**T.C.**
**İstanbul Üniversitesi**
**Sosyal Bilimler Enstitüsü**
**Psikoloji Anabilim Dalı**

**Yüksek Lisans Tezi**

# FİBROMİYALJİ SENDROMLU VE TEMPORAMANDİBULAR BÖLGEDE BRUKSİZME BAĞLI OLARAK ORTAYA ÇIKAN MİYOFASYAL AĞRI SENDROMLU KADINLARDA EVLİLİK UYUMUNUN VE YORDAYICILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

**Suna ÖMERBAŞOĞLU**
**2501101061**

**Tez Danışmanı**
**Doç. Dr. Hanife Özlem SERTEL BERK**

**İstanbul 2013**

T.C. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER
1982 ENSTİTÜSÜ



# Y Ü K S E K  L İ S A N S
# T E Z  O N A Y I

**ÖĞRENCİNİN**

Adı ve Soyadı : **Suna ÖMERBAŞOĞLU** Numarası : **2501101061**

Anabilim/Bilim Dalı : **Psikoloji Anabilim Dalı** Danışman Öğretim Üyesi : **Doç. Dr. Özlem SERTEL BERK**

Tez Savunma Tarihi : **19.07.2013** Tez Savunma Saati : **10:00**

Tez Başlığı : **Fibromiyalji Sendromlu ve Temporamandibular Bölgede Bruksizme Bağlı Olarak Ortaya Çıkan Miyofasyal Ağrı Sendromlu Kadınlarda Evlilik Uyumunun ve Yordayıcılarının Değerlendirilmesi**

**TEZ SAVUNMA SINAVI**, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin **36. Maddesi** uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin **KABULÜ'NE** OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

| JÜRİ ÜYESİ | İMZA | KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME) |
|---|---|---|
| 1-Prof. Dr. Ayşegül KETENCİ | | Kabul |
| 2- Doç. Dr. İlknur ÖZALP TÜRETGEN | | Kabul |
| 3- Doç. Dr. Özlem SERTEL BERK | | Kabul |

| YEDEK JÜRİ ÜYESİ | İMZA | KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME) |
|---|---|---|
| 1- Prof. Dr. Başak YÜCEL | | |
| 2- Doç. Dr. Pınar ÜNSAL | | |

# FİBROMİYALJİ SENDROMLU VE TEMPORAMANDİBULAR BÖLGEDE BRUKSİZME BAĞLI OLARAK ORTAYA ÇIKAN MİYOFASYAL AĞRI SENDROMLU KADINLARDA EVLİLİK UYUMUNUN VE YORDAYICILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Suna ÖMERBAŞOĞLU

## ÖZ

Evlilik/sağlık arasındaki ilişkilere dair çalışmaların giderek yaygınlaştığı son yıllarda, bu araştırmanın temel amacı fibromiyalji sendromlu (FMS) ve miyofasyal ağrı sendromlu (MAS) kadın hastaların ve eşlerinin evlilik uyumlarının birbirinden farklı olup olmadığının, yan amacı ise kronik ağrı senromları ile evlilik uyumu arasındaki ilişkide çatışma çözüm stilleri, cinsel ilişki niteliği, evliliğe dair akılcı olmayan inançlar ve psikiyatrik belirtiden duyulan sıkıntının medyatör etkisinin olup olmadığının incelenmesidir. Araştırma FMS'li grupta 24, MAS'lı grupta 26 ve kontrol grubunda 14 olmak üzere toplam 64 kadın ve FMS'li gruptan 17, MAS'lı gruptan 18 ve kontrol grubundan ise 11 eş olmak üzere toplam 46 erkek katılımcıyla gerçekleştirilmiştir. Gruplara, Demografik Bilgiler Soru Formu, Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği, Çift Uyum Ölçeği, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, İlişki İnançları Ölçeği ve Belirti Tarama Listesi uygulanmıştır. Sonuçlar, hem FMS'li ve MAS'lı hasta grubuplarının hem de eşlerinin evlilik uyumlarının birbirinden farklılaşmadığını göstermiştir. Her iki tanı grubunda yer alan hastalar ve eşleri kendi içlerinde tek grup olarak tanımlanıp sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında ise kadın hastaların evlilik uyumunun sağlıklı kontrollere göre düşük olduğu, hasta eşleri ile sağlıklı eşlerin farklılaşmadığı saptanmıştır. Ayrıca, kronik ağrı sendromları ile evlilik uyumu arasındaki ilişkide üstünlük kurma çatışma çözüm stili, cinsel ilişki niteliği ve psikolojik belirtiden duyulan sıkıntının tam medyatör etki gösterdikleri bulgulanmıştır. Bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Fibromiyalji Sendromu, Miyofasyal Ağrı Sendromu, Evlilik Uyumu

