R. Fernández, “Therapeutic setting: Nursing care for patients with fibromyalgia”, *Int. J. Nurs.*, c. 5, sy 1, Oca. 2015, doi:10.15520/ijnd.2015.vol5.iss01.35.28-30.
- [21]L. Hamama ve M. Itzhaki, “Coping with fibromyalgia - a focus group study”, *Int. J. Qual. Stud. Health Well-Being*, c. 18, sy 1, s. 2204622, Ara. 2023, doi:10.1080/17482631.2023.2204622.
- [22]K. A. Sluka ve D. J. Clauw, “Neurobiology of fibromyalgia and chronic widespread pain”, *Neuroscience*, c. 338, ss. 114-129, Ara. 2016, doi:10.1016/j.neuroscience.2016.06.006.
- [23]W. Häuser, M. Kosseva, N. Üceyler, P. Klose ve C. Sommer, “Emotional, physical, and sexual abuse in fibromyalgia syndrome: A systematic review with meta-analysis”, *Arthritis Care Res.*, c. 63, sy 6, ss. 808-820, Haz. 2011, doi:10.1002/acr.20328.
- [24]T. A. Cope, “Positive psychotherapy’s theory of the capacity to know as explication of unconscious contents”, *J. Relig. Health*, c. 48, sy 1, ss. 79-89, Mar. 2009, doi:10.1007/s10943-008-9225-7.
- [25]K. Tritt, T. H. Loew, M. Meyer, B. Werner ve N. Peseschkian, “Positive psychotherapy: Effectiveness of an interdisciplinary approach.”, *Eur. J. Psychiatry*, c. 13, sy 4, ss. 231-242, 1999.

- [26] C. Henrichs, "Psychodynamic positive psychotherapy emphasizes the impact of culture in the time of globalization", *Psychology*, c. 03, sy 12, ss. 1148-1152, 2012, doi:10.4236/psych.2012.312A169.
- [27] H. Peseschkian ve A. Remmers, "Positive Psychotherapy: An Introduction", *Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology: Clinical Applications*. Springer International Publishing, Cham, ss. 11-32, 2020. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: https://doi.org/10.1007/978-3-030-33264-8_2
- [28] N. Peseschkian M.D., *Positive Psychosomatics: Clinical Manual of Positive Psychotherapy*. AuthorHouseUK, 2016. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://books.google.com.tr/books?id=C9gDDQAAQBAJ>
- [29] U. Boessmann ve A. Remmers, *Pozitif Psikodinamik Psikoterapi Ders Kitabı*, 1. bs. WAPP Press, 2022. doi:10.52982/978-3-910225-04-6.
- [30] T. A. Cope, "Positive psychotherapy: 'Let the truth be told'", *Int. J. Psychother.*, c. 18, sy 2, ss. 62-71, 2014.
- [31] E. Dobiła ve P. Winkler, "'Positive psychotherapy' according to Seligman and 'positive psychotherapy' according to Peseschkian: A comparison", *Int. J. Psychother.*, c. 20, sy 3, ss. 5-17, 2016.
- [32] T. A. Cope, "The inherently integrative approach of positive psychotherapy.", *J. Psychother. Integr.*, c. 20, sy 2, ss. 203-250, 2010, doi:10.1037/a0019769.
- [33] I. Kirillov, "Positive Psychosomatics", 2020, ss. 165-175. doi:10.1007/978-3-030-33264-8_15.
- [34] A. W. St John, J. H. Aebischer, R. Friend ve K. D. Jones, "Fibromyalgia: A clinical update.", *Nurse Pr.*, c. 1, sy 47, ss. 20-30, Nis. 2022, doi:10.1097/01.NPR.0000822536.18719.50.
- [35] T. Haugmark, K. B. Hagen, S. A. Provan, G. Smedslund ve H. A. Zangi, "Effects of a mindfulness-based and acceptance-based group programme followed by physical activity for patients with fibromyalgia: A randomised controlled trial", *BMJ Open*, c. 11, sy 6, s. e046943, Haz. 2021, doi:10.1136/bmjopen-2020-046943.
- [36] K. R. Kong ve E. N. Lee, "Effects of a cognitive behavior therapy program for patients with fibromyalgia syndrome: A randomized controlled trial", *J. Korean Acad. Nurs.*, c. 51, sy 3, s. 347, 2021, doi:10.4040/jkan.21025.
- [37] N. Gündoğdu Altın, "Fibromiyalji sendromlu kadın hastalarda grup pozitif psikoterapi tedavisi ve etkileri", Doktora, İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul, 2022.
- [38] G. J. Macfarlane, C. Kronisch, L. E. Dean, F. Atzeni, W. Häuser, E. Fluß, E. Choy, E. Kosek, K. Amris, J. Branco, F. Dincer, P. Leino-Arjas, K. Longley, G. M. McCarthy, S. Makri, S. Perrot, P. Sarzi-Puttini, A. Taylor ve G. T. Jones, "EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia", *Ann. Rheum. Dis.*, c. 76, sy 2, ss. 318-328, Şub. 2017, doi:10.1136/annrheumdis-2016-209724.
- [39] T. Schmidt-Wilcke ve M. Diers, "New Insights into the Pathophysiology and Treatment of Fibromyalgia", *Biomedicines*, c. 5, sy 4, s. 22, May. 2017, doi:10.3390/biomedicines5020022.
- [40] D. F. García Rodríguez ve C. Abud Mendoza, "Physiopathology of fibromyalgia", *Reumatol. Clínica Engl. Ed.*, c. 16, sy 3, ss. 191-194, May. 2020, doi:10.1016/j.reumae.2020.02.004.

