FİBROMİYALJİ HASTALARINDA ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALARIN VE EBEVEYNLİK STİLLERİNİN AĞRI İNANÇLARI İLE İLİŞKİSİ

Zeynep DİKMEN
191180117

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Aslı EYRENCİ

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Eylül, 2022

FİBROMİYALJİ HASTALARINDA ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALARIN VE EBEVEYNLİK STİLLERİNİN AĞRI İNANÇLARI İLE İLİŞKİSİ

Zeynep DİKMEN
191180117
Orcid: 0000-0002-8011-5056

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Aslı EYRENCİ

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Eylül, 2022



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Öncelikle tezime başlangıç aşamasından teslim aşamasına kadar desteğini ve bilgisini esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Aslı Eyrenci'ye en içten teşekkürlerimi sunarım. Savunma jürimde yer almayı kabul ederek değerli fikirleriyle katkı sunan Dr. Öğr. Üyesi Ayşenur Aktaş ve Dr. Öğ. Üyesi Nesteren Gazioğlu'na içtenlikle teşekkürlerimi sunarım.

Doğduğum andan bu yana her kararımda ve her anımda yanımda olan canım ailem, siz olmasanız her şey daha zor olurdu. Varlığınız hayatımı ve diğer her şeyi daha kolaylaştırdı. Bana kendimi geliştirmemi sağlayan huzurlu ve mutlu bir aile yaşamı sunduğunuz için annem, babam ve kardeşlerime çok teşekkür ederim. Kendi ailemden bir an bile ayırmadığım, iyi yürekleri ve fedakârlıkları ile tezimi bitirmemde büyük katkıları olan eşimin saygı değer ailesine de teşekkürü bir borç bilirim.

Liseden bu yana hiçbir alanda desteğini esirgemeyen sevgili dostum Sümeyye Hilal KIRMA'ya şimdiye kadar yanımda olduğu ve bundan sonra da olacağı için çok teşekkür ederim. İyi ki yollarımız kesişmiş..

Ve lisans eğitimimden bu yana yanımda olan, tezimin zorlu tüm süreçlerinde her daim sevgisi ve ilgisiyle bana kendimi iyi hissettiren ve her düştüğümde kalkmam için elinden geleni yapan sevgili eşim Caner'e çok teşekkür ederim. İyi ki hayatımdasın..

Son olarak bana tanımadığım hisleri tattıran, tam da tezimin bittiği esnada bize merhaba diyen minik mucizeme, bu tezi senden başkasına ithaf etmem mümkün olamazdı. Bir gün bu tezi beraber okuyabilmek dileğiyle.. Sımsıkı tutun hayata ve bize.

Zeynep DİKMEN

Eylül, 2022

ÖZ

FİBROMİYALJİ HASTALARINDA ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALARIN VE EBEVEYNLİK STİLLERİNİN AĞRI İNANÇLARI İLE İLİŞKİSİ

Zeynep Dikmen
Yüksek Lisans Tezi
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Aslı Eyrenci
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2022

Bu araştırmanın genel amacı fibromiyalji hastalarında erken dönem uyum bozucu şemalar, algılanan ebeveynlik stilleri ve ağrı inançları arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Araştırmanın temel amacı ise fibromiyalji hastalarında ebeveynlik stilleri ile ağrı inançları arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şemaların aracı (mediatör) rolünün incelenmesidir. Araştırmanın örneklemini fibromiyalji tanısı almış 120 katılımcı oluşturmaktadır. Katılımcıların %65.8'inin (N=79) kadın, %34.2'si (N=41) ise erkektir. Araştırma değişkenlerini ölçümlemek amacıyla, Sosyo-demografik Bilgi Formu, Young Şema Ölçeği-Kısa Form (YŞÖ-KF3), Young Ebeveynlik Ölçeği Anne Formu (YEBÖ-A) ve Young Ebeveynlik Ölçeği Baba Formu (YEBÖ-B) ile Ağrı İnançları Ölçeği (AİÖ) kullanılmıştır. Araştırma ilgili ölçeklerin alt boyutlarının analizi ile gerçekleşmiştir. Araştırma erken dönem uyum bozucu şemalar, algılanan ebeveynlik stilleri ve ağrı inançlarının cinsiyet, yaş, fibromiyalji tanı süresi ve ailede kronik rahatsızlık olma durumuna göre değişkenlik gösterdiği görülmüştür. Hastalarda, anneden algılanan ebeveynlik stillerinden Koşullu/Başarı Odaklı, Küçümseyici/Kusur Bulucu, Aşırı İzin Verici/Sınırsız, Kötümser/Endişeli ebeveynlik ile babadan algılanan Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı, Kötümser/Endişeli, Aşırı Koruyucu ebeveynliğe ek olarak Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık ve Yüksek Standartların şemalar üzerinde yordayıcı etkisi olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra, kadın hastaların daha çok psikolojik ağrı inançlarına sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna ek olarak, fibromiyalji hastalarında ebeveynlik stillerinin ağrı inançları ile ilişkisinde erken dönem uyumsuz şemaların aracı rolü olduğu temel hipotezi doğrulanmıştır. Elde edilen sonuçlar,

literatürdeki araştırmalar doğrultusunda tartışılmış ve ileri araştırmalara yönelik öneriler sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Ebeveynlik Stilleri, Ağrı İnançları

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP OF PARENTING STYLES AND EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS WITH PAIN BELIEFS IN PATIENTS OF FIBROMYALGIA

Zeynep Dikmen
Master Thesis
Department of Psychology
Clinical Psychology Master's Thesis Programme
Advisor: Asst. Prof. Aslı Eyrenci
Maltepe University Graduate School, 2022

The aim of this study is to examine the relationship between early maladaptive schemas, perceived parenting styles, and pain beliefs in patients with fibromyalgia. The main purpose of the study was to examine the mediator role of early maladaptive schemas in the relationship between parenting styles and pain beliefs in fibromyalgia patients. The sample of the study consists of 120 patient participants diagnosed with fibromyalgia.65.8% (N=79) of the participants were female, and 34.2% (N=41) were male. In order to measure these variables, Sociodemographic Form, Young Schema Questionnaire-Short Form (YSQ-SF3), Young Parenting İnventory Mother Form (YPİ-M), Young Parenting İnventory Father Form (YPİ-F) and Pain Beliefs Scale(PBS) were used. As a result of the study, early maladaptive schemas, pain beliefs and parenting styles differed according to demographic variables. Conditional/Achievement-Oriented, Condescending/Flawing, Overly Permissive/Limitless, Pessimistic/Anxious perceptions regarding mothers' parentingand Emotionally Deprived of Care, Pessimistic/Anxious, Overprotective perceptions regarding fathers' parenting, in addition to the Perceptions of Illness and Harmlessness and High Standartsit has been mediator effect on the schemas. Moreover, it was found that female patients had more psychological pain beliefs. In addition, the basic hypothesis that early maladaptive schemas mediate the relationship between parenting styles and pain beliefs in fibromyalgia patients has been confirmed. The results obtained were discussed in line with the studies in the literature and suggestions for further research were presented.

Keywords: Early Maladaptive Schemas, Perceived Parenting Styles, Pain Beliefs

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZ v
ABSTRACT vii
İÇİNDEKİLER ix
TABLOLAR LİSTESİ xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ xv
KISALTMALAR xvi
1.GİRİŞ 1
1.1 Araştırmanın Amacı 3
1.2. Araştırmanın Önemi 3
1.3. Araştırmanın Varsayımları 4
1.4 Araştırmanın Sınırlılıkları 5
1.5 Tanımlar 5
2. İLGİLİ LİTERATÜR 7
2.1. Fibromiyalji Sendromu 7
2.1.1. Tanım 7
2.1.2. Fibromiyalji sendromu tarihçe ve tanı 7
2.2 Erken Dönem Uyumsuz Şemalar 12
2.2.1 Erken dönem uyumsuz şemaların yordayıcıları 13
2.2.2 Erken dönem uyumsuz şema alanları ve şemaların sınıflandırılması 15
2.2.3 Erken dönem uyumsuz şemalarla ilgili araştırmalar 21
2.3. Ebeveynlik Stilleri 23

2.3.1 Şema modeli ve ebeveynlik stilleri 24
2.3.2 Ebeveynlik stilleri ile ilgili araştırmalar 29
2.4. Ağrı İnançları 31
2.4.1 Kronik ve akut ağrı kavramları 31
2.4.2 Ağrının öğrenilmesi 34
2.4.3 Ağrının duygusal tepkileri 34
2.4.4 Ağrı ve bilişsel yapı 35
2.4.5 Ağrı ve inanç 36
2.4.6 Ağrı ve psikososyokültürel etmenler 37
2.4.7 Ağrı ve bireysel faktörler 38
2.4.8 Kronik ağrının epidemiyolojisi 38
2.4.9 Ağrı kavramına psikanalitik yaklaşım 41
2.4.10 Ağrı kavramında davranışçı yaklaşımlar 42
2.4.11 Ağrı kavramında bilişsel davranışçı yaklaşım 42
2.4.12 Ağrıyla ilgili yapılmış psikososyal araştırmalar 44
3. ARAŞTIRMA MODELİ VE HİPOTEZLER 47
3.1 Araştırma Modeli 47
3.2 Araştırmanın Hipotezleri 47
4. YÖNTEM 49
4.1 Bilgilendirilmiş Onam Formu 49
4.2 Araştırma Örneklemi 49
4.3. Veriler ve Toplanması 51
4.4. Veri Toplama Araçları 51
4.4.1 Kişisel bilgi formu (KBF) 52
4.4.2 Young Şema Ölçeği-Kısa Form (YŞÖ-KF3) 52
4.4.3 Young Ebeveynlik Ölçeği (YEBÖ) 53

4.4.4 Ağrı İnançları Ölçeği (AİÖ) 55
4.5 İşlem 57
4.6. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 57
5.BULGULAR 58
5.1. Çalışmada Kullanılan Ölçeklere Ait Betimleyici İstatistikler 58
5.2. Cinsiyete Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması 60
5.3 Yaş Gruplarına Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması 64
5.4.Fibromiyalji Tanı Süresine Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması 72
5.5.Ailede Kronik Ağrı Durumuna Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması 76
5.6. Araştırmanın Değişkenleri Arasındaki Korelasyonel İlişkilere Yönelik Analiz Sonuçları 81
5.7. Değişkenler Arasında Yapılan Regresyon Analizi Sonuçları 84
5.8. Ebeveynlik Stilleri ile Ağrı İnançları Arasındaki İlişkide Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Aracı Rolüne İlişkin AracılıkAnalizleri 86
5.9. Kötümser/Endişeli Baba Ebeveynlik Biçimi ile Psikolojik Ağrı İnançları Arasında Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık Şemasının Aracı Rolü Analizi 88
6. SONUÇ VE TARTIŞMA 90
6.1. Araştırma Değişkenlerinin Demografik Özelliklere Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgularının Değerlendirilmesi 90
6.2. Çalışmada Yer Alan Ölçeklerin Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonel İlişkilere İlişkin Bulgularının Değerlendirilmesi 100
6.3. Araştırma Hipotezlerinin Değişkenlerle Yapılan Regresyon ve Aracılık Analizlerine Göre Değerlendirilmesi 101
6.4. Araştırmanın Sınırlılıkları 104
6.5. Sonuç ve Öneriler 105
6.6. Çalışmanın Klinik Doğurguları 106

KAYNAKLAR 108
EKLER 129
Ek-1. Bilgilendirikmiş Onam Formu 129
Ek-2. Demografik Bilgi Formu 130
Ek-3. Young Şema Ölçeği Kısa Form-YŞÖ-KF3 131
Ek-4. Young Ebeveynlik Ölçeği-YEBÖ 136
Ek-5. Ağrı İnançları Ölçeği (AİÖ) 140
ÖZGEÇMİŞ 142

TABLOLARLİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Bilgilerine İlişkin Betimsel İstatistikler 50
Tablo 2. Kullanılan Ölçeklerin Alt Boyutları İçin İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayıları 55
Tablo 3. Ölçek Puanlarının Çarpıklık, Çarpıklığın Standart Hatası, Basıklık, Basıklığın Standart Hatası Değerleri 58
Tablo 4. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Alt Boyut Puanlarının Betimleyici İstatistik Tablosu 58
Tablo 5.Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Alt Boyut Puanlarının Betimleyici İstatistik Tablosu 59
Tablo 6. Cinsiyet Değişkeni için Young Şema Ölçeğinin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi 60
Tablo 7. Cinsiyet Değişkeni için Ağrı İnançları Ölçeğinin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi 62
Tablo 8. Cinsiyet Değişkeni için Young Ebeveynlik Anne Formu Ölçeği'nin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi 62
Tablo 9. Cinsiyet Değişkeni için Young Ebeveynlik Baba Formu Ölçeği'nin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi 63
Tablo 10. Yaş Grupları için Young Şema Ölçeği'nin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi 65
Tablo 11. Yaş Grupları için Ağrı İnançları Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi 68
Tablo 12. Yaş Grupları için Young Ebeveynlik Anne Formu Ölçeği'nin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi 69
Tablo 13. Yaş Grupları için Young Ebeveynlik Baba Formu Ölçeği'nin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi 70
Tablo 14. Fibromiyalji Tanı Süresi Grupları için Ağrı İnançları Ölçeğinin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi 72
Tablo 15. Fibromiyalji Tanı Süresi Grupları için Ağrı İnançları Ölçeğinin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi 74
Tablo 16. Fibromiyalji Tanı Süresi Grupları için Young Ebeveynlik Anne Formu Ölçeği'nin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi 74

Tablo 17. Fibromiyalji Tanı Süresi Grupları için Young Ebeveynlik Baba Formu Ölçeği'nin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi 75
Tablo 18. Ailedeki Kronik Ağrı Durumuna Göre Young Şema Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi 77
Tablo 19. Fibromiyalji Tanı Süresi Grupları için Young Ebeveynlik Anne Formu Ölçeği'nin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi 78
Tablo 20. Fibromiyalji Tanı Süresi Grupları için Young Ebeveynlik Baba Formu Ölçeğinin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi 79
Tablo 21.Fibromiyalji Tanı Süresi Grupları için Young Ebeveynlik Baba Formu Ölçeğinin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi 81
Tablo 22. Young Şema Ölçeği Alt Boyutları, Ağrı İnançları ÖlçeğiAlt Boyut Puanı ve Young Ebeveynlik Anne Formu Ölçeği Alt Boyut Toplam Puan Alt Boyutları Arası İlişkilerin İncelenmesi 81
Tablo 23. Young Şema Ölçeği Alt Boyutları, Ağrı İnançları Ölçeğinin Genel Toplam Puanı ve Young Ebeveynlik Baba Formu Ölçeği'nin Alt Boyut Toplam Puan Özellikler Alt Boyutları Arası İlişkilerin İncelenmesi 83
Tablo 24. Erken Dönem Uyumsuz Şema Alt Boyutlarının Psikolojik Ağrı İnançlarını Yordamasına Yönelik Yapılan Regresyon Analizi 84
Tablo 25. Ebeveynlik Biçimleri (Anne) Alt Boyutlarının Psikolojik Ağrı İnançlarını Yordamasına Yönelik Yapılan Regresyon Analizi 85
Tablo 26. Ebeveynlik Biçimleri (Baba) Alt Boyutlarının Psikolojik Ağrı İnançlarını Yordamasına Yönelik Yapılan Regresyon Analizi 85
Tablo 27. Aşırı İzin Verici/Sınırsız Anne Ebeveynlik Biçimi ile Psikolojik Ağrı İnançları Arasındaki İlişkide Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık Şemasının Aracı Rolü 88
Tablo 28. Kötümer/Endişeli Baba Ebeveynlik Biçimi ile Psikolojik Ağrı İnançları Arasındaki İlişkide Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık Şemasının Aracı Rolü 89

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Fibromiyaljide Bölgeler ve Yaygın Ağrı İndeks Alanları 9
Şekil 2. Araştırma Modeli 47
Şekil 3. Aracılık Diyagramı EB: Ebeveynlik Biçimleri, Aİ: Ağrı İnançları, EDUŞ: Erken Dönem Uyumsuz Şemalar 87

KISALTMALAR

FMS: Fibromiyalji Sendromu

IASP: Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (International Association for the Study of Pain)

YEBÖ: Young Ebeveynlik Ölçeği

YŞÖ-KF3: Young Şema Ölçeği-Kısa Form

AİÖ: Ağrı İnançları Ölçeği

1.GİRİŞ

Toplum genelinde sıklıkla görülmesine karşın fibromiyalji sendromunun (FMS) psikolojik etmenlerle olan ilişkisinin göz ardı edildiği dikkat çekmektedir. Bu ağrıların psikolojik yönünün bireylerin günlük hayat akışlarındaki işlevsellik düzeylerine ek olarak kişilerarası ilişkilerinde de bozucu etkilerinin anlamlı düzeyde var olduğu bilinmektedir (Aktekin, Başkan ve Sivas, 2009; Anderson, Hebert, Russel ve Wolfe Ross, 1995;Güleç, Karakucak, Sayar, Topbaş, 2004).

Fibromiyaljinin anlamsal kökeni incelendiğinde kas-lif-ağrı-durum kelimelerine karşılık geldiği görülmekle birlikte kronik ağrı deneyimlerine ek olarak uyku bozuklukları ile sıklıkla yorgunluk hissine eşlik eden, bölgesel ağrılarla deneyimlenen romatizmal bir ağrı şeklinde tanımlanmaktadır. Bu kronik ağrıların süreğenliği ise en az 3 ay olup yaygın ağrısal örüntüler şeklinde ortaya çıkmaktadır (Arnold Clauw ve McCarberg,2011; Bennett, Bombardier, Goldenberg, Smythe, Wolfe, Yunus,1990). Fibromiyalji sendromunun gelişiminde ve varoluşunda biyolojik, psikolojik ve sosyal etkilerin önemi vurgulanır ve biyopsikososyal bir perspektifte değerlendirilir (Gündüz, Güven ve Kulpanza, 2005). Hastalığa ilişkin tıbbi bulguların gözlemlenmemesine karşın kaygı bozukluklarında, duygu durum bozukluklarında ve somatizasyon bozukluklarıyla birlikte deneyimlenmesi fibromiyaljinin psikolojik etmenlerle ilişkili olabileceğini göstermektedir (Akyol, Alaylı, Cantürk, Cengiz, Durmuş, İlhanlı, ve Tander , 2010; Güven ve ark., 2005; Nordahl ve Stiles, 2007).

Bireylerin erken dönem çocukluk yaşantılarında oluşmaya başlayan ve yayılım gösteren şema örüntüleri anılarından, biliş, duyum ve duygularından hareketle kök salmaya başlayarak hem bireyin kendisiyle hem de diğerleriyle olan ilişkilerini etkileme gücüne sahiptir. Bu şemaların izleri ise bireyin çocukluk ya da ergenlik döneminde kendini göstermeye başlayarak hayat boyu varlığını sürdürmeye devam etmektedir. Uyum bozucu ve işlevselliği bozucu niteliklere sahip olan şemalar, bireyin dış çevre koşullarına uyum sağlamak adına davranışlarına etki ettiğinde yaşamın devamlılığını sağlamak isteyen kişi için uyumsuz şemaların örgütlenmesi ve kalıplaşması gözlemlenir (Young, 1990; Young ve ark., 2009). Bu kalıplaşma da psikopatolojinin temellenmesinde anlamlı bir yordayıcı olarak nitelenmekte ve bu uyumsuz duygu, düşünce ve davranışlar hem kişilik

bozukluklarının hem de duygu durum bozukluklarının bir yatkınlaştırıcı faktörü niteliğinde olmaktadır (Young ve ark., 2009).

Erken dönem çocukluk yaşantılarında, bakım veren ile kurulan ilişki ve diğerleriyle kurulan ilişkilerde çocuğun karşılanması gereken temel gereksinimleri vardır. Bu gereksinimler; güvenli bağlanma, özerklik ihtiyacı, gerçekçi sınırlar, kendiliğindenlik, duyguların ifadesi ve oyundur. Bu temel gereksinimler karşılanmadığında ya da yeterli düzeyde karşılanmadığında erken dönem uyumsuz şemaların oluşumunun tetiklendiği düşünülmekte ve bu erken dönem ilişkilerinin, bireyin gelecek ilişkileri için bir temel niteliği taşıdığı ifade edilmektedir (Köse Karaca, 2015; Young ve ark., 2009).

İnsan yavrusu diğer canlılardan farklı olarak dünyaya geldiğinde yaşamının devamlılığını sağlamak adına bir ötekinin varlığına ihtiyaç duymaktadır ancak burada önem arz eden nokta karşılanması gerekenin fizyolojik ihtiyaçlarla sınırlı olmamasıdır. İnsan, psikolojik ihtiyaçlarının da karşılanmasıyla gelişimini sürdürmektedir. Duygular, insan doğasında sanılandan daha fazla öneme sahip olmakta ve duyguların aynalanması ile empati kavramının oluşumu da erken çocuklukta ortaya çıkmaktadır (Ainsworth, 1989; Ainsworth ve Bowlby, 1991; Buriel ve Park, 2006; Chamberlain, Ellis ve Fisher, 1999; Darling ve Steinberg, 1993; Maccoby ve Martin, 1983; Parke, 2002). Çocuğun bakım verenleri ile kurmuş olduğu ilişki ve ihtiyaçlarının karşılanıp, karşılanmadığı erken dönem uyumsuz şemaların oluşumunda belirleyici niteliklere sahiptir ve özellikle ihmale ya da istismara maruz kalmış çocukların yetişkin yaşamlarında da bu izler görülmektedir (Cecero, Gillie ve Nelson 2004).

Şemalar, değişime direnç gösteren ve farklı koşullara göre de yenilenmeyen yapılar olarak nitelendirilmektedir. Aynı zamanda bireyin dış dünyaya yönelik duygu, düşünce ve davranışları ile algılayış biçimlerini de etkileyerek birçok rahatsızlığın temelini oluşturmaktadır (Young ve ark., 2009). Kaygı bozukluklarının, depresyonun ve kronik ağrıların erken dönem uyumsuz şemalarla ilişkisini gösteren araştırmaların literatürde var olması erken dönem uyumsuz şemalar ile fibromiyalji sendromunun da ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (Çakır, Karaosmanoğlu ve Soygüt, 2009; Güner, 2013; Hamamcı ve Kapçı, 2010; Kırkpınar ve ark., 2014; Köse, 2009; Saariaho ve ark., 2010, 2011, 2012, 2015; Shahamat, 2011). Kronik ağrı deneyiminin fibromiyalji sendorumuna sahip tüm hastalarda gözlemlenmesi, Hayta ve arkadaşlarının (2010) belirttiği üzere

kronik ağrılar ile erken dönem uyumsuz şemalarda gözlemlenen ilişkinin fibromiyalji ile de görülebileceğini düşündürmektedir. Kronik ağrının, fibromiyalji hastalarının tamamında görülmesi ve hastalığın belirleyici semptomlarından olması nedeniyle, fibromiyalji, kronik ağrı ve şemalar arasındaki ilişkinin önemli olduğu düşünülmektedir. Erken dönem uyum bozucu şemaların temellendiği yapıda olan ebeveynlik stillerinin de anlamlı bir yordayıcı olabileceği gibi ağrı kavramı ile ağrının ifade edilişinde yetişilen ortamın ve bakım verenlerin ortak etkisinden söz edilebilir (Akdeniz, Doğan, Doğan, Hizmetli ve Karakaşlı, 2010).

1.1 Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı fibromiyalji sendromuna sahip bireylerin ebeveynlerine ait algılanan ebeveynlik stilleri ve ağrı inançları arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şemaların aracı rolünün etkisini incelemektir. Çalışmanın bağımsız değişkeni ebeveynlik stilleri, bağımlı değişkeni ağrı inançları ve aracı değişkeni ise erken dönem uyum bozucu şemalardır. Tüm bu değişkenler arasındaki ilişki ise fibromiyalji sendromuna sahip bireylerden oluşan örneklem üzerinde incelenecektir.

Bu amaç doğrultusunda örneklemi oluşturan katılımcıların sosyo-demografik bilgileri alınmış, erken dönem uyum bozucu şemaları ve algıladıkları ebeveynlik stilleri ölçülmüş, fibromiyalji sendromlarına ilişkin bilgi edinilmiş ve son olarak ağrı inançları ölçeği uygulanmıştır. Araştırmanın genel amacı ise fibromiyalji sendromunun psikolojik boyutu ile ilgili daha fazla bilgi edinmektir.

1.2 Araştırmanın Önemi

Şemaların değişime dirençli yapıları birçok rahatsızlığın temelini oluşturmakta ve bireyin algı, düşünce, duygu ve davranışlarını etkilemektedir (Young ve ark, 2003). Fibromiyalji sendromuyla ilişkili psikolojik faktörleri ele alan çalışmaların kısıtlı olmasına karşın; Saariaho ve arkadaşlarının (2010) fibromiyaljinin kronik ağrı sendromu ile ilişkisini saptadığı ve Hayta ve arkadaşlarının (2010) kronik ağrı sendromunun erken dönem uyum bozucu şemalar ile ilişkili olduğuna işaret eden çalışmalarının varlığı mevcut araştırmanın konusunun belirlenmesinde etkili olmuştur. Saariaho ve arkadaşları (2010) yaptıkları çalışmada erken dönem uyum bozucu şemalar ile kronik ağrı sendromu arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulgularken, Türkiye'de yürütülmüş fibromiyalji sendromu

tanısı alan ve almayan hastaların erken dönem uyumsuz şemalar açısından karşılaştırılmasını amaç edinen farklı bir araştırmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Arıcı ve ark., 2021). Bu çalışmada, Arıcı ve arkadaşları, (2021) fibromiyalji sendorumuna sahip olan hasta grubu ile sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların erken dönem uyum bozucu şemalardan aldığı puanların farklılık gösterdiğini; hasta grubunun erken dönem uyumsuz şema alt boyutlarının çoğundan anlamlı derecede yüksek puanlar aldıklarını ortaya koymuştur. Ayrıca erken dönem uyumsuz şemaların oluşumunda ebeveynlik stillerinin anlamlı etkisinin yanı sıra ağrı inançlarındaki ikincil kazanç ve öğrenme davranışlarının da erken dönem yaşantılardan temel alması fibromiyaljinin psikolojik faktörleri arasında yer aldığı görülmüştür.

Yapılan söz konusu çalışmalara rağmen pratik yaşamda fibromiyalji sendromunda psikolojik etmenlerin oynadığı anlamlı rolün yadsındığı düşünülmektedir. Kronik ağrı ve psikopatoloji arasındaki etkileşime dikkat çeken araştırmalar olsa da ağrı inançlarının, erken dönem uyumsuz şemaların ve ebeveynlik stillerinin bu konudaki yordayıcılığını ele alan araştırmaların olmaması bu araştırmanın ilgili alan yazına katkı sağlayacağını düşündürmektedir.

Yapılan literatür incelemesi sonucunda bu araştırma kapsamında ölçümlenen değişkenlerin aynı anda ele alındığı herhangi bir çalışmanın literatürde mevcut olmadığı görülmüştür. Erken dönem uyum bozucu şemaların ve algılanan ebeveynlik stillerinin birçok araştırmanın konusu olduğu ve aralarında anlamlı ilişkilerin saptandığına dair yapılmış araştırmalara rastlanmaktadır. Ancak; bu araştırmanın örneklemini oluşturan katılımcıların fibromiyalji sendromuna sahip olması bu araştırmanın önemli ve özgün yanıdır.

1.3. Araştırmanın Varsayımları

i. Araştırmaya dâhil olan katılımcılar soruları içtenlikle cevaplamışlardır.

ii. Araştırma örneklemi evreni temsil edebilir niteliktedir.

iii. Araştırmanın örneklem büyüklüğü, 18-65 yaş aralığına sahip fibromiyalji hastalarının ağrı inançlarını, erken dönem uyumsuz şemalarını ve ebeveynlik stillerini belirlemek için yeterlidir.

iv. Araştırma için seçilen ölçüm araçları araştırmanın amacına ve konusuna uygun özellikleri ölçebilir niteliktedir.

1.4 Araştırmanın Sınırlılıkları

i. Bu araştırmanın örneklemi 18-65 yaş aralığında olup fibromiyalji tanısı alan 120 kişi ile sınırlıdır.
ii. Araştırmada veri toplanan kişiler farklı illerde ikamet eden gönüllü katılımcılar ile sınırlıdır.
iii. Araştırmada incelenen ağrı inançları Ağrı İnançları Ölçeğinin ölçtüğü nitelikle sınırlıdır.
iv. Araştırmada incelenen erken dönem uyumsuz şemalar Young Şema Ölçeği Kısa Form Ölçeğinin ölçtüğü nitelik ile sınırlıdır.
v. Araştırmada incelenen ebeveynlik stilleri Young Ebeveynlik Ölçeğinin ölçtüğü nitelik ile sınırlıdır.

1.5 Tanımlar

Fibromiyalji: Fibromiyalji yaygın ve kronik kas-iskelet sistemi ağrısını ifade eden ve genellikle uyku problemleri ve yorgunluğun birlikte görüldüğü süreğen bir rahatsızlıktır (Dönmez ve Erdoğan,2009).

Erken Dönem Uyumsuz Şemalar: Çocukluk deneyimleriyle temellenen ve artan deneyimle birlikte gelişim gösteren şemalar, duygu, düşünce, olay ve davranışlarla var olan bilişsel kalıplardır (Jeffrey ve Young, 2012).

Ebeveynlik Stilleri: Başlangıçta yaşamın devamlılığını sağlamak adına bir ötekinin varlığına ihtiyaç duyan insan sadece fizyolojik olarak değil psikolojik olarak gelişim ve devamlılık adına da bir ötekinin varlığıyla sürece devam etmektedir. Bu psikolojik ihtiyaçların karşılanmasında birincil bakım verenlerin önemi çocuğa yönelik tutum ve davranışları aracılığıyla kalıcı izler bırakmakta ve erken dönem uyumsuz şemaların oluşmasında ebeveynlerin çocuğa yaklaşımları temel nitelik taşımaktadır (Klosko, Weishaar ve Young, 2009).

Ağrı İnançları: İnanç kavramı, bilişsel perspektif te değerlendirildiğinde bireyin düşünce yapısının temel niteliği olarak değerlendirilir. Sharp (2001) ağrıların tanımlanmasında ağrı inançlarının bilişsel yapılanmasını vurgulamıştır. İnançların temellendiği yapılar biliş, duygu ve düşünceleri olduğu gibi tutumlar da bu inançların yordayıcıları olabilmektedir (Ellis, 1988).

2. İLGİLİ LİTERATÜR

2.1. Fibromiyalji Sendromu

2.1.1. Tanım

Fibromiyalji Sendromu (FMS), kişilerin yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen; yaygın kas ve iskelet ağrısına ek olarak vücudun belirli duyarlı bölgelerindeki aşırı hassasiyeti içine alan fizyolojik ve psikolojik birçok belirtisi bulunan eklem dışı romatizmal hastalığı ifade eder. (Ahles ve ark., 1984; Wolfe ve ark.,1990). FMS'de en sık görülen klinik belirtiler; yorgunluk, uyku bozukluğu, paresteziler (karıncalanma, uyuşma, iğnelenme, yanma hissi), bilişsel bozukluklar, baş dönmesi ve güçsüzlüktür (Dönmez ve Erdoğan, 2009).

Hastalığın anlaşılması için yapılan fizik muayene ve laboratuvar test sonuçlarında altta yatan herhangi bir başka ilişkili bozukluğa sahip olup olmama durumuna göre "birincil fibromiyalji" ve "ikincil fibromiyalji" olarak ayrılmıştır (Beetham, 1979). Birincil olduğu durumda yapılan tıbbi test ve tetkikler herhangi bir hastalık bulgusuna işaret etmezken ikincil veya eşlik eden durumda travma, kireçlenme ve romatoidartrit gibi çeşitli romatizmal hastalıklar ve hipertiroidi ve kötü huylu tümör gibi romatizmal olmayan hastalıklar görülür (Yunus ve ark., 1981). Yapılan çalışmalarda birincil ve ikincil fibromiyalji arasında çeşitli değişkenler (yaş, cinsiyet, etnik grup) açısından anlamlı farklılıkların olmadığı görülmüştür (Arnold, 2010; Wolfe ve ark., 1990).

2.1.2. Fibromiyalji sendromu tarihçe ve tanı

Literatürde fibromiyalji sendromunun tarihçesi incelendiğinde bu hastalığın tanımlanması için temel girişimlerin 16. yüzyıla kadar uzandığı görülmektedir (İnanıcı ve Yunus, 2004). İlk olarak, 1592 yılında, Baillou kas ağrısı ve akut romatizmal ateşi tanımlamak için "romatizma" terimini kullanmıştır (Ruhman, 1940). Daha sonra, 1880 yılında nörolog Beard yorgunluk, psikolojik belirtiler ve yaygın ağrı semptomlarının modern yaşamın günlük stresinden kaynaklandığını belirtmiştir (Beard, 1880). 1904 yılına gelindiğinde ise, İngiliz nörolog Sir William Gowers, kasların fibröz dokularındaki iltihaplanma sonucu kas romatizmasının oluştuğunu ifade ederek bu klinik tabloya "fibrozit" ismini vermiştir (Gowers, 1904). 1976 yılında Hench, Gowers'ın aksine kas dokularında herhangi bir iltihaplanmanın olmadığını ifade ederek "fibromiyalji" terimini

kullanmanın daha uygun olacağını belirtmiştir (Hench, 1976, aktaran İnanıcı ve Yunus, 2004).

Geçmişte yıllarca "fibrozit" olarak tarif edilen klinik görüngünün tekrar gündeme gelmesinde 1977 yılında Smythe ve Moldofsky'nin "Fibrozit Sendromunun Anlaşılmasına İki Katkı" isimli makalesi etkili olmuş ve bir dizi kriter seti ele alınarak sendromun klinik bağlamda kabul görmesinde önemli rol almıştır. (Wolfe ve ark., 1990). Uzun yıllar boyunca birçok araştırmacının göreceli olarak bu hastalığı yorumlaması nedeniyle 1990 yılında Amerikan Ramatoloji Birliği (ACR-American College of Rheumatology), fibromiyaljinin ortak bir tanımını sağlamak, fibromiyaljinin sınıflandırılması için yeni kriterler oluşturmak ve "birincil" fibromiyaljinin "ikincil" veya "eşlik eden" fibromiyalji ile ilişkisini sınıflandırma kriterleri açısından incelemek amaçlarıyla toplanmıştır. Buna göre ACR tanı kriterlerine göre vücuttaki 18 spesifik hassas nokta bölgesinin 11'inde veya daha fazlasında hassasiyet ile birlikte en az 3 ay süren yaygın ağrı "fibromiyalji sendromu" olarak tanımlanmıştır (Wolfe ve ark., 1990). Bu tanımlama kabul görerek kısa bir süre sonra, 1994 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından da onaylanmıştır (Fitzcharles ve Häuser, 2018).

Zamanla bazı hekimlerin söz konusu hassas noktaları çoğu zaman yanlış uygulaması, bölgeye uygulanacak basıncın ve süresinin standardının olmaması ve hastalığın belirtileri azaldığında nasıl kategorize edileceğinin belirsiz olması gibi nedenlerle tanımlamada revizyon sağlanmasının gerekli olduğu anlaşılmıştır (Boulos ve Fitzcharles, 2003; Mease ve ark., 2007; Wolfe ve ark., 2010). Bu amaçla, Amerikan Ramotoloji Birliği 2010 tarihli çalışmasında subjektif değerlendirmeye açık olan hassas bölge muayenesini ortadan kaldırmış ve semptom şiddet düzeyine odaklanmanın hastalığın tanımlanmasında ayırıcı nitelikte olacağını öne sürerek Yaygın Ağrı İndeksi (YAİ) ve Belirti Şiddet Ölçeğini (BŞÖ) de içeren yeni bir tanı kriter seti geliştirmiştir (Häuser ve ark., 2015 ve Wolfe ve ark., 2010). Bu şekilde fibromiyalji çeşitli anket ve klinik araştırmalarda çalışılmak üzere kolay tanımlanabilir hale getirilmiştir. Bu kriterlere göre fibromiyalji tanısı konulurken aranan kriterler: 1) Yaygın Ağrı İndeksi (YAİ) ≥ 7 ve Semptom Şiddet Skoru (SŞS) ≥ 5 veya YAİ 3-6 ve SS ≥ 9 olması 2) semptomların en az 3 aydır benzer düzeyde mevcut olması ve 3) ağrıyı açıklayan başka bir bozukluğun olmamasıdır (Wolfe ve ark., 2010).

2011 yılına gelindiğinde 2010 ACR tanı kriterlerinde düzenlemeye gidilerek Yaygın Ağrı İndeksi ve Semptom Şiddeti Ölçeğinin birleştirilmesinden ortaya çıkan Fibromiyalji Belirti Anketi geliştirilmiştir (Wolfe ve ark., 2011). Bu anket hastaların kendi kendilerine uygulayabilecekleri ancak tek başına tanı için yeterli olmayan veyine diğer tanıların varlığını gerektiren bir kriter dizisini içermektedir (Häuser, 2015).

2016 yılında Wolfe ve arkadaşları (Wolfe, 2016), bölgesel ağrı ifadesi yerine yaygın ağrıya vurgu yaparak, bölgesel bozuklukların fibromiyalji sendromundan ayırt edilmesi amacıyla güncel ve son revize çalışmasını ortaya koymuştur. Buna göre, yetişkinlerde FMS tanısı için;

- 5 bölgenin en az 4'ünde görülen yaygın ağrı
- En az 3 aydır benzer düzeyde var olan semptomlar
- Yaygın ağrı indeksi (YAİ) ≥ 7 ve semptom şiddeti ölçeği (SŞÖ) skoru ≥ 5 veya YAİ 4-6 ve SŞÖ skoru ≥ 9 **(Şekil 1.)**

gereklidir. Ek olarak, FMS tanısı başka bozukluklardan bağımsız olarak geçerli olup klinik olarak kabul edilen "diğer hastalıkların varlığını dışlamaz" kriteri de eklenmiştir (Wolfe ve ark., 2016).



Şekil 1. Fibromiyaljide Bölgeler ve Yaygın Ağrı İndeks Alanları (https://www.ftronline.com/fibromiyalji-sendromu)

2.1.3. Fibromiyalji sendromunun epidemiyolojisi

Fibromiyalji sendromu, toplumun yaklaşık % 2-6' sını etkilemektedir ve dünyada görülme oranı ortalama %0,5-5,8 arasındadır (Ablin ve Shoenfeld, 2021; Kayhan, 1993; Özkan ve ark., 2012). Hastalığın görülme sıklığı ile ilgili kapsamlı ilk çalışmalardan olan Wolfe ve arkadaşları (1990) tarafından gerçekleştirilen araştırmada hastalığın görülme sıklığı erkeklerde %0,5; kadınlarda ise %3,4 olarak bulunmuştur. Fibromiyaljili hastalarda %85-90'lık kısmı kadınlar oluştururken erkeklerde FMS görülme sıklığının kadınlara göre yaklaşık 7 kat daha az olduğu bulunmuştur (Wolfe ve ark. 1995). Marques ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan daha güncel bir meta-analiz çalışmasında, FMS'nin kadınlarda %2,4 – 6,8 arasında olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte çalışmada yıllar içerisinde fibromiyalji görülme sıklığında ciddi ölçüde bir artış olduğu bulgular arasındadır.

Yapılan araştırmaların çoğunda fibromiyalji hastaları arasında yaş açısından da anlamlı derecede bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir (Güleç ve ark. 2004; Sivas ve ark. 2009). Fibromiyalji sendromu çocuk ve yaşlı popülasyonda görülse de daha çok orta yaşlı kadınlarda görülmektedir. Yapılan farklı bir çalışmada fibromiyaljili hastaların %80-90'ının 40-60 yaş aralığındaki kadınlardan oluştuğu bulunmuştur (Yılmaz ve ark., 2005).

Türkiye'de fibromiyaljinin epidemiyolojik görüngülerine dair yapılan çalışmalara bakıldığında 2005 yılında Topbaş ve arkadaşlarının Trabzon'da 20-64 yaş aralığındaki yetişkin kadınlarla yaptığı araştırmasına göre; 20-64 yaş grubundaki kadınlarda fibromiyalji sendromu oranı %3,6 iken, 20-29 yaş arasında %0.9 olarak bulunmuştur. En yaygın görülen yaş aralığının ise 50-59 yaşları olduğu bulgulanırken en düşük görülme oranının 20-29 yaş aralığında olduğu saptanmıştır (Topbaş ve ark., 2005). Ülkemizde yapılan çalışmalardan diğerinde ise FMS tanısı almış 18-55 yaş aralığında yetişkin kadınlarda hastalığın görülme oranının %5.6 olduğu bulunmuştur (Çakırbay ve ark., 2006).

FMS'nin meydana gelmesinde ruhsal süreçler ile psikososyal stres faktörlerinin de etkili olduğu düşünülmektedir. Çocukluk çağında yaşanan travmalar yaşamın ilerleyen süreçlerinde kişilerin hem psikolojik sağlıklarını hem de beden sağlıklarını olumsuz etkilediği bilinmektedir (Houdenhove, 2005). Bununla birlikte fibromiyalji sendromu

görülen hastaların çoğunda komorbid tanı olarak psikiyatrik bozukluklarda görülmektedir. FMS ile birlikte görülen en yaygın psikiyatrik bozukluk depresyon olmakla beraber bu kişilerde anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve somatizasyon bozukluğu gibi psikiyatrik tanılar da sıklıkla görülmektedir (Clauw ve Crofford, 2003; Fietta, 2007; Katon ve ark., 2001; McBeth ve ark., 2001).

Fibromiyalji hastalarının sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında hastalık ile eğitim düzeyi ve ekonomik statü arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Hastalardan düşük eğitim düzeyine ve düşük gelire sahip olanlarda hastalık görülme sıklığının önemli ölçüde yüksek olduğu bildirilmiştir (Queiroz, 2013). FMS için risk faktörlerini genel olarak ele alacak olursak; yalnız yaşam sürdürme, kadın olmak, eğitim düzeyinin düşük olması, ekonomik statünün düşük olması, boşanmış olmak ve özel gereksinimli olmak yer almaktadır (Duruk, 2013; Güleç ve ark., 2004).