# THE EVALUATION OF MARITAL ADJUSTMENT AND ITS PREDICTORS IN WOMEN WITH FIBROMYALGIA SYNDROME AND MYOFASCIAL PAIN SYNDROME OCCURING DUE TO BRUXISM IN THE TEMPORAMANDIBULAR REGION

Suna ÖMERBAŞOĞLU

**ABSTRACT**

As studies regarding the relationships between marriage and health is gradually increasing in current literature, the main purpose of this study is to analyze whether marital adjustment of female patients with fibromyalgia syndrome (FMS) and their husbands differ from myofascial pain syndrome (MPS) patients and their husbands. Secondly, whether the conflict resolution styles, sexual intercourse qualification, irrational marital beliefs and the distress from psychiatric indications mediate the relationship between type of chronic pain syndromes and marital adjustment. The participants were 64 women as 24 in FMS, 26 in MPS and 14 in control groups and their husbands (n=46) as 17 in FMS, 18 in MPS and 11 in control groups. The groups were administered with demographic form, Conflict Resolution Styles Scale, Dyadic Adjustment Scale, Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction, Relationship Belief Inventory and Symptom Check List. The results have showed no difference between FMS and MPS patients and between their partners in terms of marital adjustment. When participants in FMS and MPS group and their partners were combined and compared with healthy controls, it was found that the marital adjustment of the female patients were lower than the healthy controls. However, no difference was observed between that of partners in both groups. The results further revealed that conflict resolution styles, sexual intercourse qualification, irrational marital beliefs and psychiatric indications distress fully mediated the relationship between chronic pain syndromes and marital adjustment. The findings have been discussed in the light of literature.

**Key words:** Fibromyalgia Syndrome, Myofascial Pain Syndrome, Marital Adjustment

# ÖNSÖZ

Bu çalışma, genelde kronik ağrı sendromlarının özelde ise yaygın ağrı ile seyreden fibromiyalji sendromu tanısı alan kadın hastalar ile temporamandibular bölgede bruksizme bağlı olarak ortaya çıkan miyofasyal ağrı sendromu tanısı alan kadın hastalar ve bu hastaların eşleri arasında evlilik uyumları açısından fark olup olmadığını belirlemektir.

Öncelikle, zorlu geçen tez sürecim boyunca iyimser ve motive edici bakış açısıyla, tüm yorgunluğuna ve yoğunluğuna rağmen bitmeyen sabır, ilgi ve anlayışıyla süreci kolaylaştıran, manevi ve mesleki desteğini her daim hissettiren, mesleki bilgisini benimle cömertçe paylaşan, hem mesleğime hem kişiliğime çok şey katan değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Sn.Özlem Sertel-Berk'e,

Tezimin tıbbi kısmında her başım sıkıştığında desteğini esirgemeyen, hasta grubuma ulaşmamda ve kafamdaki karmaşık noktaları aydınlatmamda çok emeği geçen ikinci tez danışmanım Prof. Dr. Sn. Ayşegül Ketenci'ye,

Kaynak tavsiyeleri ve paylaşımcı tavrıyla süreç içinde çok desteğini gördüğüm Doç. Dr. Sn. Demirhan Dıraçoğlu'na,

Hasta yönlendirmelerinde desteklerini esirgemeyen Uzm. Dr. Sn. Nalan Çapan, Uzm. Dr. Sn. Sina Esmaeilzadeh, Dr.Alketa Toska, Dr. Georgi Yassıbaş, Dr. İlker Süleymanoğlu, Dr. Merih Akpınar, Dr. Seviç Ezel Polat'a, hastaların kontrol muayenelerindeki paha biçilmez özverilerinden dolayı Dr. Elif Yakşi, Dr. Nalan Sezgin'e ve çalışmalarımı kolaylıkla yürütmem için gerekli ortamın sağlanmasında emeği geçen başta Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Sn. Dilşad Sindel olmak üzere tüm fizik tedavi ve rehabilitasyon anabilim dalı hocalarına, hekimlerine ve çalışanlarına,