- [41] D. J. Clauw, Y. D'Arcy, K. Gebke, D. Semel, L. Pauer ve K. D. Jones, "Normalizing fibromyalgia as a chronic illness", *Postgrad. Med.*, c. 130, sy 1, ss. 9-18, Oca. 2018, doi:10.1080/00325481.2018.1411743.
- [42] M. E. Maffei, "Fibromyalgia: Recent advances in diagnosis, classification, pharmacotherapy and alternative remedies", *Int. J. Mol. Sci.*, c. 21, sy 21, s. 7877, Eki. 2020, doi:10.3390/ijms21217877.
- [43] C. M. Galvez-Sánchez ve G. A. Reyes Del Paso, "Diagnostic criteria for fibromyalgia: Critical review and future perspectives", *J. Clin. Med.*, c. 9, sy 4, s. 1219, Nis. 2020, doi:10.3390/jcm9041219.
- [44] V. Giorgi, S. Sirotti, M. E. Romano, D. Marotto, J. N. Ablin, F. Salaffi ve P. Sarzi-Puttini, "Fibromyalgia: One year in review 2022", *Clin. Exp. Rheumatol.*, c. 40, sy 6, ss. 1065-1072, Haz. 2022, doi: 10.55563/clinexprheumatol/if9gk2
- [45] W. Häuser, J. Ablin, M. A. Fitzcharles, G. Littlejohn, J. V. Luciano, C. Usui ve B. Walitt, "Fibromyalgia", *Nat. Rev. Dis. Primer*, c. 1, sy 1, s. 15022, Ağu. 2015, doi:10.1038/nrdp.2015.22.
- [46] M. W. Neumeister ve E. L. Neumeister, "Fibromyalgia", *Clin. Plast. Surg.*, c. 47, sy 2, ss. 203-213, Nis. 2020, doi:10.1016/j.cps.2019.12.007.
- [47] K. M. Schaefer, "Caring for the patient with fibromyalgia: The rehabilitation nurse's role", *Rehabil. Nurs.*, c. 29, sy 2, ss. 49-55, Mar. 2004, doi:10.1002/j.2048-7940.2004.tb00306.x.
- [48] R. Siracusa, R. D. Paola, S. Cuzzocrea ve D. Impellizzeri, "Fibromyalgia: Pathogenesis, mechanisms, diagnosis and treatment options update", *Int. J. Mol. Sci.*, c. 22, sy 8, s. 3891, Nis. 2021, doi:10.3390/ijms22083891.
- [49] J. B. John A. Hurley, *Fibromyalgia*. Treasure Island: In: StatPearls [Internet], 2023. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK540974/>
- [50] Ö. Şener, "The effect of psychodrama on fibromyalgia syndrome: A case report", *Int. J. Psychol. Educ. Stud.*, c. 8, sy 4, ss. 237-245, Ara. 2021, doi:10.52380/ijpes.2021.8.4.634.
- [51] P. Sarzi-Puttini, V. Giorgi, F. Atzeni, R. Gorla, E. Kosek, E. H. Choy, L. Bazzichi, W. Häuser, J. N. Ablin, V. Aloush, D. Buskila, H. Amital, J. A. P. Da Silva, S. Perrot, B. Morlion, E. Polati, V. Schweiger, S. Coaccioli, G. Varrassi, M. Di Franco, R. Torta, K. M. Øien Forseth, K. Mannerkorpi, F. Salaffi, M. Di Carlo, G. Cassisi ve A. Batticciotto, "Diagnostic and therapeutic care pathway for fibromyalgia", *Clin. Exp. Rheumatol.*, c. 39, sy 3, ss. 120-127, Haz. 2021, doi:10.55563/clinexprheumatol/zcp5hz.
- [52] R. M. Bennett, J. Jones, D. C. Turk, I. J. Russell ve L. Matallana, "An internet survey of 2596 people with fibromyalgia", *BMC Musculoskelet. Disord.*, c. 8, sy 1, s. 27, Ara. 2007, doi:10.1186/1471-2474-8-27.
- [53] T. Kengen Traska, D. N. Rutledge, M. Mouttapa, J. Weiss ve J. Aquino, "Strategies used for managing symptoms by women with fibromyalgia", *J. Clin. Nurs.*, c. 21, sy 5-6, ss. 626-635, Mar. 2012, doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03501.x.
- [54] L. M. Arnold, R. M. Bennett, L. J. Crofford, L. E. Dean, D. J. Clauw, D. L. Goldenberg, M. A. Fitzcharles, E. S. Paiva, R. Staud, P. Sarzi-Puttini, D. Buskila ve G. J. Macfarlane, "AAPT diagnostic criteria for fibromyalgia", *J. Pain*, c. 20, sy 6, ss. 611-628, Haz. 2019, doi:10.1016/j.jpain.2018.10.008.

- [55] L. M. Arnold, K. B. Gebke ve E. H. S. Choy, "Fibromyalgia: management strategies for primary care providers", *Int. J. Clin. Pract.*, c. 70, sy 2, ss. 99-112, Şub. 2016, doi:10.1111/ijcp.12757.
- [56] P. Montesó-Curto, M. L. Panisello-Chavarria, L. Sarrió-Colás ve L. Toussaint, "Nurses' perceptions of patient fibromyalgia illness experiences after performing group-based problem-solving therapy: A qualitative research study", *Healthcare*, c. 11, sy 11, s. 1531, May. 2023, doi:10.3390/healthcare11111531.
- [57] A. Pérez-Aranda, A. Barceló-Soler, L. Andrés-Rodríguez, M. T. Peñarrubia-Maríae, R. Tuccillo, G. Borraz-Estruchh, J. García-Campayoc, A. Feliu-Soler ve J. V. Luciano, "Description and narrative review of well-established and promising psychological treatments for fibromyalgia", *Mindfulness Compassion*, c. 2, sy 2, ss. 112-129, Tem. 2017, doi:10.1016/j.mincom.2017.10.002.
- [58] A. Mozhi ve N. Arumugam, "Effects of cognitive behavioral therapy in patients with fibromyalgia: a single blind, randomized controlled study", *Rev. Pesqui. Em Fisioter.*, c. 11, sy 1, ss. 40-49, Oca. 2021, doi:10.17267/2238-2704rpf.v11i1.3309.
- [59] H. Peseschkian, "Positive psychotherapy: Core principles", *Curr. Psychiatry*, c. 22, sy 1, Oca. 2023, doi:10.12788/cp.0317.
- [60] T. Sarı, "Pozitif psikoterapi: Gelişimi, temel ilke ve yöntemleri ve Türk kültürüne uygulanabilirliği", 2015.
- [61] S. A. Woldemariam, "Positive interpretation as a tool in psychotherapy", *Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology: Clinical Applications*. Springer International Publishing, Cham, ss. 417-421, 2020. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: https://doi.org/10.1007/978-3-030-33264-8_34
- [62] M. Karaaziz ve E. Çakıcı, "A review of addiction concept from the perspective of positive psychotherapy", *Anatol. J. Psychiatry*, c. 20, sy Special Issue 1, s. 108, 2019, doi:10.5455/apd.302644872.
- [63] N. Peseschkian, *Günlük Yaşamın Psikoterapisi*, 1 c. İstanbul: Beyaz Yayınları, 2002.
- [64] E. Sinici, T. Sari ve Ö. Maden, "Primary and secondary capacities in Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) patients in terms of positive psychotherapy", *Int. J. Psychother.*, c. 18, sy 3, 2014.
- [65] I. Kirillov, *Pozitif Psikoterapi İlerliyor - 1. Bölüm - Teorik Yansımalar*. Nobel Akademik Yayıncılık, 2022.
- [66] N. Peseschkian, *Pozitif Psikoterapiye Giriş Kuram ve Uygulama*, 2. Anı Yayıncılık, 2020.
- [67] M. Goncharov, "Conflict model of positive psychotherapy", *Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology: Clinical Applications*. Springer International Publishing, Cham, ss. 331-348, 2020. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: https://doi.org/10.1007/978-3-030-33264-8_27
- [68] A. Eryılmaz, *Meta Teori: Bir Gelişim ve Psikoterapi Kuramı Olarak Pozitif Psikoterapi*, 1. bs. Nobel Akademik Yayıncılık, 2020.
- [69] N. Peseschkian, *Positive Psychotherapy: Theory and Practice of a New Method*. New York: Springer, 1987.