2.1.4. Fibromiyalji sendromunun etiyolojisi

Dünya çapında pek çok kişiyi etkileyen bu hastalığın etiyolojisi, yapılan kapsamlı çalışmalara karşın halen tam olarak bilinememektedir. (Arnold ve ark.,2004). Hastalığın etiyolojisine dair yapılan çalışmalarda merkezi ve otonom sinir sistemlerinin işlevlerinde yetersizlikler, nörotransmitterler, hormonlar, bağışıklık sistemi, dış stresörler, psikiyatrik durumlar ve diğerleri gibi çeşitli etmenlerin etkili olduğu görülmektedir (Bellato ve ark., 2012). Örneğin FMS; endokrin sistemde hipotalamik-hipofiz-adrenal işlevde değişikliklerle birtakım işlevsel bozukluklara neden olmakta ve bu da doku hasarının meydana getirdiği ağrının algılanmasını sağlayan komplike elektrokimyasal sürecin hatalı algılanmasına neden olmaktadır (Amsterdam ve Buskila, 2021; Bijlsma ve Geenen 2010).

Bu hastalığın anlaşılmasını güçleştiren diğer bir faktör ise çoğu zaman hastaların fiziksel ağrı şikâyetlerine karşılık gelen nesnel laboratuvar veya radyolojik bulguların olmayışıdır. Hastaların yaşadığı ağrının şiddeti, tanının konulmasında yaşanan belirsizlikler ve sübjektif ağrının tıbbi çerçevede nesnel olarak bulgulanamaması kişileri ruhsal açıdan olumsuz etkilemekte ve bir dizi psikolojik semptomlar göstermelerine sebep olmaktadır. Hastalığın ilk ortaya çıktığı dönemden bu yana çok çeşitli popülasyon ve kavramsal değişkenlerle hastalığın ilişkili olduğu psikolojik faktörlerle ilgili

çalışmalar yapılmıştır. Fibromiyaljisi bulunan hastaların psikiyatrik problem yaşama prevalanslarının farklı türden romatizmal hastalık yaşayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Giesecke ve ark., 2003). Örneğin, Goncu ve arkadaşları (2019) 107 fibromiyalji hastasıyla yaptığı yakın zamanlı çalışmasında, hastaların %45'inde depresif belirtilerin olduğunu bulgulamıştır (Goncu ve ark., 2019).

Özetle; fibromiyaljiye "neden" olarak gösterilebilecek tek bir faktör ya da kanıt bulunmamaktadır; bunun yerine, birçok fiziksel ve/veya duygusal stres faktörü hastalığın semptomlarını tetikleyebilir veya şiddetlendirebilir. Önemli sayılabilecek tetikleyiciler ise; fiziksel travma, duygusal travma ve stresin yanı sıra enfeksiyonlardır. Yavne ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan ve fibromiyaljinin gelişiminde etkili olan fiziksel ve psikolojik travmatik olayları ele alan çalışmada ise, önceki fiziksel veya psikolojik travma ile daha sonraki kronik yaygın ağrı ve fibromiyalji gelişimi arasında önemli bir ilişki olduğu bulunmuştur.

2.2 Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

Erken dönem yaşantılarında temellenmeye başlayan ve yayılım gösteren şema örüntüleri bireylerin anılarından, bilişlerinden, duyumlarından ve duygularından hareketle var olmaya başlayarak hem kişinin kendisiyle hem de diğerleriyle olan ilişkilerini etkileme gücüne sahiptir. Çocukluk döneminde ya da ergenlik döneminde izlerini göstermeye başlayan şemalar hayat boyu varlığını sürdürmeye devam etmekle birlikte uyum bozucu ve işlevselliği bozucu niteliklere sahip olan yapılar olarak değerlendirilmektedir (Young, 1990). Erken dönem uyumsuz şemaların oluşumunda çocukluk ve ergenlik yaşantılarında deneyimlenmiş olan örseleyici yaşam olayları tetikleyici ve başlatıcı etmenlerdir. Bu örseleyici yaşam deneyimleri yetişkin yaşamda deneyimlenen olay ve durumlarda bilinçli olmadan geçmiş travmatik durum ile benzer niteliklere sahip olması durumunda olumsuz duyguları tetikleyebilmektedir. Köklerini erken yaşam deneyimlerinden alan bu şemaların değiştirilmesi güç olduğundan, birey şemalarıyla yaşamaya devam eder ve bu durumu yadırgamaz çünkü şemalarının farkında değildir. Ancak yaşam içerisinde her zaman şemalara uygun olay ve durumlarla karşılaşmak olası olmamakla birlikte, farklı bir deneyimin çarpıtılmasıyla şemalara uygun hale getirilerek devamlılık sağlandığı da görülmektedir. Her bireyde farklılık gösteren şemaların yoğunluğunu ise hissedilen

duyguların yoğunluğu ve süresi belirlemektedir (Klosko ve Young, 1994 ; Young ve ark., 2009).

Bireyler var oldukları çevresel koşullara uyum sağlayabilmek adına sergiledikleri davranışları, hayatlarının devamlılığını sağlamak adına sürekli hale getirdiğinde uyumsuz şemaların örgütlenmesi ve kalıplaşması gözlemlenir. Yaşamın ilerleyen dönemlerinde ise psikopatolojinin anlamlı bir yordayıcı olarak nitelenen bu uyumsuz duygu, düşünce ve davranışlar hem kişilik hem de duygu durum bozukluklarının bir ön hazırlayıcısıdır (Young ve ark., 2009). Bu uyumsuz şemaların içeriği incelendiğinde bireye ait olan çevre ve çevreyle ilgili duygu ve inançların bireylerin özel yaşantılarına, diğerleriyle olan ilişkilerine zarar verici unsurlar olduğu görülmektedir.

Bireyin kendisini tehdit altında hissettiği ya da belirsizlikle karşı karşıya kaldığı durumlara otomatik bir biçimde zihinde beliren şemalar, katı, uyum ve yaşamın devamlılığını sağlamaya yönelik, gerektiğinde öz yıkıcı nitelikleri de barındıran, konu değişim olduğunda katılık gösteren tekrarlı bilişsel düşünceler olarak tanımlanabilmektedir. Bu katılık ise psikopatolojinin belirleyicilerinden biri olarak değerlendirilir (Muris, 2006; Riskind, 2004).

Bu şemaların, erken dönem yaşantılarda temellendiği ve sorgulanmadan devamlılık arz ettiği bilgisini detaylı olarak ele aldığımızda çocukluk çağında terk edilmiş, bakım verenleri tarafından reddedilmiş, zarar verici çevresel koşullara maruz kalmış, tacize, istismara ya da ihmale uğramış oldukları görülmekle birlikte yaşamın ilerleyen yıllarındaki yaşantılarında da deneyimledikleri olay ve durumları geçmiş travmaları ile benzer nitelikte algılama eğilimlerinin olduğu görülmektedir (Ball ve Young, 2000). Bowlby (1973) bağlanma kuramında çocuk ile ilk bakım verenin arasındaki ilk ilişkinin gelecek ilişkileri etkileme gücünden bahsederek bu ilişkinin önemini vurgulamıştır. Uyumsuz şemaların da birincil bakım veren ile kurulan ilişkiden temel aldığını ve bireylerin de bu şemalara uygun kişilerle ilişki kurma eğiliminde olduğunu belirtmektedir (Ball ve Young, 2000; Lindeman ve Young, 1992; Mason, Platts ve Tyson, 2002).

2.2.1 Erken dönem uyumsuz şemaların yordayıcıları

1- Temel Duygusal İhtiyaçlar: Şema terapi yaklaşımında bağlanma kuramında vurgulanan temel duygusal ihtiyaçların karşılanmasına dikkat çekerek, çocukluk

yaşantılarının yetişkin yaşama etkilerine odaklanmaktadır (Lindemann ve Young, 1992; Soygüt ve ark., 2009; Yavuzer, 1998). Şemaların oluşmasında hem çevrenin hem de diğerleriyle kurulan bağların bir belirleyici olduğunu ifade eden şema kuramcıları en temelde bakım verenlerin çocuğa karşı yaklaşımlarının ve tutumlarının belirleyiciliğine dikkat çekmekte ve bu ihtiyaçların evrenselliği vurgulanmaktadır (Young ve ark., 2009). Bu temel duygusal ihtiyaçların ilki bağlanmadır. Burada vurgulanan güvenli bağlanma, çocuğa birincil bakım veren ile kurduğu ilk ve temel ilişki sonucunda oluşmakla birlikte içeriğinde koşulsuz kabul, bakım, süreklilik ve ilgi barındırmalıdır. İkinci ihtiyaç olarak özerklik gelişimi vurgulanmakta ve öz güven kavramının, yeterlilik algısının ve çocuklukta şekillenmeye başlayan kimlik algısıdır. Üçüncü ihtiyaç ise çocuğun duygularını ve ihtiyaçlarını ifade edebileceği özgür bir ortamdır. Dördüncü ihtiyaç ise çocuğun oyun oynama ve kendiliğindenlik ihtiyacıdır. Beşinci ve son ihtiyaç ise çocuğa sunulan sınırların gerçekçiliği ve öz denetim duygusudur (Young ve ark., 2009). Bu temel duygusal ihtiyaçların ‘’normal’’ düzeyde karşılanması psikolojik sağlığın anlamlı bir yordayıcısı olmakla birlikte, karşılanmaması, eksik karşılanması ya da olması gerekenden fazla bir biçimde karşılanması sonucunda uyumsuz şemalar oluşmaktadır (Geçit, 2018; Young ve ark., 2009).

2- Erken Dönem Yaşam Deneyimleri: Erken dönem uyumsuz şemaların köken aldığı erken çocukluk çağı yaşantıları ve ergenlik döneminde bireylerin aile fertleri ve diğerleriyle olan ilişkileri belirleyici birer etmen olarak değerlendirilmektedir. Bu dönemlerde oluşmaya başlayan şemalar gelecek yaşantılarda da şekillenerek gelişmeye devam eder (Young ve ark., 2009).

İlk olarak ebeveynler tarafından çocuğun sevgi, ilgi, tutum gibi ihtiyaçların giderilmemesi ya da gerekli düzeyde karşılanmamasıyla çocuk tarafından duygusal yoksunluk deneyimlenmeye başlamaktadır. Çocukluk döneminde maruz kalınan travmatik etkilere sahip yaşam olayları ise erken dönem uyumsuz şemaların oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Tıpkı ihtiyaçların giderilmemesi gibi yoğun bir giderilme, baskıcı ebeveyn tutumları, özerkliğe imkân tanınmayan ortamlar çocuğun gerçekçi sınırlarla karşılaşmasına imkân tanımamaktadır. Son olarak da çocuğun özdeşim kurduğu kişiler aracılığıyla elde ettiği tecrübeler ve o kişilerle kurduğu özdeşim sonucunda çocuğun,

duygu, düşünce ve davranışları içselleştirerek o kişileri birer rol model aldığı görülmektedir (Çakır, 2007; Ramsay ve Rostain, 2014; Young ve ark., 2009).

3-Duygusal Mizaç: Bireyler dünyaya kendilerine ait bir mizaca sahip olarak gelmektedir ve çevre ile kurulan ilişki ve etkileşimlerinde bu mizaç faktörü anlamlı bir belirleyicidir. Başlangıçta ebeveyn ve çocuk arasında kurulacak ilişkide de mizaç faktörü etkilidir ve yaşam deneyimleriyle karşılıklı etkileşim içerisindedir. Bu nedenle erken dönem uyum bozucu şemaların oluşmasında önem arz etmektedir (Arslan, 2017; Young ve ark., 2009). Artan yaşla birlikte bu mizaç özelliklerinin değişimi de zorlaşmakta ve yetişkin yaşamda uzun süreli terapilerle değişebilen süreçler olarak nitelendirilmektedir (Martin ve Young, 2010 ; Young ve ark., 2009).

2.2.2 Erken dönem uyumsuz şema alanları ve şemaların sınıflandırılması

Erken dönem uyum bozucu şemaların oluşmasında yeteri kadar karşılanmamış ihtiyaçların yattığını belirten Young (2018), toplam 5 şema alanı ve bu alanların içerisinde yer alan 18 tane uyumsuz şemayı Klosko ve Weishaar (2009) ile birlikte gruplar halinde tanımlamıştır.

2.2.2.1 Ayrılma ve reddedilme alanı

Bu bireylerin erken çocukluk dönemi yaşantılarında gereksinimlerinin yeterli düzeyde karşılanmaması sonucunda birincil bakım verenleri ile güvenli bağlanmayı gerçekleştiremedikleri görülmektedir. Yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde ait olma, sevilme, koşulsuz kabul görme, güven ve güvenli bakım, empati gibi duyguların diğerleri tarafından karşılanamayacağına ilişkin düşünceleri aracılığıyla başkalarıyla ilişkilerinde de güvenli bağlanma gerçekleşmemektedir. Ayrıca yakın ilişkilerinde sıklıkla sorun yaşamakta, kaçınma eğilimi göstermekte ya da kendisine zarar verebilecek ilişkiler kurma eğilimi içerisinde olmaktadırlar (Karaosmanoğlu ve ark., 2005; Velipaşaoğlu, 2014; Young ve ark., 2009).

1-Terk Edilme/İstikrarsızlık: Yakın ilişki kurma konusunda zorlanan ve kurdukları ilişkilerde de süreğenlik olmayacağına ilişkin inançlara ve terk edileceklerine ilişkin düşüncelere sahip olan bireylerde görülen bu şema, bireyin kendisini diğerlerinden koruma ihtiyacını tetiklemekte ve güvensizlik hissiyatını ortaya çıkararak, yakın

çevresinden aldığı sosyal ve duygusal desteğinde terk edilme ve reddedilmeyle son bulacağına ilişkin korku ve kaygıları tetiklenmektedir (Arntz ve Jacob, 2019; Mcllwain ve Warburton 2005; Young ve ark., 2009).

2-Güvensizlik ve Kötüye Kullanım: Bu şema bireyin diğerlerinden zarar göreceğine, diğerlerinin ondan faydalanacaklarına, onu küçük düşüreceklerine, aldatacaklarına ve tüm bunları istemli bir şekilde yapacaklarına yönelik düşünceleri barındırmaktadır. Bu şüphelerin varlığında bir ötekine güvenme ve samimi ilişkiler kurmak kaygı uyandırıcı olması sebebiyle, kişilerarası iletişim ve etkileşimlerden uzak kalarak güven alanı yaratan bu bireyler, duygu ve düşüncelerini de diğerleriyle paylaşmama eğilimindedir (Arntz ve Jacob, 2019; Geçit, 2018; Young ve ark., 2009).

3- Duygusal Yoksunluk: Bu şema bireyin duygusal ihtiyaçlarının giderilemeyeceğine ilişkin düşünceleri barındırmaktadır ve başlangıçta birincil bakım verenler tarafından karşılanmayan ilgi ve sevgi ile kurulan ilk ilişkinin sağlıklı olmamasından temel almaktadır. Bu bireyler gelecek ilişkilerinde de aynı sağlıksız örüntüyü sergileme veya ilişki kurmaktan kaçınma eğilimi içerisindedir ve duygusal beklentileri kısıtlıdır (Young ve ark., 2009). Aynı zamanda bu bireylerin erken dönem yaşantılarında empatik aynalamadan mahrum kaldığı ve kendilerini ifade etmelerine imkân tanınmamasına ek olarak da bağlanma figürleri tarafından yeteri kadar korunmadığı bilinmektedir (Geçit, 2018).

4- Kusurluluk ve Utanç: Bireyde reddedici ebeveyn tutumlarıyla kökleşmeye başlayan eksiklik ve kusurluluk düşünceleri ilerleyen zamanla birlikte gelişim göstererek bireyin sevilemeyecek biri olduğuna ilişkin düşünceleri oluşturup değersizlik ve aşağılık hislerini tetiklemektedir. Aynı zamanda sürekli kıyaslama eylemi içerisinde olan ebeveynlerinden temel alan düşünceleri eleştirilme ve suçlanma konusunda aşırı duyarlılığı tetiklemektedir (Young ve ark., 2009).

5-Sosyal İzolasyon: Bu şemaya sahip olan bireylerin aile fertlerinden başkasıyla irtibat kurmadığı ve izole yaşam sürdürdükleri görülmekle birlikte, diğer insanlardan farklı olduklarına yönelik inançları da mevcuttur. Aynı zamanda bir grubun parçası olmak, aidiyet hissetmek bu bireyler için zordur ve sıklıkla kendilerini dışlanmış hissetmektedirler (Young ve ark., 2009).

2.2.2.2 Zedelenmiş özerklik ve kendini ortaya koyma alanı

Bu alandaki şemalar bireyin diğerlerinden bağımsız bir biçimde eylemde bulma yetisini kısıtlamaktadır. Bu bireylerde kendilik algısı ve kimlik duygusu olmamasından hareket ile özerkleşebilecekleri özgür bir dış dünya mevcut değildir. Bu bireylerin erken dönem yaşantıları incelendiğinde aşırı korumacı ebeveynler ya da ilgisiz ebeveynlerle karşılaşılmaktadır. Çocukluk döneminde zarar görmeye başlayan özgüven kavramı ve özerklik duygusu yetersizlik algısının pekiştiği görülmektedir (Atalay, Atalay, F., Çalışkan ve Karahan, 2008; Young ve ark., 2009).

1-Bağımlılık ve Yetersizlik: Bu şemaya sahip bireylerin ebeveynlerinin ya aşırı ilgili ve korumacı tutum ile ya da aşırı korumasız ve ilgisiz bir tutum ile çocuğa yaklaştıkları görülmektedir. Yetişkin yaşamda ise bu bireylerde çaresizlik hissi ile pasif tutum gözlemlenmekle birlikte karar alma güçlükleri, sorunlar karşısında yetersizlik ve sorumlulukları ihmal görülmektedir (Klosko ve Young, 2011; Yıldız, 2018; Young ve ark., 2009).

2-Tehditler Karşısında Ve Hastalığa Karşı Dayanıksızlık: Bu şema bireyin engelleme gücü olmadığına ve kontrolü dışında her an kötü bir felaket ile karşı karşıya kalacağına ilişkin düşünceleri ve korkuların varlığını ifade etmektedir. Bu dışsal durumlar ise duygusal, çevre kaynaklı ve tıbbi durumlardır (Young ve ark., 2009).

3- İç İçe Geçme ve Gelişmemiş Benlik: Bireyin çocukluk yaşantılarında yeteri kadar destek görmemesi sonucunda var olan bu şema, bireyin önem verdiği ve sevdiği diğerlerine karşı duygusal anlamda yoğun bir biçimde bağlanması sonucunda hem kendilerine hem de diğer kurabileceği sosyal ilişkilere zarar vermesiyle sonuçlanmaktadır. Kendilerine ait bir kimliği olmayan bu kişiler yoğun sevgi hissettikleri kişiden destek görme ihtiyacıyla hayatlarını devam ettirirler ve istedikleri destekle karşılaşmadıklarında ise başaramayacaklarına ilişkin düşüncelerle mutsuz olmaktadırlar (Arntz ve Jacob, 2019; Young ve ark., 2009).

4- Başarısızlık: Bu bireyler kendilerini başarısız, yetersiz ve yeteneksiz olarak algılama eğilimi içerisindedirler. Ebeveynleri tarafından sürekli diğerleriyle kıyaslanan bu

bireylerin her ne kadar çaba sarf ederlerse etsinler sonucunda başarısız olacaklarına ilişkin inançları mevcuttur (Yıldız, 2018 ;Young ve ark., 2009).

2.2.2.3 Zedelenmiş sınırlar alanı

Bireyin çocukluk yaşantısında gerçekçi sınırların olmaması sonucunda bu alandaki şemaların gelişim gösterdiği görülmektedir. Ebeveynlerin gereğinden fazla anlayış içeren tutumları ve sınır çizme konusundaki eksiklikleri bu alanı var etmektedir. Bu bireyler, hem kendi sınırlarını hem de diğerlerinin sınırları koruma konusunda problemlere sahiptir. Aynı zamanda sorumluluk bilincinin eksikliğiyle var olan benmerkezci bir yapı dikkat çekmektedir. Bencil davranış sergileme eğiliminde olan bu kişiler, ortak sosyal yaşam problemlerini, kişilerarası bağ kurma ve bu bağın devamlılığını sağlama, amaca uygun hareket gibi konularda sıklıkla sorun yaşamaktadır (Young ve ark., 2019).

1-Hak Görme ve Büyüklenmecilik: Bu şemada, empati eksikliği yaşayan birey kendisini diğerlerinden daha üstün ve ayrıcalıklı görmekte ve diğerlerine tanınmayan haklara sahip olduğuna ilişkin bir inanç barındırmaktadır. Aşırı talepkar olan ve sıklıkla kurallara uymayan bu bireyler diğerlerine saygı duymazken sosyal yaşamda var olma ve uyum sağlama konusunda problemler deneyimlemektedir (Arntz ve Jacob, 2019; Klosko ve Young, 2011; Young ve ark., 2009).

2-Yetersiz Özdenetim: Bu bireyler, dürtü ve isteklerini erteleme konusunda yetersiz olmakla birlikte, sürekli bir doyum arayışı içerisindedirler. Çocukluk yaşantılarında ebeveynlerin kontrolcü oluşu bir tetikleyici etmen olarak değerlendirilirken öz disiplin kavramının çocuğa aktarılmasında yetersizlikler gözlemlenmektedir. Aynı zamanda hazzı erteleme konusunda problem yaşayan bu bireyler diğerleri tarafından tembel olarak görülmelerine ek olarak uzun emek ve zaman gerektiren işlerden kaçındıkları görülmektedir. Engellenme eşiği düşük olan bu kişiler sıklıkla kaçınma davranışı sergilemektedir (Arntz ve Jacob, 2019; Young ve ark., 2009).

2.2.2.4 Diğerleri yönelimlilik alanı

Bu bireyler diğerlerinden gelebilecek olumsuz her geri bildirimden korunma ihtiyacı hissetmektedirler. Duygusal teması devam ettirme ve onay alma ihtiyaçları bu bireyleri sıklıkla kendilerini ikinci plana itmeye ve diğerlerinin istek ve ihtiyaçlarının

karşılanmasını öncelik olarak algılamaya itmektedir. Koşullu kabul anlayışıyla yetiştirilmiş bu bireyler, dışa vurmak istedikleri yönlerini kabul görmek ve sevgi almak adına çocuklukta bastırmak zorunda kalmıştır. Bu bastırma ise ebeveynlerin diğerlerine iyi gözükme tutumundan kaynaklanmaktadır. Ebeveynlerinden göremedikleri kabulü, dışarıda aramaya eğilimli olan bu bireyler, onay arama davranışına ek olarak boyun eğici tutum ve kendini feda etme davranışlarını da sergilemektedirler (Young ve ark., 2009).

1-Boyun Eğicilik: Bu şemada birey kontrolü bir diğerine devreder ve kendi düşüncelerinin önemli olmadığına yönelik bir inanca sahiptir. Kontrolü devrederek diğerlerinden kendilerini korumakta ve aynı zamanda terk edilme ile zarar görmekten de kendilerini korumaktadırlar. Sıklıkla pasif agresif tutum ve davranışları sergileyen bu kişiler, kendi istek, gereksinim ve duygularının önemsizliklerine yönelik düşüncelere sahiptir ve itaat etmeye gereğinden fazla uyum gösterirler (Young ve ark., 2009).

2-Kendini Feda: Birey diğerlerinin mutluluğu adına yoğun bir çaba sergiler ve kendi hislerini görmezden gelerek diğerlerine odaklanmayı tercih eder. Bu davranış ve tutumlar aracılığıyla diğerleriyle duygusal temaslarını sürdürme eğiliminde olan bu kişiler kendi istek ve arzularını erteleyerek ya da görmezden gelerek ihtiyaçlarına odaklanırlar. Kendi ihtiyaçlarını öteleyerek çocuğa odaklanan anne ve babaların çocuklarında sıklıkla gözlemlenen bu şema bireyin gereksinim duyduğu onay ihtiyacını karşılarken, bencillik düşüncelerinden temel alan suçluluk hislerinin de önlenmesinde rol oynar (Young ve ark., 2009).

3- Onay Arayıcılık: Bu bireyler diğerlerinin onayını almaya odaklıdır ve onay kendi gerçek kendiliklerinden daha önemlidir. Diğerleri tarafından tanınır olmaya önem atfeden bu kişilerin, öz saygıları diğerlerine endeksli olmakla birlikte sosyal görünüşlerine, başarılarına, maddi durumlarına ve statülerine büyük bir önem atfetmektedirler (Young ve ark., 2009).

2.2.2.5 Aşırı tetikte olma ve baskılama/ketleme alanı

Karamsar, endişeli ve korkulu olan bu bireyler kendilerinden ödün vererek içselleştirmiş oldukları ideal seviyeye ulaşmak için çabalamaktadır. Ödün verdikleri arasında bazen kendi mutlulukları, rahatlıkları olurken, bazen de diğerleriyle kuracakları ilişkiler gözlemlenir. Bu bireylerin sıklıkla kendi istek, duygu ve dürtülerini bastırmasının ilk

izleri çocukluk döneminde deneyimledikleri kendiliklerini ve hissettiklerini ifade edememe ve yeterli desteği görememelerinden temel almaktadır. Bu bireyler, aşırı ve katı bir biçimde kontrollü olarak zevk almaktan ve kendileri gibi davranmaktan kaçınma eğilimindedir. Çoğu zaman istek ve dürtülerini inkâr ettikleri de görülür. Yoğun bir biçimde dikkatli olmaları gerektiğine yönelik inançla tetik halindedirler (Arntz ve Jacob, 2019; Young ve ark., 2009; Ünal, 2012).

1-Karamsarlık: Birey yaşamındaki negatif etmenlere odaklanarak yaşamaktadır ve hem maddi hem de manevi tüm alanlarda kötüye gideceğine yönelik çıkarımlara ve inançlara sahiptir. Erken dönem yaşantılarında temellenmeye başlayan bu inançlar deneyimledikleri olumsuz olaylardan etkilenebileceği gibi aileden de öğrenilebilir. Yaşamın olumlu yönlerini göremeyen veya görmek istemeyen bu bireyler, eğer ki bir yanlış yaparlarsa sonucunda kayıplarının çok büyük olacağına ve asla toparlayamayacaklarına ilişkin düşüncelere sahiptir. Bu nedenle de genele yayılmış bir uyarılmışlık hali söz konusudur ve sürekli tedirgin ve kaygılıdırlar (Arntz ve Jacob, 2019; Çakır, Karaosmanoğlu ve Soygüt, 2009; Young ve ark., 2009).

2-Duyguları Bastırma: Bu bireyler hem olumlu hem de olumsuz duygularını bastırma eğilimindedirler. Eğer bastırma yolunu tercih etmezlerse kontrolü kaybedeceklerine ilişkin kaygı içeren düşünceler ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle herhangi bir zor durumla karşılaşmamak, rezil olmamak, suçlanmamak ve eleştirilmemek adına duygu, düşünce ve davranışlarını bastırmayı tercih etmelerinin altında çocukluk dönemindeki duygusal deneyimler sonucunda aldıkları olumsuz geri dönütler yatmaktadır. Duygularını karşı tarafa yansıtmadıkları gibi aşırı kontrolcü ve anlayışsız insanlar olarak da tanımlanırlar (Hamamcı ve Kapçı, 2010; Young ve ark., 2009).

3-Yüksek Standartlar ve Aşırı Eleştiricilik: Bireyin kendisi için belirlediği standartlara ulaşmak adına hem kendisine hem de diğerlerine karşı acımasız tutumları dikkat çekicidir. Bu acımasız tutum ve yüksek standartların temelinde ise hem diğerleri hem de kendisi tarafından onaylanmama ve yargılanma ihtimalinden kaynaklı utançtan kaçınma eğiliminin olduğu gözlemlenmektedir. Hırslı ve öfkeli olarak tanımlanabilecek bu kişiler mükemmeliyetçilik kavramına atfettikleri yoğun önem nedeniyle kişinin katı kurallarıyla çevrilidir (Hawke ve Provencher, 2011; Young ve ark., 2009).

4-Cezalandırıcılık: Bu bireyler, her hatanın cezayı beraberinde getirdiğine ilişkin inançlara sahiptir. Kişilerin inançlarına göre bu ceza katı bir şekilde uygulanmalı ve hatalar affedilmemelidir. Bu yöndeki tutum ve yaklaşımları katı ve acımasız olarak tanımlanabilir. Yetişkin yaşamda anlayışsız ve öfkeli olarak tanımlanabilecek bu bireylerin çocukluk dönemleri ele alındığında ebeveynlerinin otoriter bir tutum sergilediği görülebilmektedir (Young ve ark., 2009).

2.2.3 Erken dönem uyumsuz şemalarla ilgili araştırmalar

Uygur (2020) üniversite öğrencilerinin sosyal anksiyete düzeyleri, üst bilişleri ve erken dönem uyumsuz şemaları arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmasında erkek katılımcıların ayrılma ve dışlanma alanının terk edilme, duygusal yoksunluk ve kusurluluk alt boyutlarında anlamlı derecede yüksek puanlar aldıklarını gözlemlenmiştir. Zedelenmiş özgürlük alanının bağımlılık ve başarısızlık alt boyutunda da erkek katılımcıların puan ortalamasının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanırken, zedelenmiş sınırlar alanının yetersiz öz denetim alanında ve başkaları yönelimlilik alanının onay arama ve kendini feda alt boyutlarında ile aşırı duyarlılık baskılama alanına ait alt boyutlar olan yüksek standartlar, karamsarlık, cezalandırma cinsiyetler arası anlamlı farklılıklar saptanmamıştır. Katılımcıların ekonomik düzeyleri ile şema alanları arasında da anlamlı farklılıklar gözlemlenmemiştir.

Çakır'ın (2021) evli kadınların benlik algısı ile evlilik doyumu ve erken dönem uyumsuz şemaların arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmasında yaş değişkeninin duyguları bastırma, tehditler karşısında dayanıksızlık, kendini feda ve duygusal yoksunluk ile pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişkisi olduğu bulgulanırken, cezalandırma, başarısızlık ve onay arama ile negatif yönlü ve anlamlı bir ilişkisi olduğu saptanmıştır. Katılımcılar eğitim seviyesi ve şema alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde ise kendini feda, tehditler karşısında dayanıksızlık, cezalandırılma, sosyal izolasyon, duygusal yoksunluk, terk edilme ile negatif yönlü ve anlamlı bir ilişkisi olduğu gözlemlenirken, yetersiz özdenetim ve başarısızlık arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulgulanmıştır.

Shah ve Waller'in (2000) depresyon ile erken dönem uyum bozucu şemalar ve ebeveynlik stilleri arasındaki ilişkiyi ele aldıkları çalışmalarında depresyon tanısı almış katılımcıların

kusurluluk, kendini feda, yetersiz öz denetim alt boyutlarından anlamlı derecede yüksek puanlar aldıkları gözlemlenmiştir.

Balbaba'nın (2021) araştırmasında üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travmaları ile erken dönem uyumsuz şemaları arasındaki ilişki ele alınmış olup, kadın katılımcıların ayrılma ve dışlanma alanının karamsarlık alt boyutundan anlamlı derecede yüksek puanlar aldığı gözlemlenirken erkek katılımcıların kusurluluk ve sosyal izolasyon alt boyutları puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Aşırı duyarlılık baskılama alanına ait duyguları bastırma ve yüksek standartlar alt boyutlarında erkek katılımcıların puan ortalamasının anlamlı derecede yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Katılımcıların gelir memnuniyeti ele alındığında ise göre ayrılma ve dışlanma alanına ait kusurluluk, sosyal izolasyon, duygusal yoksunluk ve terk edilme alt boyutlarında gelirinden memnun olmayanların puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır. Zedelenmiş özgürlük alanına ait başarısızlık alt boyutunda da gelirinden memnun olmayan katılımcıların yüksek puanlar aldıkları bulgulanmıştır. Başkalarına yönelimlilik alanının başarısızlık alt boyutunda da gelirinden memnun olmayan katılımcıların anlamlı farklılıkları meydana getirdiği görülmüştür. Aşırı duyarlılık baskılama alanına ait cezalandırılma ve duyguları bastırma alt boyutlarında da gelirinden memnun olmayan katılımcıların puan ortalamasının yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Yaş değişkeninin anlamlı etkisi ise başkalarına yönelimlilik alanına ait karamsarlık alt boyutu puanları yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Bu anlamlı farklılık 18-21 yaşında olan katılımcıların puan ortalamasının yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Fibromiyalji sendromunun en belirgin özelliği olan yaygın kronik ağrı, hastaların tamamında görülmektedir ve sendromun en çok ilişkili olduğu bozukluktur (Hayta ve ark., 2010). Kronik ağrı ve psikopatoloji arasında karşılıklı bir ilişki bulunmaktadır; öyle ki kronik ağrı birçok psikopatolojik durumu (depresyon, anksiyete vb.) etkileyebileceği gibi psikolojik durumlar da ağrının meydana gelmesinde etkili olabilmektedir (Hadhazy ve ark. 2006).

Kronik ağrılı hastalarda erken dönem uyumsuz şemaların ele alındığı bir çalışmada kronik ağrılı grubun erken dönem uyumsuz şema puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunurken hastalar üzerinde şemaların ağrıdan daha fazla etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna ek olarak kronik ağrılı grubun duygusal yoksunluk şeması

ile kadınlarda kendini feda şemasının ağrının yoğunluğu ve ağrılı bölge sayısı üzerinde anlamlı etkisinin olduğu da çalışma bulguları arasındadır (Saariaho ve ark. 2010). Farklı bir çalışmada kronik ağrılı grup ile sağlıklı kontrol grubu örnekleminde depresyon ve erken dönem uyumsuz şemaların ilişkisi ele alınmış ve kronik ağrılı grubun erken dönem uyumsuz şemalar ve depresyon açısından kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan elde ettikleri görülmüştür (Saariaho ve ark. 2012).

Yine kronik ağrılı hasta grubunda erken dönem uyum bozucu şemalar ve aleksitimi ilişkisi incelenmiş ve sonuçta aleksitimi olan hastaların kronik ağrı ve depresyonu daha yoğun deneyimlerken erken dönem uyumsuz şemalardan daha anlamlı düzeyde yüksek puan aldıkları görülmüştür (Saariaho ve ark. 2015). Son olarak Arıcı (2019), çalışmasında fibromiyalji tanısı almış ve almamış kişilerin erken dönem uyumsuz şemalarını ele almış ve tanı alan grup tanı almayan kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla erken dönem uyumsuz şema alanı ve boyutu ifade etmiştir.

2.3. Ebeveynlik Stilleri

Şema terapinin temel yapı taşlarından olan Bağlanma Kuramı'nda (1973) insan yavrusunun doğuştan sahip olduğu bir tetikleyici içgüdü ile birincil bakım verenini arama eğilimi içerisinde olduğu vurgulanmaktadır. Bu bağlamdan hareket eden şema kuramcıları da her bebeğin temel ihtiyaçları olduğu ve bu ihtiyaçların başında da güvenli bağlanmanın geldiği belirtilmektedir. Aynı zamanda bu güvenli bağlanma, diğer bir temel ihtiyaç olan özerklik ihtiyacının da ön hazırlayıcısı niteliğine sahiptir. Bu temel ihtiyaçlar karşılanmadığında ise çocuk için reddedilmişlik duyguları tetiklenmektedir (Gör, Kömürcü, Şenkal-Ertürk ve Yiğit, 2017; Young ve ark., 2003). Çocuğun zihninde uyanan reddedilmişlik düşünceleri, ebeveynlerinin tutumlarından temel alarak bilişsel yapıda dış dünya ile diğerlerinin çarpıtılmasına neden olmaktadır. Çarpıtılan bilişsel temsiller aracılığıyla geçmiş deneyimlerin izleri gelecek deneyimlere ilişkin algı ve yorumları tetiklemekte ve böylece olumsuz inançların oluşumunu yordamaktadır (Rohner, 2004). Ebeveynlerin çocuklarıyla ilişkilerinde reddedici olmalarının yanı sıra otoriter, aşırı kuralcı ve katı, aşırı izin verici, sınır koymayan ve ihmalkâr tutum sergilemeleri de bu olumsuz inançların oluşumunda rol oynamaktadır (Kömürcü ve Soygüt, 2017).

Bebeğin dünyaya geldiği andan itibaren diğer canlı organizmalardan farklı olarak bir bakım verenin varlığına muhtaç olması sadece fizyolojik doyum ihtiyaçlarının karşılanmasıyla doğru orantılı olmamakla birlikte, psikolojik açıdan da önemlidir. Duyguların aynalanması, güven bağının kurulması ve sıcaklık ihtiyacının karşılanmasına ek olarak tutum ve davranışların şekillenmesinde de bakım verenler büyük önem arz eder (Ainsworth, 1989; Ainsworth ve Bowlby, 1991; Chamberlain, 1999; Darling ve Steinberg, 1993; Fisher, Ellis ve Parke, 2002; Maccoby ve Martin, 1983; Parke ve Buriel, 2006).

2.3.1 Şema modeli ve ebeveynlik stilleri

İnsanın dünyaya gelmesiyle birlikte başlayan uyum süreci diğer canlılara kıyasla daha uzun sürmektedir. Kimlik oluşumu kavramıyla diğer canlılardan ayrışan insanın, öz yeterlilik süresi de diğerlerinden farklıdır. Başlangıçta yaşamın devamlılığını sağlamak adına bir ötekinin varlığına ihtiyaç duyan insan sadece fizyolojik olarak değil psikolojik olarak gelişim ve devamlılık adına bir ötekinin varlığıyla sürece devam etmektedir. Bu psikolojik ihtiyaçların karşılanmasında birincil bakım verenlerin önemi çocuğa yönelik tutum ve davranışları aracılığıyla kalıcı izler bırakmaktadır. Thimm (2010), babanın reddedici tutumu doğrultusunda beş şema alanının aktif olduğunu belirtirken, annenin reddedici tutumunun dört şema alanını aktif ettiğini belirtmektedir. Annenin reddedici tutumu karşısında aktif olmayan şema alanı ise zedelenmiş sınırlardır. Şema terapi alanında yaptıkları çalışmalarda Young, Klosko ve Weishaar, (2009) bu ebeveynlik stillerini ele almak için bağlanma kuramından temel alarak duygusal ihtiyaçlara odaklanmıştır (Bowlby, 1973). Gelecekte sağlıklı bir yetişkin birey olabilmek için erken çocukluk dönemlerinde duygusal ihtiyaçların karşılanmasının önemini vurgulamışlardır (Lindemann ve Young, 1992; Soygüt ve ark., 2009; Yavuzer, 1998). Aynı zamanda şemaların oluşabilmesi için hem çevresel etmenlerin hem de yaşıtlarla kurulan bağların da anlamlı bir belirleyici niteliğinde olduğunu belirten araştırmacılar en temelde bakım verenlerin çocuğa karşı yaklaşımlarının ve tutumlarının belirleyiciliğine dikkat çekmektedir. Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır (2009) annenin, ‘’kuralcı’’, ‘’küçümseyici’’, ‘’kötümser ve endişeli’’ yaklaşımının, babanın ise ‘’kuralcı’’, ‘’duygusal açıdan yoksunluk yaşatan’’ ‘’ küçümseyici’’, ‘’cezalandırıcı’’ ‘’duyguları bastıran’’ bireylerin ebeveynlerinin kendilerine yaklaşma biçimlerine yönelik algıları

hem kişilerarası ilişkilerde hem de psikopatolojinin gelişiminde anlamlı etkileri olduğunu belirtmektedir.

Erken çocukluk çağı yaşantılarında bakım verenler ile kurulan ilişki uyumsuz şemaların oluşumunda belirleyici niteliklere sahiptir ve özellikle ihmale ya da istismara maruz kalmış çocukların yetişkin yaşamlarında da bu izler görülmektedir (Cecero, Gillie ve Nelson, 2004). Ebeveynlerin kontrolcü ve reddedici yaklaşımları ile ihmal ve istismar içeren deneyimler erken dönem uyumsuz şemalarla açıklanmaktadır (Dickson, Elliott, Meyer, Ohanian, Sellings ve Waller, 2001; Hartt ve Waller, 2002).

Erken dönem uyumsuz şemalar ile ebeveynlik stilleri ve ebeveynlerin yeterlilik algısı arasındaki ilişkiyi ele alan araştırmacılar, 145 ebeveynin katılımı ile yürüttükleri çalışma sonucunda erken dönem uyum bozucu şemalara sahip olan ebeveynlerin erken çocukluk yaşantılarının ve kendi ebeveynlerine ilişkin yeterlilik inancının anlamlı bir yordayıcı olduğunu belirtmişlerdir (Miklosi, Simon ve Szabo, 2017). Anderson, Shorey ve Stuart ise (2012 akt., Kaplan, 2021) hem bireylerin hem de ebeveynlerinin katılımıyla yürüttükleri çalışmalarında, madde kullanım bozukluğu olan kişilerin erken dönem uyumsuz şemalarını ele almıştır. Araştırma sonucunda madde kullanan bireylerin uyum bozucu şemalara sahip olma oranı ailelerinden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

1994 yılında Young tarafından geliştirilmiş olan Young Ebeveynlik Ölçeği, bireylerin erken dönem uyumsuz şemalarının temel aldığı erken dönem uyum bozucu deneyimlerine ilişkin ebeveynlik biçimlerini ele almaktadır. Ölçeğin ebeveyn biçimlerini gruplandırması ise; Sömürücü ve İstismar Edici, Aşırı Koruyucu ve Evhamlı, Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı, Küçümseyici ve Kusur Bulucu, Kuralcı ve Kalıplayıcı, Aşırı İzin Verici ve Sınırsız Ebeveynlik, Kötümser ve Endişeli, Değişime Kapalı ve Duygularını Bastıran, Cezalandırıcı ile Koşullu ve Başarı Odaklı ebeveynliktir.