Çok kısa zamandır tanıyor olmasına rağmen bana desteğini ve güvenini esirgemeyen değerli meslektaşım ve hocam Uzm. Psk. Sn. Yücel Sözer'e ve hayal etmeyi bırakmadığım sürece yıldızların göründüğü kadar uzak olmadığını bana öğreten hocalarım Sn. Avni Uzun ve Sn. Ayşegül Soylu Muslu'ya,

Sağladığı burs sayesinde yüksek lisans öğrenimimi rahatlıkla tamamladığım TÜBİTAK'a,

Vakaların randevu düzenlemelerinde ve veri giriş aşamasında desteğini ve güleryüzünü esirgemeyen, enerjisi ile motivasyonumu yükselten Sn. Gizem Aydın'a, veri toplama ve giriş aşamasında büyük bir özveri ile yardımcı olan değerli meslektaşım ve arkadaşım Psk. Sn. Nergiz Hocazade'ye ve kontrol grubu katılımcılarıma ulaşmamda zaman zaman benden daha fazla zaman ve emek harcayan Sn. Adem Parlak, Sn. Gözde Şahin-Tosun, Sn. Hacı Tekin, Sn. İdil Çakır, Sn. K. Tuba Demirci ve ailesine, Sn. Seydi Tosun, Sn. Şerife Parlak, Sn. Yasemin Parlak, Sn. Zeliha Özer'e,

Motivasyonumun düştüğü, ümitsizliğe kapıldığım ve yorulduğum zamanlarda enerjileri, anlayışları, karşılıksız sevgi ve ilgileriyle bana devam etme gücü veren Sn. Aygül Çalışkan, Sn. Ayşe Kılıç, Sn. Banu Çetin, Sn. Dilara İşgören, Sn. E. Feyza Tiryakioğlu, Sn. Fevzi Çakmak, Sn. Gülay Özen, Sn. Huriye Demirci, Sn. Kadir Özden, Sn. Meriç Bilen, Sn. Oğuz Olgun, Sn. Ömer Faruk Atabek, Sn. Özge Üstün Çakmak, Sn. Seda Kartaltepe, Sn. Sinem Yılmaz, Sn. Sultan Gülay Tiryakioğlu, Sn. Süleyman Kartal ve Sn. Şengül Sönmez, Sn. Yağmur Özdemir ve Sn. Zeynep İnan'a,

Her zaman olduğu gibi tez sürecim boyunca da mesleki ve manevi desteğini her daim hissettiğim, değerli meslektaşım ve dostum Burak Duruk' a

Uzakta olsak da sevgisini ve iyi dileklerini hep bir yürek mesafesinde tutan manevi halam Sn. Seyhan Kılıççeken'e,

Uzak olmamıza ve çok nadiren görüşebilmemize rağmen sevgilerini her daim çok derinden hissettiren kardeşlerim Hülya Demirci ve Yasemin Ömerbaşoğlu'na ve kendisi de zorlu bir süreçten geçiyor olmasına rağmen ilgisini ve desteğini eksik etmeyen, olgunluğu, motive edici tavırları ve çalışma azmi ile en önemli güç kaynaklarımdan biri olan kardeşim Nevzat Ömerbaşoğlu'na,

Beni bugünlere getiren, her aldığım kararda sorgusul sualsiz arkamda duran, her daim kocaman ve karşılıksız bir sevgi ile sevildiğimi bildiğim, destek ve güvenlerini hissettiğim, varlıklarından her daim güç aldığım ve evlatları olarak doğduğum için kendimi şanslı hissettiğim babam Sn. Rafet Ömerbaşoğlu ve annem Sn. Hamide Ömerbaşoğlu başta olmak üzere tüm aileme,

Ve 7 yaşımda kaybetmiş olmama rağmen özlemini ve sevgisini hala yüreğimde taşıdığım babaannem Sn. Şerife Ömerbaşoğlu'na bana kazandırdıkları her şey için sonsuz teşekkür ediyorum.