- [70] A. Aypay ve A. Kara, "Pozitif psikoterapi denge modeli bağlamında dengeli yaşam ölçeği ve dengeli yaşam temel becerileri ölçeğinin geliştirilmesi", *Sak. Univ. J. Educ.*, c. 8, sy 3, ss. 63-79, Ara. 2018, doi:10.19126/suje.408531.
- [71] H. Peseschkian, "Positive Psychosomatik", *Erfahrungsheilkunde*, c. 64, sy 06, ss. 314-322, 2016, doi:10.1055/s-0041-109247.
- [72] H. Peseschkian ve A. Remmers, "Life Balance with Positive Psychotherapy", içinde *Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology*, E. Messias, H. Peseschkian, ve C. Cagande, Ed., Cham: Springer International Publishing, 2020, ss. 91-99. doi:10.1007/978-3-030-33264-8_8.
- [73] E. Çorbacı, "Pozitif psikoterapi yaklaşımı ile bir olgunun terapi süreci", *IJHE*, c. 8, sy 17, ss. 15-169, 2022.
- [74] C. Henrichs ve G. Hum, "Positive Psychotherapy and Other Psychotherapeutic Methods", *Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology: Clinical Applications*. Springer International Publishing, Cham, ss. 401-408, 2020. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: https://doi.org/10.1007/978-3-030-33264-8_32
- [75] A. Remmers, "Positive Transcultural Psychotherapy and its Place within the Psychotherapy Field". Wiesbaden Academy for Psychotherapy WIAP, 29 Kasım 2017.
- [76] B. L. Drew, "The evolution of the role of the psychiatric mental health advanced practice registered nurse in the United States", *Arch. Psychiatr. Nurs.*, c. 28, sy 5, ss. 298-300, Eki. 2014, doi:10.1016/j.apnu.2014.07.002.
- [77] G. Winship, "Establishing the role of the nurse psychotherapist in the United Kingdom", *Perspect. Psychiatr. Care*, c. 33, sy 1, ss. 25-31, Oca. 2009, doi:10.1111/j.1744-6163.1997.tb00530.x.
- [78] M. Yılmaz ve A. Özcan, "Psikiyatri hemşireliğinin geleceği", *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg*, 2016.
- [79] S. Scheydt ve A. Hegedüs, "Tasks and activities of advanced practice nurses in the psychiatric and mental health care context: A systematic review and thematic analysis", *Int. J. Nurs. Stud.*, c. 118, s. 103759, Haz. 2021, doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103759.
- [80] S. Scheydt, M. Holzke ve A. Hegedüs, "Advanced nursing practice im psychiatrisch-psychosozialen kontext: Übersicht und vergleich der unterschiedlichen «erweiterten» rollenprofile der psychiatrischen pflege", *Psychiatr. Prax.*, c. 47, sy 03, ss. 118-127, Nis. 2020, doi:10.1055/a-1116-0195.
- [81] J. Sharrock ve B. Happell, "The psychiatric consultation-liaison nurse: Thriving in a general hospital setting", *Int. J. Ment. Health Nurs.*, c. 11, sy 1, ss. 24-33, Mar. 2002, doi:10.1046/j.1440-0979.2002.00205.x.
- [82] N. Kocaman, "Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve genel hastanede psikososyal bakım", *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, c. 2, sy 47, ss. 97-107, Oca. 2005. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://www.researchgate.net/publication/237475092>
- [83] M. Liu ve B. Shi, "Nursing intervention reduces depression for patients with rheumatoid arthritis: A randomized controlled trial protocol", *Medicine (Baltimore)*, c. 99, sy 47, s. e23268, Kas. 2020, doi:10.1097/MD.00000000000023268.

- [84]B. Karlsson, G. Burell, U.-M. Anderberg ve K. Svärdsudd, “Cognitive behaviour therapy in women with fibromyalgia: A randomized clinical trial”, *Scand. J. Pain*, c. 9, sy 1, ss. 11-21, Eki. 2015, doi:10.1016/j.sjpain.2015.04.027.
- [85]N. Peseschkian ve K. Tritt, “Positive psychotherapy effectiveness study and quality assurance”, *Eur. J. Psychother. Couns.*, c. 1, sy 1, ss. 93-104, Nis. 1998, doi:10.1080/13642539808400508.
- [86]A. Eryılmaz, “Pozitif grup terapisinin etkililiğinin incelenmesi: Bir ön çalışma”, *Kesit Akad. Derg.*, c. 1, sy 2, ss. 13-24, 2015.
- [87]A. Eryılmaz ve Ç. Keven-Aklıman, “The effectiveness of a body image group counselling program on adolescent girls in high school”, *Int. J. Psychol. Educ. Stud.*, c. 4, sy 2, ss. 10-23, May. 2017, doi:10.17220/ijpes.2017.02.002.
- [88]D. Yanık, “İnfertilite tedavisi gören kadınlarda pozitif psikoterapi temelli eğitimin psikolojik iyi oluş ve umuda etkisi”, Doktora, İnönü Üniversitesi, Malatya, 2021.
- [89]D. Yanık ve F. Kavak Budak, “The effect of positive psychotherapy-based training on stigma and self-efficacy in women receiving infertility treatment”, *J. Am. Psychiatr. Nurses Assoc.*, s. 107839032211228, Eyl. 2022, doi:10.1177/10783903221122801.
- [90]S. Güleç Keskin ve K. Gülirmak, “The effect of positive psychotherapy education on subjective wellbeing among nursing students”, *Perspect. Psychiatr. Care*, c. 58, sy 2, ss. 861-870, Nis. 2022, doi:10.1111/ppc.12865.
- [91]C. Christ, F. Mitterlehner ve S. Raisch, “Recover your balance: Effectiveness research of positive psychotherapy”, *Glob. Psychother.*, c. 1, sy 2, ss. 12-21, Tem. 2021, doi:10.52982/lkj146.
- [92]S. Öner, “Pozitif psikoterapiye dayalı psikolojik dayanıklılık psikoeğitim programının hemşirelerin psikolojik dayanıklılıklarına etkisi ve dengeli yaşam becerileri”, Doktora, Düzce Üniversitesi, Düzce, 2024.
- [93]L. Nourian, M. Golparvar ve A. Aghaei, “Effectiveness distinctions of positive psychotherapy and acceptance and commitment therapy on flourishing and psychological flexibility of depressed women”, *Assess. Res. Couns. Psychol.*, c. 3, sy 4, ss. 15-29, Ara. 2021, doi:10.52547/jarcp.3.4.15.
- [94]M. K. B. Barzi ve F. Jafari, “Investigating the effectiveness of positive psychotherapy on the quality of life and marital conflicts of mothers who have physical-motor handicapped children (Ages 5 to 12, Tehran)”, sy 2016, 2016.
- [95]G. Nasiri Takami, M. Najafi ve S. Talepasand, “Comparison Group Therapy of Positive Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Efficacy on Adolescents’ Psychological Capital with Depression Symptoms”, *Posit. Psychol. Res.*, c. 6, sy 2, ss. 79-98, 2020, doi:10.22108/ppls.2021.117838.1768.
- [96]S. Vojdany, M. Golzari ve A. Borjali, “The Effectiveness of positive psychotherapy on depression and marital satisfaction of depressed women”, *J. Appl. Psychol.*, c. 8, sy 2, s. 30, 2014.
- [97]E. Kazemainy, S. Rezai Dehnavi ve Montajabian, “The effectiveness of positive psychotherapy on the perception of pain in people with chronic tension headaches”, *Jap*, c. 12, sy 2, ss. 49-61, Ağu. 2021.