Ebeveyn ve çocuk arasındaki erken dönem ilişkilerin psikolojik sağlık ve sağlamlık ile anlamlı ilişkisinin (Harding ve Maynard, 2010) yanı sıra çocuğun hem sosyal yeterlilik algısı ile akademik başarısında hem de tutum ve yaklaşımlarında anlamlı etkilerinin olduğu görülmektedir (Barnes ve Farrel, 1992; Darling, Lamborn ve Steinberg, 1994 akt., Craig, Fisk ve Montgomery, 2008).

Çocuğun ebeveynlerine ilişkin şemaları bir temsil niteliğinde olmakla birlikte, dış dünyayı algılama biçimlerinin de belirleyicisidir (Muris, 2006). En yalın haliyle, ebeveynleriyle deneyimledikleri durumları yetişkin yaşamda da deneyimleyen bir birey için erken dönem uyumsuz şemalarının aktive olduğu belirtilmektedir. Şemaların oluşmasında en önemli etmen ebeveynler olmakla birlikte, artan yaşla birlikte sosyalleşen ve topluma karışan çocuğun diğerlerinden aldığı dönütler de şemaların oluşumunda pay sahibidir ancak, erken dönem yaşantılarında oluşan şemalar kadar kararlı ve dayanıklı değildir (Adalbjarnardottir ve Hafsteinsson, 2001 akt., Montgomery ve ark., 2008; Çakır, Karaosmanoğlu ve Soygüt,2008).

2.3.1.1 Sömürücü/istismar edici ebeveynlik

Bireyin erken çocukluk çağı yaşantılarında karşılanması gereken en temel gereksinimi olan güvenlik ihtiyacında tehdit unsurları barınması sonucunda Terk Edilme ve Güvensizlik ile Suiistimal Edilme şemasının temelini oluşturan bu ebeveynlik biçiminde güvenilmez ve dengesiz olarak nitelenen ebeveynlerin, duygusal açıdan yarattıkları yoksunluğa eşlik eden çocuğu kötüye kullanma, aşağılama ve kandırma da gözlemlenmektedir. Aynı zamanda ebeveynlerin çocuğa yaklaşımlarında gözlemlenen dengesizlikler, güven duygusunun sarsılma sebebidir (Çakır, Karaosmanoğlu ve Soygüt,2008; Berstein, Rafaeli ve Young, 2012; Klosko ve Young, 2003).

2.3.1.2 Aşırı koruyucu/evhamlı ebeveynlik

Çocuğun karşılanmayan özerklik ihtiyacına eşlik eden sürekli koruma ve engelleri aşmasına izin verilmemesine ek olarak çocuğun kendisinin eylemde bulunması sonucu küçümseyici tutumlarla karşılaştığı bu ebeveynlik biçiminde, dış dünyanın tehlikeli olduğuna ilişkin inançların oluşmasıyla tehlike karşısında dayanıksızlık, bağımsızlık ve yetersizlik ile iç içe geçme ve gelişmemiş benlik şemalarının oluşumuna zemin hazırlayan aşırı koruyucu yaklaşımlar çocuğun kimlik oluşumunu engelleyici niteliklere sahip olmakla birlikte kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını da olumsuz yönde etkilemektedir (Klosko ve Young, 2003; Klosko ve Young, 2011).

2.3.1.3 Duygusal bakımdan yoksun bırakıcı ebeveynlik

Bu ebeveynlik biçimi, çocuğun diğerleri ile etkileşime girmesi ve kişilerarası ilişki geliştirmesini tehdit eden unsurlar barındırmakta ve Bağımlılık/Yetersizlik, Hak

Görme/Büyüklenmecilik, Kendini Feda, Duygusal Yoksunluk, İç İçe Geçme ve Gelişmemiş Benlik şemalarının oluşumunda temel niteliğindedir. Bu bireylerin ebeveynleri çocuklarının duygularını aynalama görevini üstlenmemekle birlikte duygusal gelişim dönemlerine destek vermemektedir. Sınır çizemeyen bu ebeveynler, dış dünyanın karşılıklılık ilkesini çocuklarına öğretmemekte ve çizilemeyen sınırlar ile aşırı izin içeren tutumlar gerçekçilik ilkesinin temellenmesine de ket vurmaktadır (Berstein, Rafaeli, 2012; Çakır, Karaosmanoğlu ve Soygüt, 2008; Klosko ve Young, 2003).

2.3.1.4 Küçümseyici/kusur bulucu ebeveynlik

Bu ebeveynlik biçiminde çocuğun özgüven gelişiminin engellendiği ve çocuğun kendisini özgürce ifade etmesine imkân tanınmadığı gözlemlenmektedir. Başarısızlık ve Boyun Eğicilik ile Kusurluluk şemasının oluşumunun temel niteliği olan bu ebeveynlik biçiminde çocuğun eleştirildiği, reddedildiği, duygularını ifade ettiğinde ise cezalandırıldığı bir çevresel koşul mevcuttur. Çocuklar, ebeveynlerinin mükemmeliyetçi beklentilerini karşılamak zorunluluğu hissettikleri bir ortamda gelişim göstermektedirler (Berstein, Rafaeli, 2012; Çakır, Karaosmanoğlu ve Soygüt, 2008; Klosko ve Young, 2003).

2.3.1.5 Kuralcı/kalıplayıcı ebeveynlik

Bu ebeveynlik biçiminde çocuğun kendi ihtiyaç ve duygularını karşılamasına imkân tanınmamakla birlikte yaptığı her eylemde mükemmeli gerçekleştirmesine ilişkin beklentide olan ebeveynler çocuklarının hata yapma ihtimaline dahi katlanamamaktadır. Söz konusu mükemmele ulaşmak ve hata yapmak olduğunda ebeveynlerin cezalandırıcı tutumları da gözlemlenmektedir. Bu ebeveynlik biçimi Yüksek Standartlar, Duyguları Bastırma, Cezalandırıcılık ve İç içe Geçme ve Gelişmemiş Benlik şemalarının oluşumunun anlamlı bir tetikleyicisidir (Berstein, Rafaeli, 2012; Çakır, Karaosmanoğlu ve Soygüt, 2008; Klosko ve Young, 2003).

2.3.1.6 Aşırı izin verici/sınırsız ebeveynlik

Bu ebeveynlik biçiminde çocuğa gerçekçi sınırların çizilmediği ve çocukların uygun bir biçimde yönlendirilmediği görülmektedir. Ebeveynlerin izin verici ve sınırsız serbestliği sunan yaklaşımlarına ek olarak çocuklarda sorumluluk algısının desteklenmediği gibi çocuğa uygun ve gerekli yüzleştirilmelerin yapılmadığı görülmektedir. Bu ebeveynlik

biçimi yetersiz özdenetim şemasının oluşumunun anlamlı bir tetikleyicisidir (Berstein, Rafaeli, 2012; Çakır, Karaosmanoğlu ve Soygüt, 2008; Klosko ve Young, 2003).

2.3.1.7 Kötümser/endişeli ebeveynlik

Bu ebeveynlik biçiminde ebeveynlerin kötümser ve endişe içeren tutum ve davranışları çocuğun da kendi benliğini keşif yolculuğunda bir engel teşkil etmektedir. Bu tetik halinde olma ve her şeyi kontrol altında tutmaya ilişkin yaklaşımları çocukların keyif alabileceği zaman dilimlerini kısıtlamakla birlikte temel gereksinimlerden olan oyun ihtiyacını sorumluluk ve görevlerle ihmal ederek çocuğa ilişkin beklentilerin çocuğun hayatını yönettiği görülmektedir. Bu ebeveynlik biçimi karamsarlık şemasının oluşumunun anlamlı bir tetikleyicisidir (Berstein, Rafaeli, 2012; Çakır, Karaosmanoğlu ve Soygüt, 2008; Klosko ve Young, 2003).

2.3.1.8 Değişime kapalı/duygularını bastıran ebeveynlik

Bu ebeveynlik biçiminde tıpkı kuralcı ve kalıplayıcı ebeveyn biçiminde gözlemlenen kendi ihtiyaç ve duygularını karşılamasına imkân tanınmama görülmektedir. Bu ebeveynlerin pozitif duygulara ilişkin duygu, gereksinim ve dürtülerini ifade etmedikleri gözlemlenmektedir. Ebeveynlerin, çocuklarıyla iletişimlerinin kısıtlı olması çocuğun kendisini ifade etmesinin de önünde bir engeldir. Bu ebeveynlik biçimi duyguları bastırma şemasının oluşumunun anlamlı bir tetikleyicisidir (Berstein, Rafaeli, 2012; Çakır, Karaosmanoğlu ve Soygüt, 2008; Klosko ve Young, 2003).

2.3.1.9 Cezalandırıcı ebeveynlik

Bu ebeveynlik biçiminde, ebeveynlerin empatiden yoksun olmaları çocuklarını anlama hususunda engel niteliğinde olmakla birlikte, çocukların duygu, düşünce ve davranışlarına ilişkin hoşgörünün olmadığı görülmektedir. Çocukların ebeveynlerinden aldıkları cevaplar sıklıkla öfke içermekle birlikte çocuğa yönelik tahammülün kısıtlılığı da kendiliğindenlik ihtiyacının karşılanmasına ket vurmaktadır. Bu ebeveynlik biçimi cezalandırıcılık şemasının oluşumunun anlamlı bir tetikleyicisidir (Berstein, Rafaeli, 2012; Çakır, Karaosmanoğlu ve Soygüt, 2008; Klosko ve Young, 2003).

2.3.1.10 Koşullu/başarı odaklı ebeveynlik

Bu ebeveynlik biçiminde çocuğa ilişkin yaklaşımlarda hep bir koşul söz konusu olmakla birlikte çocuğun ihtiyaçlarını, duygularını ve düşüncelerini ifade etmesi de koşullu kabul çerçevesinde ele alınarak onaylanmak adına çocuğun kendi benliğini baskılaması gözlemlenmektedir. Ebeveynleri tarafından kendi kimlik oluşumunun, koşul içeren kabul ve sevgi kavramlarıyla çevrelenmesi, kendi yönelimlilik ihtiyacının da karşılanmaması anlamına gelmektedir. Bu ebeveynlik biçimi onay arayıcılık şemasının oluşumunun anlamlı bir tetikleyicisidir (Berstein, Rafaeli, 2012; Çakır, Karaosmanoğlu ve Soygüt, 2008; Klosko ve Young, 2003).

2.3.2 Ebeveynlik stilleri ile ilgili araştırmalar

Kapçı ve Hamamcı (2010) aile işlevi ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkisinde erken dönem uyum bozucu şemaların yordayıcılığını ele aldıkları çalışmalarında ailenin olumsuz yöndeki işlevlerinin, bireyin duygusal ihtiyaçlarının karşılanmasını engelleyerek duygusal yoksunluk şemasının gelişim gösterdiği sonucuna ulaşmışlardır.

Soygüt ve Çakır'ın (2009) araştırmasında psikolojik belirtiler üzerinde ebeveynlik stillerinin etkisi incelenmiştir. Araştırma sonucunda babanın Kuralcı/Kalıplayıcı, Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı, Kötümser/Endişeli, Küçümseyici/Kusur Bulucu olarak algılanması ile annenin Kötümser/Endişeli, Kuralcı/Kalıplayıcı ve Küçümseyici/Kusur Bulucu algılanması sonucunda bireyin psikolojik belirtiler göstermesi arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Başbuğ, Batıgün ve Cesur'un (2017) araştırmasında algılanan ebeveynlik biçimlerinde annenin sınırsız/aşırı izin verici olarak ve babanın sömürücü/istismar edici algılanmasının yetişkin yaşamda ayrılma anksiyetesini yordadığı görülmüştür.

Yurt dışında yürütülmüş bir araştırmada cezalandırıcı, duyguları bastıran, kuralcı/kalıplayıcı, kötümser/endişeli ebeveynlik biçimlerinin kopukluk/reddedilmişlik şema alanlarını yordadığı görülürken, kopukluk/reddedilmişlik şema alanını aşırı izin verici/sınırsız, sömürücü/istismar edici, küçümser/kusur bulucu, aşırı koruyucu/evhamlı ebeveynlik biçimi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Emanuelli, Meyer, Murray, Sheffield ve Waller, 2005).

Çolakoğlu'nun (2012) genç yetişkinlerde kendilik algısı, erken dönem uyumsuz şemalar, algılanan ebeveynlik stilleri ve kişilerarası ilişkileri incelediği araştırmasında erkek katılımcıların duygusal yoksunluk, terk edilme, iç içe geçme, sosyal izolasyon, yüksek standartlar, cezalandırma, terk edilme ve karamsarlık alt boyutlarında puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Ebeveynlik stilleri incelendiğinde erkek katılımcıların annelerini aşırı koruyucu olarak algılama düzeylerinin yüksek olduğu görülürken ölçeğin baba formunda cinsiyetler arası anlamlı farklılıklar saptanmamıştır. Bekâr katılımcıların zedelenmiş sınırlar şema alanına ait hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık, yetersiz özdenetim ve onay arayıcılık boyutları puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür. Ebeveynlik ölçeğinin anne formunda medeni durum perspektifinde anlamlı farklılıklar gözlemlenmezken baba formunda koşullu/başarı odaklı, küçümseyici/kusur bulucu, aşırı izin verici/sınırsız ile değişime kapalı/duyguları bastıran alt boyutlarından bekâr katılımcıların anlamlı derecede yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır. Anne formunun aşırı koruyucu/evhamlı alt boyutundan alınan puanlar ile baba formunun küçümseyici/kusur bulucu alt boyutundan alınan puanların kopukluk/reddedilmişlik şeması ile pozitif yönlü ilişkisi görülmüştür. Zedelenmiş sınırlar şemasının ise annenin aşırı izin verici/sınırsız, koruyucu/ evhamlı, babanın sömürücü/istismar edici, koşullu/başarı odaklı olmasıyla ilişkili olduğu bulgulanmıştır. Diğerleri yönelimlilik şema alanının ise annenin duygusal bakımdan yoksun bırakıcı, babanın kuralcı/kalıplayıcı ebeveyn tutumları ile negatif yönlü ilişkisi olduğu saptanmıştır. Aşırı tetikle olma şema alanının ise annenin aşırı koruyucu/evhamlı, koşullu/başarı odaklı ve değişime kapalı/duygularını bastıran, babanın kuralcı/kalıplayıcı ve küçümseyici/kusur bulucu olmasıyla pozitif yönde ilişkili olduğu gözlemlenmiştir.

Egle ve Imbierowicz (2003), somatoform bozukluğu ve fibromiyaljisi olan hastaların çocukluk çağı travmalarını ele aldıkları çalışmada fibromiyaljisi olan hastaların her iki ebeveyni ile de zayıf duygusal ilişkilerinin bulunduğunu bulgulamıştır. Ceran (2013), 33 fibromiyalji tanısı ile 30 romatoid artrit tanısı alan ve 30 sağlıklı kontrol grubunda algılanan ebeveynlik biçimlerini ele almıştır. Sonuçlara göre; her iki hasta grubu sağlıklı kontrollerden daha fazla uyumsuz ebeveynlik algılaması ifade ederken fibromiyalji hasta grubunun Küçümseyici/Kusur Bulucu ve Kötümser/Endişeli anne algılaması ile Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı baba algılamalarının sağlıklı kontrol grubuna göre

anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmada algılanan ebeveynliğin fibromiyalji gelişimi için hazırlayıcı bir rol oynadığı görülmüştür (Ceran, 2013). Farklı bir çalışmada kronik idiyopatik ürtiker (KİÜ) tanısı almış hastalarda algılanan annelik ve psikosomatik dışavurumlar ele alınmış ve anne tarafından Kötümser/Endişeli ve Küçümseyici/Kusur Bulucu ebeveynlik algılamalarının sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (Altınöz, 2012). 18 kadın fibromiyalji hastası ile yürütülen çalışmada ise babalık işlevinin anlaşılması amacıyla katılımcılara Rorschach Projektif Testi uygulanmıştır. Nitel çalışmanın sonuçlarına göre, fibromiyalji hastalarının babalarıyla olan ilişkilerinde ensestüyöz söylemler ağırlıklıyken anne ile ilişkide çatışmalı bir ilişki biçiminin ön planda olduğu görülmüştür (Koç, 2017).

2.4. Ağrı İnançları

Sosyal psikolojiden temel alan inanç kavramı, bilişsel perspektifte değerlendirildiğinde bireyin düşünce yapısının temel niteliği olarak değerlendirilir. Bilişsel davranışçı terapi ekolünde Sharp (2001) ağrıların tanımlanmasında ağrı inançlarının bilişsel yapılanmasını vurgulamıştır. İnançların temellendiği yapılar bireyin bilişi, duygusu, düşünceleri ve tutumları olabileceği gibi duygular da anlamlı birer yordayıcıdır (Ellis, 1988). Olay ve duruma uygun düşmeyen duyguların temellendiği yapı olarak irrasyonel inançlar gösterilmekte ve inançların değiştirilebileceği vurgulanmaktadır. Gözlemlenebilir nitelikte olan inançlar birey tarafından test edilebilir niteliktedir. Öfke, mutsuzluk ve kaygı gibi negatif duygular, ağrı sonucunda ortaya çıkabileceği gibi ağrının bir tetikleyicisi niteliğinde de olabilmektedir. Bilişsel açıdan ağrı kavramının varlığı ele alınmakla birlikte, tedavide olumlu sonuçların alınabilmesi için kişinin hem fizyolojik hem de psikolojik açıdan değerlendirilmesi gerekmektedir (Sertel Berk, 2006).

2.4.1 Kronik ve akut ağrı kavramları

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Enstitüsünün (IASP-International Association for the Study of Pain) yapmış olduğu tanımlamada, gerçek bir doku zedelenmesiyle ilgili olabileceği gibi benzer bir duyusal ya da duygusal deneyim olarak tanımlanan kronik ağrı kavramı (IASP, 2020) farklı biçimlerde ve öznel bir şekilde deneyimlenmektedir. Bireyin geçmiş yaşam deneyimlerinden edindiği bilgiler, ağrının fizyolojik yönüne eşlik eden bir yorumlama biçimi niteliğindedir (Merskey, 1991). Ağrının sadece tıbbi ya da sadece psikolojik bir yönü olmadığını vurgulayan araştırmacılar tedavide de fizyolojik ve

psikolojik etmenlerin ele alınmasının önemini vurgulamaktadır. Bu yönüyle ağrı kavramının biyopsikososyal yönüne dikkat çekilmiştir (Engel, 1977).

Kapı Kontrol Teorisi, kronik ağrı kavramını ele alan kuramsal yaklaşımlardan biridir. Bu yaklaşım ağrının sadece duyular aracılığıyla deneyimlenen bir yaşantı olmadığını duyusal iletimlerin bilişsel yapıda da değişime sebebiyet verdiğini belirtmektedir (Melzack ve Wall, 1965). Ağrının oluşması ve şiddetinin belirlenmesi sinirsel iletimler sonucunda oluşmakta ve sinir kontrol sistemleri ağrının iletim sürecinde kontrolden sorumlu tutulan yapılar olarak adlandırılmaktadır. Bir kapı gibi betimlenen bu yapı, kapı açıksa ağrının iletileceğini ve ağrı merkezinde hissedileceğini ancak, kapı kapalıysa ağrı sistemine sinirsel uyarım iletilmeyeceğini ve ağrı hissedilemeyeceğini belirtmektedir (Ashby 2005; Aştı ve Karadağ 2019; Büyükgönenç ve Törüner 2018; Yıldızeli Topçu 2008; Yıldız, 2022). Beynin sinaptik bağlantıları aracılığıyla ağrı merkezine iletilen duyusal uyaranların, ağrının psikolojik olarak algılanması açıklamasının yeterli olmadığını düşünen Melzack (1999), kronik ağrı kavramını tekrar ele alarak, Nöromatris Kuramı'nı oluşturmuştur. Bu kuramda ise ağrı kavramının, fizyolojik ve bilişsel yönüne eşlik eden duygu kavramları da vurgulanmıştır.

Ağrı kavramı akut, kronik ve epizodik olarak üç başlıkta incelenmektedir. Akut ağrıların ani başlangıçlı olarak tanımlanırken, kronik ağrıların altı aydan uzun süredir kişinin hayatına eşlik ettiği ve hayat kalitesini doğrudan etkilediği görülmektedir. Epizodik ağrılar ise kişinin yaşamında aralıklarla ortaya çıkan uzun süreli ağrılardır ve sıklıkla akut ağrılar ile karıştırılmaktadır (Eti Aslan 2014; Aştı ve Karadağ 2019; Ay ve Sabuncu, 2015; Dikmen ve Ziyai 2021).

Akut ağrılar doku hasarı ya da yaralanma sonucu meydana gelir ve ağrı ile birlikte duygusal değişimlerde gözlemlenir. Bir yaralanma söz konusu olduğunda kişi, korku, kaygı, huzursuzluk gibi duyguları eş zamanlı deneyimlemektedir. Ancak burada akut ve kronik ağrının duygusal yönünün ayrıştığı nokta akut ağrıda tedavi sonrası duyguların sonlanması söz konusuyken, kronik ağrıların duygusal deneyimleri hem daha uzun sürelidir hem de tedavi edilse dahi ağrının devamlılığına eşlik eden psikolojik unsurların devreye girdiği gözlemlenir (Bergner, Bonice ve Greenwald, 1987; Sternbach, 1974). Bu yönüyle kronik ağrılarda psikolojik faktörlerin oynadığı rol yadsınmayarak muayenesi

önem arz etmekle birlikte, bazı zamanlar psikopatolojik sorunlarla komorbid olarak görülen, ağrıya eşlik eden ağrı yakınmaları da gözlemlenmektedir.

Psikopatoloji ve ağrı kavramlarının karşılıklı etkileşimlerinde psikopatolojik bir problemin belirtisi ağrı olabileceği gibi, psikopatolojik unsurlar da bireyin hayat kalitesini etkileyen, davranışsal bozulmalara sebebiyet veren kronik ağrının göstergesi olarak ele alınabilmektedir. Dolayısıyla ağrı ve psikopatoloji ilişkisinde karşılıklı bir etkileşimden söz edilebilmektedir. Ancak psikopatolojinin ayrı ağrının da ayrı seyrettiği ilişkisiz durumlar da söz konusudur (Yücel, 2000).

Bazı araştırmacılar, kronik ağrıların ileri yaşam dönemlerinde psikopatolojik rahatsızlıkların bir ön hazırlayıcısı olduğunu ifade etmekte ve psikosomatik yaklaşım perspektifinde değerlendirmektedir. Bu yaklaşımdan temel alınarak yürütülen çalışmalar sonucunda aslında kronik ağrının fizyolojik ve psikolojik etmenlerin birleşimiyle psikolojik rahatsızlıkların yatkınlaştırıcı faktör niteliğinde olduğu sonucuna ulaşmışlardır (McBeth, McFarlane ve Silman, 2002).

Akut ağrıların değerlendirmesinde fiziksel belirleyiciler ele alınırken, kronik ağrının fizyolojik ve psikolojik etmenlerin bir birleşiminden yaşanıyor oluşu değerlendirmeyi güçleştirmekte ve kronik ağrının altı aydan uzun süreli oluşuyla akut ağrılardan ayrışması tanımlayıcı kriter olarak ele alınmaktadır. Akut ağrının ve kronik ağrının ayrıştığı bir diğer önemli nokta ise kronik ağrılarda sosyal çevrenin ağrı üzerinde anlamlı etkilerinin varlığından söz edilirken akut ağrıların kişiden etkilendiği ve ağrının bireysel niteliklerinin ön planda olduğu görülmektedir. Süre bakımından değerlendirildiğinde ise kronik ağrı kavramından söz edebilmek için en az altı aylık bir zaman diliminde var olan ve tekrarlayan ağrılar söz konusu olmalıdır (Merskey, 1979). Bu ağrılar bireyin psikolojik sağlığında, davranışlarında ve hayat akışında değişimler gözlemlenmesi ile bilişsel modelde vurgulanan duygu, düşünce ve davranışların üçlü etkileşiminde gözlemlenen farklılıklara da sebebiyet vermektedir. Bireyin hayat akışı içerisinde ağrıların kapsadığı alan azımsanmayacak niteliktedir. Bireyin gündelik konuşmalarında sıklıkla ağrıları anılmasının davranışsal tutumlarında da engel teşkil ettiği gözlemlenmektedir. Aynı zamanda sıklıkla ağrılarından yakınan bireylerin, tedaviye başvuru oranları artmakta ve ağrılı davranışları (yakınma, inleme, ağrılı bölgeyi sürekli olarak ovuşturma vb.) gözlemlenmektedir (Bergman, Brockway, Fordyce ve Spengler, 1986).

2.4.2 Ağrının öğrenilmesi

Bireyin normal hayat akışına müdahale eden ağrıları davranışsal kısıtlanmayı da tetikleyen bir unsur niteliğinde değerlendirilerek, ağrının içerdiği acı unsuru bir tehdit algısı yaratarak bilişsel yapıda alarm sistemini devreye sokan bir uyaran niteliğinde olmaktadır (Eccleston, 2013).

Bu yönüyle sadece fiziksel bir problem olmaktan öte öğrenilmiş bir davranış ya da koşullu bir yanıt niteliği taşıyan ağrı kavramı başlangıçta alınan hasara bir tepki olarak var olduktan sonra pekiştirilerek koşullu bir tepki haline gelmektedir. Burada ağrının mimiksel ifadeleri, ağrıya müdahale yöntemleri gibi davranışsal pekiştireçler aracılığıyla ağrı algısında artış gözlemlenebildiği gibi bu tepkiler ağrının kısır döngüsünün başlamasına ve tedavi edilse dahi koşullu korku ya da kaçınma tepkilerinin gözlemlenmesine sebebiyet verebilmektedir (Hansen ve Streltzer, 2005). Ağrının ikincil kazançlarının da öğrenme faktöründe etkili olduğu belirtilmekte ve ağrıları aracılığıyla ihtiyacı olan ilgi ve bakımı alan bir kişi için tedavi edilen ağrı istenilen sonuca ulaşılmasında bir engel oluşturmaktadır. Ağrıların aynı zamanda kişinin yaşamında yerine getirilmesi gerekli olan sorumlulukları engellemesi; hem sorumluluk algısında hem de iş yükünde azalmaya sebebiyet verirken tedavi sonucunda aynı yük ve sorumluluklar tekrar söz konusu olabilmektedir.

Lau'nun (1982) ağrı kontrol inançlarına ilişkin çalışmasında ağrı kontrol inançlarının temellendiği yapı olarak geçmiş dönem ve özellikle erken çocukluk çağı yaşantılarına yaptığı vurgu dikkat çekmektedir. Burada, ağrılara ilişkin kontrol inançlarının bireyin aile öyküsünde hastalık gözlemleniyorsa ağrı kontrol inançlarının da olumsuz yönde seyrettiği sonucuna ulaşılmıştır. Aynı zamanda geçmiş dönem yaşantılarında hastalık öyküsü arttıkça, kontrol inançlarının da zayıfladığı gözlemlenmiştir.

2.4.3 Ağrının duygusal tepkileri

Kronik ağrıya sahip bireylerde, korku, endişe, suçluluk, değersizlik ve utanç gibi negatif duygulara oranla sıklıkla ve en yoğun gözlemlenen duygusal tepkinin öfke olduğu görülmektedir (Fernandez ve Milburn, 1994). Öfkenin duygusal bir yanıt olması ağrının kronikleşmesiyle birlikte sıklıkla hissedilmesine sebebiyet vermektedir. Bireyin diğerleriyle olan ilişkilerinde de öfkenin etkilerini gösterdiği gözlemlenmektedir.

Özellikle öfkenin sıklıkla deneyimlenmesi sonucunda empati hususunda problemler gözlemlenmekte ve empati kurma yeteneğini körelten bir etmen olarak stresin ve öfkenin varlığı vurgulanmaktadır (Wlassoff, 2015).

Kronikleşen ağrılar, bireyin çaresizlik hissinin bir tetikleyicisi olarak değerlendirilmekte ve duygu durumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Bireyin geçmeyen ağrılarının, son bulmayacağına yönelik inancı hayat kalitesinin de düşmesine sebebiyet vermektedir. Çaresizlik hissinin var ettiği kontrol edilemezlik algısı ise ağrı şiddetinin anlamlı bir yordayıcısı niteliğindedir (Anderson, BuescherJhonson, Buckelew, Parker, Smarr ve Walker, 1991; Jensen ve Karoly, 1991; Keefe ve Williams, 1990).

Literatür incelendiğinde son 30 yıldır ağrının duygusal bileşenlerinin tedavide aktif rol oynadığı görülmektedir (Jensen, Kerns ve Nielson, 2003; Jensen, Romano ve Turner, 1991; Kerns ve ark. 1997; Strong ve ark. 2002). Bu duygusal bağlam, bireyin hem günlük hayat akışında hem de sosyal ilişkilerinde işlevselliğine ket vurucu niteliklere sahip negatif duyguların tetiklenmesi süreci olarak değerlendirilmektedir (Sertel-Berk, 2018).

Ağrıyla ilgili farklı inançların farklı duygularla ilişkili olduğunu ifade eden araştırmacılar, bu duyguların ağrının süreğenliğine ilişkin inançlarında kaygının, huzursuzluğun, hoşnutsuzluğun, depresif semptomların ve suçluluk hislerinin ilişkisi olduğunu belirtmektedir (Geisser, Robinson ve Williams, 1994).

2.4.4 Ağrı ve bilişsel yapı

Bireylerin davranışlarının temelini oluşturan alan olan bilişsel yapıları ele alınırken ya düşüncenin içeriğine ya da yapısına odaklanılmaktadır (Craid, 1984). Bilişsel yapı içeriğinde dikkat, hafıza, karar verme gibi öz düzenleme becerileri barındırması yönüyle ağrı duyumunun seyrinde bir belirleyici olurken bireyde var olan felaketleştirici düşüncelerde ağrının şiddetinin ana belirleyicisi niteliğinde olmaktadır. Bu felaketleştirici düşünceler ile bilişsel yapıda var olan ağrıya ilişkin olumsuz ve abartılı zihinsel yanıtlar ağrı deneyimi esnasında var olmakta ve uyumsuz inançlardan temel almaktadır (Bradley, Haythorntwaite, Keefe, Lefebvre, Martin, Sullivan ve Thorn, 2001).

Ağrıya ilişkin bilişsel çarpıtmalarda sıklıkla aşırı genelleme, sonuçları atlama, duygusal akıl yürütme ve uyumsuz düşünme sıklıkla gözlemlenmektedir. Bireylerin ağrılı

deneyime ilişkin algı ve yorumlaması bilişsel yapıda ağrıların kronikleşme sürecinde aktif rol oynamaktadır. Bilişsel davranışsal yaklaşımda biliş, duygu ve davranışsal değişimlerin ele alınmasıyla ağrının temellendiği yapılar terapi sürecinde çözümlenmektedir (Sertel-Berk, 2018).

2.4.5 Ağrı ve inanç

Bireyin hissettiği ağrının betimlenmesinde, öz yeterlilik inancı (Doğan, 2019), kontrol odağı (Jensen, Lawler, Romano ve Turner, 1994), plasebo etkisi (Melzack ve Wall, 1965) gibi açıklamalar ortaya atılmıştır (Hansen ve Streltzer, 2005). Özellikle öz yeterlik inancı bireyin deneyimlediği durumla baş etmek için gereken eylemleri uygulayabileceğine ilişkin kendi öz yargısı olarak değerlendirilmektedir. Diğer bir anlamlı yordayıcısı ise bireye biçilen hasta rolünün, sosyal açıdan da kabul görmesi ve bireyin de bu rolü kabullenmesiyle başlayan süreç ele alınmaktadır (Güzel, 2017).

İnançların ve baş etme biçimlerinin kronik ağrı deneyimleyen bireylerin işlevsellik düzeylerinde öznel olarak farklılaşmayla ilişkili olduğunu vurgulayan araştırmacılar, özellikle beklenti inançlarının önemini vurgulamışlardır (Garcia, Moreno ve Pareja, 1999; Jensen, Romano ve Turner 2000). Bu beklenti inançları ise üç alt başlık altında incelenmektedir: İlk başlıkta Bandura'nın sosyal öğrenme kuramının ilkeleri vurgulanarak, bireyin kendisine yetme beklentisi ile sonuçlara ilişkin beklentileri değerlendirilmektedir. Diğer bir deyişle, bireyin sergilemiş olduğu bazı davranışsal eylemlerin belirli sonuçlara ulaştıracağına ilişkin inançları tanımlanmaktadır (Bandura, 1994). Kuramda, bireyin kendi kendisine yetebileceğine ilişkin inancının da, planladığı eylemleri gerçekleştirebileceğine ilişkin inançlarından temel aldığı öne sürülmektedir. (Bandura, 1994). Ağrı bağlamında ise, bu kuram doğrultusunda, kronik ağrılara sahip bir bireyin baş etme mekanizmalarına olan inancının aslında ağrının şiddetini belirleyecek ana etmen niteliğinde olduğu söylenebilir. Sosyal öğrenme kuramının kontrol odağı kavramının açıklanmasında da öncü olduğu görülmektedir. Yukarıda bahsedildiği üzere kontrol odağı kavramıyla bireyin davranış ve tutumları üzerindeki kontrolüne ilişkin eğilimleri ve beklentileri vurgulanmaktadır (Garcia, Moreno ve Pareja, 1999). Ancak; bu kavram sosyal psikoloji ile sınırlı kalmayarak Wallston (1976) tarafından sağlık alanına da kazandırılarak kontrol odağının hem içsel hem de dışsal olmak üzere iki boyutta incelenmesine imkân tanınmıştır. İçsel kontrol odağı ile bireyin kendi sağlıklı olmasında

ve ağrı hissetmesinde kontrolün kendisinde olduğuna ilişkin inancından bahsedilmektedir. Dışsal kontrol odağında ise; bireyin sağlıklı olmasında ya da ağrı hissetmesinde kontrolün kendisinde değil de dışsal etmenlerde (aldığı bakımın yeterliliği, sağlık hizmetleri vb.) olduğuna ilişkin inancı yer almaktadır (Kaplan, Maides, Wallston ve Wallston, K., 1976).

2.4.6 Ağrı ve psikososyokültürel etmenler

Ağrı psikolojisini ele alan ilk araştırmacılar, cinsiyet, yaş, kültür gibi evrensel faktörleri incelemiştir (Eccleston, 2001). Yapılan araştırmalar sonucunda ise, ağrının şiddetinde, süresinde ve tekrarında cinsiyet değişkeninin anlamlı bir etmen olduğunu vurgulayarak kadınların, erkeklerden daha yoğun ve tekrarlı ağrı deneyimleri olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Unruh, 1996).

Aynı zamanda yaş faktörünün de ağrı eşiğinde anlamlı bir belirleyici olduğunu belirten araştırmacılar artan yaşla birlikte ağrıya dayanma gücünün arttığını ifade etmektedir (Heesen, Kunz, Lautenbacher, Peters ve Scheel, 2017). Bu demografik değişkenlerin yanı sıra, ağrıya atfedilen anlam ve ağrının yorumlanma biçiminde kültürel faktörlerin de anlamlı bir belirleyici olduğu vurgulanmıştır.

1900lü yıllarda yapılan araştırmalarda sıklıkla ırk faktörünün fizyolojik olarak anlamlı etkilerinin acı hissiyatının deneyimlenmesinde de aktif rol oynadığına ilişkin yaygın kanının varlığı gelecek yıllarda yadsınmıştır. Günümüzde ağrı deneyimlerinde ırksal kökenden ziyade kültürel etmenlerin, bireyin büyüdüğü çevrenin, geçmiş yaşam deneyimlerinin ve sosyoekonomik durumun anlamlı etkileri olduğu vurgulanmaktadır (Unruh, 1996).

Ağrı bir bütün olarak, kültürel öğrenmelerle birlikte yorumlama biçimlerinden de temel alan öznel bir deneyim olarak değerlendirilmektedir (Melzack, 1999). Bireyin algılamış olduğu hissiyatın bilişsel olarak işlemlenme sürecinde öznel yorumlama biçiminin hayat akışını, diğerleriyle olan ilişkilerini ve davranışlarını etkilemesine karşın, kişilerarası ilişkiler ve davranışlar da işlemleme sürecini etkilemektedir. Bu yönüyle duygu, düşünce ve davranışların etkileşim sürecinde gözlemlenen aksaklıklar öğrenme temelli yaklaşımlarla düzenlenebilmektedir (Katz ve Melzack, 1999; Sertel, 2000).

2.4.7 Ağrı ve bireysel faktörler

Biyopsikososyal yaklaşımın alanda kendine yer edinmesiyle birlikte, diyatez-stres modeli bireyin kronik ağrıya vermiş olduğu farklı tepkilerin açıklanmasında hem genetik yatkınlığın hem de çevre etkisinin önemini vurgulamakta ve bağlanma stilleri ile kişilik gibi bireysel özelliklerin de kronik ağrı kavramının anlamlı bir belirleyicisi olabileceğine dikkat çekilmektedir (Merskey, 1979).

Bu bağlamda, bireylerin bağlanma biçimlerinin ağrıya ilişkin algılarında anlamlı bir yordayıcı olduğunu ifade eden araştırmacılar kaygılı bağlanma biçimine sahip bireylerin sıklıkla yakın ilişki içerisinde olma eğilimleri gözlemlenmekle birlikte; diğerlerini mutlu etmek adına kendi gereksinimlerini göz ardı etmelerine dikkat çekmektedir. Başkalarıyla iletişimlerinde ise diğerlerinin empati eksiliği sonucunda acı hissetme eğilimlerinin arttığı gözlemlenmektedir. Kaçınmacı bağlanma stiline sahip olan bireylerde ise bağımsızlık ihtiyacının yakınlık ihtiyacından önce geldiği ve kendi kendine yetme inancının ağır bastığı görülmektedir. Aynı zamanda bir diğerinin varlığındansa yalnız kalmayı tercih eden bu bireyler, yalnızken daha az acı çektiklerini ifade etmektedir (Brennan ve Shaver, 1991; Conrad, Geiser, Kleiman ve Wegener 2013, Wlassoff, 2015).

Kronik ağrıya sahip katılımcılarla yürütülmüş araştırmalar her ne kadar özgün bir kişiliğin yatkınlığına ilişkin kesin yargılarda bulunmasa da bazı kişilik örüntülerinin (nevrotik ve histriyonik kişilik özellikleri) ağrı eşiğinin düşük olmasıyla birlikte kronik ağrıya yatkınlıkları olduğu gözlemlenmiştir. Bu bireylerin sıklıkla benzer davranış ve tutum sergiledikleri gibi çarpıtılmış düşüncelerinin yoğun olduğu ve bu düşünce-davranış kalıplarının da değiştirilmesinin güç olduğu vurgulanmıştır. Son olarak, bireylerin duygularını ifade edebilmek adına ağrıyı bir araç olarak kullandıkları ve ağrı aracılığıyla korku, kaygı ve huzursuzluklarını ifade edebildiklerine dikkat çekmekte ve kronik ağrıların öz saygı ile de negatif yönlü ilişkisi vurgulanmaktadır (Arıkan, Bilen ve Sayar, 2001).

2.4.8 Kronik ağrının epidemiyolojisi

1990'lı yılların başlarında Dünya Sağlık Örgütünün verileri incelendiğinde insan popülasyonunun yaklaşık %20'sinin kronik ağrı deneyimlediği görülmektedir (Gater, Gureje, Simon ve VonKorff, 1998). Bu ciddi yüzdelik oranın 2010'lu yıllarda %30lara

ulaştığı bilinmektedir (Han, Jackson, McQueen, Shotwell, Stabile ve Thomas, 2015). Ağrı kavramını ele alan epidemiyolojik araştırmalarda sıklıkla bel ve baş ağrıları ele alınsa da bedenin herhangi bir bölgesindeki süreğen ağrıların psikiyatrik rahatsızlıklarla eş tanı özelliklerine odaklanıldığı dikkat çekmektedir. Burada psikopatolojik etmenlerin ağrı üzerindeki anlamlı etkilerine odaklanılarak ağrının var oluş biçimi, deneyimlenme sıklığı ve ağrı süresindeki etkileri de vurgulanmaktadır. Aynı zamanda sosyodemografik özelliklerin de kronik ağrı üzerindeki anlamlı etkilerine dikkat çekilmektedir. Ayrıca psikopatolojinin kronik ağrı üzerindeki anlamlı yordayıcılığını vurgulayan araştırmacıların ortak kanısı duygu durum bozukluklarının ağrının sıklığı ve şiddeti üzerinde bir belirleyici niteliğe sahip olduğudur (Angst ve Merikangas 1995; Brewertonve George, 1993; Cook, Dougherty, Hart ve Wade, 1992; Fasmer, 2001; Haythorntwaite, 1993).

Araştırmacıların sıklıkla üzerinde durduğu bir diğer araştırma konusu ise bireylerin ağrıya yatkınlık kriterleridir. Bu kriterlere ilişkin elde edilen sonuçlar incelendiğinde ise sahip olunan kişilik özellikleri, baş etme biçimleri, duyguları ifade etme ya da bastırma düzeylerinin, erken dönem ilişki biçimlerinin anlamlı etkileri olabileceği düşünülmektedir. Ancak araştırma bulgularının bir neden sonuç ilişkisinden ziyade korelasyonel ilişkiyi ortaya koydukları görülmektedir (Alçalar, Kora, Özdemir, Yücel ve Yücel, A., 2002; Gamsa ve Vikis-Freibergs,1991; Fernandez ve Turk, 1995). Marcus'un (2000) araştırmasında, kaygı bozukluklarının ve depresyonun bireyin deneyimlediği ağrı şiddeti ve sıklığına etkisine ek olarak bireyin işlevsellik düzeyini nasıl etkilediğine odaklanılarak baş ağrısı deneyimleyen bireyler çalışmaya dâhil edilmiştir. Araştırma sonucunda deneyimlenen ağrıların sıklığı ve şiddeti arttıkça bireyin işlevsellik düzeyinin azaldığı ve depresyon düzeyinin arttığı bulgulanmıştır. Bir başka araştırmada ise duygularını bastıran bireylerin ağrı sıklığı ve şiddetinin arttığı görülmüştür (Gamsa ve Vikis-Freibergs, 1991). Dolayısıyla, psikolojik durumların ve ağrı şiddetinin karşılıklı olarak birbirini etkilediği söylenebilir.