# İÇİNDEKİLER


**ÖZET** iii

**ABSTRACT** iv

**ÖNSÖZ** v

**İÇİNDEKİLER** vii

**TABLOLAR** xi

**ŞEKİLLER** xii

**KISALTMALAR LİSTESİ** xiii

**GİRİŞ** 1

**1.LİTERATÜR** 7

1.1. Ağrı-Kronik Ağrı 7

1.1.1. Ağrı Tanımları 7

1.1.2. Ağrı Ölçümü 8

1.1.3. Ağrı Taksonomisi (Sınıflaması) 8

1.1.3.1. Nörofizyolojik Mekanizma İle İlgili Ağrı 10

1.1.3.1.1. Nosiseptif Ağrı 11

1.1.3.1.2. Somatik Ağrı 11

1.1.3.1.3. Visseral Ağrı 11

1.1.3.1.4. Nöropatik (nonnosiseptif) Ağrı 11

1.1.3.1.5. Psikojenik (Psikosomatik) Ağrı 12

1.1.3.2. Etiyolojik Farklılıklara Göre Tanımlanan Ağrı 12

1.1.3.3. Ortaya çıktığı Bölgeye Göre Tanımlanan Ağrı 12

1.1.3.4. Süresine Göre Ağrı 13

1.1.3.4.1. Akut Ağrı 13

1.1.3.4.2. Kronik Ağrı 14

1.1.4. Kronik Ağrı Sendromu 15

1.1.4.1. Kronik Ağrının Sendrom Olarak Tanımlanmasının Önemi 15

1.1.4.2. Kronik Ağrı Sendromlu Hastanın Klinik Değerlendirmesi 16

1.1.4.2.1. Tıbbi Değerlendirme 17

1.1.4.2.1.1. Gözlem 18
1.1.4.2.1.2. Anamnez 18
1.1.4.2.1.2.1. Ağrı Anamnezi 19
1.1.4.2.1.2.2. Tıbbi Hikaye 19
1.1.4.2.1.2.3. Fizyolojik ve Psikolojik Hikaye 20
1.1.4.2.1.2.4. Aile Anamnezi 21
1.1.4.2.1.3. Fizik Muayene 21
1.1.4.2.1.4. Nörolojik Muayene 21
1.1.4.2.2. Psikolojik Değerlendirme 22
1.2. Fibromiyalji Sendromu (FMS) 27
1.2.1. FMS'nin Tanımı ve Klinik Görünümü 27
1.2.2. FMS'de Epidemiyoloji 30
1.2.3. FMS'de Etiyoloji 31
1.2.3.1. FMS'nin Biyolojik Temelleri 31
1.2.3.2. FMS'nin Psikososyal Temelleri 31
1.2.4. FMS ve Psikopatoloji 32
1.2.5. FMS'de Demografik Özellikler 35
1.2.6. FMS'de Ağrı Şiddeti ve Hastalık Süresi 36
1.2.7. FMS'de Tedavi 36
1.2.7.1.İlaç Odaklı Tedavi Yaklaşımı 37
1.2.7.2.İlaç Dışı Tedavi Yaklaşımları 38
1.2.7.2.1. Eğitim 38
1.2.7.2.2. Egzersiz 38
1.2.7.2.3. Bilişsel-Davranışçı Tedavi 38
1.2.7.2.4. Diğer Tedaviler 39
1.2.7.3. FMS'nin Tedavi Sürecinde Hastalar, Hasta Eşleri ve Sağlık Personeli 41
1.3. Miyofasyal Ağrı Sendromu (MAS) 43
1.3.1. MAS'ın Tanımı ve Klinik Görünümü 43
1.3.2. MAS'ta Epidemiyoloji 47
1.3.3. MAS'ta Etiyoloji 48

1.3.3.1. MAS'ın Biyolojik Temelleri 48
1.3.3.2. MAS'ın Psikososyal Temelleri 48
1.3.4. MAS'ta Tedavi 49
1.4. FMS ve MAS Aynı mı Ayrı mı? 51
1.5. Evlilik ve Evlilik Uyumu 54
1.5.1. Evlilik ve Evlilik Uyumunun Tanımları 54
1.5.2. Evlilik Uyumunun Yordayıcıları 55
1.5.3. Evlilik Uyumu ve Sağlık 57
1.5.4. Evlilik Uyumu ve Kronik Ağrı Sendromları 58
1.5.5. Evlilik ve FMS 59
**2. PROBLEM VE HİPOTEZLER** 61
**3. YÖNTEM** 63
3.1. Katılımcılar 63
3.1.1. Araştırma Grubu (Kronik Ağrı Sendromlu Grup) 63
3.1.2. Kontrol Grubu (Sağlıklı Grup) 64
3.2. Veri Toplama Araçları 69
3.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu 69
3.2.2. Demografik Bilgiler Soru Formu 69
3.2.3. Ağrı Değerlendirme Formu 70
3.2.4. Hasta Eşleri İçin Kısa Form 70
3.2.5. Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği (ÇÇSÖ) (Conflict Resolution Styles Scale-CRSS) 70
3.2.6. Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) (Dyadic Adjustment Scale-DAS) 72
3.2.7. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) (Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction-GRISS) 73
3.2.8. İlişki İnançları Ölçeği (İİÖ) (Relationship Belief Inventory-RBI) 76
3.2.9. Belirti Tarama Listesi (SCL-90 ) 78
3.3. İşlem 84
3.4. İstatistik 86
**4. BULGULAR** 87
**TARTIŞMA VE SONUÇ** 96