- [98] M. Zahra ve S. Masoud, "The effect of psychotherapy-positive intervention on functional disability and pain perception in women with rheumatism", *Med. J. MASHHAD Univ. Med. Sci.*, c. 64, sy 1, ss. 2573-2586, 2021.
- [99] N. Asgharipoor, A. A. Farid, H. Arshadi ve A. Sahebi, "A comparative study on the effectiveness of positive psychotherapy and group cognitive-behavioral therapy for the patients suffering from major depressive disorder", *Iran J Psychiatry Behav Sci*, c. 6, sy 2, ss. 3-41, 2011.
- [100] U. Ghotbinejhad Bahre Asmani, H. Ahadi, H. Hatami ve G. Sarami Foroushani, "Comparison of the effectiveness of group positive psychotherapy and group psychodrama on spiritual attitude, distress tolerance, and quality of life in women with chronic pain", *Journal of Anesthesiology and Pain*, c. 9, sy 4, ss. 51-65, 2019.
- [101] G. Tavakoli, S. Rezai Dehnavi ve Z. Montajabian, "The Effectiveness of Positive Psychotherapy on Pain Perception and Death Anxiety in the Elderly", *J. Aging Psychol.*, c. 5, sy 4, ss. 321-332, 2020.
- [102] G. A. Hawker, S. Mian, T. Kendzerska ve M. French, "Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP)", *Arthritis Care Res.*, c. 63, sy S11, Kas. 2011, doi:10.1002/acr.20543.
- [103] S. Sarmer, S. Ergin ve G. Yavuzer, "The validity and reliability of the Turkish version of the fibromyalgia impact questionnaire", *Rheumatol Int*, sy 20, ss. 9-12, 2000.
- [104] R. Bennett, "The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses", *Clin Exp Rheumatol*, c. 23, sy 39, ss. 154-162, 2005.
- [105] C. Kılıç, M. Rezaki, B. Rezaki, I. Kaplan, G. Özgen, A. Sağduyu ve M. Öztürk, "General Health Questionnaire (GHQ12 & GHQ28): Psychometric properties and factor structure of the scales in a Turkish primary care sample", *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, c. 32, sy 6, ss. 327-331, Ağu. 1997, doi:10.1007/BF00805437.
- [106] D. P. Goldberg, T. Oldehinkel ve J. Ormel, "Why GHQ threshold varies from one place to another", *Psychol. Med.*, c. 28, sy 4, ss. 915-921, Tem. 1998, doi:10.1017/S0033291798006874.
- [107] M. A. Lumley, M. A. Lumley, H. Schubiner, N. A. Lockhart, K. M. Kidwell, S. E. Harte, D. J. Clauw ve D. A. Williams, "Emotional awareness and expression therapy, cognitive behavioral therapy, and education for fibromyalgia: A cluster-randomized controlled trial", *Pain*, c. 158, sy 12, ss. 2354-2363, Ara. 2017, doi:10.1097/j.pain.0000000000001036.
- [108] E. L. Poleshuck vd., "Interpersonal psychotherapy for co-occurring depression and chronic pain.", *Prof. Psychol. Res. Pract.*, c. 41, sy 4, ss. 312-318, Ağu. 2010, doi:10.1037/a0019924.
- [109] M. Serrat, J. P. Sanabria-Mazo, M. Almirall, M. Musté, A. Feliu-Soler, J. L. Méndez-Ulrich, A. Sanz ve J. V. Luciano, "Effectiveness of a multicomponent treatment based on pain neuroscience education, therapeutic exercise, cognitive

- behavioral therapy, and mindfulness in patients with fibromyalgia (FIBROWALK Study): A randomized controlled trial”, *Phys. Ther.*, c. 101, sy 12, s. pzab200, Ara. 2021, doi:10.1093/ptj/pzab200.
- [110] A. Castel, R. Fontova, S. Montull, R. Perinán, M. J. Poveda, I. Miralles, R. Cascón-Pereira, P. Hernández, N. Aragonés, I. Salvat, S. Castro, S. Monterde, A. Padrol, J. Sala, C. Añez ve M. Rull, “Efficacy of a multidisciplinary fibromyalgia treatment adapted for women with low educational levels: A randomized controlled trial”, *Arthritis Care Res.*, c. 65, sy 3, ss. 421-431, Mar. 2013, doi:10.1002/acr.21818.
- [111] L. N. Friesen, H. D. Hadjistavropoulos, L. H. Schneider, N. M. Alberts, N. Titov ve B. F. Dear, “Examination of an internet-delivered cognitive behavioural pain management course for adults with fibromyalgia: A randomized controlled trial”, *Pain*, c. 158, sy 4, ss. 593-604, Nis. 2017, doi:10.1097/j.pain.0000000000000802.
- [112] G. Teksin, Ö. Onur ve D. Karabıçak, “Cognitive behavioral therapy for female patients with fibromyalgia syndrome: A pilot trial”, *J. Cogn.-Behav. Psychother. Res.*, sy 0, s. 1, 2021, doi:10.5455/JCBPR.77837.
- [113] S. Carpenter, “Ten steps in scale development and reporting: A guide for researchers”, *Commun. Methods Meas.*, c. 12, sy 1, ss. 25-44, Oca. 2018, doi:10.1080/19312458.2017.1396583.
- [114] D. H. Yurdugül, “Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliliği için kapsam geçerlik & indekslerinin kullanılması”, *14 Ulus. Eğitim Bilim. Kongresi*, 2005.
- [115] I. Sonmez, F. Kosger, S. Karasel ve O. Tosun, “The relationship among pain, depression, and illness perception in female patients with fibromyalgia”, *Anatol. J. Psychiatry*, c. 16, sy 5, s. 329, 2015, doi:10.5455/apd.1419805631.
- [116] M. Ugurlu, G. Karakas Ugurlu, S. Erten ve A. Caykoylu, “Validity of Turkish form of Pain Catastrophizing Scale and modeling of the relationship between pain-related disability with pain intensity, cognitive, and emotional factors”, *Psychiatry Clin. Psychopharmacol.*, c. 27, sy 2, ss. 189-196, Nis. 2017, doi:10.1080/24750573.2017.1322672.
- [117] L. Gómez-de-Regil ve D. F. Estrella-Castillo, “Psychotherapy for physical pain in patients with fibromyalgia: A systematic review”, *Pain Res. Manag.*, c. 2020, ss. 1-11, Tem. 2020, doi:10.1155/2020/3408052.
- [118] K. Bernardy, P. Klose, P. Welsch ve W. Häuser, “Efficacy, acceptability and safety of cognitive behavioural therapies in fibromyalgia syndrome – A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials”, *Eur. J. Pain*, c. 22, sy 2, ss. 242-260, Şub. 2018, doi:10.1002/ejp.1121.
- [119] T. Haugmark, K. B. Hagen, G. Smedslund ve H. A. Zangi, “Mindfulness- and acceptance-based interventions for patients with fibromyalgia – A systematic review and meta-analyses”, *PLOS ONE*, c. 14, sy 9, s. e0221897, Eyl. 2019, doi:10.1371/journal.pone.0221897.
- [120] B. Kundakçı, J. Kaur, S. L. Goh, M. Hall, M. Doherty, W. Zhang ve A. Abhishek, “Efficacy of nonpharmacological interventions for individual features of fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials”, *Pain*, c. 1, sy 163(8), ss. 1432-1445, 2022, doi:10.1097/j.pain.0000000000002500.