Türkiye'de 250 katılımcı ile yürütülmüş bir çalışmada ise, bireylerin son bir haftada deneyimlemiş oldukları ağrıların hangi vücut bölgesinde olduğu, ağrının şiddeti, ağrının sıklığı ve bireyin işlevselliğine etkileri ele alınmıştır. Araştırma sonucunda en sık deneyimlenen ağrının bel ağrısı olduğu görülmüştür. İkinci sırada boyun ağrılarının,

üçüncü sırada ise sırt ağrılarının deneyimlendiği bulgulanmıştır. Araştırmaya örnekleminin %92.8'inin ağrısı olduğu görülmüştür. En yüksek ağrı prevalansı omuzda olmasına karşın ağrı şiddeti açısından ele alındığında en fazla yakınmanın bel bölgesinde ağrı yaşayan katılımcılarda olduğu saptanmıştır. İşlevsellik baz alındığında ise diz ağrılarının bireyin iş yapma kapasitesini en yoğun etkileyen ağrı olduğu görülmüştür. Son olarak bireylerin profesyonel yardım ve tedavi almadıkları gözlemlenirken, ilaç alımını tedavi amaçlı kullandıkları saptanmıştır (Kuru ve ark, 2011).

Ünalan, Uzuner, Çiftçili, Akman ve Apaydın'ın (2009) araştırmasında ise hastane polikliniğine başvurma sıklıkları ele alınmış olup en sık deneyimlenen kronik ağrının bel ağrısı olduğu gözlemlenmiştir. Başvuran katılımcıların %58'inin kadın olduğu ve 36-55 yaş aralığının %41.6'lık oran ile çoğunluğu oluşturduğu saptanmıştır. Başvuran kişilerin %42.4'ünün poliklinikleri 3 veya daha fazla kez ziyaret ettiği görülürken ilk başvurularda yakınmaların sıralamasının ise üst solunum yolu enfeksiyonu, hipertansiyon, sağlıklı birey izlenimi, dislipidemi ve anemi olduğu görülmüştür.

Demografik özelliklerin de kronik ağrılarda anlamlı bir belirleyici olduğunu ifade eden araştırmacılar cinsiyet değişkeninin etkilerine ilişkin gözlemlerinde kadın katılımcıların erkek katılımcılardan daha sık ağrı deneyimlediğini ve erkeklere oranla vücudun daha çok bölgesinde ağrı hissettikleri ifade edilmiştir (Unruh, 1996). Kadınların sıklıkla fibromiyalji, eklem ağrıları ve pelvik ağrılarını kronik bir biçimde deneyimledikleri görülmektedir (Belfer, 2017). Bu cinsiyetler arası gözlemlenen farklılıklarda ise testosteron ve östrojen hormonlarının nörotranmitterler üzerindeki etkileriyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Aloisi, Bachiocco, Bertaccini, Ceccarelli, Costantino ve Stefani, 2007; Hutchinson, Johnston, Maier ve Watkings, 2005).

Kronik ağrılara ilişkin tedavilerde sıklıkla yanlış tedavi tekniklerinin uygulandığını vurgulayan araştırmacılar (Melzack, 1999), kliniğe başvuran hastaların ağrıya ilişkin anlatımlarına ek olarak psikolojik değerlendirme ölçütlerinin de süreç içerisinde yol gösterici niteliklerine dikkat çekmektedir (Van Houdenhove, 2000). Elbette organik temelli ağrılar olduğu gibi, hasarın fizyolojik olarak gözlemlenmediği kronik ağrıların varlığı da söz konusu olabilmektedir. Bu noktada ise ağrının psikolojik temelleri ele alınmaktadır (Sharp, 2001).

2.4.9 Ağrı kavramına psikanalitik yaklaşım

Freud, ağrıyı bireyin bilinçdışı çatışmalarının semptomlar aracılığıyla ifade edilmesi olarak tanımlamaktadır (Freud, 1953). Burada benlikçe hoş karşılanmayan dürtü, istek ve arzulara ilişkin bastırılmış olanın bir sembol aracılığıyla vücut bulması ve ağrılar yoluyla duygunun bedensel ifadesine dönüştürülmesi olarak ifade edilen ağrı kavramı psikosomatik yaklaşımın temellendiği ana noktadır.

Psikosomatik kavramıyla ağrı hem bedensel yöntemlerin hem de psikolojik kavram ve tekniklerin etkileşimsel bir biçimde uygulanmasından temel almaktadır. Kuramsal yaklaşımında biyolojik ve nörolojik etmenlere odaklanan Freud, organizmanın psikolojik işlevlerini yaşamın devamlılığını sağlamaya yarayan süreçler olarak değerlendirmektedir (Frued, 1953). Freud, homoestatik dengenin korunması ile canlının dürtülerini doyurmak ve dışsal tehlikeli uyaranlardan korunmasıyla birlikte ruhsal aygıtın denge mekanizmasından bahsetmektedir. Hem duygusal hem de fizyolojik tepkilerin etkileşiminin vurgulandığı psikosomatik tıp kavramı bilişsel yapı ve beden arasındaki bağlantıyı ele almasına karşın başlangıçta ağrı kavramını göz ardı ettiği görülmektedir (Alexander ve Szasz, 1952). Ağrının psikosomatik yönüne dikkat çeken ilk araştırmacı olan Engel (1959), psikanalitik tedavi sürecinde hastaların ağrı yakınmalarına odaklanmıştır. Burada hastanın ağrıyı deneyimleme biçimi ve ağrıyı anlamlandırmasının fizyolojik yönden ziyade hem sosyal hem de psikolojik faktörlerin birleşimine odaklanılarak ağrının biyopsikososyal biçimde ele almaya başlamıştır. Engel (1959), bireylerin ağrıya yatkın olabileceklerini vurgulayarak ağrıyı sıklıkla deneyimleyen kişilerin var oldukları çevre ve psikolojik faktörlerin ortak noktaları olabileceğine değinmiştir. Burada bireylerin bastırdıkları ya da farkında oldukları suçluluk hisleri ile yaşam öykülerindeki zedeleyici deneyimlerin ağrının sıklığı ve şiddetinde bir belirleyici olabileceğine işaret ederek bilinçdışı çözümlenemeyen çatışmalar ile kişilik özelliklerinin, algılama ve yorumlama biçimlerine de değinilmiştir. Çevrenin ve ilişki örüntülerinin kronik ağrıdaki anlamlı etkilerinin ise öğrenme davranışından temel aldığı görüşü belirtilmiştir. Daha sonraki yıllarda ise, Melzack ve Wall'ın (1965) Kapı Kontrol Kuramı'nda psikopatolojik etmenlerin fizyolojik olarak ağrının düzeyindeki belirleyiciliği vurgulanmıştır (Melzack ve Wall, 1965).

2.4.10 Ağrı kavramında davranışçı yaklaşımlar

Davranışçı yaklaşımın temel ilkelerinden olan edimsel koşullanmanın ağrı kavramına ilişkin yaklaşımı incelendiğinde bireyin deneyimlediği acı sonucunda verdiği tepkideki aşırılık geçmiş deneyimlerinden de temel alabilmektedir. Burada bireyin kendi deneyimlerine ek olarak çevreden öğrendiği davranışsal tepkiler de devreye girebilmektedir (Yücel, 2000). Ancak benzer ağrıları deneyimleyen bireylerin farklı tepkiler vermesinde de hem ağrının öznel hissi hem de geçmiş öğrenme deneyimleri söz konusudur. Elbette ki ağrının deneyimlenmesi ve ağrı hissiyatı birbirini takip eden olaylar olarak tanımlanmakta ve belli bir sıra içerisinde var olmaktadır. İlk olarak ağrının kişi tarafından hissedilmesini, ağrının deneyimlenmesi takip etmekte ve ağrı davranışı ve ikincil kazançlar çerçevesinde değerlendirilmektedir (Craig ve Prkachin, 1995; Fordyce, 1986).

Ağrı deneyimine ilişkin sonuçlara yönelik farkındalığın kazanılması bazen zaman alabilmekte ve bazen de ağrı davranışının sonuçları fark edilmemektedir. Bu hususta ise ağrının bireye sağladığı ikincil kazançlardan bahsedilmektedir. İkincil kazançlarda önem arz eden nokta bireyin üstlenmiş olduğu hasta rolü ile bu role istinaden çevreden aldığı ödül nitelikli pekiştireçlerdir (Sternbach, 1986). Birey, istemediği koşul ve ortamlardan ayrılabileceği gibi kişilerarası ilişkilerinde ilgilenilen bir nesne haline de gelebilmektedir. Bu kazançlar ise ağrının varlığını süreğen hale getiren etmenler olarak değerlendirilmektedir. Bu perspektifte davranışçı yaklaşımla ele alınan kronik ağrılara, ağrı davranışı kavramsallaştırması yapılarak davranışsal müdahalelerde hem bireyin kendisi hem de çevresi değerlendirilmektedir (Cutler, Fishbain, Rosomoff ve Rosomoff, R., 1995; Fordyce, 1986).

2.4.11 Ağrı kavramında bilişsel davranışçı yaklaşım

Beck'in (1970) depresyon hastalarıyla çalışmalarıyla temellenen bilişsel davranışçı yaklaşımının zaman içerisinde hem kaygı bozukluğuna hem de duygu durum bozukluklarında anlamlı etkilerinin görülmesiyle kullanım sıklığı artmıştır (Genest, Meichenbaum ve Turk, 1983). İlerleyen yıllarda ise kronik ağrılarda hem bilişsel etmenlerin hem de davranışsal etmenlerin ikili etkileşiminin vurgulanmasıyla bilişsel davranışçı terapinin bu alandaki etkilerine odaklanılmıştır. Bu yaklaşımda kronik ağrı,

bireyin ağrıya ilişkin işlevsel olmayan düşünce ve davranışlarını ele alınmakta ve tedavide ise bunların etkisinin azaltılarak/ortadan kaldırılarak psikolojik sağlığın ve işlevselliğin arttırılması hedeflenmektedir (Dilliworth, Ehdeve Turner, 2014).

Bilişsel davranışçı yaklaşımda duygu, düşünce davranışların etkileşimi sonucunda bireyde var olan işlevsiz inançların değiştirilmesi amaçlanmaktadır. Davranışçı kuram ile ortak noktaları olmasına karşın bilişsel davranışçı yaklaşımda amaç sadece çevre aracılığıyla davranışın söndürülmesi değil, aynı zaman da ağrının temel aldığı işlevsiz düşünce ve davranışların farkındalığına ilişkin adımların da atılmasıdır (Abenoza, Gelman, Lera, Lopez ve Zorrilla, 2009; Alda, Andres, Delhoyo, Garcia-Campayo, Luciano, Magallioan, Moreno, Roca, Rodero ve Serranoblanco, 2011; Anderberg, Burell, Karlsson ve Svardsudd, 2015; Lattorre-Postigo ve ParraDelgado, 2013).

Bunun yanı sıra ağrıya ilişkin negatif ve pozitif inançları belirleyen bireysel özellikleri ele alan bakış açısıyla fiziksel olarak güçlendirici ve önleyici egzersizler ağrıya ilişkin davranışsal yaklaşımı oluşturur ve bazı hastaların ağrılarının işlevselliklerine ket vurduğuna ilişkin kökleşmiş inançlarına dikkat çekilir. Bu noktada da bireyin ağrıya ilişkin beklentileri, korkuları, kaygıları ve baş etme konusundaki yetersizlik inançları ele alınmaktadır. Bireyin ağrıyı algılayış ve yorumlayış biçimlerinin yeniden yapılandırılmasında bilişsel baş etme stratejileri ele alınarak ağrının üzerinde içsel kontrol sağlanması amaçlanmaktadır (Alda, ve ark., 2011; Karlsson ve ark., 2015; Lera ve ark., 2009).

Bilişsel davranışçı yaklaşımda, ağrı biyolojik, sosyal ve psikolojik faktörlerin bir arada ele alındığı multidisipliner bir yaklaşım benimseyerek tedaviyi amaçlamakta ve stres kaynağı ile bireyin stres ile baş etme becerilerine yönelik değerlendirmelerde bulunmaktadır (Latorre-Postigo ve ParraDelgado, 2013; Lera ve ark.,2009). Kronik ağrı deneyimlerinde bireylerin algılama, anlamlandırma ve yorumlara biçimleri ile değer yargıları (Chibnall ve Tait, 1998), pozitif ve negatif duygu, düşünce yapılandırmaları (Ashgari ve Nicholas, 2001; Arnstein,Beasley, Caudill, Mandle ve Norris, 1999; Fernandez ve Turk, 1995), inançları (Good, Jensen, Romano, Turner ve Wald, 1999; Keefe ve Williams, 1991; Radcliffe ve Walsh, 2002) baş etme stratejileriyle (Jensen ve ark 1999; Shattuck-Hufnagel ve Turk, 1996), bireyin davranış örüntülerinin kronik ağrı deneyimleri ile ilişkisi incelenmektedir (Asmundson, Norton ve Norton, G., 1999).

2.4.12 Ağrıyla ilgili yapılmış psikososyal araştırmalar

Battal, Gülçat ve Güven'in (1987) araştırmasında psikojenik ağrı bozukluklarının kişilik örüntüsü ile ilişkisi incelenmiştir. Kişilik incelemesinde MMPI uygulanmış ve birebir görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırmada anksiyete, depresyon ve hipokondriyazis eğilimi yüksek olan katılımcılara medikal tedavi uygulanmış ve sonucunda ağrı düzeylerinde anlamlı derecede düşüşler saptanmıştır (Akt., Sertel Berk, 2006).

Bekaroğlu, Çoşar, Livaoğlu ve Çiftçi'nin (1994) araştırması yaşları 18 ile 20 arasında değişim gösteren 65 erkek ile 75 kız öğrencinin katılımı ile gerçekleşmiştir. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencisi olan bu katılımcıların baş ağrıları, ağrının şiddeti, ağrının süresi, ağrı geçmişleri ve Belirti Tarama Listesi (SCL-90) tanı grupları arasındaki ilişki ele alınmıştır. Araştırma sonucunda örneklemin %60,7'sinin bir hafta içerisinde bir veya birden fazla sıklıkta ağrı şikâyeti olduğu ve bu şikâyetlerin %81'inin kız öğrencilerden geldiği saptanmıştır. Katılımcıların baş ağrıları ile SCL-90'ının depresyon, kişilerarası duyarlılık ve somatizasyon alt boyutları ile yüksek düzeyde ilişkili olduğu gözlemlenmiştir.

Dilmaz, Özen, Ozan ve Güz (1997) psikiyatrik morbidite ile ağrı yakınması arasındaki ilişkiyi ele aldıkları çalışmalarında, psikiyatrik muayeneye yönlendirilen 30 hastanın %90'ında DSM tanı kriterlerinin karşılandığını saptamıştır. Ayrıca, en sık gözlemlenen tanının %30'luk oranıyla majör depresyon olduğu gözlemlenmiştir.

Ardıç, Toroman ve Çubukçu (1997) yürütmüş oldukları araştırmada fibromiyalji sendromu ve kronik bel ağrılı hastaların psikolojik faktörlerini MMPI kullanarak ölçümlemiştir. Araştırma örneklemini, kronik bel ağrısı olan 40 kadın katılımcı ile sağlıklı 30 katılımcı oluşturmuştur. Ağrılı grubun nevrotik üçlü alt boyutundan almış oldukları puanların anlamlı derecede yüksek olduğu saptanırken, ağrı türünün değil ağrı süresinin puanlar üzerinde anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır.

Ataoğlu ve arkadaşlarının (1998) Fibromyalji ve Osteartrozlu Hastaların Ağrı ile Başa Çıkma Davranışları adlı araştırmasında yakınmaları benzer niteliklere sahip kronik ağrı deneyimi olan hastaların, hastalıktan etkilenme düzeylerindeki farklılıkların baş etme biçimlerinden kaynaklanıp kaynaklanmadığı ele alınmıştır. Araştırma sonucunda

fibromiyalji hastalarının osteoartrozlu hastalardan daha sık tıbbi yardım aradıkları gibi çaresizlik girişimlerinin de daha yoğun olduğu saptanmıştır (Ataoğlu, Ataoğlu A., Erdoğan, Gür, Nas, Özkan, Saraç ve Sır, 1998).

Alptekin ve arkadaşlarının (1999) kadınlarda fibromiyalji ve somatizasyon bozukluğunu ele aldıkları araştırmalarının örneklemini 19 depresyon tanılı, 21 fibromiyalji tanılı, 20 somatizasyon problemi deneyimleyen ve 20 sağlıklı katılımcı oluşturmuştur. araştırma sonucunda fibromiyaljinin, somatizasyon bozukluğundan ayrı bir sendrom olduğu ve hassas nokta sayısının anlamlı derecede yüksek olduğu görüşü desteklenmiştir (Alptekin, Elbi, Erhan, Uyar, Hepaguşlar ve Gökçe, 1999).

Yücel ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında kronik baş ve bel ağrısına sahip kadın katılımcıların dissosiyatif yaşantılarının çocukluk dönemi travmalarıyla ilişkisi incelenmiştir. Toplam 73 katılımcının 41'inin baş ağrısı, 32'sinin ise bel ağrısı olduğu belirtilmiştir. Katılımcılardan Somatoform Dissosiyasyon Soru Formu ile Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ve İhmal Soru Formunu doldurmaları istenmiştir. Araştırma sonucunda cinsel, fiziksel ve duygusal kötüye kullanım öyküsü ve genel kötüye kullanım ile ihmal öyküsüne sahip katılımcıların anlamlı derecede farklılaşmadığı saptanmıştır (Yücel, Özyalçın, Sertel, Çamlıca, Ketenci ve Talu, 2002).

Sertel Berk'in (2006) Ağrı İnançları Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında kadın ve erkek katılımcıların ağrı inançlarının psikolojik inançlar alt boyutu açısından farklılaşmadığı görülürken, organik inançlarda kadın katılımcıların puan ortalamasının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmada ele alınan bir diğer değişken olan yaş değişkeninin ise ağrı inançlarının psikolojik inançlar alt boyutunda anlamlı etkisi gözlemlenmezken, organik inançlar alt boyutunda ağrı süresi hariç, yaş, ağrı başlangıç yaşı ve ilaç tüketim miktarı arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Organik ağrı inancı kavramı; fiziksel ve organik hasarın (örneğin; yaralanma, kanama vb.) ağrıya neden olduğuna dair inancı ifade ederken psikolojik ağrı inancı kavramı ise ağrının temelinde kaygı, stres gibi psikolojik etmenlerin ağrının ortaya çıkışında etkili olduğuna dair inançları ifade etmektedir (Rodcliffe ve Walsh, 2002).

Chaturvedi (1987) araştırmasında psikiyatrik rahatsızlığa sahip katılımcıların kronik ağrı sıklığını ele aldığında eğitim seviyesi arttıkça sebebi bilinmeyen kronik ağrının da arttığını bulgulamıştır.

Fibromiyalji örnekleminde ağrı inançlarını ele alan yalnızca bir çalışmaya rastlanmıştır. 145 fibromiyalji hastasının ağrı inançları ile psikolojik belirtilerinin ele alındığı bu çalışmada psikolojik inanç alt boyutunun organik inanç alt boyutundan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunurken her iki alt boyutun da depresyon, anksiyete ve stres ile yüksek ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Karakoyun, Tambağ ve Yüksel, 2019).

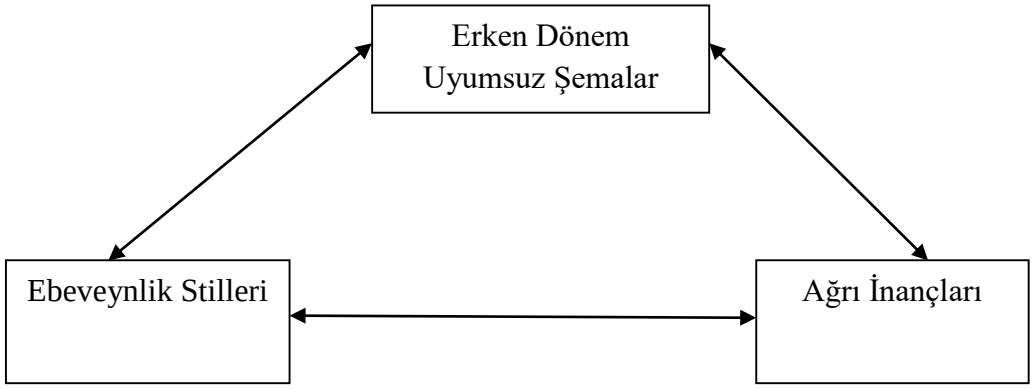
Literatür incelendiğinde fibromiyalji örneklem grubunda erken dönem uyumsuz şemalar, ebeveynlik stilleri ve ağrı inançlarının birlikte ele alındığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu kapsamda fibromiyalji hastalığının bilişsel teori çerçevesinde ele alınarak altta yatan psikolojik yapıların anlaşılması ve klinik görüngüye ek olarak yapılacak psiko-sosyal müdahalelerin tespit edilebilmesi yönünde önemli katkılarının olacağı düşünülmektedir.

Fibromiyalji hastalarında erken dönem uyumsuz şemalar, ebeveynlik stilleri ve ağrı inançları değişkenleri ile yapılmış çalışmalar olsa da hastalığın önemi nispetinde bu çalışmaların yetersiz olduğu düşünülmektedir. Fibromiyaljinin psikolojik bozukluklarla ilişkili olduğu çalışmalarla ortaya konmuşsa da (örn; Karakoyun, Tambağ ve Yüksel, 2019). Şema modeli çerçevesinde hangi şema boyutu ve hangi ebeveynlik yaklaşımlarının bu hastalardaki ağrı inançları kapsamında risk faktörü olabileceği konusunda özgün bir çalışma olduğu düşünülmektedir.

3. ARAŞTIRMA MODELİ VE HİPOTEZLER

3.1 Araştırma Modeli

Nicel araştırma yöntemleri temel alınarak yürütülen bu araştırma ilişkisel tarama modeli ve aracılık analizi perspektifinde hazırlanmıştır. Bu araştırmada fibromiyalji hastaların erken dönem uyumsuz şemaları, ebeveynlik stilleri ve ağrı inançları arasındaki ilişki incelenirken fibromiyalji hastalarında var olan ebeveynlik stillerinin ağrı inançları ile ilişkisinde erken dönem uyumsuz şemaların aracılık etkisinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu kapsamda fibromiyalji hastalarında ebeveynlik stilleri bağımsız değişken, ağrı inançları bağımlı değişken ve erken dönem uyumsuz şemalar aracı değişken olarak ele alınmıştır. Araştırma modeli Şekil 2'de gösterilmektedir.



Şekil 2.Araştırma Modeli

3.2 Araştırmanın Hipotezleri

H1: Fibromiyalji hastalarında ebeveynlik stilleri ağrı inançlarının anlamlı bir yordayıcısıdır.

H2: Fibromiyalji hastalarında erken dönem uyumsuz şemalar ağrı inançlarının anlamlı bir yordayıcısıdır.

H3: Fibromiyalji hastalarında ebeveynlik stilleri erken dönem uyumsuz şemaların anlamlı bir yordayıcısıdır.

H4: Fibromiyalji hastalarında ebeveynlik stilleri ile ağrı inançları arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şemaların aracılık etkisi vardır.

H5: Fibromiyalji hastalarının psikolojik ağrı inançlarından elde ettikleri puanlar organik ağrı inançlarına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

4. YÖNTEM

Bu bölümde araştırma örneklemi, veri toplama araçları, veriler ve toplanması, verilerin çözümü ve yorumlanması ve kullanılan ölçekler hakkında bilgilere yer verilmiştir.

4.1 Bilgilendirilmiş Onam Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form katılımcıların çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair bir bilgilendirme yazısıdır. Bu onam formunda araştırmanın amacı hakkında genel bilgilere ek olarak araştırmaya katılmanın tamamen gönüllülük esasına dayalı olduğu bilgisiyle birlikte katılımcının istediği an araştırmadan ayrılabileceğine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Bilgilendirilmiş Onam Formu Ek-1'de sunulmuştur.

4.2 Araştırma Örneklemi

Bu araştırmada örneklem sayısı Sümbüloğlu'nun (2000) önerdiği örneklem hesaplama yöntemlerinden olan olayın görülme ve görülmeme olasılığını içeren p ve q değerleri, hata payında t tablosundaki değer ve olayın görülüş sıklığına göre sapma payını baz alan formül ile hesaplanarak ulaşılması gereken örneklem sayısı 120 olarak belirlenmiştir(Akt; Erkuş, 2019, s. 150). Araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu bilgisi onam formunda katılımcılara sunulmuştur. Örneklemin yaş dağılımı 18-65 (M= 37,42, SS= 9,52) arasında değişim gösteren ACR (Amerikan Romatoloji Birliği) güncel kriterlerine göre fibromiyalji tanısı almış kişilerden oluşmaktadır. Örneklemin belirlenmesinde kartopu örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Çalışmaya 79 kadın (%65,8) ve 41 erkek (%34,2) olmak üzere toplam 120 kişi katılmıştır. Katılımcılardan 18-29 yaş arası 27 kişi (%22,5), 30-40 yaş arası 52 kişi (%43,3) ve 41 yaş ve üzeri 41 kişi (%34,2) olduğu bulunmuştur. Eğitim durumu incelendiğinde, lise ve altı mezun sayısı 39 kişi (%32,5), lisans mezunu 57 kişi (%47,5) ve lisansüstü mezunu 24 kişi (%20,0) katılmıştır. Psikolojik rahatsızlık yaşayan 63 kişi (%52,5) ve psikolojik rahatsızlık yaşamayan 57 kişi (%47,5) olduğu bulunmuştur. Psikolojik rahatsızlık tanısı incelendiğinde, anksiyete bozukluğu tanısı olan 48 kişi (%40,0) ve depresyon tanısı alan 12 kişi (%10,0) olduğu bulunmuştur. Fibromiyalji tanı süresi incelendiğinde, 0-5 yıl arası fibromiyalji tanısı olan 67 kişi (%55,8), 6-10 yıl arası fibromiyalji tanısı olan 44 kişi (%36,7) ve 11 yıl ve üzeri fibromiyalji tanısı olan 9 kişi (%7,5) olduğu bulunmuştur.

Travmatik yaşam deneyimi olan 74 kişi (%61,7) ve travmatik yaşam deneyimi olmayan 46 kişi (%38,3) olduğu bulunmuştur. Travmatik yaşam deneyimi neler olduğu incelendiğinde, bir yakınınızın ölümü diyen 34 kişi (%28,3), doğal afet (deprem, sel, yangın) diyen 22 kişi (%18,3) ve aileden veya tanıdık birinden cinsel olmayan saldırıya maruz kalmak (fiziksel, duygusal, psikolojik) diyen 14 kişi (%11,7) olduğu bulunmuştur. Katılımcılara ait sosyo-demografik bilgiler Tablo 1'de detaylı olarak gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Bilgilerine İlişkin Betimsel İstatistikler

Değişkenler		**N**	**%**
Cinsiyet	Kadın	79	65,8
	Erkek	41	34,2
Yaş	18-29 yaş arası	27	22,5
	30-40 yaş arası	52	43,3
	41 yaş ve üzeri	41	34,2
Medeni Durum	Bekâr	55	45,8
	Evli	65	54,2
Eğitim Durumu	Lise ve altı	39	32,5
	Lisans	57	47,5
	Lisansüstü	24	20,0
Gelir Durumu	Düşük	25	20,8
	Orta	53	44,2
	İyi	42	35,0
Çalışma Durumu	Evet	45	37,5
	Hayır	75	62,5
Ailede Kronik Hastalık Durumu	Evet	59	49,2
	Hayır	61	50,8
Ailede Kronik Rahatsızlık Kimde Var	Annem	28	23,3
	Babam	3	2,5
	Kendim	5	4,2
	Kardeşim	13	10,8

Psikolojik Rahatsızlık Yaşama Durumu	Evet	63	52,5
	Hayır	57	47,5
Psikolojik Rahatsızlık Tanısı	Anksiyete	48	40,0
	Depresyon	12	10,0
Fibromiyalji Tanı Süresi	0-5 yıl	67	55,8
	6-10 yıl	44	36,7
	11 yıl ve üzeri	9	7,5
Travmatik Yaşam Deneyimi	Evet	74	61,7
	Hayır	46	38,3
Travmatik Yaşam Deneyimi Neler	Bir yakınınızın ölümü	34	28,3
	Doğal afet (deprem, sel, yangın)	22	18,3
	Aileden veya tanıdık birinden cinsel olmayan saldırıya maruz kalmak (fiziksel, duygusal, psikolojik)	14	11,7

4.3. Veriler ve Toplanması

Araştırma İstanbul ilinde özel bir hastanenin Nöroloji, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ile Algoloji bölümlerine başvuran ve hekimlerce ACR (Amerikan Romatoloji Birliği) kriterlerine göre fibromiyalji sendromu tanısı almış katılımcılardan oluşmaktadır. Katılımcıların tamamı araştırma sorularını Google Forms aracılığıyla oluşturulan link üzerinden çevrimiçi olarak doldurmuş ve soruların cevaplanması yaklaşık 25-30 dakika sürmüştür. Tamamen gönüllülük esasına dayalı olan bu çalışmada katılımcılara istedikleri an araştırmadan ayrılabileceklerinin bilgisi iletilmiştir.

4.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamında katılımcılardan kişisel bilgilerini edinebilmek için Kişisel Bilgi Formu (KBF), erken dönem uyumsuz şemalarını belirlemek için Young Şema Ölçeği-

Kısa Form (YŞÖ-KF3), ebeveynlik stillerini belirlemek için Young Ebeveynlik Ölçeği (YEBÖ) ve ağrı inançlarını ölçmek için de Ağrı İnançları Ölçeği (AİÖ) kullanılmıştır.

4.4.1 Kişisel bilgi formu (KBF)

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmış olup bu form aracılığıyla katılımcılara ait demografik bilgilere ulaşım amaçlanmaktadır. Bu demografik bilgiler arasında katılımcının yaşı, cinsiyeti, ekonomik durumu, eğitim seviyesi gibi genel bilgilere yönelik sorular bulunmaktadır. Kişisel Bilgi Formunun bir örneği Ek- 2'de sunulmuştur.

4.4.2 Young şema ölçeği-kısa form (YŞÖ-KF3)

Young şema ölçeği bireylerin erken dönem uyumsuz şemalarını tanımlamaya yönelik bir ölçüm aracıdır. Ölçeğin orijinal versiyonunda toplam 16 şema ele alınmış ancak soruların yoğunluğu azaltılarak 15 şema boyutunu ölçen 75 maddelik yeni versiyonu oluşturulmuştur. Bu kısa versiyon ise YŞÖ-KF2 olarak adlandırılmıştır. İlerleyen dönemlerde ise YŞÖ-KF2'ye Onay Arayıcılık, Cezalandırıcılık ve Karamsarlık alt boyutları eklenerek soru sayısı 90'a çıkarılmıştır. Bu 90 maddelik versiyon ise Young Şema Ölçeği Kısa Form-3 olarak adlandırılmıştır (Young, 2004, akt., Sarıtaş, 2007).

Soygüt, Çakır ve Karaosmanoğlu (2008) Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışmasını 1071 katılımcılık bir örneklem üzerinde gerçekleştirmiştir. Bu güvenilirlik ve geçerlik çalışması sonucunda zedelenmiş otonomi, kopukluk, aşırı tetikte olma, diğerleri yönelimlilik ve zedelenmiş sınırlar olmak üzere beş şema alanı ve bu şema alanlarına ait 14 alt boyutun Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması sonucunda uygun olduğu bulgulanmıştır. Ölçekte yer alan 5 şema alanına ait alt boyutlar ise;

1- Terk edilme/İstikrarsızlık: 2., 20., 28., 38., 74. maddeler,
2- Duygusal Yoksunluk: 1., 19., 37., 55., 73. maddeler,
3- Kusurluluk/Utanç: 23., 41., 43., 59., 77., 90. maddeler,
4- Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma: 3., 4., 40., 57., 58., 75., 76. maddeler,
5- İç içe Geçme/Bağımlılık: 7., 9., 10., 25., 63., 64., 79., 81., 82. maddeler,
6- Başarısızlık; 6., 24., 33., 42., 60., 78. maddeler,
7- Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık: 21., 39., 44., 62. maddeler,

8- Yetersiz Özdenetim/Ayrıcalıklık: 15., 22., 32., 50., 51., 68., 69. maddeler,
9- Kendini Feda: 11., 29., 47., 65., 83. maddeler,
10- Onay Arayıcılık: 16., 34., 52., 56., 70., 88. maddeler,
11- Karamsarlık: 8., 17., 26., 35., 80. maddeler,
12- Duyguları Baskılama: 12., 30., 48., 66., 84. maddeler,
13- Yüksek Standartlar: 13., 14., 31. maddeler,
14- Cezalandırıcılık: 18., 49., 53., 54., 72., 89. maddelerdir.

Likert tipi bir öz bildirim ölçeği olan Young Şema Ölçeği Kısa Form-3, 1 (Tamamen yanlış) ve 6 (tamamen doğru) puan aralığında puanlanmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı ise şema alanları için .63 ile .80 arasında, şema alt boyutları için ise .53 ile .81 arasında değişim göstermektedir. Yapılan test tekrar test güvenilirliğindeyse şema alanları için r=.66 ile .83 arasında değiştiği gözlemlenmiştir. Mevcut çalışmada alt boyutların güvenilirlik katsayılarında ise Terk Edilme/İstikrarsızlık .77, Duygusal Yoksunluk .86, Kusurluluk/Utanç .72, Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma .84, İç içe Geçme/Bağımlılık .78, Başarısızlık .81, Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık .78, Yetersiz Özdenetim .57, Kendini Feda .80, Onay Aayıcılık .78, Karamsarlık .88, Duyguları Baskılama .81, Yüksek Standartlar .72, Cezalandırıclılık .73 olarak bulunurken ölçeğin tamamı için Cronbach Alpha kat sayısı .96 olarak bulunmuştur (bkz. Tablo 3).

4.4.3 Young Ebeveynlik Ölçeği (YEBÖ)

Young ebeveynlik ölçeği birey tarafından algılanan ebeveynlik stillerini ölçmektedir. Ölçek toplam 72 maddeden oluşmakla birlikte erken dönem uyumsuz şemaların temellendiği düşünülen ebeveyn yaklaşımlarına odaklanılarak geliştirilmiştir (Young, 1994). Bu ölçek, YEBÖ-A ve YEBÖ-B olmak üzere anne ve baba için ayrı ayrı uygulanmaktadır. Öz bildirime dayalı olan bu ölçekte birey, soru maddelerini anne ve babasının davranışlarını düşünerek cevaplamaktadır. Likert tipi bir ölçüm aracı olan YEBÖ'nün puanlaması 1-tamamen yanlış ile 6 tamamen uyuyor puan arasında değişim göstermektedir.

Çakır, Karaosmanoğlu ve Soygüt (2008) tarafından gerçekleştirilen Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışmasında araştırma örneklemini üniversite öğrencileri oluşturmuştur.

Yürütülen bu araştırma sonucunda YEBÖ-A anne formu ile YEBÖ-B baba formu için ortak 10 faktörlü yapı oluşturulmuştur. Toplam 72 maddeden oluşan ölçeğin alt boyutları ise;

1- Kuralcı/Kalıplayıcı ebeveynlik stilleri ölçen maddeler: 42., 41., 6., 46., 39., 32., 4., 54., 65., 40., 31., 37. maddeler,
2- Koşullu/Başarı Odaklı ebeveynlik stilleri ölçen maddeler: 7., 71., 72., 69., 38. maddeler,
3- Küçümseyici/Kusur Bulucu ebeveynlik stilleri ölçen maddeler 3., 8., 21., 22., 23., 24., 26., 28., 29. maddeler,
4- Aşırı İzin Verici/Sınırsız ebeveynlik stilleri ölçen maddeler: 48.,49., 51., 47., 25., 5. maddeler,
5- Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı ebeveynlik stilleri ölçen maddeler: 1., 2., 3., 4., 36., 45., 52. maddeler,
6- Kötümser/Endişeli ebeveynlik stilleri ölçen maddeler: 58., 59., 56. maddeler,
7- Sömürücü/İstismar Edici ebeveynlik stilleri ölçen maddeler: 12., 13., 1., 11., 9., 7., 6. maddeler,
8- Cezalandırıcı ebeveynlik stilleri ölçen maddeler: 63., 66., 67., 68. maddeler,
9- Aşırı Koruyucu/Evhamlı ebeveynlik stilleri ölçen maddeler: 2., 14., 16., 17., 18., 19., 53. maddeler,
10- Değişime Kapalı/Duygularını Bastıran ebeveynlik stilleri ölçen maddeler: 61., 62., 64. Maddelerdir.

Ölçeğin anne formu için Cronbach Alpha katsayısı .53 ile .86 arasında değişim gösterirken, baba formu .61 ile .89 arasında değişim göstermektedir. Ölçeğin genelinde ise Cronbach Alpha katsayısı .90 olarak belirlenmiştir. Mevcut çalışmada Young Ebeveynlik Ölçeğinin Anne Formu alt boyutları güvenilirlik katsayıları Kuralcı/Kalıplayıcı .75, Koşullu/Başarı Odaklı .57, Küçümseyici/Kusur Bulucu .81, Aşırı İzin Verici/Sınırsız .70, Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı .79, Kötümser/Endişeli .70, Sömürücü/İstismar Edici .62, Cezalandırıcı .67, Aşırı Koruyucu/Evhamlı .74 ve Değişime Kapalı/ Duygularını Bastıran için .68 iken ölçeğin anne formu için toplam Cronbach Alpha kat sayısı .88 olarak bulunmuştur. Baba Formunda ise Kuralcı/Kalıplayıcı .65, Koşullu/Başarı Odaklı .66, Küçümseyici/Kusur Bulucu .85, Aşırı

İzin Verici/Sınırsız .69, Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı .78, Kötümser/Endişeli .66, Sömürücü/İstismar Edici .68, Cezalandırıcı .67, Aşırı Koruyucu/Evhamlı .77 ve Değişime Kapalı/ Duygularını Bastıran için .69 iken ölçeğin anne formu için toplam Cronbach Alpha kat sayısı ise .90 olarak bulunmuştur (bkz. Tablo 3).

4.4.4 Ağrı inançları ölçeği (AİÖ)

Edwards ve ark. (1992) geliştirmiş olduğu ağrı inançları ölçeği ağrının temel kaynağına ve ağrının sonuçlarına ilişkin organik ve psikolojik inançları ve atıfları değerlendirmektedir. Ölçeğin Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışması ise 2006 yılında Sertel-Berk tarafından yürütülmüştür. Yapılan bu güvenilirlik ve geçerlik analizi sonucunda test tekrar test güvenilirliği sonucunda Cronbach Alpha kat sayısı Ağrı İnançları Ölçeği-Psikolojik İnançlar alt ölçeği (AİÖ-P) için .71 ile .74 arasında bulgulanırken, Ağrı İnançları Ölçeği-Organik İnançlar alt boyutu (AİÖ-O) için .66 ile .51 arasında bulgulanmıştır (Sertel-Berk, 2006). Hesaplama ise organik inançlar boyutu ölçen (1.2.3.5.7.8.10 ve 11.) maddeler ile psikolojik inançlar boyutu ölçen (4.6.9 ve 12.) maddelerden 1 "hiçbir zaman" ve 6 "her zaman" arası değişen 6 seçenekten elde ettikleri toplam puanın o alt boyuttaki madde sayısına bölünmesi ile elde edilir. Mevcut çalışmada organik inanç alt boyutu .67 psikolojik inanç alt boyutu .61 ve ölçeğin toplam Cronbach Alpha kat sayısı .71 olarak bulunmuştur (bkz. Tablo 3).

Tablo 2. Kullanılan Ölçeklerin Alt Boyutları İçin İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayıları

Ölçek/Alt Boyut	**Cronbach Alpha**
YŞÖ- Terk Edilme/İstikrarsızlık	.77
Duygusal Yoksunluk	.86
Kusurluluk Utanç	.72
Sosyal İzolasyon	.84
İç içe Geçme/Bağımlılık	.78
Başarısızlık	.81
Hastalıklar Karşısında Dayanıksızlık	.78
Yetersiz Özdenetim	.71
Kendini Feda	.80

Onay Arayıcılık	.78
Karamsarlık	.88
Duyguları Baskılama	.81
Yüksek Standartlar	.72
Cezalandırıcı	.73
YEBÖ-A Kuralcı/Kalıplayıcı	.75
Koşullu/Başarı Odaklı	.57
Küçümseyici/Kusur Bulucu	.81
Aşırı İzin Verici/Sınırsız	.70
Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı	.79
Kötümser/Endişeli	.70
Sömürücü/İstismar Edici	.62
Cezalandırıcı	.67
Aşırı Koruyucu/Evhamlı	.74
Değişime Kapalı	.68
YEBÖ-B Kuralcı/Kalıplayıcı	.65
Koşullu/Başarı Odaklı	.66
Küçümseyici/Kusur Bulucu	.85
Aşırı İzin Verici/Sınırsız	.69
Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı	.78
Kötümser/Endişeli	.66
Sömürücü/İstismar Edici	.68
Cezalandırıcı	.67
Aşırı Koruyucu/Evhamlı	.77
Değişime Kapalı	.69
Aİ- Organik İnanç	.67
Psikolojik İnanç	.61

YEBÖ-A: Young Ebeveynlik Ölçeği Anne Formu; YEBÖ-B: Young Ebeveynlik Ölçeği Baba Formu; Aİ: Ağrı İnançları Ölçeği

Çalışmada kullanılan ölçeklerin Cronbach Alpha değerlerinin 0.70 ve üzerinde olması güvenilirlik için istenen bir değer anlamına gelmektedir (Kılıç, 2016). Kullanılan tüm ölçekler güvenilirlik sınırının üzerinde olduğundan ölçekler güvenilir olarak test edilmiştir.