**KAYNAKÇA** 107
**EKLER** 125
EK 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu 127
EK 2. Demografik Bilgi Formu 129
EK 3. Ağrı Değerlendirme Formu 140
EK 4. Hasta Eşleri İçin Kısa Form 143
EK 5. Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği 145
EK 6. Çift Uyum Ölçeği 147
EK 7. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu 159
EK 8. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Erkek Formu 153
EK 9. İlişki İnançları Ölçeği 157
EK 10. Belirti Tarama Listesi 162

## TABLOLAR


**Tablo 1.** IASP'nın beş eksenli ağrı taksonomisi 9

**Tablo 2.** Raj'ın (2000) ağrı sınıflaması 10

**Tablo 3.** FMS ve MAS arasındaki farklar 53

**Tablo 4.** Üç çalışma grubuna ait betimsel istatistik değerleri 67

**Tablo 5.** Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği standart puan dönüşüm değerleri 76

**Tablo 6.** Araştırmada kullanılan ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları 83

**Tablo 7.** Evlilik uyumu, evlilik sayısı ve evlilik süresi arasındaki ilişkilere dair korelasyon değerleri 88

**Tablo 8.** FMS'li ve MAS'lı kadın hastaların evlilik uyum puanları ortalama ve standart sapma değerleri 89

**Tablo 9.** Kronik ağrı sendromlu kadın hastalar ile sağlıklı kadınların evlilik uyum puanları ortalama ve standart sapma değerleri 89

**Tablo 10.** FMS'li ve MAS'lı kadın hasta eşlerinin evlilik uyum puanları ortalama ve standart sapma değerleri 90

**Tablo 11.** Kronik ağrı sendromlu hasta eşleri ve sağlıklı eşlerin eşlerinin evlilik uyum puanları ortalama, standart sapma ve medyan değerleri 91

**Tablo 12.** Kronik ağrı sendromu ve evlilik uyumu ile pozitif çatışma çözme stili, negatif çatışma çözme stili, geriçekilme çatışma çözme stili ve evliliğe dair akılcı olmayan inançlar arasındaki ilişkilere dair korelasyon değerleri. 92

**Tablo 13.** Kronik ağrı sendromu ve evlilik uyumu ile üstünlük kurma çatışma çözüm stili, cinsel ilişki niteliği ve psikiyatrik belirtiden duyulan sıkıntı arasındaki ilişkilere dair korelasyon değerleri 93

**Tablo 14.** Kronik ağrı sendromunun evlilik uyumu üzerindeki yordayıcı etkisinde üstünlük kurma çatışma çözüm biçimi (Model 1), cinsel ilişki niteliğinin (Model 2) ve psikiyatrik belirtiden duyulan sıkıntının (Model 3) medyatör rolüne dair Lojistik Medyatör Regresyon Analizi sonuçları 95

# ŞEKİLLER


| | | |
|---|---|---|
| **Şekil 1.** | FMS İçin Tanımlanan 18 Hassas Noktanın Vücuttaki Dağılımı | 28 |
| **Şekil 2.** | Temporal Kastaki Tetik Noktalar | 47 |
| **Şekil 3.** | Massater Kastaki Tetik Noktalar | 47 |