- [121] G. Ekici, A. Öndeş ve Ö. Bülbül, “Fibromiyaljili kadınlarda aktivite performansı, yaşam memnuniyeti, özür ve ruhsal durum ilişkilerinin incelenmesi”, *Ergoter. ve Rehabil. Derg.*, c. 8, sy 1, ss. 1-8, Ara. 2019, doi:10.30720/ered.579947.
- [122] G. Carneiro, A. Geronasso, M. Nascimento, L. Nascimento, D. Kletemberg, G. Veloso, R. Cunha, L. Guarita-Souza, R. Simeoni, J. Francisco ve K. Kochla, “The impact of fibromyalgia on daily women: A contribution to nursing assistants”, *J. Biomed. Sci. Eng.*, c. 12, sy 03, ss. 197-200, 2019, doi:10.4236/jbise.2019.123013.
- [123] M.-Á. Pastor-Mira, S. López-Roig, F. Martínez-Zaragoza, E. Toribio, A. Nardi-Rodríguez ve C. Peñacoba, “Motivational determinants of objective physical activity in women with fibromyalgia who attended rehabilitation settings”, *J. Clin. Med.*, c. 10, sy 23, s. 5547, Kas. 2021, doi:10.3390/jcm10235547.
- [124] M. Uçar, Ü. Sarp, Ö. Karaaslan, A. I. Gül, N. Tanık ve H. O. Arık, “Health anxiety and depression in patients with fibromyalgia syndrome”, *J. Int. Med. Res.*, c. 43, sy 5, ss. 679-685, Eki. 2015, doi:10.1177/0300060515587578.
- [125] A. Hocaoglu Uzunkaya, “A mixed method evaluation of cognitive behavioral group psychotherapy based relaxation in patients diagnosed with fibromiyalga syndrome”, *Ağrı - J. Turk. Soc. Algol.*, 2020, doi:10.14744/agri.2020.02259.
- [126] S. Altınkılıç, F. Ateşçi ve T. Toker Uğurlu, “Fibromiyalji sendromu tanılı kadınlarda psikodrama grup terapisinin ağrı, depresyon ve yaşam doyumu üzerine etkileri”, *Elektron. Sos. Bilim. Derg.*, c. 19, sy 76, ss. 2153-2164, Eki. 2020, doi:10.17755/esosder.671003.
- [127] A. Theadom, M. Croy, H. E. Smith, V. L. Feigin ve K. McPherson, “Mind and body therapy for fibromyalgia”, *Cochrane Database Syst. Rev.*, c. 2015, sy 8, Nis. 2015, doi:10.1002/14651858.CD001980.pub3.

6. EKLER

6.1. EK 1: TANITICI BİLGİ FORMU

TANITICI BİLGİ FORMU

1. Adınız Soyadınız:

2. Yaşınız:

3. Cinsiyetiniz ☐ Kadın ☐ Erkek

4. En son hangi okulu bitirdiniz?

☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Yüksek lisans/Doktora

5. Medeni durumunuz:

☐ Evli ☐ Bekâr/Dul/Boşanmış/Ayrı yaşıyor

6. Çalışma durumunuz:

☐ Hayır ☐ Evet (Belirtiniz:)

7. Meslek:

8. Algılanan aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

☐ Gelir giderden az ☐ Gelir gidere eşit ☐ Gelir giderden fazla

9. Çocuğunuz var mı?

☐ Hayır ☐ Evet (Evet ise kaç tane?)

10. Çocuklarınız dışında evde bakmakla yükümlü olduğunuz başka biri var mı?

☐ Hayır ☐ Evet (Belirtiniz:)

11. Fibromiyalji Sendromu tanısını ilk ne zaman aldınız?.....

12. Fibromiyalji Sendromu dışında herhangi kronik bir rahatsızlığınız var mı?

☐ Hayır ☐ Evet (Belirtiniz:)

13. Düzenli olarak kullandığınız ilaç/ilaçlar var mı?

☐ Hayır ☐ Evet (Belirtiniz:)

14. Aktif ya da geçirilmiş ruhsal bir hastalığınız var mı?

☐ Hayır ☐ Evet (Belirtiniz:)

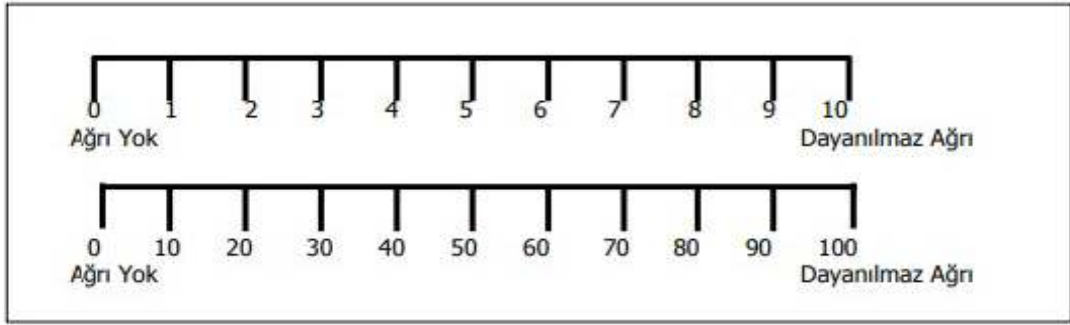
6.2. EK 2: VİZUEL ANALOG SKALA (VAS)

VİZUEL ANALOG SKALA (VAS)

Adınız Soyadınız:

Tarih:/...../202....

Ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin.



6.3. EK 3: FİBROMİYALJİ ETKİ ANKETİ (FIQ)

Fibromiyalji Etki Anketi																						
1. Aşağıdakileri yapabiliyor musunuz?																						
		Her zaman	Çoğu zaman	Ara sıra	Hiç																	
a.	Alışveriş	0	1	2	3																	
b.	Çamaşır makinası ile çamaşır yıkamak	0	1	2	3																	
c.	Yemek hazırlamak	0	1	2	3																	
d.	Elle bulaşık yıkamak / Yemek pişirmek	0	1	2	3																	
e.	Halıyı elektrik süpürgesi ile süpürmek	0	1	2	3																	
f.	Yatak yapmak	0	1	2	3																	
g.	Birkaç blok yürümek	0	1	2	3																	
h.	Arkadaş, akraba ziyareti	0	1	2	3																	
i.	Bahçe işi	0	1	2	3																	
j.	Araba kullanmak	0	1	2	3																	
k.	Merdiven çıkabilmek	0	1	2	3																	
2. Geçen haftanın 7 günün kaçında kendinizi iyi hissettiniz?																						
<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>						0	1	2	3	4	5	6	7									
0	1	2	3	4	5	6	7															
3. Hastalığınız yüzünden, geçen hafta kaç gün işe gidemediniz? (Ev işi de dahil)																						
<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>						0	1	2	3	4	5	6	7									
0	1	2	3	4	5	6	7															
4. İşe gittiğiniz zaman hastalığınızın ağrı veya diğer belirtileri işinizi yapabilme yeteneğinizi ne kadar etkiliyor? (Ev işi de dahil)																						
Hiç etkilemiyor	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>										0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok fazla etkiliyor
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												
5. Ağrınızın şiddeti ne kadardı?																						
Hiç ağrı yok	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>										0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok şiddetli ağrı
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												
6. Ne kadar yorgunsunuz?																						
Hiç yorgunluk yok	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>										0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok yorgun
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												
7. Sabah uyandığınızda kendinizi nasıl hissettiniz?																						
Tam dinlenmiş uyandım	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>										0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok yorgun uyandım
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												
8. Ne kadar tutukluğunuz var?																						
Hiç tutukluk yok	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>										0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok tutukluk var
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												
9. Ne kadar gergin, sinirli veya endişeli hissettiniz?																						
Hiç değil	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>										0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok fazla
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												
10. Kendinizi ne kadar depresif veya kötü hissettiniz?																						
Hiç depresif değil	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>										0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok depresif
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												