4.5 İşlem

Çalışma için gerekli literatür incelenmiş ve konuya ilişkin çalışma şablonu oluşturulmuştur. Tez araştırma içeriğinin kapsamlı bir şekilde ele alındığı etik kurul başvuru formu Maltepe Üniversitesi Etik Kuruluna sunularak gerekli onay 05.03.2021 tarihinde alınmıştır. Araştırma ölçeklerinin tamamı Google Forms tabanına işlenerek elde edilen link aracılığıyla veriler toplanmıştır. Yaklaşık 25-30 dakika süren form için özel bir hastanenin Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Algoloji ve Nöroloji polikliniklerinde çalışma yapılabilmesi adına araştırma izni istenmiştir. Gerekli onayların alınmasının ardından Nisan -Temmuz 2022 tarihleri arasında veriler toplanmıştır. Çalışma için gerekli olan katılımcı sayısına ulaştıktan sonra istatistiksel analizlere başlanmıştır.

4.6. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Çalışmada elde edilen tüm verilerin analizinde IBM SPSS 25.0 programı kullanılmıştır. İlk olarak araştırma verilerinin dağılımını incelemek adına çarpıklık ve basıklık değerlerinin -2 ile +2 arasında olup olmadığına (Tablo 3) ve ortalama ile medyan değerlerinin yakınlığına bakılarak verilerin normal dağılım gösterdiği görüldükten sonra analizlere başlanmıştır. Araştırma değişkenlerinin analizi için betimleyici istatistiksel analizler yapılmış ve sonrasında araştırma değişkenleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma kapsamında ele alınan demografik değişkenlerin analizinde ise ikili gruplarda Bağımsız Örneklem T Testi uygulanırken ikiden daha fazla gruplarda Tek Yönlü ANOVA analizi yapılmıştır. Farklılığa neden olan grubun belirlenmesi için de Post Hoc testi uygulanmıştır. Fibromiyalji hastalarının erken dönem uyum bozucu şemalarının algılanan ebeveyn stilleri ve ağrı inançları ile ilişkisinde gücün ve değişkenler üzerindeki değişimin belirlenmesi için regresyon analizi uygulanmıştır. Erken dönem uyumsuz şemaların ebeveynlik stilleri ve ağrı inançları ilişkisindeki aracı rolü ölçümlemek için Hayes (2009) tarafından geliştirilen SPSS Process Makro eklentisi modellerinden Model 4 kullanılmıştır. Bütün verilerin analizi için hata payı .05 olarak belirlenmiştir.

5.BULGULAR

5.1. Çalışmada Kullanılan Ölçeklere Ait Betimleyici İstatistikler

Araştırma kapsamında kullanılan ölçeklere dair normallik analizleri Tablo 3'de gösterilmektedir.

Tablo 3.Ölçek Puanlarının Çarpıklık, Çarpıklığın Standart Hatası, Basıklık, Basıklığın Standart Hatası Değerleri

Ölçek	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)	Çarpıklık Hatası	Basıklık Hatası
Young Şema	.189	-.977	.221	.438
Young Ebeveynlik (A)	.276	-.169	.221	.438
Young Ebeveynlik (B)	.274	-.171	.221	.438
Ağrı İnançları	-.022	-.448	.221	.438

Araştırma kapsamında fibromiyalji hastalarına Young Şema Ölçeği-Kısa Form, Young Ebeveynlik Ölçeği Anne ve Baba Formu ve Ağrı İnançları Ölçeği uygulanmıştır. Katılımcıların ölçeklerden ve ölçeklerin alt boyutlarından aldığı puanlar detaylı olarak Tablo 3 ve Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4.Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Alt Boyut Puanlarının Betimleyici İstatistik Tablosu

Ölçek	**Alt Boyutlar**	**Min**	**Max**	$\bar{x}$	**SS**
YŞÖ	Terkedilme/İstikrarsızlık	5	30	11,63	6,12
	Duygusal Yoksunluk	5	30	14,00	7,42
	Kusurluluk/Utanç	6	23	10,79	5,14

	Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma	7	38	21,56	9,22
	İç İçe Geçme/Bağımlılık	9	54	19,39	8,78
	Başarısızlık	6	34	14,19	6,80
	Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık	4	24	12,16	5,66
	Yetersiz Özdenetim/Ayrıcalıklık	12	42	24,49	6,64
	Kendini Feda	5	30	19,23	7,05
	Onay Arayıcılık	6	36	20,05	7,15
	Karamsarlık	5	30	17,31	7,67
	Duyguları Baskılama	5	28	12,20	6,49
	Yüksek Standartlar	3	18	9,79	4,59
	Cezalandırıcılık	6	36	22,53	6,59

YŞÖ: Young Şema Ölçeği

Tablo 5.Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Alt Boyut Puanlarının Betimleyici İstatistik Tablosu

Ölçek	**Alt Boyutlar**	**Min**	**Max**	$\bar{x}$	**SS**
	Kuralcı/Kalıplayıcı	14	63	38,47	11,29
	Koşullu/Başarı Odaklı	5	28	15,65	5,52
	Küçümseyici/Kusur Bulucu	11	50	23,40	10,55
	Aşırı İzin Verici/Sınırsız	9	31	16,77	4,43
YEÖ-A	Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı	7	37	25,73	8,57
	Kötümser/Endişeli	3	18	11,58	4,72
	Sömürücü/İstismar Edici	9	32	15,02	5,26
	Cezalandırıcı	4	22	11,99	4,75
	Aşırı Koruyucu	8	42	25,51	8,53
	Değişime Kapalı	3	18	9,91	4,33
	Kuralcı/Kalıplayıcı	17	58	36,85	10,62

	Koşullu/Başarı Odaklı	5	30	16,68	6,52
YEÖ-B	Küçümseyici/Kusur Bulucu	9	49	21,77	11,16
	Aşırı İzin Verici/Sınırsız	7	31	15,83	4,57
	Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı	7	37	24,33	8,67
	Kötümser/Endişeli	3	18	8,94	4,36
	Sömürücü/İstismar Edici	8	32	15,59	5,79
	Cezalandırıcı	4	19	11,45	4,30
	Aşırı Koruyucu	7	37	22,45	8,54
	Değişime Kapalı	3	18	9,86	3,89
	Organik İnanç	2	6	4,03	1,04
Aİ	Psikolojik İnanç	2,25	6	5,13	0,96

YEÖ-A: Young Ebeveynlik Ölçeği Anne Formu; YEÖ-B: Young Ebeveynlik Ölçeği Baba Formu; Aİ: Ağrı İnançları Ölçeği

5.2. Cinsiyete Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması

Bu bölümde erken dönem uyumsuz şemalar, ebeveynlik biçimleri ve ağrı inançları alt boyutlarının cinsiyet gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını ölçümlemek amacıyla uygulanan Bağımsız Örneklem T Testi Analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Sonuçlara ilişkin detaylı bilgilere Tablo 5, Tablo 6, Tablo 7 ve Tablo 8'de yer verilmiştir.

Tablo 6. Cinsiyet Değişkeni için Young Şema Ölçeğinin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	**Cinsiyet**	**N**	**$\bar{x}$**	**SS**	**T**	**SD**	**P**
Terk edilme/İstikrarsızlık	Kadın	79	11,66	6,26	0,06	118	0,95
	Erkek	41	11,59	5,92			
Duygusal Yoksunluk	Kadın	79	14,46	7,56	0,93	118	0,35
	Erkek	41	13,12	7,14			
Kusurluluk/Utanç	Kadın	79	10,59	4,99	-0,58	118	0,56

	Erkek	41	11,17	5,45			
Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma	Kadın	79	21,92	9,43	0,60	118	0,54
	Erkek	41	20,85	8,87			
İç İçe Geçme/Bağımlılık	Kadın	79	19,48	9,29	0,15	118	0,87
	Erkek	41	19,22	7,82			
Başarısızlık	Kadın	79	14,01	7,15	-0,39	118	0,69
	Erkek	41	14,54	6,12			
Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık	Kadın	79	12,18	5,65	0,50	118	0,96
	Erkek	41	12,12	5,75			
Yetersiz Özdenetim/Ayrıcalıklık	Kadın	79	24,54	6,43	0,12	118	0,90
	Erkek	41	24,39	7,10			
Kendini Feda	Kadın	79	19,65	7,16	0,90	118	0,36
	Erkek	41	18,41	6,84			
Onay Arayıcılık	Kadın	79	20,85	7,20	1,90	118	0,04*
	Erkek	41	18,51	6,89			
Karamsarlık	Kadın	79	17,44	7,84	0,26	118	0,79
	Erkek	41	17,05	7,42			
Duyguları Baskılama	Kadın	79	10,93	5,38	1,88	118	0,04*
	Erkek	41	12,86	6,94			
Yüksek Standartlar	Kadın	79	9,68	4,73	-0,35	118	0,72
	Erkek	41	10,00	4,36			
Cezalandırıcılık	Kadın	79	22,71	6,54	0,40	118	0,69
	Erkek	41	22,20	6,77			

*$p<0,05$

Fibromiyalji hastalarında erken dönem uyumsuz şemalar alt boyutlarının cinsiyet değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin yapılan Bağımsız Gruplar için T Testi sonuçlarına göre; kadınların (M=20,85, SS=7,2) Onay Arayıcılık (t(118)= 1,909; $p<0,05$) alt boyut toplam puan ortalamasının erkeklere (M=18,51, SS=6,8) göre anlamlı

düzeyde daha yüksek olduğu ve erkeklerin (M=10,93, SS=5,3) Duyguları Baskılama (t(118)= 1,885; p<0,05) alt boyut toplam puan ortalamasının kadınlara (M=12,86, SS=6,9) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 7. Cinsiyet Değişkeni için Ağrı İnançları Ölçeğinin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ağrı İnançları	Cinsiyet	N	$\bar{x}$	SS	T	SD	P
Organik İnanç	Kadın	79	4,06	1,08	0,47	118	0,63
	Erkek	41	3,97	0,96			
Psikolojik İnanç	Kadın	79	5,24	0,78	1,67	118	0,04*
	Erkek	41	4,93	1,22			

*$p<0,05$

Kadın (M=4,06, SS=1,08) ve erkek katılımcıların (M=3,97 SS=0,96) organik inanç (t(118)=0,475; p>0,05) alt boyut toplam puan ortalamaları arasında istatistikî olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Ancak psikolojik inanç alt boyutuna (t(118)= 1,67; p<0,05) bakıldığında kadın katılımcıların (M=5,24, SS=0,78) erkek katılımcılara (M=4,93, SS=1,22) göre anlamlı derecede daha yüksek puan aldıkları görülmüştür.

Tablo 8. Cinsiyet Değişkeni için Young Ebeveynlik Anne Formu Ölçeğinin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

YEBÖ-A	Cinsiyet	N	$\bar{x}$	SS	T	SD	P
Kuralcı/Kalıplayıcı	Kadın	79	39,28	11,77	1,09	118	0,27
	Erkek	41	36,90	10,27			
Koşullu/Başarı Odaklı	Kadın	79	16,23	5,55	1,60	118	0,11
	Erkek	41	14,54	5,34			
Küçümseyici/Kusur Bulucu	Kadın	79	23,91	11,05	0,73	118	0,46
	Erkek	41	22,41	9,57			
Aşırı İzin Verici/Sınırsız	Kadın	79	16,63	4,36	-0,45	118	0,64
	Erkek	41	17,02	4,60			

Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı	Kadın	79	25,00	8,88	-1,29	118	0,20
	Erkek	41	27,12	7,85			
Kötümser/Endişeli	Kadın	79	11,54	4,75	-0,12	118	0,90
	Erkek	41	11,66	4,72			
Sömürücü/İstismar Edici	Kadın	79	15,03	5,37	0,02	118	0,98
	Erkek	41	15,00	5,10			
Cezalandırıcı	Kadın	79	12,23	4,90	0,75	118	0,45
	Erkek	41	11,54	4,47			
Aşırı Koruyucu	Kadın	79	24,92	8,60	-1,04	118	0,30
	Erkek	41	26,63	8,38			
Değişime Kapalı	Kadın	79	10,18	4,36	0,94	118	0,34
	Erkek	41	9,39	4,28			

*$p<0,05$ *Young Ebeveynlik Ölçeği-Anne Formu*

Tablo 9. Cinsiyet Değişkeni için Young Ebeveynlik Baba Formu Ölçeğinin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

YEBÖ-B	**Cinsiyet**	**N**	**$\bar{x}$**	**SS**	**T**	**SD**	**P**
Kuralcı/Kalıplayıcı	Kadın	79	37,47	10,86	0,88	118	0,37
	Erkek	41	35,66	10,18			
Koşullu/Başarı Odaklı	Kadın	79	17,68	6,19	2,39	118	0,01*
	Erkek	41	14,73	6,76			
Küçümseyici/Kusur Bulucu	Kadın	79	22,56	11,81	1,07	118	0,28
	Erkek	41	20,24	9,76			
Aşırı İzin Verici/Sınırsız	Kadın	79	15,48	4,52	-1,17	118	0,24
	Erkek	41	16,51	4,66			
Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı	Kadın	79	23,34	8,87	-1,83	118	0,04*
	Erkek	41	26,22	8,03			

Kötümser/Endişeli	Kadın	79	9,22	4,45	0,95	118	0,34
	Erkek	41	8,41	4,18			
Sömürücü/İstismar Edici	Kadın	79	15,46	6,12	-0,35	118	0,72
	Erkek	41	15,85	5,14			
Cezalandırıcı	Kadın	79	11,78	4,46	1,18	118	0,45
	Erkek	41	10,80	3,95			
Aşırı Koruyucu	Kadın	79	21,38	8,44	-1,92	118	0,04*
	Erkek	41	24,51	8,44			
Değişime Kapalı	Kadın	79	10,57	4,03	2,85	118	0,00*
	Erkek	41	8,49	3,25			

*$p<0,05$*Young Ebeveynlik Ölçeği-Baba Formu*

Cinsiyet değişkenine göre hastaların anne tarafından algıladıkları ebeveynlik stillerinden hiçbir alt boyut toplam puan ortalamasının anlamlı farklılık göstermediği (t(118), $p>0,05$) görülürken baba tarafından algılanan ebeveynlik biçimlerinde kadınların (M=17,68, SS=6,1), (M=10,57 SS=4,0) Koşullu/Başarı Odaklı (t(118)= 2,399; $p<0,05$) ve Değişime Kapalı (t(118)= 2,857; $p<0,05$) ebeveynlik algısı alt boyutları toplam puan ortalamalarının erkeklere (M=14,73, SS=6,7), (M=8,49, SS=3,2) göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Erkek hastaların ise (M=26,22, SS=8), (M=24,51 SS=8,4) Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı (t(118)= -1,838; $p<0,05$) ve Aşırı Koruyucu (t(118)= -1,927; $p<0,05$) alt boyut toplam puan ortalamalarının kadın katılımcılara (M=23,34, SS=8,8), (M=21,38 SS=8,4) göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür.

5.3 Yaş Gruplarına Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması

Erken dönem uyumsuz şemalar, ebeveynlik biçimleri ve ağrı inançları alt boyut puanlarının yaş gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını ölçümlemek amacıyla Tek Yönlü ANOVA Analizi uygulanmıştır. Gruplardaki kişi sayısı dağılımlarının farklılık gösterdiği tespit edildiğinden varyansların homojenliği Levene test ile test edilerek bunun sonucunda bu varsayımın karşılanmadığı durumlarda düzeltmeli sonuçlar

tablolaştırılmıştır. Sonuçlara ilişkin detaylar Tablo 9, Tablo 10, Tablo 11 ve Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 10. Yaş Grupları için Young Şema Ölçeğinin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

YŞÖ	Yaş Grupları	n	$\bar{x}$	Ss	F	sd	P
Terk edilme/İstikrarsızlık	18-29 yaş	27	13,56	3,44		2	
	30-40 yaş	52	13,77	7,12	16,57	117	0,00*
	41 yaş +	41	7,66	3,79			
Duygusal Yoksunluk	18-29 yaş	27	14,70	4,68		2	
	30-40 yaş	52	15,50	8,43	3,39	117	0,03*
	41 yaş +	41	11,63	7,06			
Kusurluluk/Utanç	18-29 yaş	27	16,59	4,19		2	
	30-40 yaş	52	9,90	4,41	38,46	117	0,00*
	41 yaş +	41	8,10	3,33			
Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma	18-29 yaş	27	24,81	7,56		2	
	30-40 yaş	52	23,87	9,37	11,13	117	0,00*
	41 yaş +	41	16,49	7,95			
İç İçe Geçme/Bağımlılık	18-29 yaş	27	23,93	6,97		2	
	30-40 yaş	52	18,15	8,41	4,95	117	0,00*
	41 yaş +	41	17,98	9,48			
Başarısızlık	18-29 yaş	27	14,70	4,06		2	
	30-40 yaş	52	14,13	8,19	0,10	117	0,89
	41 yaş +	41	13,93	6,40			
Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık	18-29 yaş	27	14,52	4,94		2	
	30-40 yaş	52	12,50	6,09	5,32	117	0,00*
	41 yaş +	41	10,17	4,91			
	18-29 yaş	27	25,93	5,62		2	

Yetersiz Özdenetim/Ayrıcalık	30-40 yaş	52	24,73	7,23	1,39	117	0,25
	41 yaş +	41	23,24	6,40			
Kendini Feda	18-29 yaş	27	17,67	5,35		2	
	30-40 yaş	52	22,37	5,80	10,99	117	0,00*
	41 yaş +	41	16,27	7,94			
Onay Arayıcılık	18-29 yaş	27	21,63	5,66		2	
	30-40 yaş	52	22,06	7,55	8,88	117	0,00*
	41 yaş +	41	16,46	6,22			
Karamsarlık	18-29 yaş	27	17,93	5,76		2	
	30-40 yaş	52	19,33	8,28	5,31	117	0,00*
	41 yaş +	41	14,34	7,17			
Duyguları Baskılama	18-29 yaş	27	17,22	6,58		2	
	30-40 yaş	52	10,79	5,86	12,40	117	0,00*
	41 yaş +	41	10,68	5,61			
Yüksek Standartlar	18-29 yaş	27	9,70	3,29		2	
	30-40 yaş	52	10,37	4,69	0,84	117	0,43
	41 yaş +	41	9,12	5,17			
Cezalandırıcılık	18-29 yaş	27	22,89	5,38		2	
	30-40 yaş	52	23,35	6,51	1,19	117	0,30
	41 yaş +	41	21,27	7,34			
	18-29 yaş	27	8,33	2,27		2	

*$p<0,05$

Yaş gruplarına göre katılımcıların Young Şema Ölçeğinin alt boyut toplam puanları arasındaki fark Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Buna göre; yaş grupları arasında Kendini Feda alt boyutunda anlamlı bir farklılık bulgulanırken ($F(2,117)= 10,99$; $p<0,05$) farklılığın hangi yaş grubundan kaynaklandığının anlaşılması için yapılan Tukey-B (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucuna göre 30-40 yaş aralığındaki hastaların toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Onay Arayıcılık alt boyut toplam puan ortalaması arasında yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (F(2,117)= 8,886; p<0,05). 30-40 yaş aralığındaki hastaların Onay Arayıcılık alt boyut toplam puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Karamsarlık alt boyut toplam puan ortalamasının yaş anlamlı bir farklılık gösterdiği (F(2,117)= 5,311; p<0,05) ve bu farklılığın da yukarıdaki gibi benzer şekilde 30-40 yaş aralığındaki hasta grubunda anlamlı bir yükseklik gösterdiği sonucuna varılmıştır.

YEBÖ-A	**Yaş**	**N**	**$\bar{x}$**	**SS**	**F**	**SD**	**P**
Kuralcı/Kalıplayıcı	18-29 yaş	27	41,30	8,88		2	
	30-40 yaş	52	37,40	9,87	1,12	117	0,32
	41 yaş +	41	37,95	14,03			
Koşullu/Başarı Odaklı	18-29 yaş	27	17,04	6,02		2	
	30-40 yaş	52	16,88	4,01	6,91	117	0,00*
	41 yaş +	41	13,17	6,07			
Küçümseyici/Kusur Bulucu	18-29 yaş	27	29,81	9,61		2	
	30-40 yaş	52	21,63	10,25	7,09	117	0,00*
	41 yaş +	41	21,41	10,07			
Aşırı İzin Verici/Sınırsız	18-29 yaş	27	16,78	3,54		2	
	30-40 yaş	52	16,52	4,97	0,17	117	0,83
	41 yaş +	41	17,07	4,30			
Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı	18-29 yaş	27	24,67	7,95		2	
	30-40 yaş	52	26,71	8,64	0,63	117	0,53
	41 yaş +	41	25,17	8,93			
Kötümser/Endişeli	18-29 yaş	27	10,85	3,93		2	
	30-40 yaş	52	11,88	4,48	0,43	117	0,64
	41 yaş +	41	11,68	5,49			
Sömürücü/İstismar Edici	18-29 yaş	27	17,63	6,65		2	
	30-40 yaş	52	15,42	5,24	8,02	117	0,00*

	41 yaş +	41	12,78	2,94			
Cezalandırıcı	18-29 yaş	27	12,04	4,29		2	
	30-40 yaş	52	12,92	4,90	2,58	117	0,04*
	41 yaş +	41	10,78	4,69			
Aşırı Koruyucu	18-29 yaş	27	26,81	6,65		2	
	30-40 yaş	52	27,06	9,92	3,56	117	0,03*
	41 yaş +	41	22,68	7,05			
Değişime Kapalı	18-29 yaş	27	9,15	3,27		2	
	30-40 yaş	52	10,02	4,22	0,56	117	0,56
	41 yaş +	41	10,27	5,06			

**p<0,05*

Tablo 11. Yaş Grupları için Ağrı İnançları Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ağrı İnançları	**Yaş Grupları**	**N**	**$\bar{x}$**	**SS**	**F**	**SD**	**p**
Organik İnanç	18-29 yaş	27	4,25	0,97		2	
	30-40 yaş	52	4,07	0,98	1,37	117	0,25
	41 yaş +	41	3,84	1,13			
Psikolojik İnanç	18-29 yaş	27	4,56	1,32		2	
	30-40 yaş	52	5,22	0,72	7,22	117	0,01*
	41 yaş +	41	5,40	0,79			

**p<0,05*

Yaş grupları kategorilerine göre Ağrı İnançları Ölçeğinin Organik İnanç alt boyut toplam puan ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır; $F(2,117)=1,379$; $p>0,05$ ancak psikolojik inanç alt boyutunda yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş ve 30-40 yaş aralığındaki katılımcıların puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($F(2,11)=7,22$; $p<0,05$).

Tablo 12. Yaş Grupları için Young Ebeveynlik Anne Formu Ölçeğinin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

YEBÖ-A	Yaş	N	$\bar{x}$	SS	F	SD	P
Kuralcı/Kalıplayıcı	18-29 yaş	27	41,30	8,88		2	
	30-40 yaş	52	37,40	9,87	1,12	117	0,32
	41 yaş +	41	37,95	14,03			
Koşullu/Başarı Odaklı	18-29 yaş	27	17,04	6,02		2	
	30-40 yaş	52	16,88	4,01	6,91	117	0,00*
	41 yaş +	41	13,17	6,07			
Küçümseyici/Kusur Bulucu	18-29 yaş	27	29,81	9,61		2	
	30-40 yaş	52	21,63	10,25	7,09	117	0,00*
	41 yaş +	41	21,41	10,07			
Aşırı İzin Verici/Sınırsız	18-29 yaş	27	16,78	3,54		2	
	30-40 yaş	52	16,52	4,97	0,17	117	0,83
	41 yaş +	41	17,07	4,30			
Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı	18-29 yaş	27	24,67	7,95		2	
	30-40 yaş	52	26,71	8,64	0,63	117	0,53
	41 yaş +	41	25,17	8,93			
Kötümser/Endişeli	18-29 yaş	27	10,85	3,93		2	
	30-40 yaş	52	11,88	4,48	0,43	117	0,64
	41 yaş +	41	11,68	5,49			
Sömürücü/İstismar Edici	18-29 yaş	27	17,63	6,65		2	
	30-40 yaş	52	15,42	5,24	8,02	117	0,00*
	41 yaş +	41	12,78	2,94			
Cezalandırıcı	18-29 yaş	27	12,04	4,29		2	
	30-40 yaş	52	12,92	4,90	2,58	117	0,04*
	41 yaş +	41	10,78	4,69			

Aşırı Koruyucu	18-29 yaş	27	26,81	6,65		2	
	30-40 yaş	52	27,06	9,92	3,56	117	0,03*
	41 yaş +	41	22,68	7,05			
Değişime Kapalı	18-29 yaş	27	9,15	3,27		2	
	30-40 yaş	52	10,02	4,22	0,56	117	0,56
	41 yaş +	41	10,27	5,06			

*$p<0,05$

Yaş grupları değişkeni için katılımcıların Young Ebeveynlik Anne Formu Ölçeğinin alt boyut toplam puan ortalamaları arası fark Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Buna göre; Cezalandırıcı alt boyut toplam puan ortalamaları arasında 30-40 yaş grubundaki hastaların istatistikî olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($F(2,117)= 2,581$; $p<0,05$) görülmüştür. Aşırı Koruyucu alt boyut toplam puan ortalamaları arasında da istatistikî olarak anlamlı bir farklılık bulunurken ($F(2,117)= 3,568$; $p<0,05$) farklılığın yine benzer şekilde 30-40 yaş grubundaki hastaların anlamlı yüksek puanlarından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 13. Yaş Grupları için Young Ebeveynlik Baba Formu Ölçeğinin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

YEBÖ-B	**Yaş**	**N**	**$\bar{x}$**	**SS**	**F**	**SD**	**P**
Kuralcı/Kalıplayıcı	18-29 yaş	27	38,44	10,79		2	
	30-40 yaş	52	37,46	9,60	0,99	117	0,37
	41 yaş +	41	35,02	11,70			
Koşullu/Başarı Odaklı	18-29 yaş	27	16,22	6,41		2	
	30-40 yaş	52	18,77	6,04	5,87	117	0,00*
	41 yaş +	41	14,32	6,45			
Küçümseyici/Kusur Bulucu	18-29 yaş	27	28,70	10,57		2	
	30-40 yaş	52	18,81	10,27	7,98	117	0,00*
	41 yaş +	41	20,95	10,91			

Aşırı İzin Verici/Sınırsız	18-29 yaş	27	16,44	4,68		2	
	30-40 yaş	52	15,71	4,70	0,31	117	0,73
	41 yaş +	41	15,59	4,41			
Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı	18-29 yaş	27	23,22	8,01		2	
	30-40 yaş	52	24,98	8,78	0,36	117	0,69
	41 yaş +	41	24,22	9,07			
Kötümser/Endişeli	18-29 yaş	27	10,59	4,07		2	
	30-40 yaş	52	8,08	4,59	2,05	117	0,05
	41 yaş +	41	8,95	4,01			
Sömürücü/İstismar Edici	18-29 yaş	27	18,04	7,13		2	
	30-40 yaş	52	16,08	6,03	6,09	117	0,00*
	41 yaş +	41	13,37	3,27			
Cezalandırıcı	18-29 yaş	27	11,37	4,36		2	
	30-40 yaş	52	11,92	3,92	0,64	117	0,52
	41 yaş +	41	10,90	4,75			
Aşırı Koruyucu	18-29 yaş	27	22,15	7,60		2	
	30-40 yaş	52	24,00	9,55	1,57	117	0,17
	41 yaş +	41	20,68	7,52			
Değişime Kapalı	18-29 yaş	27	11,44	3,75		2	
	30-40 yaş	52	9,81	4,41	3,69	117	0,02*
	41 yaş +	41	8,88	2,92			

*p<0,05

Yaş grupları değişkeni için katılımcıların Young Ebeveynlik Baba Formu Ölçeğinin alt boyut toplam puan ortalamaları arası fark Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Buna göre; Koşullu/Başarı Odaklı alt boyut toplam puan ortalamaları arasında 30-40 yaş grubundaki hastalarda istatistikî olarak anlamlı bir farklılık vardır; $F(2,117)= 5,874$; $p<0,05$.

5.4.Fibromiyalji Tanı Süresine Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması

Bu bölümde erken dönem uyumsuz şemalar, ebeveynlik biçimleri ve ağrı inançları puanlarının fibromiyalji tanı sürelerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını ölçümlemek amacıyla Bağımsız Örneklem T Testi Analizi uygulanmıştır. Sonuçlara ilişkin detaylı bilgiler Tablo 13, Tablo 14, Tablo 15 ve Tablo 16'da yer almaktadır.

Tablo 14. Fibromiyalji Tanı Süresi Grupları için Ağrı İnançları Ölçeğinin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

YŞÖ	Tanı Süresi	N	$\bar{x}$	SS	F	SD	P
Terk edilme/İstikrarsızlık	0-5 yıl	67	11,87	6,25		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	11,34	5,99	0,40	118	0,64
Duygusal Yoksunluk	0-5 yıl	67	13,51	7,89		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	14,62	6,80	0,30	118	0,41
Kusurluluk/Utanç	0-5 yıl	67	10,67	4,38		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	10,94	5,99	13,52	118	0,78
Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma	0-5 yıl	67	20,73	9,51		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	22,60	8,80	1,95	118	0,27
İç İçe Geçme/Bağımlılık	0-5 yıl	67	19,19	7,73		2	
	6-10 yıl ve üzeri	44	19,64	10,03	2,09	118	0,78
Başarısızlık	0-5 yıl	67	14,40	6,28		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	13,92	7,44	2,69	118	0,70
Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık	0-5 yıl	67	13,13	5,37		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	10,92	5,83	1,40	118	0,03*
	0-5 yıl	67	23,45	7,07		2	

Yetersiz Özdenetim/Ayrıcalık	6-10 yıl ve üzeri	53	25,81	5,86	0,04	118	0,04*
Kendini Feda	0-5 yıl	67	17,91	6,84		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	20,89	7,02	3,865	117	0,02*
Onay Arayıcılık	0-5 yıl	67	20,78	7,58		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	19,13	6,54	2,67	118	0,04*
Karamsarlık	0-5 yıl	67	16,97	7,54		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	17,74	7,88	0,29	118	0,59
Duyguları Baskılama	0-5 yıl	67	11,58	6,66		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	12,98	6,25	0,40	118	0,24
Yüksek Standartlar	0-5 yıl	67	8,60	4,35		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	11,30	4,48	0,88	118	0,00*
Cezalandırıcılık	0-5 yıl	67	21,19	6,80		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	24,23	5,97	1,81	118	0,01*

**p<0.05*

Fibromiyalji tanı süresi grupları için katılımcıların Young Şema Ölçeği ile Ağrı İnançları Ölçeği alt boyut toplam puan ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı Bağımsız Örneklemler T Testi ile incelenmiştir. Buna göre 0-5 yıl önce tanı alan hastaların (M=13,13, SS=5,37) Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık (t(118)= 1,40; *p*<0,05) şema toplam puan ortalamasının 6-10 yıl ve üzeri zaman öncesinde tanı alan hasta grubuna (M=10,92, SS=5,83) göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunurken benzer şekilde Onay Arayıcılık (t(118)= 2,67; *p*<0,05) şema alt boyutunun da 0-5 yıl süre tanı alanlarda (M=20,78, SS=7,58) 6-10 yıl ve üzeri zaman öncesinde (M=19,13, SS=6,54) tanı alanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Yüksek Standartlar alt boyut puanı ise (t(118)= 0,88; *p*<0,05) 6-10 yıl ve üzeri zaman öncesinde tanı alan grupta (M=11,30, SS=4,48) anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 15. Fibromiyalji Tanı Süresi Grupları için Ağrı İnançları Ölçeğinin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ağrı İnançları	Tanı Yılı	N	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Organik İnanç	0-5 yıl	67	4,05	0,98	0,28	118	0,77
	6-10 yıl ve üzeri	53	4,00	1,11			
Psikolojik İnanç	0-5 yıl	67	5,12	1,03	-0,15	118	0,87
	6-10 yıl ve üzeri	53	5,15	0,87			

*$p<0.05$

Fibromiyalji tanı süresi gruplarına göre organik inançlar (t(118)=0,28; p>0,05) ve psikolojik inançlar (t(118)=-0,15; p>0,05) alt boyut toplam puan ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür.

Tablo 16. Fibromiyalji Tanı Süresi Grupları için Young Ebeveynlik Anne Formu Ölçeği'nin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

YEBÖ-A	Tanı Süresi	N	$\bar{x}$	S	F	SD	P
Kuralcı/Kalıplayıcı	0-5 yıl	67	38,84	9,37		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	38,00	13,42	6,82	118	0,70
Koşullu/Başarı Odaklı	0-5 yıl	67	15,55	4,16		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	15,77	6,90	25,04	118	0,83
Küçümseyici/Kusur Bulucu	0-5 yıl	67	23,97	10,83		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	22,68	10,26	1,01	118	0,50
Aşırı İzin Verici/Sınırsız	0-5 yıl	67	16,81	4,93		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	16,72	3,75	2,75	118	0,91
Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı	0-5 yıl	67	25,57	9,28		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	27,92	7,65	11,04	118	0,08

Kötümser/Endişeli	0-5 yıl	67	12,30	4,35		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	10,68	5,04	2,64	118	0,04*
Sömürücü/İstismar Edici	0-5 yıl	67	15,51	4,85		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	14,40	5,73	0,01	118	0,25
Cezalandırıcı	0-5 yıl	67	11,81	4,51		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	12,23	5,08	0,57	118	0,63
Aşırı Koruyucu	0-5 yıl	67	24,60	9,06		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	26,66	7,74	3,54	118	0,19
Değişime Kapalı	0-5 yıl	67	10,12	3,53		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	9,64	5,20	14,52	118	0,56

*$p<0,05$

Tablo 17. Fibromiyalji Tanı Süresi Grupları için Young Ebeveynlik Baba Formu Ölçeğinin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	**Tanı Süresi**	**N**	**$\bar{x}$**	**SS**	**F**	**SD**	**P**
Kuralcı/Kalıplayıcı	0-5 yıl	67	35,37	8,97		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	38,72	12,24	7,57	118	0,09
Koşullu/Başarı Odaklı	0-5 yıl	67	15,76	5,81		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	17,83	7,20	4,82	118	0,09
Küçümseyici/Kusur Bulucu	0-5 yıl	67	21,37	10,17		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	22,26	12,39	4,48	118	0,67
Aşırı İzin Verici/Sınırsız	0-5 yıl	67	15,37	4,73		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	16,42	4,35	0,01	118	0,21

Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı	0-5 yıl	67	23,09	7,98		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	25,89	9,31	0,91	118	0,04*
Kötümser/Endişeli	0-5 yıl	67	8,69	4,02		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	9,26	4,77	4,66	118	0,48
Sömürücü/İstismar Edici	0-5 yıl	67	15,79	5,92		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	15,34	5,66	0,78	118	0,67
Cezalandırıcı	0-5 yıl	67	11,10	3,97		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	11,89	4,69	2,73	118	0,32
Aşırı Koruyucu	0-5 yıl	67	20,54	8,42		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	24,80	8,13	1,10	118	0,00*
Değişime Kapalı	0-5 yıl	67	9,84	3,84		2	
	6-10 yıl ve üzeri	53	9,89	4,00	0,96	118	0,94

*$p<0,05$

Fibromiyalji tanı süresi grupları için katılımcıların Young Ebeveynlik Anne ve Baba Formu Ölçeğinin alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark Bağımsız Örneklem T Testi ile incelenmiştir. Buna göre; 6-10 yıl ve üzeri tanı alan hastaların (M=10,68, SS=5,04) Kötümser/Endişeli Anne (t(118)= 2,64; p<0,05) ebeveynlik puanının 0-5 yıl tanı alan gruba göre (M=12,30, SS=4,35) anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Yine 6-10 yıl arası tanı alan grubun (M=24,80, SS=8,13), (M=25,89, SS=9,31) Aşırı Koruyucu baba (t(118)= 1,10; p<0,05) ile Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı (t(118)= 0,91; p<0,05) baba puanlarının 0-5 yıl tanı alan hastalara göre (M=20,54, SS=8,42), (M=23,09, SS=7,88) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

5.5.Ailede Kronik Ağrı Durumuna Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması

Bu bölümde erken dönem uyumsuz şemalar, ebeveynlik biçimleri ve ağrı inançları alt boyut puanlarının ailede kronik ağrı olup olmama durumuna göre farklılaşıp

farklılaşmadığını ölçümlemek amacıyla Bağımsız Örneklem T Testi Analizi uygulanmıştır. Sonuçlara ilişkin detaylı bilgiler Tablo 17, Tablo 18, Tablo 19 ve Tablo 20'de yer verilmiştir.

Tablo 18. Ailedeki Kronik Ağrı Durumuna Göre Young Şema Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

YŞÖ	**Ailedeki Kronik A.**	**N**	**$\bar{x}$**	**SS**	**F**	**D**	**P**
Terk edilme/İstikrarsızlık	Evet	59	12,97	6,65	1,09	2	
	Hayır	61	10,34	5,30		118	0,01*
Duygusal Yoksunluk	Evet	59	14,97	7,73	1,35	2	
	Hayır	61	13,07	7,05		118	0,16
Kusurluluk/Utanç	Evet	59	11,39	5,83	0,93	2	
	Hayır	61	10,21	4,34		118	0,21
Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma	Evet	59	23,22	9,45	1,66	2	
	Hayır	61	19,95	8,76		118	0,05
İç İçe Geçme/Bağımlılık	Evet	59	20,61	8,56	1,59	2	
	Hayır	61	18,21	8,91		118	0,13
Başarısızlık	Evet	59	14,34	7,48	1,24	2	
	Hayır	61	14,05	6,12		118	0,81
Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık	Evet	59	12,39	6,06	1,03	2	
	Hayır	61	11,93	5,28		118	0,66
Yetersiz Özdenetim/Ayrıcalık	Evet	59	25,07	5,98	1,21	2	
	Hayır	61	23,93	7,28		118	0,35
Kendini Feda	Evet	59	20,12	7,10	1,28	2	
	Hayır	61	18,36	6,95		117	0,35
Onay Arayıcılık	Evet	59	20,95	6,24	1,30	2	
	Hayır	61	19,18	7,89	1,40	118	0,17
	Evet	59	17,20	7,89			
Karamsarlık	Hayır	61	17,41	7,51	1,19	2	0,88

	Evet	59	12,34	5,69		118	0,81
Duyguları Baskılama	Hayır	61	12,07	7,23		2	
	Evet	59	11,12	4,22	0,80	118	0,02*
Yüksek Standartlar	Hayır	61	8,51	4,60		2	
	Evet	59	23,10	6,21	1,20	118	0,35

**p<0.05 YŞÖ: Young Şema Ölçeği*

Ailede kronik ağrı olup/olmama durumuna göre katılımcıların Young Şema Ölçeği alt boyut puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde ailesinde kronik ağrı bulunan hastaların (M=12,97, SS=6,65) Terk Edilme/İstikrarsızlık (t(118)= 2,13; p<0,05) puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu ve aynı şekilde Yüksek Standartlar (t(118)= 0,01; p<0,05) alt boyutunun da ailesinde kronik hastalık bulunan kişilerde (M=11,12, SS=4,22) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 19. Fibromiyalji Tanı Süresi Grupları için Young Ebeveynlik Anne Formu Ölçeği'nin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

YEBÖ-A	**Ailede Kronik A.**	**N**	**$\bar{x}$**	**SS**	**F**	**SD**	**p**
Kuralcı/Kalıplayıcı	Evet	59	38,54	11,57		2	
	Hayır	61	38,39	11,12	0,41	118	0,94
Koşullu/Başarı Odaklı	Evet	59	15,36	6,65		2	
	Hayır	61	15,93	4,18	21,79	118	0,57
Küçümseyici/Kusur Bulucu	Evet	59	26,22	11,98		2	
	Hayır	61	20,67	8,18	16,42	118	0,00*
Aşırı İzin Verici/Sınırsız	Evet	59	17,73	4,36		2	
	Hayır	61	15,84	4,32	0,01	118	0,01*
Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı	Evet	59	24,47	9,11		2	
	Hayır	61	26,93	7,89	2,73	118	0,11
Kötümser/Endişeli	Evet	59	10,81	5,04		2	
	Hayır	61	12,33	4,30	2,39	118	0,07
	Evet	59	16,44	6,56		2	

Sömürücü/İstismar Edici	Hayır	61	13,64	3,06	43,20	118	0,00*
Cezalandırıcı	Evet	59	13,56	5,18		2	
	Hayır	61	10,48	3,76	11,61	118	0,00*
Aşırı Koruyucu	Evet	59	24,97	8,89		2	
	Hayır	61	26,03	8,20	1,24	118	0,49
Değişime Kapalı	Evet	59	10,25	4,73		2	
	Hayır	61	9,57	3,91	4,49	118	0,39

**p<.0.05 YEÖ-A: Young Ebeveynlik Ölçeği Anne Formu*

Ailede kronik hasta olup olmama durumlarına göre anne tarafından algıladıkları ebeveynlik stilleri ele alındığında; ailesinde kronik ağrısı bulunanların (M=17,73, SS=4,36) bulunmayanlara (M=15,84, SS=4,32) göre Aşırı İzin Verici/Sınırsız alt boyutunun anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür; t(118)= 0,01; p<0,05. Bunun dışında Küçümseyici/Kusur Bulucu (t(118)= 16,42; p<0,05) ve Sömürücü/İstismar Edici (t(118)= 43,20; p<0,05) anne ebeveynlik algılaması olan hastaların ailelerinde kronik hastalık bulunma durumunun (M=26,22, SS=11,98), (M=16,44, SS=6,56) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir.