## KISALTMALAR LİSTESİ

**ACR:** American Collage of Rheumatology (Amerikan Romatizma Birliği)

**ÇÇSÖ:** Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği

**ÇUÖ:** Çift Uyum Ölçeği

**FMS:** Fibromiyalji Sendromu

**GRCDÖ:** Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği

**IASP:** International Association for the Study of Pain (Uluslar Arası Ağrı Araştırmaları Derneği)

**İİÖ:** İlişki İnançları Ölçeği

**MAS:** Miyofasyal Ağrı Sendromu

**SCL-90-R:** Belirti Tarama Listesi

# GİRİŞ

Günümüzde en önemli tıbbi başvuru sebeplerinden biri olan ağrı, Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (International Association for the Study of Pain = IASP) tarafından, vücudun herhangi bir yerinden başlayan, organik bir nedene bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili, duyusal (sensoryal), duygusal (emosyonel) ve hoş olmayan bir yaşantı olarak tarif edilmiştir (1988). Çok çeşitli şekilllerde tanımlanabilen ağrı, literatürdeki farklı tanımlar göz önüne alındığında duyusal, duygusal ve bilişsel yönleri olan, altta yatan doku hasarıyla ilişkili ya da ilişkisiz olabilen, yaşantılanma biçimi; geçmiş deneyimler, kültür, çevre ve demografik özelliklere göre farklılık gösteren, kişinin yaşam kalitesini düşüren, kişiyi çevresi ile ilişkilerinde pasif hale getiren, nahoş ve öznel bir deneyim olarak tariflenebilir (Ertekin, 1993; Ketenci, 2000; Merskey, 1986; Raj, 2000). Literatürde genel itibari ile bu şekilde tanımlanan ağrı, farklı kriterler göz önüne alınarak farklı sınıflamalara tabi tutulmakta, evrensel bir sınıflandırmadan hala bahsedilememektedir. Ancak Raj (2000), en sık kullanılan ağrı sınıflamasını; nörofizyolojik mekanizmayla ilişkili ağrı, süreye bağlı olarak tanımlanan ağrı, etiyolojik farklılıklara göre tanımlanan ağrı ve ortaya çıktığı bölgeye göre tanımlanan ağrı olmak üzere 4 ana başlık altında toplamıştır.

Tıp pratiğinde, ağrının değerlendirilmesinde en sık kullanılan sınıflama süre göz önüne alınarak yapılan sınıflamadır. Ağrı problemi süresi göz önüne alındığında üçe ayrılmaktadır; akut (0-4 hafta), subakut (4-12 hafta) ve kronik (>12 hafta). Bu kategoriler yaklaşık değerler olup bir çok uzman 3-6 aydan uzun süren ağrıların kronik olarak değerlendirilmrsi gerektiğine inanır (Turk ve Okifuji, 2001; Akt. Robinson ve Arendt-Neilsen, 2010). Ancak, Raj'ın (2000) da belirttiği gibi süreye bağlı olarak tanımlanan ağrı, çoğunlukla akut ve kronik ağrı olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Akut ağrı; vücut dokularındaki zedelenme sonucunda zedelenen bölgedeki ağrı reseptörlerinin aktive olmasıyla ani olarak başlayan, altta yatan lezyon ile yer, zaman ve şiddet açısından tutarlı ilişkisi olan, iyileşme sürecinde giderek azalan ve kaybolan ağrı olarak tanımlanmaktadır. Bu ağrı tipi travmalar, cerrahi girişimler ve bazı hastalıklardan sonra görülmekte olup meydana gelen tepkisel süreç ise fizyolojik olarak doku yıkımını önlemeye yöneliktir (Aydın, 2002; Erdine, 2003;