6.4. EK 4: GENEL SAĞLIK ANKETİ-28 (GSA-28)

Genel Sağlık Anketi -28 (GSA-28)				
Son Zamanlarda:	0	1	2	3
A1. Kendinizi çok iyi ve sağlıklı hissediyor musunuz?	Evet, her zamankinden çok ()	Her zamanki kadar ()	Her zamankinden kötü ()	Çok daha kötü ()
A2. Sizi dinçleştirecek bir ilaca ihtiyaç duyuyor musunuz?	Hayır, hiç duymuyorum ()	Her zamanki kadar ()	Her zamankinden çok ()	Çok fazla ()
A3. Kendinizi tükenmiş ve dağınık hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum ()	Her zamanki kadar ()	Her zamankinden çok ()	Çok fazla ()
A4. Kendinizi hasta hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum ()	Her zamanki kadar ()	Her zamankinden çok ()	Çok fazla ()
A5. Başınızda ağrı oluyor mu?	Hayır, hiç olmuyor ()	Her zamanki kadar ()	Her zamankinden sık ()	Çok sık ()
A6. Başınızda sıkışma ve basınç hissi oluyor mu?	Hayır, hiç olmuyor ()	Her zamanki kadar ()	Her zamankinden sık ()	Çok sık ()
A7. Sıcak ya da soğuk basması oluyor mu?	Hayır, hiç olmuyor ()	Her zamanki kadar ()	Her zamankinden sık ()	Çok sık ()
B1. Ündişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?	Hayır, hiç çekmiyorum ()	Her zamanki kadar ()	Her zamankinden sık ()	Çok sık ()
B2. Uykunuzun bölündüğü oluyor mu?	Hayır, hiç olmuyor ()	Her zamanki kadar ()	Her zamankinden sık ()	Çok sık ()
B3. Kendinizi sürekli gerilim altında hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum ()	Her zamanki kadar ()	Her zamankinden çok ()	Çok fazla ()
B4. Öfkeli ve huysuz oluyor musunuz?	Hayır, hiç olmuyorum ()	Her zamanki kadar ()	Her zamankinden sık ()	Çok sık ()
B5. Nedeniz korkuya ve paniğe kapıldığınız oluyor mu?	Hayır, hiç kapılmıyorum ()	Her zamanki kadar ()	Her zamankinden sık ()	Çok sık ()
B6. Her şeyi üzerinize yüklenmiş gibi hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum ()	Her zamanki kadar ()	Her zamankinden sık ()	Çok fazla ()
B7. Kendinizi sürekli sinirli ve gergin hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum ()	Her zamanki kadar ()	Her zamankinden çok ()	Çok fazla ()

EK 4 devamı

Genel Sağlık Anketi -28 (GSA-28) devamı				
Son Zamanlarda:	0	1	2	3
C1. Bir işle meşgul olabiliyor musunuz?	Evet, her zamankinden çok ()	Her zamanki kadar ()	Her zamankinden az ()	Çok az ()
C2. İşlerinizi bitirmeniz daha uzun zaman alıyor mu?	Hayır, hiç almıyor ()	Her zamanki kadar ()	Her zamankinden çok ()	Çok uzun ()
C3. Genel olarak işlerinizi iyi yaptığınızı hissediyor musunuz?	Evet, her zamankinden iyi ()	Her zamanki kadar ()	Her zamankinden kötü ()	Çok kötü ()
C4. Görevlerinizi yeterince yerine getirebiliyor musunuz?	Evet, her zamankinden çok ()	Her zamanki kadar ()	Her zamankinden kötü ()	Çok kötü ()
C5. İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?	Her zamankinden çok ()	Her zamanki kadar ()	Her zamankinden az ()	Çok az ()
C6. Herhangi bir konuda fazla zorlanmadan karar verebiliyor musunuz?	Evet, her zamankinden iyi ()	Her zamanki kadar ()	Her zamankinden kötü ()	Çok kötü ()
C7. Günlük faaliyetlerden zevk alabiliyor musunuz?	Her zamankinden çok ()	Her zamanki kadar ()	Her zamankinden az ()	Çok az ()
D1. Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	Hayır, hiç görmüyorum ()	Her zamanki kadar ()	Her zamankinden çok ()	Çok fazla ()
D2. Yaşamdan hiç umudunuzun kalmadığını hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum ()	Her zamanki kadar ()	Her zamankinden sık ()	Çok sık ()
D3. Hayat yaşamaya değmez diye düşünüyor musunuz?	Hayır, hiç düşünmüyorum ()	Her zamanki kadar ()	Her zamankinden çok ()	Çok fazla ()
D4. Kendi canınıza kıyabileceğinizi düşünüldüğünüz oluyor mu?	Kesinlikle hayır ()	Her zamanki kadar ()	Aklından geçtiği oldu ()	Çok sık ()
D5. Sinirleriniz bozulduğu için hiçbir şey yapamadığınız oluyor mu?	Hiç olmuyor ()	Her zamanki kadar ()	Her zamankinden sık ()	Çok sık ()
D6. Kendi kendinize "Ölsem de kurtulsam." dediğiniz oluyor mu?	Hiç olmuyor ()	Her zamanki kadar ()	Her zamankinden sık ()	Çok sık ()
D7. Kendinizi öldürme düşüncesi sürekli aklınıza takılıyor mu?	Kesinlikle hayır ()	Düşünmedim ()	Aklından geçtiği oldu ()	Çok sık ()

6.5. EK 5: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı *Pozitif Psikoterapi Temelli Psikoeğitim Programının Fibromiyalji Sendromlu Hastaların Ağrı Algısı, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Ruhsal Sağlıkları Üzerine Etkisi*'dir. Bu araştırmanın amacı, fibromiyalji sendromlu hastaların ağrı algısı, günlük yaşam aktiviteleri ve ruhsal sağlıkları üzerine Pozitif Psikoterapi temelli psikoeğitim programının etkinliğini değerlendirmektir. Bu çalışmada size Pozitif Psikoterapi temelli psikometrim programı uygulanacaktır. Bu çalışmada yer almanız öngörülen süre 22 hafta olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı 72'dir. Çalışmada farklı tedavi grupları bulunmakta olduğundan bu gruplara sizler rastgele olarak yerleştirilebilirsiniz.