Tablo 20. Fibromiyalji Tanı Süresi Grupları için Young Ebeveynlik Baba Formu Ölçeğinin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

YEÖ-B	**Ailede Kronik A.**	**N**	**$\bar{x}$**	**SS**	**F**	**SD**	**P**
Kuralcı/Kalıplayıcı	Evet	59	37,92	11,93		2	
	Hayır	61	35,82	9,17	4,02	118	0,28
Koşullu/Başarı Odaklı	Evet	59	18,29	7,80		2	
	Hayır	61	15,11	4,51	27,53	118	0,00*
Küçümseyici/Kusur Bulucu	Evet	59	24,83	13,12		2	
	Hayır	61	18,80	7,91	32,28	118	0,00*
Aşırı İzin Verici/Sınırsız	Evet	59	17,14	4,90		2	
	Hayır	61	14,57	3,88	3,33	118	0,00*

Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı	Evet	59	23,39	9,76		2	
	Hayır	61	25,23	7,44	8,98	118	0,24
Kötümser/Endişeli	Evet	59	10,02	4,82		2	
	Hayır	61	7,83	3,59	10,14	118	0,00*
Sömürücü/İstismar Edici	Evet	59	18,14	6,89		2	
	Hayır	61	13,13	2,82	64,53	118	0,00*
Cezalandırıcı	Evet	59	12,97	4,94		2	
	Hayır	61	9,98	2,95	26,85	118	0,00*
Aşırı Koruyucu	Evet	59	22,58	9,69		2	
	Hayır	61	22,33	7,33	7,56	118	0,87
Değişime Kapalı	Evet	59	9,58	3,92		2	
	Hayır	61	10,13	3,88	0,34	118	0,43

**p<.0.05 YEÖ-B: Young Ebeveynlik Ölçeği Baba Formu*

Ailede kronik hasta olup olmama durumlarına göre baba tarafından algıladıkları ebeveynlik stilleri ele alındığında; ailesinde kronik ağrısı bulunanların (M=10,02, SS=3,59) bulunmayanlara (M=7,83, SS=4,82) göre Kötümser/Endişe Verici alt boyutunun anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür; t(118)= 10,14; p<0,05. Bunun dışında Küçümseyici/Kusur Bulucu (t(118)= 32,28; p<0,05) ve Sömürücü/İstismar Edici (t(118)= 64,53; p<0,05) baba ebeveynlik algılaması olan hastaların ailelerinde kronik hastalık bulunma durumunun (M=24,83, SS=18,80), (M=18,14, SS=6,89) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu sonuçlara göre ailede kronik ağrı olması durumunda hem anne tarafından hem de baba tarafından algılanan ebeveynlik biçimlerinden Kötümser/Endişeli ve Sömürücü/İstismar Edici ebeveynlik biçimi ailede kronik ağrısı olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Tablo 21. Fibromiyalji Tanı Süresi Grupları için Young Ebeveynlik Baba Formu Ölçeğinin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Ailede Kronik A.	N	$\bar{x}$	Ss	t	sd	p
Organik İnanç	Evet	59	4,03	1,08	0,02	118	0,97
	Hayır	61	4,03	1,00			
Psikolojik İnanç	Evet	59	5,16	0,86	0,33	118	0,74
	Hayır	61	5,10	1,05			

**p< 0.05*

Kronik ağrısı olan ve kronik ağrısı olmayan katılımcıların Ağrı İnançları Ölçeğinin Organik İnanç (t(118)=0,028; *p*>0,05) alt boyut toplam puan ortalamaları ile Psikolojik İnanç (t(118)=0,333; *p*>0,05) alt boyut toplam puan ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

5.6. Araştırmanın Değişkenleri Arasındaki Korelasyonel İlişkilere Yönelik Analiz Sonuçları

Bu bölümde, erken dönem uyumsuz şemalar ölçeğinin alt boyutları, ebeveynlik stillerinin alt boyutları ve ağrı inançları ölçeği alt boyut puanı arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon Analizi ile incelenerek sonuçlar Tablo 21 ve 22'de gösterilmiştir.

Tablo 22. Young Şema Ölçeği Alt Boyutları, Ağrı İnançları Ölçeği Alt Boyut Puanı ve Young Ebeveynlik Anne Formu Ölçeği Alt Boyut Toplam Puan Alt Boyutları Arası İlişkilerin İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Terk edilme	0,34*	0,39*	0,24*	0,36*	-0,01	0,17	0,37*	0,53*	-,14	0,14
Duygusal Yoksun	0,31*	0,33*	0,18*	0,33*	-0,17	0,16	0,31*	0,41*	0,07	0,16
Kusurluluk	0,39*	0,39*	0,37*	0,22*	-0,05	0,11	0,33*	0,51*	0,14	0,04
Sosyal İzolasyon	0,25*	0,35*	0,25*	0,17	-0,08	0,20*	0,43*	0,40*	0,14	-,03
İç İçe Geçme	0,45*	0,20*	0,40*	0,32*	-0,10	0,23*	0,17	0,27*	0,11	0,44*

Başarısızlık	0,42*	0,30*	0,18*	0,30*	0,02	0,26*	0,01	0,38*	0,23*	0,44*
Dayanıksızlık	0,36*	0,34*	0,49*	0,52*	-,18*	0,33*	0,56*	0,41*	-,11	-,02
Ayrıcalıklık	0,08	0,22*	0,14	-,01	-0,09	0,29*	0,12	0,03	0,02	-,01
Kendini Feda	0,46*	0,47*	0,25*	0,23*	0,07	0,32*	0,22*	0,41*	0,28*	0,19*
Onay Arayıcılık	0,40*	0,39*	0,25*	0,34*	-0,06	0,12	0,32*	0,41*	0,06	0,24*
Karamsarlık	0,35*	0,49*	0,27*	0,24*	-0,14	0,14	0,46*	0,15	0,22*	0,16
Baskılama	0,35*	0,37*	0,26*	0,03	0,06	0,15	0,28*	0,27*	0,13	0,10
Yüksek Standartlar	0,02	0,00	0,11	0,16	-0,05	-,14	0,22*	0,14	-,00	-,11
Cezalandırıcılık	0,43*	0,47*	0,30*	0,29*	-0,14	0,42*	0,21*	0,44*	-,02	0,12
Organik İnanç	-,04	-,00	0,22*	0,22*	-0,00	-,05	0,17	0,16	0,16	-,17
Psikolojik İnanç	0,17	0,19*	-,04	0,24*	0,06	0,16	-,04	0,07	0,05	0,10

1:Kuralcı/Kalıplayıcı; 2: Koşullu/Başarı Odaklı; 3: Küçümseyici/Kusur Bulucu 4: Aşırı İzin Verici/Sınırsız;5:Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı; 6: Kötümser/Endişeli; 7: Sömürücü/İstismar Edici; 8: Cezalandırıcı; 9: Aşırı Koruyucu;10: Değişime Kapalı *p<0,05

Tabloda görüldüğü üzere; anne tarafından algılanan Sömürücü/İstismar Edici ebeveynlik biçimi ile Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık (r=0,56; p<0,05) ve Karamsarlık (r=0,46; p<0,05) şeması arasında pozitif yönlü, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Cezalandırıcı ebeveynlik biçimi ile Terk Edilme/İstikrarsızlık (r=0,53; p<0,05) ve Kusurluluk/ Utanç (r=0,51; p<0,05) şemaları pozitif yönlü, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Koşullu/Başarı Odaklı ebeveynlik biçimi ile Karamsarlık (r=0,49; p<0,05), Kendini Feda (r=0,47; p<0,05) ve Cezalandırıcılık (r=0,47; p<0,05) şemaları pozitif yönlü, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Kuralcı/Kalıplayıcı ebeveynlik stili alt boyutu ile İç İçe Geçme/Bağımlılık (r=0,45; p<0,05), Başarısızlık, (r=0,42; p<0,05), Kendini Feda (r=0,46; p<0,05) şemaları pozitif yönlü, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 23. Young Şema Ölçeği Alt Boyutları, Ağrı İnançları Ölçeğinin Genel Toplam Puanı ve Young Ebeveynlik Baba Formu Ölçeğinin Alt Boyut Toplam Puan Özellikler Alt Boyutları Arası İlişkilerin İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
Terkedilme	0,28*	0,26*	0,35*	0,46*	-0,21*	-0,04	0,50*	0,39*	-0,21*	0,12
Duygusal Yoksun	0,31*	0,25*	0,22*	0,44*	-0,22*	0,13	0,27*	0,42*	-0,22*	0,13
Kusurluluk	0,22*	0,22*	0,41*	0,37*	-0,26*	0,02	0,49*	0,27*	-0,25*	0,11
Yabancılaşma	0,29*	0,30*	0,18*	0,23*	-0,14	0,18	0,41*	0,31	-0,07	0,12
Bağımlılık	0,40*	0,17	0,29*	0,36*	-0,13	0,16	0,30*	0,24*	0,06	0,33*
Başarısızlık	0,23*	0,09	0,28*	0,40*	-0,21*	-0,00	0,35*	0,29*	-0,29*	0,13
Dayanıksızlık	0,30*	0,32*	0,25*	0,45*	-0,22*	0,30*	0,36*	0,31*	-0,09	0,19*
Ayrıcalıklık	0,09	0,26*	0,05	0,05	-0,04	0,34*	0,08	0,14	0,19*	0,12
Kendini Feda	0,30*	0,46*	0,08	0,26*	-0,09	0,09	0,45*	0,17	0,03	0,17
Onay Arayıcılık	0,32*	0,35*	0,06	0,31*	-0,10	-0,01	0,35*	0,15	-0,05	0,27*
Karamsarlık	0,30*	0,27*	0,24*	0,31*	-0,25*	0,14	0,37*	0,25*	-0,20*	0,03
Duyguları Baskılama	0,25*	0,33*	0,22*	0,16	-0,12	0,26*	0,25*	0,13	-0,03	0,46*
Yüksek Standartlar	0,05	0,16	-0,04	0,08	0,03	0,04	0,16	0,11	0,14	-0,12
Cezalandırıcılık	0,20*	0,31*	0,17	0,26*	-0,14	0,00	0,31*	0,27*	-0,12	-0,00
Organik İnanç	-0,05	0,04	-0,07	0,16	0,03	-0,03	0,17	-0,00	0,05	-0,19*
Psikolojik İnanç	0,26*	0,23*	-0,17	0,03	0,12	-0,14	0,08	-0,07	0,05	0,11

1:Kuralcı/Kalıplayıcı; 2: Koşullu/Başarı Odaklı; 3: Küçümseyici/Kusur Bulucu 4: Aşırı İzin Verici/Sınırsız;5: Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı;6:Kötümser/Endişeli; 7: Sömürücü/İstismar Edici; 8: Cezalandırıcı; 9: Aşırı Koruyucu;10: Değişime Kapalı *p<0,05

Baba tarafından algılanan Sömürücü/İstismar Edici ebeveynlik biçimi ile Terk Edilme/İstikrarsızlık (r=0,50; p<0,05) ve Kusurluluk/Utanç (r=0,49; p<0,05) şeması arasında pozitif yönlü, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Aşırı İzin Verici/Sınırsız ebeveynlik biçimi ile Terk Edilme/İstikrarsızlık (r=0,46; p<0,05) ve Duygusal Yoksunluk (r=0,44; p<0,05) şemaları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Koşullu/Başarı Odaklı ebeveynlik biçimi ile

Kendini Feda (r=0,46; p<0,05) şeması arasında pozitif yönlü, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

5.7. Değişkenler Arasında Yapılan Regresyon Analizi Sonuçları

Bu bölümde araştırma değişkenleri kapsamında erken dönem uyumsuz şema yordayıcılarını hesaplamak için Ağrı İnançları ve Young Ebeveynlik Baba Formu Ölçeğinin alt boyutları ve Young Ebeveynlik Anne Formu Ölçeğinin alt boyutları atanmış ve "enter" yöntemi tercih edilmiştir. Bu doğrultuda erken dönem uyumsuz şemaların psikolojik ağrı inançları yordamasına yönelik yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda anlamlı çıkan şemalar Tablo 23'de gösterilmiştir. Ardından ebeveynlik biçimleri anne ve baba formunun psikolojik ağrı inançları yordamasına yönelik yapılan analiz sonuçlarına göre anlamlı çıkan alt boyutlar sırasıyla Tablo 24 ve Tablo 25'de yer verilmiştir.

Tablo 24. Erken Dönem Uyumsuz Şema Alt Boyutlarının Psikolojik Ağrı İnançlarını Yordamasına Yönelik Yapılan Regresyon Analizi

	B	**Beta**	**T**	**P**
Sabit	5.05		12.95	.00
Kusurluluk/Utanç	-.10	-.53	-3.39	.00
Yetersiz Özdenetim/Ayrıcalıklık	-.46	-.32	-2.86	.00
Onay Arama	.07	.51	3.76	.00

F= 3.61

Model (p)=.00

R_2= .32

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

Tablo 23'den görüldüğü üzere erken dönem uyumsuz şema alt boyutlarının psikolojik ağrı inançları üzerindeki yordayıcı etkisini test etmek adına uygulanan regresyon analizi sonuçları modelin anlamlı olduğunu göstermiştir (F(3,61)= 35,74, p<.05). Regresyon katsayılarına bakıldığında ise anlamlı düzeyde yordayan şeme alt boyutlarının

Kusurluluk/Utanç, Yetersiz Özdenetim/Ayrıcalıklık ve Onay Arama olduğu görülmektedir. Psikolojik ağrı inançlarındaki %32'lik varyansın erken dönem uyumsuz şemalara bağlı olduğu söylenebilir.

Tablo 25. Ebeveynlik Biçimleri (Anne) Alt Boyutlarının Psikolojik Ağrı İnançlarını Yordamasına Yönelik Yapılan Regresyon Analizi

	B	**Beta**	**T**	**P**
Sabit	3.73		5.85	.00
Aşırı İzin Verici	.08	.40	3.54	.00
F= 2.33				
Model (*p*)=.01				
R_2= .17				

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

Anne tarafından algılanan ebeveynlik biçimleri alt boyutlarının psikolojik ağrı inançlarını yordamasına yönelik yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre kurulan modelin anlamlı olduğu görülmüştür (F(2,33)=19,42, *p*<0,05). Regresyon katsayılarına bakıldığında ise anlamlı düzeyde yordayan ebeveynlik biçimi (anne) alt boyutunun Aşırı İzin Verici anne olduğu görülmüştür. Psikolojik ağrı inançlarındaki %17'lik varyansın anne tarafından algılanan ebeveynlik biçimlerine bağlı olduğu söylenebilir.

Tablo 26. Ebeveynlik Biçimleri (Baba) Alt Boyutlarının Psikolojik Ağrı İnançlarını Yordamasına Yönelik Yapılan Regresyon Analizi

	B	**Beta**	**T**	**P**
Sabit	4.30		6.87	.00
Koşullu/Başarı Odaklı	-.05	-.38	-2.35	.02
Kötümser/Endişeli	-.05	-.24	-2.24	.02
Aşırı Koruyucu	-.04	-.42	-2.29	.02
F= 3.03				

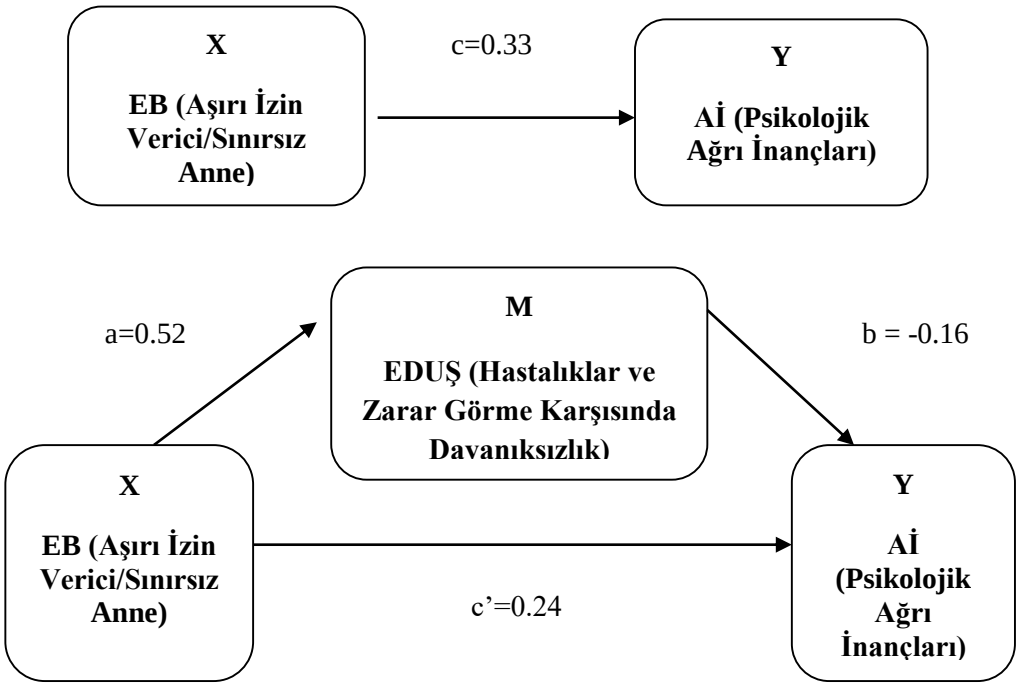
Model (*p*)=.00
R_2= .27

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

Baba tarafından algılanan ebeveynlik biçimleri alt boyutlarının psikolojik ağrı inançlarını yordamasına yönelik yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre kurulan modelin anlamlı olduğu görülmüştür (F(3,03)=30,38, *p*<0,05).Regresyon katsayılarına bakıldığında ise anlamlı düzeyde yordayan ebeveynlik biçimi (baba) alt boyutlarının Koşullu/Başarı Odaklı, Kötümser/Endişeli ve Aşırı Koruyucu olduğu görülmektedir. Psikolojik ağrı inançlarındaki %27'lik varyansın baba tarafından algılanan ebeveynlik biçimlerine bağlı olduğu söylenebilir.

5.8. Ebeveynlik Stilleri ile Ağrı İnançları Arasındaki İlişkide Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Aracı Rolüne İlişkin Aracılık Analizleri

Bu bölümde fibromiyalji hastalarında ebeveynlik stillerinin ağrı inançları ile ilişkisinde erken dönem uyumsuz şemaların aracı rolünü ölçümlemek amacıyla boostrap yöntemini baz alan ve Hayes (2013) tarafından geliştirilen SPSS Process Model kullanılmıştır. Bu kapsamda Hayes'in aracılık modellerinden olan Model 4 seçilerek ebeveynlik stillerinin (bağımsız değişken) ağrı inançları (bağımlı değişken) üzerindeki direkt etkisi (c yolu), ebeveynlik stillerinin ağrı inançları üzerinden dolaylı etkisi (c' yolu), ebeveynlik stillerinin erken dönem uyumsuz şemalar (aracı değişken) üzerindeki etkisi (a yolu) ve erken dönem uyumsuz şemaların ağrı inançları üzerindeki etkisi (b yolu) ele alınacaktır. Bu kapsamda yapılan korelasyon analizlerinde aralarında yüksek korelasyona sahip olduğu görülen anne ebeveynlik stillerinden Aşırı İzin Verici/Sınırsız Anne, erken dönem uyumsuz şemalardan Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık ve ağrı inançlarından Psikolojik Ağrı İnançlarının dahil edildiği ilk model ele alınmıştır. Modele ilişkin detaylı bilgi Şekil 3'te gösterilmiştir.



Şekil 3. Aracılık Diyagramı

EB: Ebeveynlik Biçimleri, Aİ: Ağrı İnançları, EDUŞ: Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

Aşırı İzin Verici/Sınırsız ebeveyn biçimi (anne) ve ağrıya dair psikolojik inançların ilişkisinde Hastalıklar ve Zarar Görmeye Karşı Dayanıksızlık şemasının aracı rolünü test etmek için yapılan analiz sonuçlarına göre, bağımsız değişken (X) olan aşırı izin verici/sınırsız anne biçiminden bağımlı değişken olan (Y) psikolojik ağrı inançlarına giden yol katsayısının (c) 0.33 (p<.05) olduğu ve hastalıklara ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık şema aracı değişkeni dâhil edildiğinde bu katsayının (c') 0.24 (p<.05) olduğu hesaplanmıştır.

Aşırı izin verici/sınırsız anne algılamasından (X) hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlığa (M) giden yol katsayısı (a) 0.52 (p<.05) olarak hesaplanmıştır. Başka bir deyişle, aşırı izin verici anne ebeveynlik biçimi puanlarındaki her birimlik artış hastalıklara ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık şema puanlarındaki 0.52 birimlik artışa sebep olmaktadır. Hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık (M) psikolojik ağrı inançlarına (Y) giden yol kat sayısı ise (b)-0.16'dır (p<.05). Bu anlamlı ve negatif etkiye göre hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık şeması psikolojik ağrı inançlarını azaltmaktadır. Tüm modelin aracı etki analizi sonuçları ele alındığında; 5000 boostrap

örneklem ve %95 güven aralığındaki alt (-0.1803) ve üst değerler (-0.0019) sıfır (0) içermediğinden aşırı izin verici/sınırsız anne ebeveynlik biçimi ile psikolojik ağrı inançları ilişkisinde hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık şemasının anlamlı bir aracı etki gösterdiği görülmektedir.

Tablo 27.Aşırı İzin Verici/Sınırsız Anne Ebeveynlik Biçimi ile Psikolojik Ağrı İnançları Arasındaki İlişkide Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık Şemasının Aracı Rolü

A	ß=.52		*p*=00
B	ß=.-16		*p*=.01
c' c	ß=.33		*p*=00
Dolaylı Etki	ß=.24		*p*=00
		SE= .0454	CI [(-0.1803;,-0.0019]

5.9. Kötümser/Endişeli Baba Ebeveynlik Biçimi ile Psikolojik Ağrı İnançları Arasında Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık Şemasının Aracı Rolü Analizi

İkinci aracılık analizi modelinde ise korelasyon tablosuna göre daha çok ilişkili olduğu görülen kötümser/endişeli baba ebeveynlik biçimi ele alınarak bu ebeveynlik biçiminin psikolojik ağrı inançları ile ilişkisinde hastalık ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık şemasının aracı rol etkisini test etmek için yapılan PROCESS makrosu sonucuna göre; bağımsız değişken (X) olan kötümser/endişeli baba ebeveynlik biçimi bağımlı değişken olan (Y) psikolojik ağrı inançlarına giden yol katsayısının (c) -0.14. (p>0.05) olduğu ve hastalıklara ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık şema değişkeni modele eklendiğinde bu katsayının (c') -0.16 (p>0.05) olduğu hesaplanmıştır.

Kötümser/endişeli baba ebeveynlik biçiminden (X) hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlığa (M) giden yol katsayısı (a) 0.30 (p<.05) olarak hesaplanmıştır. Başka bir deyişle kötümser/endişeli baba ebeveynlik biçimi puanlarındaki her birimlik artış hastalıklara ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık şema puanlarındaki 0.30'lukbir artışa

sebep olmaktadır. Hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık (M) psikolojik ağrı inançlarına (Y) giden yol kat sayısı ise (b)0.05'tir (*p*>.05). Tüm bu model için yapılan PROCESS aracılık analizi sonucunda; 5000 boostrap örneklem ve %95 güven aralığındaki değerlerin sıfır (0) değerini kapsamaması gerekmektedir. Bu aralıktaki alt (-0.0338) ve üst değerlerin (0.0607) sıfır (0) değerini içerdiği görüldüğünden kötümser/endişeli baba ebeveynlik biçimi ve psikolojik ağrı inançları arasındaki ilişkide hastalık ve zarar görmeye karşı dayanıksızlığın anlamlı bir aracı etki göstermediğini ortaya koymaktadır.

Tablo 28.Kötümer/Endişeli Baba Ebeveynlik Biçimi ile Psikolojik Ağrı İnançları Arasındaki İlişkide Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık Şemasının Aracı Rolü

A	ß=.30		*p*=00
B	ß=.05		*p*=.08
c' c	ß=-.16		*p*=.10
Dolaylı Etki	ß=-.14		*p*=.08
		SE= .0232	CI [(-,0338; ,0607]

6. SONUÇ VE TARTIŞMA

Yapılan çalışmada fibromiyalji hastalarının erken dönem uyumsuz şemaları ile ebeveynlik stilleri ile olan ilişkisinde ağrı inançlarını aracı etkiye sahip olacağı öngörülmüş ve çalışma bu öngörü üzerinden ele alınmıştır. Çalışmanın örneklem grubu fibromiyalji tanısı alan hasta grubu olup, katılımcıların erken dönem uyumsuz şemaları, anne-baba ebeveynlik biçimi algılamaları ve ağrı inançları ile sosyodemografik özellikleri incelenmiştir. İlgili literatüre bakıldığında fibromiyalji hasta örneklemi ile yürütülen çalışma sayısının görece az olduğu görülürken, daha önce bu çalışmada yer alan değişkenlerle ilişkisine dair herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu bölümde, katılımcıların ölçeklerden aldığı puanlar, sosyodemografik değişkenlere göre erken dönem uyumsuz şemalar, ebeveynlik stilleri ve ağrı inançlarının karşılaştırılması ve ebeveynlik stilleri ile ağrı inançları arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şemaların aracı rolüne ilişkin bulgular, literatürde yer alan çalışmalar ışığında değerlendirilmiştir.

6.1. Araştırma Değişkenlerinin Demografik Özelliklere Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgularının Değerlendirilmesi

Yapılan çalışmada fibromiyalji hastalarında erken dönem uyumsuz şemalar, ebeveynlik biçimleri ve ağrı inançlarının katılımcıların cinsiyet, yaş, tanı süresi ailede kronik ağrı yaşama durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığına bakılmıştır.

Sonuçlara bakıldığında, erken dönem uyumsuz şemalardan Onay Arayıcılık alt boyutunun kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunurken, Duyguları Baskılama alt boyutunun erkeklerde anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Yakın zamanda, 398 katılımcı ile gerçekleştirilen erken dönem uyumsuz şemaların psikolojik belirtiler üzerindeki yordayıcı etkisinde cinsiyetin rolünün ele alındığı bir çalışmada, Kendini Feda şemasının kadınlarda anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunurken, erkeklerde Duyguları Baskılama ve Yüksek Standartlar şemasının anlamlı derecede kadınlardan yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Durmuş, 2020). Klinik örneklemde erken dönem uyumsuz şema alanlarının ele alındığı çalışmada ise kadınların Terk Edilme alt boyutunun erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunurken, Yüksek Standartlar ve Duyguları Baskılama alt boyutunun erkeklerde anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Gürsoy, 2020). Erken dönem uyumsuz

şemalar ile kişilik bozukluklarını ele alan bir çalışmada ise Duyguları Baskılama alt boyutunda erkekler anlamlı yüksek puanlara sahip olmuştur (Aracı ve Bilge, 2021). Uygur (2020) tarafından ise, cinsiyetler arası erken dönem uyum bozucu şemaların farklılıkları ele alınmış ve erkek katılımcıların çalışmamızdaki sonuçlara benzer şekilde Duyguları Baskılama alt boyutunun anlamlı farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Tüm bu sonuçların, erkeklerde Duyguları Baskılama şemasının kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek çıkması açısından çalışmamızla benzerlik gösterdiği görülmektedir. Kadın katılımcıların başkası yönelimlilik şema alanına ait boyut olan onay arayıcılık boyutunda yüksek ortalama elde etmesi ile erkeklerde duyguları baskılama şemasında anlamlı yüksek puana sahip olması toplumda kadın ve erkeğe ait toplumsal cinsiyet rollerini akla getirmektedir. Öyle ki; kadınlara yüklenen cinsiyet rolleri genellikle hassas, boyun eğen, onay arayan ve müsamahakâr bir profil beklentisiyken erkekler duygularını ifade etmekten kaçınan, katı ve baskın kimlik ile özdeşleşmiştir (Bern, 1975). Bununla birlikte, yapılan çoğu çalışmada kadınların kendini feda şemasında anlamlı yüksek ortalamalara sahip olduğu görülmüştür (Carr ve Francis, 2010; Durmuş, 2020; Salimoğlu; 2015). Bu bağlamda, çalışmamızda onay arayıcılık şema alt boyutunda kadınlarda anlamlı farklılık görülmesine dair elde edilen bulgu, fibromiyalji hastalarının sıklıkla yaşadığı ağrı deneyimlerini çevreleri ile paylaşarak ağrılarının varlığı hakkında onay arama davranışı içerisinde olabileceklerini ve söz konusu toplumsal cinsiyet normları gereği de kadın hastaların buna daha çok ihtiyaç duyabileceklerini akla getirmektedir.

Çalışmamızda ebeveynlik biçimlerinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığına dair yapılan analiz sonuçlarına göre, anne formunda cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılaşma görülmemişken baba formunda kadın katılımcılar Koşullu/Başarı Odaklı ve Değişime Kapalı baba algılamalarından anlamlı derecede yüksek puanlar almıştır. Erkek katılımcılar ise Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı ve Aşırı Koruyucu baba algılamasında kadın katılımcılara göre anlamlı derecede daha yüksek puan elde etmiştir. Literatürde ebeveynlik biçimlerinin kişilik bozukluklarını yordamasında cinsiyetin rolünü ele alan bir çalışmada Aşırı izin Verici/Sınırsız anne ebeveynlik biçimi puanları ve Aşırı İzin Verici/Sınırsız ile Küçümseyici/Kusur bulucu baba ebeveynlik biçimi ortalaması erkeklerde daha yüksek bulunmuştur (Kotancı, 2021). Çolakoğlu'nun (2012) genç yetişkinlerde kendilik algısı, erken dönem uyumsuz şemalar, algılanan ebeveynlik stilleri ve kişilerarası ilişkileri incelediği araştırmasında ise, erkek katılımcıların

annelerini aşırı koruyucu olarak algılama düzeylerinin yüksek olduğu görülürken ölçeğin baba formunda cinsiyetler arasında anlamlı farklılıklara rastlanmamıştır. Bu bulguların çalışmamızla farklılık göstermesinin temelinde klinik olmayan örneklemde yürütülmelerinin olduğu düşünülmektedir. Klinik örneklemde yürütülen bir çalışmada ise kadın katılımcıların Kuralcı/Kalıplayıcı ve Küçümseyici/Kusur Bulucu ebeveynlik puanları açısından erkek katılımcılardan daha yüksek puan alırken erkek katılımcıların da Aşırı Koruyucu/Evhamlı ebeveynlik alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur (Gürsoy, 2020). Bu araştırmanın erkek katılımcıların ebeveynlerini aşırı koruyucu olarak algılaması bakımından çalışmamız ile benzerlik gösterdiği görülmüştür. Erkeklerin kadınlara göre babalarını duygusal bakımdan daha yoksun bırakıcı algıladıklarına dair çalışmalar literatürde mevcuttur (Akhun, 2012; Arslan, 2017). Bu çalışmalarda da, mevcut çalışmamız ile uyumlu olarak erkek katılımcıların babalarını kadınlara göre daha duygusal açıdan yoksun bırakıcı olarak algıladıkları görülmüştür. Öte yandan, mevcut çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak, kadın katılımcıların koşullu/başarı odaklı ebeveyn algılamasının anlamlı yüksek puana sahip olması ele alındığında bu durumun temelinde ebeveynlerin çocuklarına karşı benimsedikleri cinsiyetçi yaklaşımdan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Öyle ki; ebeveynlerin çocukların cinsiyetlerine göre farklılaşan tutumlar içinde olmaları (Chaudhary, Tiwari ve Vyas, 2020) görülebilen bir durum olmakla birlikte toplumdan topluma değişse de erkek çocuklarına onlardan beklenen toplumsal role uyumlu olarak duygusal ifadeden nispeten kaçınan bir ebeveynlik yaklaşımı sergilenirken kız çocuklarına ise toplumsal kurallara ve onlardan beklenen sorumluluklara uyumlu davrandıkları takdirde uygun ebeveynlik (demokratik ve eşitlikçi) yaklaşımı sergilemelerinin bu algılamalarda etkili olduğu düşünülmektedir (Kağıtçıbaşı, 1981; Akt; Kulaksızoğlu (2001).

Bununla birlikte, çalışmamızda kadın katılımcılarda koşullu/başarı odaklı baba algısının ve onay arama şemasının anlamlı olarak yüksek çıkması, literatürdeki koşullu/başarı odaklı ebeveynlik biçimine sahip ebeveynlerin çocuklarında onay arayıcılık şemasının aktif olacağına dair bilgiyle uyumu olup, söz konusu şema ve ebeveynlik biçimlerinin karşılıklı etkileşimine işaret etmektedir (Çakır, Karaosmanoğlu ve Soygüt, 2008). Fibromiyalji hastalarının babalık işlevlerinin anlaşılması amacıyla yürütülen psikanalitik temelli bir çalışmada hastalara projektif testler uygulanmış ve bu nitel çalışmanın sonucunda hastaların annelerine kıyasla babaları ile daha yoğun bir ilişki ifade ederken

babalarına karşı “ensestüyöz” bir yaklaşım sergiledikleri görülmüştür (Koç, 2017).Bu hastaların annelerinin kapsayıcı işlevleri açısından yetersiz hissettikleri de farklı bir çalışma bulgusu olarak karşımıza çıkmaktadır (Yavuz, 2009).

Mevcut çalışmada, ağrı inançları alt boyutlarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin analiz sonucunda, organik inançlar alt boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmazken psikolojik inançlar alt boyutunda kadın katılımcıların anlamlı derecede yüksek puan aldığı bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, kronik ağrılı, sağlıklı kontrol ve ağrılı öğrenci ile sağlıklı öğrenci örneklem grubuyla yürütülen bir çalışmada kadınlar organik inanç alt boyutunda erkeklerden daha düşük puan alırken psikolojik alt boyutta herhangi bir farklılaşma olmadığı bulunmuştur (Sertel Berk, 2006). Bu çalışmanın aksine, hemşirelik öğrencilerinde ağrı inançlarının ele alındığı bir çalışmada ve kadın katılımcıların psikolojik ağrı inancı alt boyutundan anlamlı derecede yüksek puan aldığı bulunmuştur (Alparslan ve Babadağ, 2017). Algoloji hastalarının ağrı inançlarının ele alındığı bir çalışmada da organik inanç boyutunda cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken psikolojik inanç alt boyutunda kadın hastaların erkek hastalara göre daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Babadağ, 2014). Cerrahi hastalarında ağrı inançlarının ele alındığı yakın zamanlı çalışmasında ise Öz (2022), cinsiyetler arasında organik inançlar bakımından anlamlı farklılık bulunamazken psikolojik inançlar alt boyutunda kadın hastaların erkeklerden anlamlı düzeyde daha yüksek puan elde ettiklerini bulgulamıştır. Literatürde yer alan bu bulguların, çalışmamızla uyumlu olduğu görünmektedir. Yapılan çalışmalarda, kadınların erkeklere göre deneyimledikleri ağrıları daha fazla ifade ettikleri ve bu durumun kültürel beklentiler ve erkeklerden beklenilen toplumsal rollerle ilişkili olabileceği belirtilmiştir (Miller ve Newton, 2006). Bunun yanı sıra, kadınların aynı zamanda ağrıları konusunda farklı yaklaşımlara açık olduğu ve tedavi konusunda erkeklere göre daha uyumlu ve yatkın oldukları da bilinmektedir (Şahin, 2004). Çalışmamızda kadın hastaların, ağrılarının temelinde psikolojik faktörlerin etkili olabileceğine dair inançlarının anlamlı olarak yüksek çıkmasında bunun etkisi olabileceği gibi, kadınların ağrılarının tedavisinde bilişsel-davranışçı müdahalelere daha açık olduğu düşünüldüğünde (Rollnik ve ark., 2003) ağrılarının temelinde psikolojik durumların etkili olabileceğine dair inançlarının yüksek olması, onları bu tarz tedavi yaklaşımlarına daha uyumlu hale getirebileceği öne sürülebilir. Ayrıca, kadınların ağrıları ile ilgili tıbbi

müdahale noktasında daha fazla psikolojik etmenlere odaklanılırken erkeklerin ağrılarına organik temelli bakılması da bu kapsamda ağrıya yönelik cinsiyetçi bir tutumun varlığıyla ilişkili olduğu düşünülebilir (Ferrell ve McCaffery, 1992). Sertel Berk'in (2006), çalışmasında erkeklerin kadınlara göre organik inanç boyutundan yüksek puan elde etmesinin çalışmamızla farklılık gösterdiği düşünüldüğünde söz konusu farklılığın çalışmanın örnekleminin hem sağlıklı kontrol hem de kronik ağrılı (bel, baş ve diğer ağrılı) gruptan oluşurken, mevcut çalışmanın yalnızca fibromiyalji hastaları örnekleminden oluşmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamında yaş değişkeni üç grup şeklinde incelenmiştir. Birinci grubu 18 ile 29 yaş aralığındaki, ikinci grubu 30 ile 40 yaş aralığındaki ve üçüncü grubu da 41 ve üzeri yaş grubundaki katılımcılar oluşturmaktadır. Katılımcıların yaş gruplarının erken dönem uyum bozucu şemalar üzerindeki etkileri incelendiğinde yaş değişkeninin 18 ile 29 yaş aralığındaki grupta Kusurluluk/Utanç, Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma, İç içe Geçme/Bağımlılık, Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık ve Duyguları Baskılama alt boyutlarından anlamlı derecede yüksek puanlar aldıkları gözlemlenirken, 30 ile 40 yaş aralığında olan grubun ise Terk Edilme/İstikrarsızlık, Duygusal Yoksunluk, Kendini Feda, Karamsarlık ve Onay Arayıcılık alt boyutlarında anlamlı derece yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Çakır (2021) araştırmasında yaş değişkeninin Hastalıklar ve Zarar görme Karşısında Dayanıksızlık, Duyguları Baskılama, Kendini Feda ve Duygusal Yoksunluk ile pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişkisi olduğunu bulurken, Cezalandırıcı, Başarısızlık ve Onay Arayıcı alt boyutlar ile negatif yönlü ve anlamlı bir ilişkisi olduğu gözlemlenmiştir. Gencelli'nin (2020) araştırmasında ise, yaş değişkeni ve Kendini Feda alt boyutu arasında gözlemlenen pozitif yönlü ilişki bu araştırmada da bulgulanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda, artan yaş ile birlikte kişide mevcut olan kendini feda şemasının tetiklendiği öne sürülebilir.

Katılımcıların yaşları ile algıladıkları ebeveynlik stilleri anne formu arasındaki ilişki ele alındığında 18-29 yaş arasındaki katılımcıların Koşullu/Başarı Odaklı, Küçümseyici/Kusur Bulucu ve Sömürücü/İstismar Edici alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlemlenirken, 30 ile 40 yaş arasındaki katılımcıların Cezalandırıcı ve Aşırı Koruyucu alt boyutlarından anlamlı derecede yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Katılımcıların yaşları ile algıladıkları ebeveyn stilleri baba formu arasındaki ilişki ele

alındığında 18-29 yaş aralığındaki katılımcıların Küçümseyici/Kusur Bulucu, Sömürücü/İstismar Edici ve Değişime Kapalı alt boyutlarından anlamlı derecede yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır. 30-40 yaş aralığındaki katılımcıların ise Koşullu/Başarı Odaklı alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede yüksektir. Literatüre bakıldığında, Çolakoğlu (2012) çalışmasında yaş arttıkça koşullu/başarı odaklı baba ebeveynlik algılamasının arttığı sonucuna ulaşmıştır. Yine aynı çalışmada değişime kapalı baba algılamasının da yaş azaldıkça arttığı yönünde bir bulgu yer almaktadır. Çalışmamızda da bu sonuçla uyumlu şekilde koşullu/başarı odaklı baba algılaması 30-40 yaş aralığındaki grupta, 18-29 yaş aralığındaki gruptan anlamlı düzeyde yüksek çıkarken, değişime kapalı baba algılaması 18-29 yaş aralığında diğer yüksek yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yolalan'ın (2020) klinik ve klinik olmayan iki örneklem grubu ile yaptığı çalışmasında klinik grupta 30-65 yaş aralığındaki katılımcıların baba formunda Kötümser/Endişeli alt boyutundan anlamlı derecede yüksek puanlar aldıkları gözlemlenirken, klinik olmayan grupta 30-65 yaş aralığındaki anne formunda katılımcıların kuralcı/kalıplayıcı, duygusal bakımdan yoksun bırakıcı, cezalandırıcı, küçümseyici/kusur bulucu, sömürücü/istismar edici alt boyutlarından, baba formunda ise kuralcı/kalıplayıcı, duygusal bakımdan yoksun bırakıcı, cezalandırıcı, küçümseyici/kusur bulucu, sömürücü/istismar edici, kötümser/endişeli alt boyutları puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan bu çalışmada, klinik olmayan örneklemin klinik örnekleme göre daha fazla olumsuz ebeveynlik algılaması göstermesi şaşırtıcı görünmektedir.