Kara ve Abay, 2000). Ayrıca, Erdine'nin (2003) de belirttiği gibi akut ağrı bir sendrom değil bir semptomdur. Kronik ağrı ise; altta yatan organik patolojinin ortadan kalktığı ya da ağrının sürmesini açıklayamadığı, beklenen iyileşme süresinden çok daha uzun süre, aralıklarla aylar hatta yıllar boyu devam eden, uyarıcı işlevi olmayan, psikolojik faktörlerin etkili olduğu, kişiyi hastalık davranışlarına yönelten, kişinin yaşam kalitesini önemli düzeyde etkileyen ve gerekli tüm tedavilere rağmen süren ağrılardır. Ağrının kronik olarak nitelendirilmesi için 3-6 ay kadar bir sürenin geçmesi gerekir (Aydın, 2002; Erdine, 2003; Güleç ve Güleç, 2006; Kara ve Abay, 2000; Raj, 2000). Tüm bunların yanı sıra, kronik ağrı tipinde sempatik aktivite azalır, olayın bilişsel, davranışsal ve duygusal yönleri ön plana çıkar (Kara ve Abay, 2000). Günümüzde kronik ağrının bir semptom olarak değil bir sendrom olarak değerlendirilmesine doğru yavaş yavaş bir gidişatın olduğu göze çarpmaktadır. Çünkü; yine Kara ve Abay'ın (2000) da belirttiği gibi kronik ağrının ortaya çıkışında bir çok psikososyal etmenin rolü olabileceği gibi, bu ağrının söz konusu olduğu durumlarda farklı psikiyatrik bozukluklar da tabloya eklenmekte ve genellikle yapılan tedaviler altta yatan patolojik süreci gidermeyip yalnızca geçici olarak hafiflemesini sağlamaktadır. Dolayısıyla, ağrı sürdükçe hastanın gerginliği ve depresyonu artmakta, sosyal yaşamdan gitgide uzaklaşarak bedeni ile çok fazla uğraşabilmektedir. Ayrıca, kronik ağrının yol açtığı değişiklikler sadece hastayı etkilemekle kalmayıp ailesini, işverenini, dostlarını ve hatta ilgili sağlık elemanlarını dahi etkileyerek hastanın ruhsal sağlığı ve sosyal yaşamına çok fazla zarar verdiği göze çarpmaktadır. İşte tüm bunlar göz önüne alındığında, kronik ağrının bir bulgu olmaktan çok; bir hastalık, bir sendrom olarak değerlendirilmesinin gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Buna ek olarak, Erdine (2003) de kronik ağrı nedeniyle ortaya çıkan; halsizlik ve bitkinliğe bağlı uyku bozuklukları, libido ve seksüel aktivite azalması, iştahsızlık ve kilo kaybı, kabızlık, psikomotor bozukluklar, irritabilite artışı, hareketliliğin azalmasına bağlı eklem bozuklukları gibi semptomların da kronik ağrıyı bir sendrom haline getirdiğine vurgu yapmaktadır. Bakıldığında, kronik ağrı sendromlarında karşılaşılan temel sorun, Raj'ın (2000) da belirttiği gibi ağrının, hastanın sağlık ve iyileşme hakkındaki düşünceleri, davranışları ve yaşam şekli ile yakın etkileşim içinde olması ve hastaların acı çekmesidir. İşte bu kronik ağrı sendromları arasında değerlendirilen fibromiyalji sendromu (FMS) ve miyofasyal

ağrı sendromu (MAS), günümüzde çok yaygın olarak görülen (Gerwin, 2005), tedavi sürecinde sağlık ekibini zorlayan, çoğunlukla da tedavi sürecinin hem hasta hem de hekim için hüsranla sonuçlandığı iki önemli sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Etiyolojisi ve patofizyolojik mekanizmaları tam olarak bilinmeyen FMS, en önemli belirtisi kronik ve yaygın kas-iskelet sistemi ağrısı olan (Acar-Sivas ve ark., 2009; Akkuş, Koşar ve Beyazit, 1998; Güleç, Sayar, Topbaş, Karkucak, ve Ak, 2004; Gürer ve Şendur, 2006; Hayta ve ark., 2010; Linares ve ark., 2008**;** Wolfe ve ark., 1990; Wolfe, Ross, Anderson, Russel ve Hebert, 1995), belli anatomik bölgelerde hassas noktaların varlığı (Güleç ve ark., 2004; Linares ve ark., 2008; Wolfe ve ark., 1990), uyku bozukluğu (Acar-Sivas ve ark.,2009; Gürer ve Şendur, 2006; Hayta ve ark., 2010; Linares ve ark., 2008; Wolfe ve ark., 1990; Wolfe ve ark., 1995), yorgunluk (Acar-Sivas ve ark., 2009; Akkuş ve ark., 1998; Gürer ve Şendur, 2006; Hayta ve ark., 2010; Linares ve ark., 2008; Wolfe ve ark., 1990; Wolfe ve ark., 1995) ve uzun süreli sabah tutukluğuna (Acar-Sivas ve ark., 2009; Akkuş ve ark., 1998; Gürer ve Şendur, 2006; Hayta ve ark., 2010; Wolfe ve ark., 1990; Wolfe ve ark., 1995) ek olarak; depresyon (Acar-Sivas ve ark., 2009; Wolfe ve ark., 1995) ve anksiyete gibi (Hayta ve ark., 2010; Wolfe ve ark., 1990; Wolfe ve ark., 1995) ruhsal sorunlarla karakterize, eklemlerde şekil bozukluğuna neden olmayan, eklem dışı romatizmal bir hastalıktır (Wolfe ve ark., 1990).