Bu araştırma ile ilgili olarak araştırmacının önerilerine uymak sizin sorumluluklarınızdır.

Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk söz konusu olmayıp; ancak sizin için beklenen olası yararlar ağrı semptomlarında azalma, uyku kalitesinin artması, fiziksel aktivitelerde yer alma yeteneklerinde gelişme gibi fibromiyalji belirtilerinin oldukça hafiflemesi beklenmektedir.

Araştırma sırasında araştırma konusuyla sizi ilgilendirebilecek ve sizin araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler/gelişmeler olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için her zaman 0506 no.lu telefondan Uzman Hemşire Hamide Erol'a başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce bana verilmesi gereken tüm bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana, aşağıda adı belirtilen araştırmacı hekim tarafından yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu koşullar altında, bana bu araştırma kapsamında yapılacak olan tedavi ve/veya uygulamalar ile şahsıma ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı altında olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Aysel KARACA Görevi: Sorumlu Araştırmacı Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasiinin, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının, Adı-Soyadı: Hamide Erol Görevi: Yardımcı Araştırmacı Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:

6.6. EK 6: ETİK KURULU KARAR FORMU

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Pozitif Psikoterapi Temelli Psikoeğitim Programının Fibromiyalji Sendromlu Hastaların Ağrı Algısı, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Ruhsal Sağlıkları Üzerine Etkisi								
TITLE OF STUDY	The Effect of Positive Psychotherapy Based Psychoeducation Program on Pain Perception, Activities of Daily Living and Mental Health of Patients with Fibromyalgia Syndrome								
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili					
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐			
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐			
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐			
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐			
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama							
	SİGORTA	☐							
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐							
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐							
	İLAN	☐							
	YILLIK BİLDİRİM	☐							
	SONUÇ RAPORU	☐							
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2023/32	Tarih: 06.03.2023							
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.								
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. İsmail MALKOÇ							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Ender GÜÇLÜ	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Mehmet ARICAN	Ortopedi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr. Atilla ÖNMEZ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr. Mehmet Ali SUNGUR	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Nuri Cenk COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Şükriye ÖZDE	Çocuk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Ersin BEYAZÇİÇEK	Fizyoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Abdullah BELADA	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Şerife YILMAZ	Hemşirelik Tarihi ve Etik	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Metin POLAT	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Kenan VAROL	Sivil Üye	Varollar Demir Çelik Ürünleri San.ve Tic.Ltd.Şti.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. İsmail MALKOÇ
İmza

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

6.7. EK 7: FMSPTP OTURUM ÖRNEĞİ (2. OTURUM)

İKİNCİ OTURUM		ENVANTER Denge Modeli	90 dk.
1. Gözlem/Mesafe Koyma	Hedef	Bir önceki oturum ile ilgili değerlendirme yapılır.	5 dk.
		Bir önceki oturum ödevi gözden geçirilir.	5 dk.
		Uygulayıcı Pozitif Psikoterapideki denge modelini tanıtır. *	10 dk.
	Uygulama	* Uygulayıcı PowerPoint üzerinden denge modelini katılımcılara aktarır.	
2. Envanter	Hedef	Katılımcıların sahip oldukları semptomun işlevlerini ve günlük yaşam üzerindeki etkilerini denge modeli çerçevesinde fark etmesine yardımcı olmak.	15 dk.
		*** Katılımcıların denge modelindeki dört boyutta mevcut kaynaklarını ve gelişmiş alanlarını fark etmesi. ***	15 dk.
	Uygulama	**Uygulayıcı, her bir katılımcıya kalem ve Denge Modeli çizili kâğıt dağıtır (A4); model üzerinden her bir boyuta yönelik sistematik sorular sorulur. Cevapları ilgili alana yazmaları istenir. - <i>Hayatımızı bir terazi gibi düşünelim. Terazinin dengeli olması için her bir tarafa eşit ağırlıkta olması gerekir. Aksi bir durumda denge şaşar. Az önce bahsettiğimiz alanlarla ilgili terazinin dengede olması için tüm bu dört alana eşit önem vermemiz gerekir. Şimdi sizinle kendi terazimize bakalım. Bakalım ne kadar dengede ya da denge nerede bozulmuş. Son dönemlerde;</i> Beden: Şikâyetlerinizi fiziksel olarak nasıl yaşıyorsunuz? Bedeninizde neler oluyor? Şikâyetlerinizle birlikte uykunuz, yemek yemeniz nasıl değişti? Önceden yapıp şimdi yorgunum diye yapamadığınız neler var? Sizce bu hastalık genel fiziksel durumunuzu nasıl etkiledi? Bedeniniz konuşabilseydi neler söylerdi? Semptomlar olduğundan beri farklı neler var? Başarı: Ağrı nedeniyle iş/ev işleri hayatınızda neler değişti? İlişki: Aileniz şikâyetlerinize nasıl tepki veriyorlar? Nasıl olmasını isterdiniz/ umardınız? Şikâyetleriniz nedeniyle aile ve arkadaşlarla olan ilişkileriniz nasıl değişti? Ağrılarınızı kime daha rahat söylüyorsunuz? Kim daha anlayışlı? Şikâyetlerinizden en çok hangi kişiler etkilendi? Gelecek/ Anlam: Şikâyetlerinizin sizin ve ailenizin geleceğini nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz? Hastalığınızla ilgili gelecekte en çok korktuğunuz şey nedir? Şikâyetleriniz geleceğe bakışınızı nasıl etkiliyor? Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz? Hayatınızda size destek olan nedir? Sizce en acilen değişmesi gereken nedir? *** Tüm bu verdiğiniz cevapları düşünürseniz nasıl bir değerlendirme yaparsınız? Bu dört alan arasında kendi dengenizi nasıl görüyorsunuz? Sizce terazinin dengesi hangi alanda/alanlarınızda bozuluyor? Sizce terazide hangi alanınız daha gelişmiş ve daha ağır basıyor? Ağır basan alanlarla ilgili özellikleriniz sizce nelerdir?	
3. Durumsal Cesaretlendirme	Hedef	Katılımcılar tarafından ifade edilen semptomun günlük yaşam üzerindeki etkisini ve sahip olduğu kaynakları teşvik etmek.	Bir önceki ile
	Uygulama	Uygulayıcı, tüm grubu denge modeline ait soruları cevaplarken ve sahip olduğu kaynakları ifade ederken teşvik eder.	