Yine çalışmamızda 18-29 yaş aralığındaki grupta olumsuz algılanan ebeveynlik biçimlerinin daha fazla olmasının nedenleri arasında gelişim dönemi özelliklerinin yer aldığı düşünülebilir. Ergenlik dönemi olarak ileri sürülen yaş aralığı sınırlarının hala göreceli olmaya devam ettiği bilinmektedir (Kulaksızoğlu, 2001). Ergenlik ve gençlik dönemlerinin kesişmesi nedeniyle 10-24 yaş aralığındaki kişiler bu kesişmeden meydana gelen "genç insanlar"dan oluşmaktadır (Karademirci, Öngel, Parlaz ve Tekgül, 2016). Son yıllarda eğitimi tamamlama, evlenme ve işe başlama yaş ortalamalarının arttığı ve dolayısıyla ergenlikten yetişkinliğe geçen sürenin uzayarak yirmili yaşların sonlarında tamamlanabildiği bilinmektedir (Arnett, 2004). Hatta bu süreçte, ergenlikte başlayan rol arayışının daha yoğunlaşarak devam ettiği belirtilmiştir (Arnett, 2000). Blos (1979) bu süreçteki kişilerin dereceli olarak ailesinden ayrı, onlarla rekabet içerisinde ve kendilerine

olan tutumlarının daha fazla eleştiren bir yapıda olduklarını ifade etmiştir. Bu çerçevede, 18-29 yaş aralığındaki grubun daha fazla alt boyutta olumsuz ebeveyn algılamalarının olmasının, içinde bulundukları gelişim dönemi itibariyle açıklanabileceği düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde kronik ağrıya odaklanan çalışmaların büyük bir çoğunluğunun 25 yaş ve üzeri katılımcılarla yürütüldüğü görülmektedir (Andersson ve ark., 1993; Bowsher ve ark., 1991; Elliott ve ark., 1999; Smith ve ark., 2001). Bu konuda literatürde farklı bulgular yer almaktadır. Öyle ki, yaş değişkeninin ağrı inançları üzerinde anlamlı etkisinin olmadığına dair çalışmalar (Akkaya ve ark., 2019; Karakuş, 2020; Öz, 2022) bulunurken, yaş ilerledikçe ağrı inançlarının azaldığı yönünde (Fayaz ve ark., 2016; Kuğuoğlu, 2014; Schofield, 2018) ters yönlü bir ilişkinin olduğuna dair çalışmalar da mevcuttur. Buna karşın, Sertel Berk (2006) çalışmasında yaş ile organik ağrı inançları arasında doğru orantılı ve anlamlı bir ilişki olduğunu bulmuştur. Çalışmamızda yaş grupları açısından organik ağrı inançları alt boyutunda anlamlı farklılaşma görülmezken psikolojik inanç atıflarında 30-40 yaş arası grubun anlamlı yüksek puan elde ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışma bulgusunu karşılaştırabileceğimiz fibromiyalji örnekleminde ele alınan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yaş değişkeninde ağrı inançları söz konusu olduğunda farklı sonuçlarla karşılaşılsa da fibromiyalji yaygınlık ve ağrı şiddetinin yaş ilerledikçe arttığı bilinmektedir (Wolfe ve ark., 1995). 30-40 yaş aralığının genellikle fibromiyalji tanısını ilk kez alma yaşı olduğu bilindiğinden bu hastalara daha ilk tıbbi başvurularında ağrılarının etiyolojisinin psikolojik temelli bir yaklaşımla aktarılıyor oluşunun psikolojik inanç atıflarında etkili olabileceği düşünülürken, bu atıfları ne kadar içselleştirdiği ileri çalışmaların konuları arasında yer alabilir (Özçetin, 2014; Saral ve Sindel, 2012).

Fibromiyalji tanısı alma süresine göre erken dönem uyumsuz şemaların farklılaşıp farklılaşmadığına yönelik yapılan istatistik analiz sonuçlarına göre; 6-10 yıl ve üzeri zaman önce tanı alan katılımcıların Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık, Yetersiz Özdenetim/Ayrıcalıklık, Kendini Feda, Yüksek Standartlar ve Cezalandırıcı alt boyutlarında anlamlı yüksek puanlar elde ederken Onay Arayıcılık alt boyutunda 0-5 yıl önce tanı alan grubun puanları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, fibromiyalji tanı süresi ile erken dönem uyumsuz şemanın ilişkisini ele

alan çalışmaya rastlanmamakla birlikte fibromiyalji hastalarının fibromiyalji etki düzeyi ile şema alt boyutları arasındaki korelasyonun incelendiği bir çalışmada İç içe Geçme/Bağımlılık, Başarısızlık, Duygusal Yoksunluk, Kusurluluk, Sosyal İzolasyon/Güvensizlik, Karamsarlık, Duyguları Bastırma, Cezalandırma, Kendini Feda şemalarına eğilim arttıkça fibromiyalji düzeyinin arttığı görülmüştür (Arıcı, 2019). Fibromiyalji etki düzeyi arttıkça şema alt boyutlarında anlamlı yüksek puanlar elde edilmesi ile tanı alma süresi arttıkça diğer tanı süresi gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar alınması çalışmamız sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Çalışmada fibromiyalji tanı süresi grupları ile ebeveynlik biçimleri arasında fark olup olmadığına ilişkin yapılan analiz sonucunda; 6-10 yıl ve üzeri zaman önce tanı alan katılımcıların Kötümser/Endişeli Anne alt boyutu ile Aşırı Koruyucu baba ve Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı baba alt boyut puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde fibromiyalji tanı süresine göre ebeveynlik biçimlerinin karşılaştırıldığı herhangi bir çalışma bulgusuna rastlanmamakla birlikte,kronik ağrı hastalarında ağrı süresi arttıkça ağrıya bağlı engellilik düzeyinin arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Peters ve ark., 2000). Ülkemizde ise Uzunkaya (2019) kronik ağrılı grupla yürüttüğü çalışmasında ağrılı grupları çok düşük (12 ay), düşük (24 ay) ve orta (60 ay) derecede, yüksek (120 ay) ve çok yüksek (240 ay) olarak sınıflandırmış ve ağrıyla baş etme stratejilerini ele almıştır. Bu çalışmanın sonucuna göre, yüksek (120 ay) ve çok yüksek (240 ay) ağrı süresi gruplarındaki hastaların diğer gruplara göre ağrı ve engellilik düzeyi arasındaki ilişkide depresif duygu durumun anlamlı aracılık etkisinin olduğu bulunmuştur. Buna göre; kronik ağrı ile ağrıya eşlik eden psikolojik durum üzerinde ağrı süresinin fazla olmasının bir yatkınlaştırıcı etkisinin olduğu düşünülebilir. Bu bilgilerden hareketle, çalışmamızda da 6-10 yıl ve üzeri süre önce tanı alan grubun diğer gruba göre anlamlı olarak yüksek bulunması da kronik ağrı yaşantısı ile fibromiyalji örneklemi için benzerlik gösterdiği söylenebilir ancak spesifik olarak, hangi ebeveynlik biçimlerinin anlamlı farklılıklar göstereceği sorusunun ileri çalışmalarla desteklenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmada tanı süresi gruplarına göre ağrı inançları alt boyutlarında anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir. Sertel Berk (2006), kronik ağrılı, sağlıklı kontrol, ağrılı öğrenci ve sağlıklı öğrenci örneklem grubu ile yürüttüğü çalışmasında ağrı süresi ile ağrı inançları

alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı sonucuna ulaşmıştır. Farklı bir çalışmada da Edwards ve arkadaşları (1992) benzer şekilde ağrı inançları alt boyutlarının ağrı süresi ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığını bulgulamıştır. Bu araştırma sonuçlarının, mevcut çalışma ile paralellik göstermekte, bireyin ağrı yaşama süresiyle orantılı olarak hem kronik ağrılı hasta grubunda hem de fibromiyalji hasta örneklem grubunda ağrı inançlarının anlamlı farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde, çalışmamızı karşılaştırabileceğimiz fibromiyalji örnekleminde tanı süresine göre ağrı inançlarını ele alan herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Ailede kronik rahatsızlık durumuna göre erken dönem uyumsuz şemaların farklılaşıp farklılaşmadığı ele alındığında ise ailesinde kronik ağrı olan katılımcıların Terk Edilme/İstikrarsızlık ile Yüksek Standartlar alt boyutlarından anlamlı derecede yüksek puan aldıkları görülmüştür. Literatürde, benzer şekilde, fibromiyalji hastalarının ailedeki kronik rahatsızlık durumu ile erken dönem uyumsuz şemaların ilişkisinin ele alındığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Erken dönem şemaların birincil kaynağını çocuğun duygusal ihtiyaçlarının giderilmesinde en çok gereksinim duyduğu erken aile yaşantılarından aldığı bilinmektedir (Bernstain, Rafaeli ve Young, 2012). Lau, çalışmasında kişilerin ailelerinde bulunan hastalık tecrübelerinin sıklığı ile kendi sağlıkları üzerinde kontrol sahibi olma inançlarının negatif yönlü ilişkisinin olduğunu bulmuştur (Lau, 1982). Erken dönem aile yaşantılarında sürekli olarak ağrı deneyimleyen ebeveynlerle geçirilen erken çocukluk dönemi yaşantılarının belirli uyumsuz şemaları geliştirdiği düşünülmektedir. Bu kapsamda çalışma sonuçları arasında yer alan Terk Edilme şema alt boyutunun ailede kronik rahatsızlığı bulunan katılımcılarda daha yüksek bulunmasının nedenlerinden birinin de ebeveynlerinin kronik ağrıları nedeniyle çocukluktaki terk edilme endişesinin yoğun olduğu düşünülebilir.

Ailede kronik rahatsızlık durumuna göre ebeveynlik biçimlerinin farklılaşıp farklılaşmadığı ele alındığında fibromiyalji hastalarının anne tarafından algıladıkları Küçümseyici/Kusur Bulucu, Aşırı İzin Verici/Sınırsız, Sömürücü/İstismar Edici ve Cezalandırıcı ebeveynlik biçimlerinin anlamlı derecede yüksek olduğu bulunurken baba tarafından Küçümseyici/Kusur Bulucu, Aşırı İzin Verici/Sınırsız, Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı, Kötümser/Endişeli, Sömürücü/İstismar Edici ve Cezalandırıcı ebeveynlik algılamalarının anlamlı olarak yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan

çalışmalar çocuklukta olumsuz ebeveynlikten kaynaklanan çocuk istismarının yetişkinlikte fibromiyalji gibi kronik ağrılı semptomlarla kendini gösteren somatik rahatsızlık görülme riskini %97 oranında artırabileceğine dikkat çekmektedir (Afari, 2014). Engel'in (1959) "ağrıya yatkın hasta" olarak tanımladığı grubun ise en öne çıkan özelliğinin aile geçmişlerinde acı çekme ve ağrının olduğu bilinmektedir. Engel bu durumu kendisine sol göğüs bölgesine bıçak gibi saplanmış bir ağrı şikâyeti ile başvuran erkek hastanın geçmişte kalp krizi nedeniyle babasının vefatını anlatırken babasının ağrılı bölgesi ile kendi ağrılı bölgesinin aynı yerde olmasının önemini vurgularken kronik ağrı boyutunda geçmiş aile ağrı yaşantılarının etkisi üzerinde durmaktadır (Engel, 1959). Bununla birlikte kronik ağrı yaşantısı olan ebeveynlerin kendi çocuklarının ihmal ya da istismarında risk faktörü olduğuna dair çalışma bulguları mevcuttur (Sidebotham, 2006). Ayrıca bu ebeveynlerin çocuklarına karşı cezalandırıcı bir yaklaşım gösterme olasılıkları yüksek bulunmuştur (Turner, 2013). Çalışmamızda, hastaların her iki ebeveynden algıladıkları ebeveynlik biçimlerinin ortak olması (küçümseyici/kusur bulucu, aşırı izin verici/sınırsız, sömürücü/istismar edici ve cezalandırıcı) ya her iki ebeveynin de benzer kronik ağrı yaşantısına sahip olup ortalama benzer davranışta bulundukları ya da ebeveynlerden birinin kronik ağrılı olmasından kaynaklı diğer ebeveynin de çocuklukta duygusal açıdan kısıtlayıcı yaklaşım içerisinde olduğu yönünde yorumlanabilir. Öyle ki, yapılan bir çalışmada (Yoğan, 2017) kronik ağrılı hastaların hayatlarında en çok "tutunduğu" kişilerin eşleri olduğu ve niteliksel çalışmada daima eşleri hakkında konuşma eğiliminde olmaları böylesi bir eş birleşmesi/benzeşmesi sonucu çocuklarına karşı geliştirdikleri ortak tutum ve davranış örüntülerini akla getirmektedir. Literatürde, fibromiyalji hastalarında söz konusu bağlamda ele alınan bir çalışma bulgusuna rastlanmadığından ailede kronik rahatsızlığı bulunan çocukların hangi ebeveynlik biçimlerine maruz kaldıkları oldukça önemli görünmekte ve gelecek çalışmalarda incelenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Ailede kronik ağrı olması durumuna göre ağrı inançları alt boyutlarının değerlendirilmesine dair yapılan analiz sonuçlarına göre; psikolojik ve organik ağrı inançları alt boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Literatürde, fibromiyalji örnekleminde ailedeki kronik aile geçmişi ile ağrı inançları arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmaya rastlanmamakla birlikte, kronik ağrılı grup ile yapılan bir çalışmada ağrı inançları atıfları ile kronik hastalık soy geçmişi arasında anlamlı değişikliklerin

bulunmadığı bulunmuştur (Sharp, 2001). Üstelik Sharp "yenilenmiş bilişsel-davranışçı modelinde", kronik ağrı deneyimleyen kişinin aile ve yakınlarının verdiği tepkilerin hastanın inançlarını pekiştirdiği üzerinde durmaktadır. Sharp (2001) bu bulguya ağrıyı yaşayan kişiden aldığı bilgiler ışığında ulaşmış ancak hastaların ağrı ile ilgili sübjektif değerlendirmeleri söz konusu olduğundan bu sonuçlara temkinli yaklaşılması gerektiği düşünülmektedir. Öyle ki, annesinde kronik bel ağrısı olan aileler ile annesinde kronik baş ağrısı olan ailelerin aile ortamları ağrısı olmayan ailelerle karşılaştırılmış ve her iki ağrılı grubun aile paylaşımlarının ağrısız gruba oranla daha az olduğu bulunmuştur (Kopp ve ark., 1995). Buna ek olarak kronik ağrısı olanların ailelerindeki ağrı sıklığını bildirmelerindeki göreceliliğin incelendiği farklı bir çalışmada ağrılı çocukların ebeveynlerinin bildirdiğinden daha fazla ağrı bildirmeleri (Bruehl, 2005) ağrı hastalarının ailelerindeki kronik ağrı yaşantısını belirtirken sübjektif değerlendirmelerde bulundukları söylenebilir. Bu nedenle elde edilen sonuçların farklı bağlamlarda değerlendirilmesinin (örn, ebeveynlerle yapılan görüşmeye dayalı niteliksel çalışmalar) bu konudaki muğlaklığa ışık tutabileceğini düşündürmektedir.

6.2. Çalışmada Yer Alan Ölçeklerin Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonel İlişkilere İlişkin Bulgularının Değerlendirilmesi

Young Şema Ölçeği, Ağrı İnançları Ölçeği ve Young Ebeveynlik Anne Formu Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde annenin kuralcı/kalıplayıcı olarak algılanması terk edilme/istikrarsızlık, duygusal yoksunluk, kusurluluk/utanç, sosyal izolasyon/yabancılaşma, iç içe geçme/bağımlılık, başarısızlık, hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık, kendini feda, onay arayıcılık, karamsarlık, duyguları baskılama ve cezalandırıcılık alt boyutları ile pozitif yönlü ilişkisi bulgulanmıştır. Literatürde annenin kuralcı ve kalıplayıcı olarak algılanmasındaki artış, erken dönem uyum bozucu şemalarda da artış gözlemlenmesine sebebiyet vermekle birlikte erken dönem uyum bozucu şemaların gelişmesinde ve şekillenmesinde ebeveynlerin tutum ve davranışlarının arz ettiği öneme çevresel faktörler de eşlik ettiğine dair çalışma bulgusunun olması çalışmamız ile uyumlu görünmektedir (Jeffrey ve Young, 2012).

Young Şema Ölçeği, Ağrı İnançları Ölçeği ve Young Ebeveynlik Baba Formu Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde babanın kuralcı/kalıplayıcı olarak algılanmasındaki artışın terk edilme/istikrarsızlık, duygusal yoksunluk, kusurluluk/utanç,

sosyal izolasyon/yabancılaşma, iç içe geçme/bağımlılık, başarısızlık, hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık, kendini feda, onay arayıcılık, karamsarlık, duyguları baskılama ve cezalandırıcılık alt boyutları ile pozitif yönlü ilişkisi bulgulanmıştır. Soygüt ve Çakır'ın (2009) araştırmasında babanın kuralcı/kalıplayıcı, duygusal bakımdan yoksun bırakıcı, kötümser/endişeli, küçümseyici/kusur bulucu olarak algılanması ile annenin kötümser/endişeli, kuralcı/kalıplayıcı ve küçümseyici/kusur bulucu algılanması sonucunda bireyin psikolojik belirtiler göstermesi arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir. Bo ve arkadaşlarıyla (2017) yapmış olduğu araştırmasında ise annenin ve babanın aşırı koruyucu ve kontrolcü algılanması sonucunda zedelenmiş özerklik ve performans alanları ile koşullu ebeveynlik arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu görülmüştür. Yolalan'ın (2020) araştırmasında da şemalar üzerinde babadan algılanan ebeveynlik stillerinin, anneden algılanan ebeveynlik stilinden daha anlamlı bir etkisi olduğu gözlemlenmiştir.

6.3. Araştırma Hipotezlerinin Değişkenlerle Yapılan Regresyon ve Aracılık Analizlerine Göre Değerlendirilmesi

Araştırmanın birinci hipotezi olan fibromiyalji hastalarında ebeveynlik stillerinin ağrı inançlarının anlamlı bir yordayıcısı hipotezi test edilmiş ve kurulan modelin anlamlı olduğu görülmüştür. Buna göre ebeveynlik biçimleri ağrı inançlarını anlamlı düzeyde yordamaktadır. Literatürde kişilerin ebeveynlik algılamalarının ağrı ile ilgili geliştirdikleri inançlarda anlamlı etkilerinin olduğuna dair çalışmalar yer almaktadır (Chambers, 2003; Chambers ve ark., 2002). Ağrının nedenleri hakkındaki inançların ağrılı ebeveynlerin çocuklarına karşı davranışını etkilediği ve bu durumun da çocuğun ağrıyla ilgili inançları için önemli çıkarımları olduğu bulunmuştur (Walker ve Zeman, 1992). Farklı bir çalışmada ebeveynlerin kronik karın ağrısı olan çocukları ilgili endişelerinin, çocukların ağrı konusundaki inançları ile yüksek ilişkili olduğu bulunmuştur (Lipani ve Walker, 2006). Çalışmamızda aşırı izin verici anne, koşullu/başarı odaklı baba ile aşırı koruyucu/evhamlı baba alt boyutlarını psikolojik ağrı inançlarını anlamlı olarak yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç sınırları olmayan ve fazla koruyucu davranışlar gösteren ebeveynlik biçimlerinin (Aydoğdu ve Dilekmen, 2016), kişilerde ağrıların kaynağı olarak psikolojik atıfta bulunma eğilimini yordadığı sonucunu doğurduğu öne sürülebilir. Bu bulgular literatür ile uyumlu görünmektedir.

Araştırmanın ikinci hipotezi erken dönem uyumsuz şemaların ağrı inançlarının anlamlı bir yordayıcısı olduğudur. Araştırmaya yönelik kurulan modelin anlamlı olduğu sonucuna ulaşılarak hipotez doğrulanmıştır. Kronik ağrı şikâyetleri bulunan deney grubu ile sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin erken dönem uyumsuz şemalarının incelendiği bir çalışmada, deney grubunun Bağımlılık/ Yetersizlik, Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık ve Karamsarlık alt boyutlarında sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek puanlar elde ettiği bulunmuştur (Saariaho, ve ark.,2009). Kronik ağrı üzerindeki inanç ve şemaların ele alınmasına bilişsel modelde yeteri kadar özen gösterilmediği düşünülmektedir (Plant, 1999). Williams (1997) hastalığa verilen yanıtın her zaman hastalığa ilişkin algılarla ilgili olmayıp ağrıdan bağımsız genel inançlarının ve inanışlarının da etkili olabileceğini öne sürmüştür. Çalışmamızda Kusurluluk/Utanç, Yetersiz Özdenetim/Ayrıcalıklık ve Onay Arama şema alt boyutlarının psikolojik ağrı inançlarını anlamlı olarak yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuca göre, hastalarda hastalık üzerinde yeterli kontrol gücüne sahip olunmadığı yönünde inançların, ağrıya dair psikolojik atıfta bulunma durumunu yordadığı görülmektedir.

Araştırmanın üçüncü hipotezi ise fibromiyalji hastalarında ebeveynlik stillerinin erken dönem uyumsuz şemaların anlamlı bir yordayıcısı olduğudur. Yapılan analiz sonucunda kurulan modelin anlamlı olduğu sonucuna ulaşılarak hipotez onaylanmıştır. Literatür incelendiğinde şema kuramının temel yapı taşlarının erken dönem uyumsuz şemalar ile ebeveynlik biçimleri olduğu görülmektedir (Çakır ve Soygüt, 2009; Klosko, Weishaar ve Young, 2003). Üniversite öğrencileri ile yürütülen bir çalışmada kötümser/endişeli ve cezalandırıcı anne ile aşırı koruyucu/izin verici, koşullu/başarı odaklı, küçümseyici/kusur bulucu ve kötümser/endişeli baba ebeveynlik algılamalarının erken dönem uyumsuz şema alanlarında zedelenmiş otonomi şema alına ait hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık ve kopukluk şema alanına ait terk edilme/istikrarsızlık, duygusal yoksunluk ve kusurluluk/utanç alt boyutlarını anlamlı olarak yordadığı sonucuna ulaşılmıştır (Akhun, 2012). Çalışmamızda Koşullu/Başarı Odaklı, Küçümseyici/Kusur Bulucu, Aşırı İzin Verici/Sınırsız ve Kötümser/Endişeli anne ile Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı, Kötümser/Endişeli, Aşırı Koruyucu baba ebeveynlik algılamalarının Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık ile Yüksek Standartlar şema alt boyutunu anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur. Çalışmada elde edilen sonuçların literatür ile uyumlu olduğu

görülmektedir. Literatürde bu bağlamda ağrı hastaları ile yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Araştırmanın dördüncü hipotezi ise fibromiyalji hastalarında ebeveynlik stilleri ile ağrı inançları arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şemaların aracılık etkisi olduğudur. Bu kapsamda alt boyutlarla çalışıldığından çalışmadaki değişkenlerle anlamlı ve yüksek ilişki içeren Aşırı İzin Verici/Sınırsız ebeveynlik biçimi (anne) ile psikolojik ağrı inançları arasındaki ilişkide Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık şemasının aracı rolünün olup olmadığı test edilmiştir. Literatürde erken dönem uyumsuz şemalar, ebeveynlik stilleri ve ağrı inançları ile ilgili çalışmalara rastlanmışsa da fibromiyalji örnekleminde ve değişkenlerin tamamının birbiriyle olan ilişkisine dair herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Buna ek olarak bu değişkenler arasında aracılık analizinin ele alındığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Hipotezi test etmek amacıyla yapılan aracılık analizi anlamlı çıkmış ve aşırı izin verici anne ebeveynlik biçiminin kişilerin ağrılarına dair psikolojik inançlarında hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık şemasının negatif aracı rol oynadığı sonucuna ulaşılmıştır. Sonuç olarak, aşırı izin veren ve sınırları olmayan bir annenin varlığı kişideki hastalıklara karşı dayanıksızlık şeması ile ilişkili olsa da hastalığına dair psikolojik inançların gelişmesini azaltmaktadır. Hastalıklar karşısında dayanıksızlık şeması olan birey kendi kontrolü dışında olayların geliştiğine ve kendisinin engelleme gücünün olmadığına inanır (Young ve ark., 2003). Genellikle bu durumlar çevre kaynaklı ve tıbbi durumlar olmaktadır. Bu kapsamda bu şemaya sahip bireylerin hastalıklarının kendi psikolojik durumlarından kaynaklanabileceğine dair inançlarının aksine ağrının dışarıdan gelen ve kendilerinin elinde olmayan sebeplerden başlarına gelen bir durum olarak nitelendirdikleri düşünülebilir.

Aynı hipotez altında ikinci olarak kötümser/endişeli baba ile psikolojik ağrı inançlarında hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık şemasının aracı rol üstlenip üstlenmediği test edilmiştir. Analiz sonucunda kötümser/endişeli baba ile psikolojik ağrı inançları arasında hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık şemasının aracı rol üstlenmediği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışma içerisinde birçok değişkene göre (yaş, cinsiyet, tanı süresi) baba tarafından algılanan ebeveynlik biçimleri anlamlı düzeyde yüksek farklılıklar gösterse de aracılık etkisinin anlamlı olmadığı görülmüştür.

Araştırmanın beşinci hipotezi fibromiyalji hastalarında psikolojik ağrı inançlarının organik ağrı inançlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğudur. Literatürde fibromiyalji hastaları ile yürütülen bir çalışmada ağrı inançları alt boyutlarının farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiş ve psikolojik ağrı inanç alt boyutunun anlamlı derecede yüksek olduğu bulgulanmıştır (Yüksel ve ark., 2019). Bu konuda literatürde farklı sonuçlar olduğu da görülmektedir. Örneğin, bir çalışmada bel ağrılı grupta ağrının kökenine dair organik inanç atıfları anlamlı yükseklik gösterirken (Radcliffe ve Walsh, 2002), hemşirelik öğrencileri ile yürütülen bir çalışmada psikolojik ağrı inançları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Alparslan ve Babadağ, 2017). Daha önce yapılan başka bir çalışmada, ağrının kökenine dair organik inançları yoğun olan hastaların tedavi sonrasında organik inanç atıflarının önemli ölçüde düşüş gösterdiği gözlemlenirken, psikolojik inanç atfında bulunan kişilerde ağrıya dair algılar ve hatta hastalığın tedavisinde organik kökene dair atıflarda bulunulmasının kişinin hastalığının fizyolojik temelli olduğunu anlaması açısından gerekli olduğu görülmüştür (Sertel Berk, 2006). Çalışmamızda fibromiyalji hastalarının organik inanç alt boyutu puanlarının psikolojik alt boyuta göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu sonucu ortaya çıkarak hipotez yanlışlanmıştır. Fibromiyalji hastalarının uzun yıllar süren tedavileri ve hekimlerin kişilerde herhangi bir organik bozukluk olmadığını söylemelerine karşın organik inanç alt boyutunda çıkan anlamlı yüksekliğin hastalığın seyrindeki zorlanmalar ve ağrının niteliği açısından oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

6.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya ilişkin ilk sınırlılıklardan biri fibromiyalji tanılı hasta grubunda elde edilen verilerin karşılaştırılabileceği sağlıklı kontrol grubunun olmayışıdır. Kronik ağrı ile yürütülen çalışmalarda sağlıklı karşılaştırmalar yapılabilmesi adına kontrol grubunun varlığı çalışmayı daha sağlam kılsa da yapılan çalışmada seçilen örneklem üzerinden ele alınan tüm değişkenler bütün alt boyutları ile ele alınarak incelenmiştir. Buna ek olarak kadınların erkeklere oranla daha fazla fibromiyalji tanısı alması araştırma kapsamında ulaşılan kişilerin çoğunlukla kadın olmasına neden olmuş ve cinsiyetler arası homojenlik sağlanamamıştır. Ayrıca katılımcıların fibromiyalji tanılarına ek olarak farklı bir organik rahatsızlıklarının olup olmadığının sorulmaması da diğer sınırlılıklar arasında yer alabilir.

Araştırmanın çevrimiçi platformdan elde edilen verilerden oluştuğu ve ölçek maddelerinin çok uzun olması ile benzer alt yapıya sahip ifadelerin yer alması nedeniyle belli bir süre sonra yanıtların normalden farklılık gösterebileceği ihtimalleri de sınırlılıklar içerisinde yer alabilir. Araştırmaya katılan tüm katılımcıların verileri araştırmaya dâhil edilmiş ve herhangi bir veri silme işlemi gerçekleşmemiştir.

Araştırmanın sınırlıkları yanında araştırmanın literatür için güçlü katkılarının olduğu da düşünülmektedir. Fibromiyalji hastalarının süreğen ağrılarının yaşam kalitelerini oldukça düşürdüğü ve hastalığın psikolojik faktörlerinin yeteri kadar ele alınmadığına dair düşüncelerinin mevcut olduğu göz önüne alındığında ağrı deneyimlerinin ve ağrı inançlarının erken dönem yaşantılarından gelen etkilerinin ortaya konulmasının hem klinik alandaki uzmanlar hem de hastalar için faydalı olacağı düşünülmektedir.

6.5. Sonuç ve Öneriler

Araştırmanın bulguları neticesinde ana hipotez olan fibromiyalji hastalarında ebeveynlik biçimlerinin ağrı inançları ile ilişkisinde erken dönem uyumsuz şemaların aracılık etkisinde aşırı izin verici/sınırsız anne ebeveynlik biçiminin psikolojik ağrı inancını anlamlı olarak yordarken, hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık şemasının varlığı psikolojik ağrı inançları ile negatif anlamlı aracılık etkisi göstermektedir. Bunun yanı sıra, ele alınan diğer aracılık analizinde kötümser/endişeli baba ebeveynlik biçiminin psikolojik ağrı inancı ile ilişkisinde hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık şemasının anlamlı aracılık etkisinin olmadığı görülmüştür.

Literatürde babanın ebeveynlik biçimi ile fibromiyalji veya genel kronik ağrı üzerinde çok az çalışmanın olduğu ve algılanan baba ebeveynlik biçimlerinin farklı psikolojik boyutlar (benlik saygısı, psikolojik sağlamlık ve kendilik algısı vb.) üzerinden ele alınması gerektiği düşünülmektedir. Buna ek olarak farklı örneklem gruplarında ağrı inançlarının karşılaştırılmalı ele alınarak ilgili literatürün geliştirilmesi hem kişilerin sağlık problemlerine ilişkin algıların geliştirilmesine hem de uzmanların bu konuda bilinçlenerek yaklaşımlarında bu perspektiften bakabilmelerine yardımcı olacağı düşünülmektedir.

6.6. Çalışmanın Klinik Doğurguları

Dış dünyayı bilgiler aracılığıyla algılayan ve eyleme geçen insan bilişsel yapısında edindiği bilgileri organize ederek devamlılık sağlamaktadır. Bu bilgilerin organize edilmesinde ise şemalar rol oynar. Şemalar aracılığıyla gelişim gösteren ana yargılar kök inançlar olarak tanımlanır. Şema terapi yaklaşımında bağlanma kuramında vurgulanan temel duygusal ihtiyaçların karşılanmasına odaklanarak, çocukluk yaşantılarının yetişkin yaşama etkilerine odaklanmaktadır (Lindemann ve Young, 1992; Soygüt ve ark., 2009; Yavuzer, 1998). Bu yönüyle klinik ortamda da hem fizyolojik hem de psikolojik rahatsızlıkların komorbiditesinde bir değerlendirme kıstası olarak bireyin dünyayı algılayış biçimine ek olarak ebeveynlerinin etkisi de karşımıza çıkmaktadır. Bağlanma kuramının izlerini taşıyan şema terapi modelinde de bebeklik döneminin temel ihtiyaçlarının karşılanmasının önemine değinilerek eksik kalan noktaların gündelik yaşama yansıma biçimleri değerlendirilmektedir. Güvenli bağlanmanın gerçekleşmediği durumlarda özerk olabilme kabiliyetinin de kısıtlandığı ifade edilmektedir. Temel ihtiyaçlar karşılanmadığında ise çocuk için reddedilmişlik duyguları tetiklenmekte ve farklı tezahürleri ile klinik ortamda gözlemlenebilmektedir (Gör, Yiğit, Kömürcü ve Şenkal-Ertürk, 2017; Young ve ark., 2003). Ailede başlayan öğrenmenin, bireyin kendisini ifade etme biçimine de yansıması kurulmuş olan ve gelecekte kurulacak ilişkilerde de pay sahibidir. Şema terapi en temelde uyum bozucu şemaların tespit edilerek değiştirilmesine odaklanarak insanın dünyayı algılama biçimine odaklanarak bütüncül bir yaklaşım ile insan psikolojisini değerlendirmektedir. Ağrının kökeninde organik inançların var olabileceği gibi psikolojik inançların etkisine de dikkat çekilmesi fizyolojik tedaviye yanıt vermeyen hastalara eş zamanlı psikoterapi ile süreci ile ağrının kaynağına inilmesinde bir yardımcı olabilecek ve bireyin hayat kalitesine de katkı sağlayacaktır. Ağrı ile elde edilen ikincil kazançların da psikoterapinin konusu olarak değerlendirilmesi ile bireyin kaçınma ya da korunma amacına hizmet eden ağrıların temellendiği yapıların çözümlenmesinde şemaların kökeni ele alınabileceği gibi, Sharp'ın öğrenme modelinde de faydalanarak ağrının öğrenilmesinde ebeveynlerin etkisi incelenmelidir. Bununla birlikte yapılacak müdahalelerde, ağrı inançlarının organik ve psikolojik kökenlerine yönelik psiko-eğitim sağlanabilir.

Son olarak, fibromiyalji sendromunun daha çok kadınlarda görülmesi bu alanda yapılan çalışmalarda örneklemlerin ya tamamıyla kadın olmasını ya da büyük çoğunluğun kadınlardan oluşması gibi bir durum ile karşılaşılmaktadır. Klinik alanda çalışan profesyonellerin, yapılacak ileri çalışmalarla cinsiyetler arası farklılıkların (örn; erkek ve kadınların duygu, düşünce ve ağrı ifade biçimlerinin farklılık göstermesi) göz önüne alınacağı çeşitli uygulamalar sayesinde daha işlevsel tedavi yöntemleri uygulanabilmesine imkân tanıyacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

Abeles, M., Bennett, R. M., Bombardier, C., Campbell, S. M., Clark, P., Wolfe, F., vd. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* , 33(2), 160-72.

Ahles, T. A., Bradley, J. M., Masi, A. T., Riley, S. D., ve Yunus, M. B. (1984). Psychological factors associated with primary fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatism*, 27(10), 1101-1106.

Ainsworth, M. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist* , 709-716.

Ainsworth, M.S., ve Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), 333-341.

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

Akhun, M. (2012). *Üniversite öğrencilerinde, algılanan ebeveynlik biçimleri, erken dönem uyumsuz şemaları, benlik kurguları, ayrılma-bireyleşme ve duygu düzenleme güçlüğünün psikolojik belirtilerle ilişkisi* (Yayın no. 319420) [Doktora Tezi, ,Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü]

Akyol, Y., Alaylı, G., Cantürk, F., Cengiz, K., Durmuş, D., İlhanlı, İ., vd. (2010). Bone mineral density and depression in premenopausal women with primary fibromyalgia syndrome. *Rheumatology* , 105-109.

Alda, M., Lucıano, J. V., Andres, E., Serranoblanco, A., Rodero, B., Del Hoyo, Y. L., vd. (2011). Effectiveness of cognitive behavior therapy for the treatment of catastrophization in patients with fibromyalgia: A randomised controlled trial. *Arthritis Research&Therapy*, 13(173), 1-13.

Aloisi, A. M., Bachiocco, V., Costantino, A., Stefani, R., Ceccarelli, I., Bertaccini, vd. (2007). Cross-sex hormone administration changes pain in transsexual women and men. *Pain*, 132, 60-67.

Alptekin, G., Elbi, H., Erhan, E., Uyar, M., Hepaguşlar, H., Gökçe, B. (1999). Kadınlarda fibromyalji ve somatizasyon bozukluğu, *3p Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi,* 7(4), 268-273.

Anderson, J., Hebert, L., Ross, K., ve Wolfe, F. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis & Rheumatism*, 19-28.

Ardıç, F., Toraman, F., Çubukçu, S. (1997) Fibromyalji sendromu ve kronik bel ağrılı hastalarda MMPI ile psikolojik faktörlerin araştırılması, *Romatoloji ve Tıbbi Rehabilitasyon Dergisi*, 8 (1), 24-28.

Arıcı, Ö. E., Köse Dönmez, B., ve Köse Karaca, B. (2021). Fibromiyalji sendromu tanısı alan ve almayan hastaların erken dönem uyumsuz şemalar açısından karşılaştırılması. *Klinik Psikoloji Dergisi, 5(2)* , 128-144.

Arnold, L. M. (2010). The pathophysiology, diagnosis and treatment of fibromyalgia. *Psychiatr Clin North America* , 375-408.

Arnold, L. M., Clauw, D., ve McCarberg, B. H. (2011). Improving the recognition and diagnosis of fibromyalgia. *Mayo Clinic Proceedings* , 86(5):457-64.

Arnold, L. M., Clauw, D. J. ve Mccarberg, B. H. (2011). Improving the recognition and diagnosis of fibromyalgia. *Mayo Clinic Proceeding*, *86*(5), 457-464.

Arnstein, P., Caudill, M., Mandle, C. L., Norris, A., ve Beasley, R. (1999). Self efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain*, 80(3), 483-491.

Arntz A.,ve Jacob G. (2019). *Uygulamada şema terapi şema mod yaklaşımına giriş rehberi.* (G. Soygüt, Çeviri Ed.). Ankara: Nobel Akademik.

Ashby, M., (2005). Essentials of pain medicine and regional anesthesia. *Anesthesia and Intensive Care,* 33(4), 548, 2005.

Ashgarı, A., ve Nicholas, M. K. (2001). Pain self-efficacy beliefs and pain behaviour: A prospective study, *Pain,* 94, 85-100.

Asmundson, G. J., Norton, P. J., Norton, G. R. (1999). Beyond pain: the role of fear and avoidance in chronicity, *Clinical Psychology Review,* 19(1), 97-119.

Aştı A. T., ve Karadağ A. (2019). Hemşirelik esasları, hemşirelik bilimi ve sanatı. İstanbul: Akademi Yayıncılık.

Atalay, H., Atalay, F., Karahan, D., ve Çalışkan, M. (2008). Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice,* 12(4), 268–279.

Ataoğlu, S., Ataoğlu, A., Özkan, M., Sır, A., Erdoğan, F., Nas, K., vd. (1998). Fibromiyalji ve osteartrozlu hastaların ağrı ile başa çıkma davranışları, *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi,* 1 (1), 29-32

Ayıntap, M. (2021). *Hemşirelerin ağrı inançları ve ağrı ile başa çıkma durumlarının değerlendirilmesi.* (Yayın no. 689844) [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi].

Balbaba, B. (2021). *Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travmaları ile erken dönem uyumsuz şemaları arasındaki ilişkinin incelenmesi.* (Yayın no. 669789) [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi].

Ball, S.A., ve Young, J.E. (2000). Dual focus schema therapy for personality disorders and substance dependence: Case study results. *Cognitive and Behavioral Practice,* 7(3), 270-281.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behaviour* içinde (pp.71-81). New York: Academic Press.

Başbuğ, S., Cesur, G., ve Durak, B.A. (2016). Algılanan ebeveynlik biçimi ve yetişkin ayrılma anksiyetesi: Kişilerarası bilişsel çarpıtmaların aracı rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25-27.

Başçelik, E. (2021). *Nesne ilişkilerinin erken dönem uyum bozucu şemalar ve yetişkin bağlanma tarzlarına etkisi.* (Yayın no. 699483) [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Aydın Üniversitesi].

Beck A. T., ve Clark D. A. (1997). An information processing model of anxiety: automatic and strategic processes, *Behaviour Researtch and Therapy*, 35(1), 28-31.

Beck, A. T., ve Weishaar, M. (1989). Cognitive therapy. *İn comprehensive handbook of cognitive therapy* içinde (pp. 21-36). New York: Springer.

Beck, A.T., ve Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1(1), 23-36.

Beetham, W. P. (1979). Diagnosis and management of fibrositis syndrome and psychogenic rheumatism. *Med Clin North America* , 433-439.

Bekaroğlu, M., Coşar, A., Livaoğlu, M., ve Çiftçi, A. (1994). Bir grup tıp öğrencisinde baş ağrısı sıklığı ve bazı özellikleri üzerine bir araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 5(3), 205-208.

Belfer, I. (2017). Pain in women. *Ağrı*, 29(2), 51-54.

Bo, B., Lockwood, G., ve Young, J. E. (2017). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(4), 328–349.

Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: separation, anxiety and anger. *In attachment and loss: volume II: separation, anxiety and anger* içinde (pp.1-429). London: The Hogarth Press and the İnstitute of Psycho-Analysis.

Bowlby, J. (1980). By ethology out of psycho-analysis: An experiment in interbreeding. *Animal Behaviour*, 28 (3), 649-656.

Brewerton, T. D., ve George, M. S. (1993). Is migraine related to the eating disorders? *International Journal of Eating Disorders*, 14(1), 75-79.

Bruehl, S., Chung, O. Y., Jirjis, J. N., ve Biridepalli, S. (2005). Prevalence of clinical hypertension in patients with chronic pain compared to nonpain general medical patients. *The Clinical Journal of Pain*, 21(2), 147-153.

Buescher, K. L., Johnston, J. A., Parker, J. C., Smarr, K. L., Buckelew, S. P., Anderson, S. K. vd., (1991). Relationship of self-efficacy to pain behavior. *The Journal of Rheumatology*, *18*(7), 968-972.

Buriel, R., ve Parke, R.D. (2006). Socialization in the family: ethnic and ecological perspectives. N. Eisenberg, W. Damon, ve R. M. Lerner içinde, *The Handbook of Child Psychology* (s. 429-504). New York: Wiley.

Büyükgönenç, L., ve Törüner E. (2018). *Çocukluk yaşlarında ağrı ve hemşirelik yönetimi*. Z. Conk, Z. Başbakkal, H. Balyılmaz ve B. Bolışık (Ed.) Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Calabro, J., Feigenbaum, S. L., Masi, A., Miller, K., ve Yunus, M. (1981). Primary fibromyalgia (fibrositis): Clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* , 151-171.

Candemir, S. (2019). *18-30 yaş arası bireylerde erken dönem uyum bozucu şemalar ve empatik eğilim düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi.* (Yayın no. 599614) [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi].

Caner, M. (2009). *Evli bireylerde kendi ebeveynlerini algılama biçimleri, erken dönem uyum bozucu şema ve eşe yönelik değerlendirmeler arasındaki ilişkiler: Şema terapi modeli çerçevesinde bir inceleme*. (Yayın no. 258345) [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi].

Cecero, J. J., Gillie, J. M., ve Nelson, J. D. (2004). Tools and tenets of schema therapy: Toward the construct validity of the early maladaptive schema questionnaire–research version (EMSQ-R). *Clinical Psychology&Psychotherapy* , 344-357.