EK 7 devamı

4. Sözelleştirme	Hedef	Katılımcıların Denge Modeli çerçevesinde semptomlarına yönelik tepkisini ve her birine arzu edilen alternatif tepkiyi ifade etmesini kolaylaştırmak.	10 dk.
	Uygulama	Uygulayıcı, “<i>Tek Bacağı Üzerinde Duran Adamın Hikâyesini</i>” anlatır. Katılımcılara grup süreciyle ilgili hikâyeden anladıklarını sorar ve yorumlar: - Kişisel sorunlar ve duygusal sıkıntılar bazen çözümsüz gibi görünse de birçok seçenekler vardır. Önemli olan bir problem karşısında elimizdeki olanaklara bakmaktır. - Bazen bizde tıpkı hikâyedeki adam gibi yapabileceklerimizi göremeyiz. Kişisel sorunlar ve duygusal sıkıntılar aşılmaz engeller gibi gelir. Oysa her zaman birçok seçeneklerimiz vardır. Önemli olan farklı bakış açılarıyla o seçenekleri görmektir. Bazı durumlar karşısında hissettiklerimizi dışa vurur ya da içimize atarız. Eğer tepkimizi dengeleyemezsek terazimizin şirazesini bozulur. - Uygulayıcı, katılımcıları denge modellerini anlamaya ve tartışmaya teşvik eder. (Sizce sizin terazinizin hassas olduğu alan hangisi? Siz kendi dengenizi sağlamak için ne yapıyorsunuz? Ne yapmak isterdiniz?)	
5. Amaçların Genişletilmesi	Hedef	Denge modelindeki dört alanında belirtilerine yönelik tepkilerini değiştirmek için neler yapılabileceğini, bunun sonucunda neler olabileceğini tartışmak.	10 dk.
		Öz düzenleme uygulaması No. 2. <i>Diyafram Nefes Egzersizi</i> ****	10 dk.
		Katılımcılardan geri bildirim alınır. *****	10 dk.
	Uygulama	***** Önce oturuşunuzu, duruşunuzu kontrol edin. İki ayağınız yan yana olsun. Bir avucunuzu karnınıza göbeğinizin beş santim altına yerleştirin ve üstüne diğer avucunuzu koyun. Ağzınızı yarısına kadar açın. Zihninizdeki bütün düşünceleri boşaltmaya çalışın; yapamıyorsanız tıpkı uçan kuşları izler gibi sadece düşüncelerinizi izlemeye başlayın. Derin bir nefes alın... Nefesinizin normal ve doğal akışına dönmesine izin verin... En önemli husus, bu egzersizi yaparken sakince gülümseyin. Dörde kadar sayarak ağzınızdan nefes verin, hafifçe ama sürekli bir biçimde iki elinizle karnınıza bastırın ve havayı sıkıştırarak dışarı çıkarın. İki saniye boyunca nefesinizi tutun. Gırtlak kaslarınızın rahatlamasına izin verin. Şimdi dörde kadar sayarak burnunuzdan nefes alın, karnınızın hava ile dolmasına izin verin. Nefesinizi iki saniye tutun. ***** Neyi farklı yapsaydınız dengenizi sağlamış olurdunuz? - Bu çalışmada sizin için en çarpıcı olan kısım neydi?	
ÖDEV		- Diyafram Nefes Egzersizi - Bir sonraki oturuma kadar katılımcı kitapçığınızda bulunan denge modelindeki eksik olduğunuzu düşündüğünüz alanı yazınız ve bu alana yönelik yeni bir davranış/deneyim edininiz ve not alınız.	

6.8. EK 8: RANDOMİZE KONTROLLÜ DENEYLER KURSU KATILIM BELGESİ



6.9. EK 9: PPT MASTER SERTİFİKASI

WORLD ASSOCIATION FOR POSITIVE AND TRANSCULTURAL PSYCHOTHERAPY (WAPP)



in cooperation with

Professor Peseschkian Foundation – International Academy for Positive and Transcultural Psychotherapy (IAPP)
(European Accredited Psychotherapy Training Institute of the European Association for Psychotherapy EAPT)

European Federation of Centers of Positive Psychotherapy (EFCPP)
(European Wide Accrediting Organization and European Wide Organization of the European Association for Psychotherapy)

Wiesbaden Academy for Psychotherapy (WIAP)
(German State-licensed Postgraduate Institute for Psychodynamic Psychotherapy and Child/Adolescent Psychotherapy)

WAPP is a member of the World Federation for Psychotherapy (WFP)
EFCPP is a member of the World Council for Psychotherapy (WCP) and the European Association for Psychotherapy (EAP)
IAPP and WIAP are recognized and licensed as "European Accredited Psychotherapy Training Institutes" (EAPT)

CERTIFIED POSITIVE PSYCHOTHERAPIST (Master Training)

Hamide Erol

HAS COMPLETED AN OFFICIAL CERTIFIED MASTER TRAINING PROGRAM IN ACCORDANCE WITH THE REGULATIONS OF THE ABOVE MENTIONED ORGANIZATIONS AND HAS PASSED SUCCESSFULLY THE REQUIRED EXAMINATION. THE TRAINING CONSISTED OF 810 HOURS OF THEORETICAL AND PRACTICAL TRAINING, SELF-DISCOVERY, SUPERVISION, INTERVISION, AND LITERATURE STUDY.

The permission to practice as a psychotherapist depends on the national regulations of the country of the certificate holder's residency.

Wiesbaden, Germany: 24 October 2023

Certificate No.: TRK-157-2023

An administration fee of 150 Euro has been paid to the WAPP.

Dr. med. habil. Hamid Peseschkian
WAPP President



Dr. Tuğba Sarı
WAPP Certified Master Trainer

World Association for Positive and Transcultural Psychotherapy e.V., Luisenstrasse 28, 65185 Wiesbaden, Germany, www.positum.org
Registered as a non-profit and non-governmental organization in Wiesbaden, Germany: VR3210

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Hamide EROL

Yabancı Dili : İngilizce

ÖĞRENİM DURUMU

Derece	Alan	Okul/Üniversite	Mezuniyet Yılı
Y. Lisans	Psikiyatri Hemşireliği	Düzce Üniversitesi	2013
Lisans	Hemşirelik	Niğde Üniversitesi	2006
Lise	Sayısal	19 Mayıs Lisesi	2002

YAYINLAR

Tezden Çıkarılan Yayınlar

- [1] A. Karaca ve H. Erol, “Pozitif Psikoterapi Temelli Psikoeğitim Programının Fibromiyalji Sendromlu Hastaların Ağrı Algısı, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Ruhsal Sağlıkları Üzerine Bir Çalışma Protokolü,” *VII. Uluslararası ve XI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi*’nde sunuldu, Ankara, Türkiye, 2023.

Diğer Yayınlar

- [1] F. Eker, H. Erol, S. Öner, S. Üstündağ ve T. Şık, “Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Ailelerinde Bakım Yükünü Azaltmada Yeni Bir Model: Mentörlük,” *Uluslararası Toplum ve Şizofreni Kongresi*’nde sunuldu, Ankara, Türkiye, 2019.
- [2] A. N. Annakkaya, D. Baltacı, E. G. Balbay, H. Erol, L. Yılmaz Aydın, Ö. A. Balbay ve Y. Bahar, “Kırsal küçük bir ilçede devlet desteği ile taşımali sigara bırakma polikliniği sonuçları,” *Türk Toraks Derneği 19. Yıllık Kongresi*, Antalya, Türkiye, 2016, ss. 275.
- [3] F. Eker, H. Erol ve L. Yılmaz Aydın, “Kronik hastalığı olan bireylerde sigara bırakmada motivasyonel görüşmenin etkinliğinin değerlendirilmesi,” *III. Uluslararası ve VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi*’nde sunuldu, Ankara, Türkiye, 2014.