Cecero, J.J., Nelson, J.D., ve Gillie, J. M. (2004). Tools and tenets of schema therapy: toward the construct validity of theearly maladaptive schema questionnaire–research version (EMSQ-R). *Clinical Psychology&Psychotherapy: An International Journal of Theory&Practice*, 11(5), 344–357.

Chamberlain, P., Ellis, B. H., ve Fisher, P. A. (1999). Early intervention foster care: A model for preventing risk in young children who have been maltreated. *Children's Services: Social Policy, Research, & Practice* , 159-182.

Chaturvedı, S. (1987). Prevalence of chronic pain in psychiatric patients. *Pain,*29(2), 231-237.

Conrad, R., Wegener, I., Geiser, F., ve Kleiman A. (2013). Temperament, character, and personality disorders in chronic pain. *Curr Pain Headache Rep.* 17, 318.

Conrade, G., ve Ho, R. (2001). Differential parenting styles for fathers and mothers. *Australian Journal of Psychology*, 53 (1), 29–35.

Craig, K. D. (1984). Psychology of pain. *Postgraduate Medical Journal*, 60 (710), 835.

Çakır, A. E. (2021). *Evli kadınlarda benlik algısı ve evlilik doyumunun erken dönem uyumsuz şemalar ile ilişkisi*. (Yayın no. 228976) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi].

Çakır, Z. (2007). *Antisosyal kişilik bozukluğunda erken dönem uyumsuz şemalar, algılanan ebeveynlik stilleri ve şema sürdürücü başa çıkma davranışları arasındaki ilişkiler: Şema terapi modeli çerçevesinde bir inceleme*. (Yayın no. 228976) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi].

Çakır, Z., Karaosmanoğlu, A., ve Soygüt, G. (2009). Erken dönem uyumsuz şemaların değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form- 3'ün psikometrik özelliklerine ilişkin bir inceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1 (20), 75-84.

Çamur, D. Z., Deveci, E., Kılıç, A., ve Kırkpınar, İ. (2014). Somatoform bozukluğu olan hastalarda erken dönem uyumsuz şemalar. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 3, 84-93.

Çolakoğlu, E.,T.(2012). *Genç yetişkinlerde kendilik algısı, erken dönem uyumsuz şemalar, algılanan ebeveynlik stilleri ve kişilerarası ilişkiler* (Yayın no. 326179) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi].

Darling, N., ve Steinberg, L., (1993). Parenting style as context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496.

Dikmen, Y., Ziyai, N. (2021). Ağrı, Temel hemşirelik esaslar kavramlar ilkeler uygulamalar içinde (pp. 383-404). İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevleri.

Dilbaz, N., Özen, A. R., Ozan, G., ve Güz, H. (1996). Ağrı yakınması olan hastalarda psikiyatrik morbidite. Özkan, M (Ed.), *4. Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongresi Bildiri Özet Kitabı* içinde (s. 226-234). İstanbul: İstanbul Üniversitesi.

Doğan, O. (2019). *Pain self efficacy questionnaire anketinin (ağrı özyeterlilik anketi) Türkçeye uyarlanması, geçerliliği ve güvenilirliği* (Yayın no. 557517) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi].

Dönmez, A., ve Erdoğan, N. (2010). Fibromiyalji sendromu. *Klinik Gelişim,* 1, 60-64.

Eccleston, C. (2001). Role of psychology in pain management. *British Journal of Anaesthesia*, 87(1), 144-152.

Eccleston, C. (2013). A normal psychology of everyday pain. *International Journal of Clinical Practice*, 67, 47-50.

Ehde, D. M., Dıllworth, T. M., Turner, J. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain. *American Psychologist*, 69(2), 153- 166.

Ellıs, A. (Ed.). (1988). *Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers.* New York: Pergamon Press.

Engel, G. L. (1959). Psychogenic pain and the pain-prone psatient. *American Journal of Medicine,* 26(6), 899-918.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136.

Eti Aslan, F. (2014). *Sağlığın değerlendirilmesi*. İstanbul: Akademisyen Yayınevi.

Fasmer, O. B. (2001). The prevalence of migraine in patients with bipolar and unipolar affective disorders. *Cephalalgia,* 21(9), 894-899.

Fernandez, E., ve Milburn, T. W. (1994). Sensory and affective predictors of overall pain and emotions associated with affective pain. *The Clinical Journal Of Pain*, 10 (1), 3-9.

Fernandez, E., ve Turk, D. C. (1995). The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. *Pain*, 6 (12), 165-175.

Fishbain, D. A., Rosomoff, H. L., Cutler, R. B., ve Rosomoff, R.S. (1995). Secondary gain concept: A review of the scientific evidence. *The Clinical Journal of Pain,* 11 (1), 6-21.

Fisher P. A., Ellis B. H., ve Chamberlain P. (2010). Early intervention foster care: A model for preventing risk in young children who have been maltreated. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice* 2(3), 159-182.

Fişek, O. (1998). Intrafamily status, couple and family adjustment and well-being in Turkish women. *Annual Convention of the American Psychological Association,* San Francisco, California.

Fordyce, W. E., Brockway, J. A., Bergman, J. A., ve Spengler, D. (1986). Acute back pain: A control-group comparison of behavioral vs traditional management methods. *Journal of Behavioral Medicine*, 9(2), 127-140.

Fordyce, W.P. (1986). Learning process in pain. Sternbach, R.A. (Ed.). *The Psychology of Pain* içinde (pp.49-56). New York: Raven Press.

Freud, S. (1953). Fragment of an analysis of a case of hysteria. *In the standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, a case of hysteria, three essays on sexuality and other works* içinde (pp. 1-122). New York: Prefatory Remaks.

Gamsa, A., ve Vikis-Freibergs, V. (1991). Psychological events are both risk factors in, and consequences of, chronic pain. *Pain*, 44(3), 271-277.

Geçit, H.K. (2018). *Üniversite öğrencilerinin erken dönem uyumsuz şemalarının ölüm kaygılarını yordaması.* (Yayın no. 506184) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi].

Gör, N., Yiğit, İ., Kömürcü, B., ve Şenkal Ertürk, İ. (2017). Geçmişin mirası ve geleceğin haritası: erken dönem uyumsuz şemalar. *Nesne Psikoloji Dergisi*, 5(10), 197-217.

Greenwald, H. P., Bonica, J. J., ve Bergner, M. (1987). The prevalence of pain in four cancers. *Cancer*, 60(10), 2563-2569.

Gureje, O., VonKorff, M., Simon, G. E., ve Gater, R. (1998). Persistent pain and well-being: a world health organization study in primary care. *Jama*, 280(2), 147-151.

Güleç, H., Karakucak, M., Sayar, K., ve Topbaş, M. (2004). Fibromiyalji sendromu olan kadınlarda aleksitimi ve öfke. *Türk Psikiyatri Dergisi* , 15, 191-198.

Güleç, H., Sayar, K., Topbaş, M., ve Karakucak, M., (2004). Fibromiyalji sendromlu olan kadınlarda aleksitimi ve öfke. *Türk Psikiyatri Dergisi,* 15(3), 191-198.

Gündüz, O. H., Güven, A. Z., ve Kul Panza, E. (2005, Kasım 4). Depression and psychosocial factors in Turkish women with fibromyalgia syndrome. *Eura Medicophys* , s. 309-13.

Güner, O. (2013). *10-16 yaş çocuk ve ergenler için erken dönem uyumsuz şema ölçekler takımı (ÇEŞÖT) geçerlik,güvenirlik ve norm çalışması.* (Yayın no. 349962) [Yayımlanmış yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi].

Güven, A. Z., Kulpanza, E., ve Gündüz, O.H. (2005). Depression and psychosocial factors in Turkish women with fibromyalgia syndrome. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 41(4), 309-313.

Güzel, A. (2017). *Çok boyutlu sağlık kontrol odağı ölçeği A ve B formlarının Türkçe geçerlik ve güvenirliği.* (Yayın no. 468859) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi].

Hamamcı, Z., ve Kapçı, E.G. (2010). Aile işlevi ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişki: Erken dönem uyum bozucu şemaların aracı rolü. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 127-136.

Hansen, G., ve Streltzer, J. (2005). The psychology of pain. *EmergMedClin N Am*. 23, 339-348.

Hartt, J., ve Waller, G. (2002). Child abuse, dissociation and core beliefs in bulimic disorders. *Child Abuse & Neglect,* 26(9), 923–938.

Hawke, L. D., Provencher, M. D., ve Arntz, A. (2011). Early maladaptive schemas in the risk for bipolar spectrum disorders. *Journal of Affective Disorders*, 133(3), 428-436.

Hawke, L. D., Provencher, M. D. ve Parikh-Sagar, V., (2012). Schema therapy for bipolar disorder: a conceptual model and future directions, Journal *of Affective Disorders,*148 (1).

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

Haythornthwaıte, J. A. (1993). Migraine headaches and psychopathology: future directions. *Journal of Psychiatric Research,* 27(2), 183-186.

Işık, R. (2017). 2010-2011 FMS kriterlerinin 2016 revizyonu, 20.02.2022 tarihinde https://www.ftronline.com/fibromiyalji-sendromu/ adresinden alındı.

İnam, I. S. (2021). *Algılanan ebeveynlik biçimlerinin bireylerdeki yeme davranışları ve yeme bozuklukları riski ile olan ilişkisinin incelenmesi.* (Yayın no. 669925) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi].

Jackson, T., Thomas, S., Stabile, V., Han, X., Shotwell, M., ve Mcqueen, K. (2015). Prevalence of chronic pain in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 385.

Jeffrey E., ve Young J. E., (2012). *Şema terapi ayırıcı özellikler*. (A. Karaosmanoğlu, Çeviri Ed.). İstanbul: Psikonet Yayınları.

Jensen, M. P., Nielson, W. R., Turner, J. A., Romano, J. M., ve Hill, M. L. (2003). Readiness to self-manage pain is associated with coping and with psychological and physical functioning among patients with chronic pain. *Pain*, 104(3), 529-537.

Jensen, M. P., Romano, J. M., Turner, J. A., Good, A. B., ve Wald, L. A. (1999). Patient beliefs predict patient functioning: further support for a cognitive-behavioral model of chronic pain. *Pain*, 81, 95-104.

Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., ve Lawler, B. K. (1994). Relationship of pain specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain*, 57, 361-369.

Jensen, M. P., Turner, J. A., ve Romano, J. M. (1991). Self-efficacy and outcome expectancies: relationship to chronic pain coping strategies and adjustment. *Pain*, 44, 263-269.

Jensen, M. P., ve Karoly, P. (1991). Control beliefs, coping efforts and adjustment to chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 431-438.

Kapçı, E. G., ve Hamamcı, Z. (2010). Aile işlevi ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişki: erken dönem uyum bozucu şemaların aracı rolü. *Klinik Psikiyatri*. 13, 127-136.

Kaplan, B. (2021). *Yetişkinlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite özelliklerinin erken dönem uyumsuz şemalar ve ebeveynlik stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi.*

(Yayın no. 693954) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi].

Karlsson, B., Burell, G., Anderberg, U.M., ve Svardsudd, K. (2015). Cognitive behaviour therapy in women with fibromyalgia: a randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Pain*, 9(1), 11-21.

Katz, J., ve Melzack, R. (1999). Measurement of pain. *Surgical Clinics*, 79(2), 231-252.

Keefe, F. J., ve Wıllıams, D.A. (1990). A comparison of coping strategies in chronic pain patients in different age groups. *Journal of Gerontology*, 45(4), 161-165.

Kellogg, S. H., ve Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445-458.

Kömürcü, B., ve Soygüt, G. (2017). Erken dönem uyumsuz şemalar, ebeveynlik biçimleri ve psikolojik belirtiler ile psikolojik dışlanmanın tehdit ettiği ihtiyaçlar arasındaki ilişkiler. *Klinik Psikiyatri*, 20, 6-18.

Köse Karaca, B. (2015). Therapeutic alliance among supervisor, therapist, and client trio and schema concept as the affecting factor: a case analysis. *Ayna Clinical Psychology Journal*, 2(2), 13-39.

Köse, B. (2009). *Early maladaptive schemas and well-being with the moderator effect of balanced integration differentiation model* (Yayın no. 250612) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi].

Kuru, T., Yeldan, İ., Zengin, A., Kostanoğlu, A., Tekeoğlu, A., Akbaba, Y. A., vd. (2011). Erişkinlerde ağrı ve farklı ağrı tedavilerinin prevalansı. *Ağrı*, 23(1), 22-27.

Lau, R.R. (1982). Origins of health locus of control beliefs. *Personality and Social Psychology*, 42(2), 322-334.

Lautenbacher, S., Peters, J. H., Heesen, M., Scheel, J., ve Kunz, M. (2017). Age changes in pain perception: a systematic-review and meta-analysis of age effects on pain and tolerance thresholds. *Neuroscience&Biobehavioral Reviews*, 75, 104-113.

Lera, S., Gelman, S. M., Lopez, M. J., Abenoza, M., Zorrılla, J. G. (2009). Multidisciplinary treatment of fibromyalgia: Does cognitive behavior therapy increase the response to treatment? *Journal of Psychosomatic Research*, 67(5), 433-441.

Maccoby, E. E., ve Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology* içinde (pp. 1-101). New York: Wiley.

Martin, R., ve Young, J. (2010). Schema therapy. K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* içinde (pp. 317–346). New York: Guilford Press.

Mcbeth, J., Macfarlane G. J., ve Sılman A. J. (2002). Does chronic pain predict future psychological distress. *Pain*, 96(3), 239-245.

Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain*, 82, 121-126.

Melzack, R., ve Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory: A gate control system modulates sensory input from the skin before it evokes pain perception and response. *Science*, 150 (3699), 971-979.

Merikangas, K. R., ve Angst, J. (1995). Comorbidity and social phobia: Evidence from clinical, epidemiologic, and genetic studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 244(6), 297-303.

Merskey H. (1979). Pain terms: A list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP subcommittee on taxonomy. *Pain*, 6, 249-252.

Merskey, H. (1991). The definition of pain. *European Psychiatry*, 6(4), 153-159.

Merskey, H. (2000). Beware somatization. *European Journal of Pain*, 4, 3-4.

Miklósi, M., Szabó, M., ve Simon, L. (2017). The role of mindfulness in the relationship between perceived parenting, early maladaptive schema and parental sense of competence. *Mindfulness*, 8(2), 471-480.

Miller, P. H. (2008). Gelişim psikolojisi kuramları. (B. Onur ve Z. Gültekin, Çev.). Ankara: İmge Kitapevi.

Moreno, M. I., Garcıa, M. I., ve Pareja, M. A. (1999). Cognitive factors in chronic pain. *Psychology İn Spain*, 3(1), 75-87.

Muris, P. (2006). Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: Relations to perceived parental rearing behaviours, big five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology&Psychotherapy: An International Journal of Theory&Practice*, 13(6), 405–413.

Nordahl, H. M., ve Stiles, T. C. (2007). Personality styles in patients with fibromyalgia, major depression and healthy controls. *Ann Gen Psychiatry* , 6-9.

Parke, R. D. (2002). Fathers and families. M. H. Bornstein (Ed.). *Handbook of parenting. status and social conditions of parenting* içinde (pp. 27-73). Mahwah: Erlbaum.

Parke, R. D. ve Buriel, R. (2006). Socialization in the family: Ethnic and ecological perspectives. W. Damon, R.M. Lerner ve N. Eisenberg (Ed.), *The handbook of child psychology, social, emotional, and personality development* içinde (pp. 429-504). New York: Wiley.

Parra-Delgado, M., ve Latorrepostıgo, J. M. (2013). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of fibromyalgia: A randomised trial. *Cognitive Therapy And Research,* 37(5), 1015-1026.

Piaget, J. (1952). *Play, dreams and imitation in childhood.* Washington: Norton.

Platts, H., ve Tyson, M., ve Mason, O. (2002). Adult attachment style and core beliefs: Are they linked? *Clinical Psychology&Psychotherapy,* 9(5), 332-348.

Prkachin, K. M., ve Craig, K. D. (1995). Expressing pain: the communication and interpretation of facial pain signals. *Journal of Nonverbal Behavior,* 19(4), 191-205.

Rafaeli, E., Bernstein, D. P. ve Young, J .E. (2012). *Şema terapi: Ayırıcı özellikler*. İstanbul: Psikonet Yayınları.

Ramsay, J. R., ve Rostain, A. L. (2014). *Cognitive behavioral therapy for adult ADHD: An integrative psychosocial and medical approach*. Routledge/Taylor: Francis Group.

Riskind, J. H. (2004). *Cognitive theory and research on generalized anxiety disorder. contemporary cognitive therapy: theory, research, and practice*. New York: Guilford.

Rohner, R. P. (2004). The parental acceptance-rejection syndrome universal correlates of perceived rejection. *American Psychologist,* 59(8), 830-840.

Rusu, C., ve Dumitrescu, B. (2012). Iterative reweighted L1 design of sparse for filters. *Signal Processing*, 92(4), 905-911.

Sabuncu, N., ve Ay F., (2015). *Klinik beceriler: Sağlığın değerlendirilmesi, hasta bakım ve takibi*. İstanbul: Nobel Tıp.

Sayar, K., Bilen, A., ve Arıkan, M. (2001). Kronik ağrı hastalarında öfke, benlik saygısı ve aleksitimi. *Türkiye Klinik Psikiyatri*, 2(1), 36-42.

Segal, Z.V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin,* 103(2), 147.

Sertel, Ö. (2000). Ağrı. S. Erdine (Ed.) *Ağrı kontrolünde psikolojik girişimler* içinde (pp. 679-686). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Sertel-Berk, Ö. (2018). Kronik ağrı sendromlarında motivasyonel müdahale yöntemleri. *Türkiye Klinikleri Psychology-Special Topics*, 3(2), 13-21.

Shah, R., ve Waller, G. (2000). Parental style and vulnerability to depression: The role of core beliefs. *J Nerv Ment Dis,* 188, 19-25.

Shahamat, F. (2011). Predicting general health symptoms (somatization, anxiety, depression) from early maladaptive schemas. *Journal of Psychology,* 5(20), 103-124.

Sharp, T.J. (2001). Chronic pain: A reformulation of the cognitive behavioral model. *Behavioral Research and Therapy,* 39(7), 787-800.

Shattuck-Hufnagel, S., ve Turk, A. E. (1996). A prosody tutorial for investigators of auditory sentence processing. *Journal of Psycholinguistic Research, 25*(2), 193-247.

Shaver, P., ve Brennan, K. (1992). Attachment styles and the "big five" personality traits: their connections with each other and with romantic relationship outcomes. *Pers Soc Psychol Bull*. 18, 536-545.

Sheffield A., Waller, G., Emanuelli, F., Murray, J., ve Meyer, C. (2005). Links between parenting and core beliefs: Preliminary psychometric 180 validation of the Young Parenting Inventory. *Cognitive Therapy and Research,* 29, 787-802.

Shorey, R.C., Anderson, S., ve Stuart, G.L. (2012). An examination of early maladaptive schemas among substance use treatment seekers and their parents. *Contemporary Family Therapy,* 34(3), 429-441.

Sindel, D., Saral, İ., ve Esmaeilzadeh, S. (2012). Fibromiyalji sendromunda uygulanan tedavi yöntemleri. *Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi*. 58, 136-42.

Sivas, F. A., Başkan, B. M., Aktekin, L. A., Çınar, N. K., Yurdakul, F. K., ve Özoran, K. (2009). Fibromiyalji hastalarında depresyon, uyku bozukluğu ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* , 8-12.

Soygüt G., Karaosmanoğlu A., ve Çakır Z., (2009). Erken dönem uyumsuz şemaların değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3"ün psikometrik özelliklerine ilişkin bir inceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 20 (1), 75-84.

Soygüt G., ve Çakır Z. (2009). Ebeveynlik biçimleri ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkilerde kişilerarası şemaların aracı rolü: Şema odaklı bir bakış. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(2), 144-152.

Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A., ve Çakır, Z. (2008). Ebeveynlik biçimlerinin değerlendirilmesi: Young Ebeveynlik Ölçeği'nin psikometrik özelliklerine ilişkin bir inceleme. *Türk Psikoloji Yazıları*, 11(22), 17-30.

Sternbach, R.A. (1974). *Pain patients: Traits and treatment*. New York: Academic Press.

Sullivan, M.J., Thorn, B., Haythornthwaite, J.A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., vd. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal of Pain*, 17(1), 52-64.

Tait, R.C., ve Chibnall, J.T. (1997). Physician judgments of chronic pain patients. *Social Science&Medicine*, 45(8), 1199-1205.

Tander, B., Akyol, Y., Durmuş, D., Alaylı, G., Cengiz, K., İlhanlı, İ., vd. (2010). Bone mineral density and depression in premenopausal women with primary Fibromyalgia Syndrome. *Turkish Journal of Rheumatology*, 25, 105-109.

Thimm, J.C. (2010). Mediation of early maladative schemas between perception of parental rearing style and personality disorders symtoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 52-59.

Tremblay, P.F., ve Dozoıs, D.J.A. (2009). Another perspective on trait aggressiveness: overlap with early maladaptive schemas. *Personality and Individual Differences*, 46 (1), 569-574.

Turk, D.C., Meıchenbaum, D., ve Genest, M. (1983). *Pain and behavioural medicine: A cognitive behavioral perspective.* New York: Guilford Press.

Turner, J., Jensen, M.P., ve Romano, J. (2000). Do beliefs, coping and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain. *Pain*, 85, 115-125.

Unruh, A.M. (1996). Gender variations in clinical pain experience. *Pain*, 65(2-3), 123-167.

Uygur, M. (2020). *Üniversite öğrencilerinde sosyal anksiyete düzeyinin erken dönem uyumsuz şemalar ve üst bilişler ile ilişkisinin incelenmesi.* (Yayın no. 642327) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi].

Ünal, B. (2012). *Early maladaptive schemas and well-being: Importance of parenting styles and other psychological resources.* (Yayın no. 321152) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi].

Ünalan, P., Uzuner, A., Çifçili, S., Akman, M., ve Apaydın, Ç. K. (2009). Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi aile hekimliği polikliniğinin sağlık hizmeti sunduğu aileler. *Marmara Medical Journal*, 22(2), 90-96.

Van Houdenhove, B. (2000). Psychosocial stres and chronic pain. *European Journal of Pain*, 4, 225-228.

Velipaşaoğlu B. (2014). *Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında obsesif, kompulsiyon ve endişe ile erken dönem uyum bozucu şemalar, üst biliş ve düşünce eylem kaynaşması arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yayın no. 368996) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi].

Wade, J.B., Dougherty, L.M., Hart, R.P., ve Cook, D.B. (1992). Patterns of normal personality structure among chronic pain patients. *Pain*, 48, 37-43.

Waller, G., Meyer, C., Ohanian, V., Elliott, P., Dickson, C., ve Sellings, J. (2001). The psychopathology of bulimic women who report childhood sexual abuse: The mediating role of core beliefs. *The Journal of Nervous and Mental Disease,* 189(10), 700–708.

Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D., ve Maides, S. A. (1976). Development and validation of the health locus of control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44(4), 580.

Walsh, D. A., ve Radclıffe, J. C. (2002). Pain beliefs and perceived physical disability of patients with chronic low back pain. *Pain*, 97, 23-31.

Warburton, W., ve Mcılwain, D. (2005). The role of early maladaptive schemas in adult aggression. *Psychology, Psychiatry and Mental Health Monographs: The Journal of the New Institute of Psychiatry*, 2, 17–34.

Watkins, L. R., Hutchinson, M. R., Johnston, I. N., ve Maier, S. F. (2005). Glia: Novel counter-regulators of opioid analgesia. *Trends in Neurosciences,* 28(12), 661-669.

Wıllıams, D.A., Robınson, M.E., ve Geısser, M.E. (1994). Pain beliefs: Assessment and utility. *Pain*, 59, 71-78.

Wıllıams, D.A., ve Keefe, F.C. (1991). Pain beliefs and the use of cognitive behavioral coping strategies. *Pain*, 46, 185-190.

Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russel, I.J. ve Hebert, L. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis&Rheumatism,* 38(1), 19-28.

Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B., Bennett, R.M., Bombardier, C., Goldenberg, D.L. vd. (1990). The American College Of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis and Rheumatism,* 33, 160- 172.

Yakın, D. (2015). *Towards an integrative perspective on the interplay between early maladaptive schemas and well-being: The role of early recollections, selfcompassion and emotion regulation*. (Yayın no. 439243) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi].

Yavuzer, H. (1998). *Ana baba okulu*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yıldız, Ö. (2022). *Hemşirelerin ağrı inançları ile çocuklarda ağrıya yönelik bilgi ve tutumları arasındaki ilişki.*(Yayın no. 705959) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Kafkas Üniversitesi].

Yıldız, Ö.Z. (2018), *Evlilik doyumunun öncülleri ve sonuçları: Depresyon, kaygı, erken dönem uyumsuz şemalar*. (Yayın no. 508895) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Işık Üniversitesi].

Yıldızeli Topçu S. (2008). *Üst abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda hemşireler tarafından öğretilen gevşeme tekniklerinin ağrı kontrolü üzerine etkisi.* (Yayın no. 203446) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi].

Yiğit, İ., ve Çelik, C. (2016). İlişki doyumunun erken dönem uyum bozucu şemalar, kişilerarası ilişki tarzları ve kendilik algısı açısından değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 19(38), 77-87.

Yolalan, H. (2020). *Klinik olan ve klinik olmayan yetişkin örneklemlerinde algılanan ebeveynlik biçimleri ile depresyon arasındaki ilişkide şema modlarının aracılık rolü*. (Yayın no. 627469) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, İstanbul Arel Üniversitesi].

Young, J., Klosko J. S. ve Weishaar, M. E. (2009). *Şema terapi*. (T.V. Soylu, Çeviri). İstanbul: Litera Yayıncılık.

Young, J. E. (1990). *Practitioner's resource series. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach.* England: Professional Resource Exchange.

Young, J. E., Klosko, J. S., ve Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

Young, J. E., ve Klosko, J. S. (1994). *Reinventing your life*. New York: Plume.

Young, J. E., ve Klosko, J. S., (2011). *Hayatı yeniden keşfedin*. (A. Karaosmanoğlu ve E. Tuncer, Çev. Ed.). İstanbul: Psikonet Yayınları Young, J. E. (1990).

Young, J. E., ve Lindemann, M. D. (1992). An integrative schema-focused model for personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6(1), 11.

Yunus, M., Masi, A. T., Calabro, J., Miller, K., ve Feigenbaum, S. L. (1981). Primary fibromyalgia (fibrositis): Clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Seminars in Arthritis and Rheumatism,* 11 (1), 151-171.

Yücel, B. (2000). Ağrılı hastanın psikiyatrik değerlendirmesi. S. Erdine (Ed.). *Ağrı* içinde (pp.62-68). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Yücel, B., Kora, K., Özyalçın, S., Alçalar, N., Özdemir, O., ve Yücel, A. (2002). Depression, automatic thoughts, alexithymia, and assertiveness in patients with tension-type haeadache. *Headache,* 42(3), 194-199.

Yücel, B., Özyalçın, S., Sertel, H.O., Çamlıca, H.O., Ketenci, A., ve Talu, G.K. (2002). Childhood traumatic events and dissociative experiences in patients with chronic headache and low back pain. *Clinical Journal of Pain*, 18(6), 394- 401.

EKLER

Ek-1. Bilgilendirikmiş Onam Formu

"Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

Ek-2.Demografik Bilgi Formu

1. Yaşınız: _____

2. Cinsiyetiniz: Kadın ( ) Erkek ( )

3. Medeni durumunuz: Bekâr( ) Evli( ) Boşanmış( ) Dul( ) Ayrı yaşıyor ( )

4. Eğitim durumunuz: Okuryazar( ) İlkokul( ) Ortaokul( ) Lise( ) Yüksekokul( ) Lisans( ) Lisanüstü( )

5. Gelir düzeyi: Düşük ( ) Orta ( ) İyi ( ) Çok İyi ( )

6. Meslek: _____

7. Şu an gelir getirecek bir işte çalışıyor musunuz? Evet ( ) Hayır( ) Emekli ( )

8. Ailenizde kronik hastalık geçmişi var mı? Hayır Evet (Lütfen belirtiniz kaç yıldır, tanı, tedavi öyküsü) _____

Varsa kim? _____

9. Şimdiye kadar tedavi gerektirecek herhangi bir psikolojik rahatsızlık yaşadınız mı? Hayır ( ) Evet (Lütfen belirtiniz) _____

10. Fibramiyoljiye yönelik geçmiş tanı/tedavi öyküsü? Ne zaman teşhis konuldu? _____

11. Çocukken yaşadığınız bir yakınınızın ölümü, deprem, kaza vb. gibi travmatik yaşam deneyimleriniz oldu mu?

Hayır Evet (Lütfen belirtiniz)

a) Bir yakınınızın ölümü
b) Ciddi bir kaza (motor, araba, uçak kazası)
c) Doğal afet (sel, deprem, yangın vb)
d) Aileden veya tanıdık birinden cinsel saldırıya maruz kalmak
e) Aileden veya tanıdık birinden cinsel olmayan saldırıya maruz kalmak (fiziksel, duygusal, psikolojik)
f) Yaşamı tehdit eden tıbbi bir durum (kalp krizi vb)
g) Bunların dışında (Lütfen belirtiniz) _____

Ek-3. Young Şema Ölçeği Kısa Form-YŞÖ-KF3

Yönerge: Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olamadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin duygusal olarak ne hissettiğinize dayanarak cevap verin.

Bir kaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın.

1 den 6'ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkkı seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

Derecelendirme

1. Benim için tamamıyla yanlış
2. Benim için büyük ölçüde yanlış
3. Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla
4. Benim için orta derecede doğru
5. Benim için çoğunlukla doğru
6. Beni mükemmel şekilde tanımlıyor

1. _____ Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.
2. _____ Beniterkedeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.
3. _____ İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum
4. _____ Uyumsuzum.
5. _____ Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.
6. _____ İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum.
7. _____ Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.
8. _____ Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.
9. _____ Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşıtlarım kadar, başaramadım.
10. _____ Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.
11. _____ Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.

12. _____ Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemsediğimi göstermek gibi).

13. _____ Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.

14. _____ Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana "hayır" denilmesini çok zor kabullenirim.

15. _____ Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.

16. _____ Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.

17. _____ Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissederim.

18. _____ Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hak ederim.

19. _____ Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.

20. _____ Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.

21. _____ İnsanlara karşı tedbiri elden bırakamam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.

22. _____ Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.

23. _____ Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.

24. _____ İşleri halletmede son derece yetersizim.

25. _____ Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.

26. _____ Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hissediyorum.

27. _____ Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.

28. _____ Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.

29. _____ Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.

30. _____ Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.

31. _____ En iyisini yapmalıyım, "yeterince iyi" ile yetinemem.

32. _____ Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.

33. _____ Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.

34. _____ Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.

35. _____ İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.

36. _____ Eğer yanlış yaparsam, bunun özürü yoktur.

37. _____ Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.

38. _____ Yakınlarımın beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım

39. _____ Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.

40. _____ Bir yere ait değilim, yalnızım.

41. _____ Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.

42. _____ İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.

43. _____ Doğru ile yanlışı birbirinden ayırmakta zorlanırım.

44. _____ Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.

45. _____ Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hisseder veya suçluluk duyarız

46. _____ İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.

47. _____ Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.

48. _____ İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.

49. _____ Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.

50. _____ İstediğimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.

51. _____ Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakârlık etmekte zorlanırım.

52. _____ Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissederim.

53. _____ Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.

54. _____ Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.

55. _____ Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarım ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.

56. _____ Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissederim.

57. _____ Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheciyimdir.

58. ___ Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.

59. _____ Kendimi sevilebilecek biri gibi hissetmiyorum.

60. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.

61. _____ Gündelik işler için benim kararlarıma güvenilemez.

62. _____ Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.

63. _____ Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum-Benim kendime ait bir hayatım yok.

64. _____ Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.

65. _____ Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.

66. _____ Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.

67. _____ Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.

68. _____ Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.

69. _____ Benim yararıma olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.

70. _____ Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanılmayı ve takdir görmeyi isterim.

71. _____ Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.

72. _____ Neden yanlış yaptığımın önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.

73. _____ Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.

74. _____ İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.

75. _____ Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.

76. _____ Kendimi hep grupların dışında hissederim.

77. _____ Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.

78. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.

79._____Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.

80. _____ Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.

81. _____ Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.

82. _____ Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.

83. _____ Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.

84. _____ Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.

85. _____ Kendimi sorumluluktan kolayca sıyıramıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.

86. _____ Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.

87. _____ Kararlarıma nadiren sadık kalabilirim.

88. _____ Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.

89. _____ Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.

90. _____ Ben cezalandırılmayı hak eden kötü bir insanım.

Ek-4. Young Ebeveynlik Ölçeği-YEBÖ

Aşağıda anne ve babanızı tarif etmekte kullanabileceğiniz tanımlamalar verilmiştir. Lütfen her tanımlamayı dikkatle okuyun ve ebeveynlerinize ne kadar uyduğuna karar verin. 1 ile 6 arasında, çocukluğunuz sırasında annenizi ve babanızı tanımlayan en yüksek dereceyi seçin. Eğer sizi anne veya babanız yerine başka insanlar büyüttü ise onları da aynı şekilde derecelendirin. Eğer anne veya babanızdan biri hiç olmadı ise o sütunu boş bırakın.

1 - Tamamı ile yanlış
2 - Çoğunlukla yanlış
3 - Uyan tarafı daha fazla
4 - Orta derecede doğru
5- Çoğunlukla doğru
6-Ona tamamı ile uyuyor.

	Anne	Baba	
1.	____	____	Beni sevdi ve bana özel birisi gibi davrandı.
2.	____	____	Bana vaktini ayırdı ve özen gösterdi.
3.	____	____	Bana yol gösterdi ve olumlu yönlendirdi.
4.	____	____	Beni dinledi, anladı ve duygularımızı karşılıklı paylaştık.
5.	____	____	Bana karşı sıcaktı ve fiziksel olarak şefkatliydi.
6.	____	____	Ben çocukken öldü veya evi terk etti.
7.	____	____	Dengesizdi, ne yapacağı belli olmazdı veya alkolikti.
8.	____	____	Kardeş(ler)imi bana tercih etti.
9.	____	____	Uzun süreler boyunca beni terk etti veya yalnız bıraktı.
10.	____	____	Bana yalan söyledi, beni kandırdı veya bana ihanet etti.
11.	____	____	Beni dövdü, duygusal veya cinsel olarak taciz etti.
12.	____	____	Beni kendi amaçları için kullandı.
13.	____	____	İnsanların canını yakmaktan hoşlanırdı.
14.	____	____	Bir yerimi inciteceğim diye çok endişelenirdi.
15.	____	____	Hasta olacağım diye çok endişelenirdi.
16.	____	____	Evhamlı veya fobik/korkak bir insandı.

17. ____ ____ Beni aşırı korurdu.

18. ____ ____ Kendi kararlarıma veya yargılarıma güvenememe neden oldu

19. ____ ____ İşleri kendi başıma yapmama fırsat vermeden çoğu işimi o yaptı.

20. ____ ____ Bana hep daha çocukmuşum gibi davrandı.

21. ____ ____ Beni çok eleştirirdi.

22. ____ ____ Bana kendimi sevilmeye layık olmayan veya dışlanmış bir gibi hissettirdi.

23. ____ ____ Bana hep bende yanlış bir şey varmış gibi davrandı.

24. ____ ____ Önemli konularda kendimden utanmama neden oldu.

25. ____ ____ Okulda başarılı olmam için gereken disiplini bana kazandırmadı.

26. ____ ____ Bana salakmışım veya beceriksizmişim gibi davrandı.

27. ____ ____ Başarılı olmamı gerçekten istemedi.

28. ____ ____ Hayatta başarısız olacağıma inandı.

29. ____ ____ Benim fikrim veya isteklerim önemsizmiş gibi davrandı.

30. ____ ____ Benim ihtiyaçlarımı gözetmeden kendisi ne isterse onu yaptı.

31. ____ ___ Hayatımı o kadar çok kontrol altında tuttu ki çok az seçme özgürlüğüm oldu.

32. ____ ____ Her şey onun kurallarına uymalıydı.

33. ____ ____ Aile için kendi isteklerini feda etti.

34. ___ ____ Günlük sorumluluklarının pek çoğunu yerine getiremiyordu ve ben her zaman kendi payıma düşenden fazlasını yapmak zorunda kaldım.

35. ____ ____ Hep mutsuzdu; destek ve anlayış için hep bana dayandı.

36. ____ ____ Bana güçlü olduğumu ve diğer insanlara yardım etmem gerektiğini hissettirdi.

37. ____ ____ Kendisinden beklentisi hep çok yüksekti ve bunlar için kendini çok zorlardı.

38. ____ ____ Benden her zaman en iyisini yapmamı bekledi.

39. ____ ____ Pek çok alanda mükemmeliyetçiydi; ona göre her şey olması gerektiği gibi olmalıydı.

40. ____ ____ Yaptığım hiçbir şeyin yeterli olmadığını hissetmeme sebep oldu.

41. ____ ____ Neyin doğru neyin yanlış olduğu hakkında kesin ve katı kuralları vardı.

42. ____ ____ Eğer işler düzgün ve yeterince hızlı yapılmazsa sabırsızlanırdı.

43. ____ ____ İşlerin tam ve iyi olarak yapılmasına, eğlenme veya dinlenmekten daha fazla önem verdi.

44. ____ ____ Beni pek çok konuda şımarttı veya aşırı hoşgörülü davrandı.

45. ____ ____ Diğer insanlardan daha önemli ve daha iyi olduğumu hissettirdi.

46. ____ ____ Çok talepkardı; her şeyin onun istediği gibi olmasını isterdi.

47. ____ ____ Diğer insanlara karşı sorumluluklarımın olduğunu bana öğretmedi.

48. ____ ____ Bana çok az disiplin veya terbiye verdi.

49. ____ ____ Bana çok az kural koydu veya sorumluluk verdi.

50. ____ ____ Aşırı sinirlenmeme veya kontrolümü kaybetmeme izin verirdi.

51. ____ ____ Disiplinsiz bir insandı.

52. ____ ____ Birbirimizi çok iyi anlayacak kadar yakındık.

53. ____ ____ Ondan tam olarak ayrı bir birey olduğumu hissedemedim veya bireyselliğimi yeterince yaşayamadım.

54. ____ ____ Onun çok güçlü bir insan olmasından dolayı büyürken kendi yönümü belirleyemiyordum.

55. ____ ____ İçimizden birinin uzağa gitmesi durumunda, birbirimizi üzebileceğimizi hissederdim.

56. ____ ____ Ailemizin ekonomik sorunları ile ilgili çok endişeli idi.

57. ____ ____ Küçük bir hata bile yapsam kötü sonuçların ortaya çıkacağını hissettirirdi.

58. ____ ____ Kötümser bir bakışı açısı vardı, hep en kötüsünü beklerdi.

59. ____ ____ Hayatın kötü yanları veya kötü giden şeyler üzerine odaklanırdı.

60. ____ ____ Her şey onun kontrolü altında olmalıydı.

61. ____ ____ Duygularını ifade etmekten rahatsız olurdu.

62. ____ ____ Hep düzenli ve tertipliydi; değişiklik yerine bilineni tercih ederdi.

63. ____ ____ Kızgınlığını çok nadir belli ederdi.

64. ____ ____ Kapalı birisiydi; duygularını çok nadir açardı.

65. ____ ____ Yanlış bir şey yaptığımda kızardı veya sert bir şekilde eleştirdiği olurdu.

66. ____ ____ Yanlış bir şey yaptığımda beni cezalandırdığı olurdu.

67. ____ ____ Yanlış yaptığımda bana aptal veya salak gibi kelimelerle hitap ettiği olurdu.

68. ____ ____ İşler kötü gittiğinde başkalarını suçlardı.

69. ____ ____ Sosyal statü ve görünüme önem verirdi.

70. ____ ____ Başarı ve rekabete çok önem verirdi.

71. ____ ____ Başkalarının gözünde benim davranışlarımın onu ne duruma düşüreceği ile çok ilgiliydi.

72. ____ ____ Başarılı olduğum zaman beni daha çok sever veya bana daha çok özen gösterirdi.

Ek-5. Ağrı İnançları Ölçeği (AİÖ)

Lütfen her madde için fikrinizi şu kelimelerin altını çizerek belirtiniz.

i. Her zaman ii. Neredeyse her zaman iii. Sık sık
iv. Bazen v. Nadiren vi. Hiçbir zaman

Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Önemli olan, neye inanmanız gerektiğine dair hislerinize ya da bizim sizden neye inanmanızı beklediğimizle ilgili düşüncelerinize göre değil, gerçek inançlarınıza göre cevap vermenizdir.

1. Ağrı vücuttaki dokuların hasar görmesi sonucu oluşur.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

2. Fiziksel egzersiz ağrıyı daha da kötüleştirir.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

3. Kişinin, ağrıyı hafifletmek için kendi kendine bir şeyler yapması imkânsızdır.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

4. Kaygılı olmak ağrıyı daha da kötüleştirir.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

5. Ağrı çekmek vücutta bir şeylerin ters gittiğinin işaretidir.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

6. Rahatken ağrıyla baş etmek daha kolaydır.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

7. Ağrılı olmak sizin hobilerinizden ve sosyal yaşamınızdan zevk almanızı engeller.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

8. Ağrının miktarı hasarın miktarına bağlıdır.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

9. Ağrıyı düşünmek onu daha da kötüleştirir.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

10. Ağrıyı kendi başınıza kontrol etmek imkânsızdır.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

11. Ağrı bir hastalığın işaretidir.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

12. Depresif hissetmek ağrıyı daha da kötüleştirir.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

ÖZGEÇMİŞ

Zeynep DİKMEN

Eğitim

Yüksek Lisans Programı	2022	Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans
Lisans	2018	Maltepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü

İş/İstihdam

2020-halen Psikolog T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı İstanbul İl Müdürlüğü

Alınan Burs ve Ödüller

2018	Maltepe Üniversitesi Sosyoloji (Tam Burslu)
2019	Maltepe Üniversitesi Psikoloji (Çift Anadal)