Gelişiminde yorgunluk ve stres de dahil pek çok faktörün etkili olduğu miyofasyal ağrı sendromu (MAS) ise, kaslarda ve/veya fasyalarda oluşan tetik noktalardan kaynaklanan lokal veya yansıyan ağrıya kas spazmı, yorgunluk, hareket kısıtlılığı, lokal hassasiyet, tutukluk ve nadiren de otonomik sinir sistemi bozukluklarının eşlik ettiği bölgesel bir sendromdur (Aydın, Şen ve Ellialtıoğlu, 2000; Tüzün, 2011; Mense ve Simon, 2001; Akt.Robinson ve Arendt-Neilsen, 2010). MAS'tan en çok etkilenen vücut yapılarından biri, en sık kullanılan eklemlerden biri olan ve günde yüzlerce defa ısırma, çiğneme, konuşma ve esneme için kullanılan ve alt çeneyi kafa kemiklerine bağlayan temporamandibular eklemdir (Aksoy, Keskin ve Tuncer, 1997). Etiyolojisi tartışmalı ve hala tam aydınlatılamamış olan bu sendromun bu vücut bölgesinde ortaya çıkmasında rol oynayan en önemli

nedenlerden biri olarak bruksizm karşımıza çıkmaktadır (Özcan, 2005). Bruksizm aşırı diş sıkma ve gıcırdatma olarak tanımlanır ve bruksizmi olan çoğu hasta sabahları çene ve kulak ağrısı ile uyanır. Bu hastalar bir yakını uyarana ya da diş doktoru bu durumu tanılayana kadar çoğunlukla durumun farkına varmazlar (Karan ve Aksoy, 2004). Etiyolojisi hakkında bir fikir birliği olmamakla birlikte bruksizmin gerginlik ve strese bir yanıt olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir (Carlsson, Egermak ve Magnusson, 2003). Bruksizm dişlerde aşınma ve kırılmalar ortaya çıkarmanın yanı sıra çiğneme sistemine ait bir kas işlev bozukluğu olan MAS'a, daha ileri boyutta ise geri dönüşsüz temporamandibular eklem hasarlarına yol açabilir (Özcan, 2005).

Bu iki sendrom, 1986 yılında Ağrı Çalışmaları Birliği tarafından farklı klinik tablolar olarak kabul edilmiş (Şendur, 2004) olmakla birlikte bu konuda literatürde farklı görüşler mevcuttur. Yaygın bir ağrı sendromu olan FMS'nin, bölgesel bir ağrı sendromu olan MAS'tan farklı olduğunu savunanlar olduğu gibi (Mense ve Simons, 1992), bu iki sendromun birbirine benzer olduğunu (Wolfe ve ark., 1992) savunan araştırmacılar da vardır (Akt. Robinson ve Arendt-Neilsen, 2010).

Bu ağrı sendromları ile takip edilen hastalar ile yapılan psikolojik değerlendirme görüşmelerinde hastaların, ağrılarının başlangıcında ya da seyrinde kendileri için stres yaratan durumlar arasında tarifledikleri eş ilişkilerine dair sorunlar dikkat çekmiştir. Bu görüşmeler sırasında yapılan klinik gözlemlerde, hastaların ağrı öykülerinde yer alan en çok stres yaratan olaylar ve durumlara dair ağırlıklı olarak ön plana çıkan temalardan birinin evlilik ilişkilerinde yaşanan sorunlar olması bu iki durumun arasında anlamlı ilişkiler olabileceğini düşündürmüştür.

Kronik ağrı sendromları her ne kadar bedensel semptomlar olarak görülseler de temelindeki düşünce paternlerinin ve duygusal yaşantıların etkisi inkar edilemez. Bu sendromlar ile evlilik arasındaki ilişkiye dair yapılan çalışmalar da bu iki durumun birbiri ile ilişkili olduğuna dair klinik gözlemleri destekler niteliktedir. Moore ve Chaney (1985), kronik ağrıdaki artışın evlilik doyumunda azalmaya yol açtığını bildirmiştir. Öte yandan, Schwartz, Blazer, George ve Laderman da (1986),

evlilik çatışmasının ağrı davranışlarının sergilenmesi ile arttığına dikkat çekmişlerdir. Ayrıca, ülkemizde Sertel (1998) tarafından bu hasta grubu ile yürütülen çalışma sonuçlarına göre kronik ağrının evli çiftlerde görülme sıklığı daha yüksek bulgulanmasına ek olarak, çalışmaya katılan hastaların yaklaşık %95'i evliliklerinde şiddetli çatışma bildirmişlerdir. Ek olarak, evli bireylerin evli olmayanlara göre psikolojik ve beden sağlıklarının daha iyi olmakla birlikte, mutsuz evliliğe sahip olanların daha fazla bedensel ve ruhsal hastalık yaşadıkları, genel mutluluk düzeylerinin ve yaşam doyumlarının düşük olduğunu bildiren çalışmalar da mevcutur (Coyne ve DeLongis, 1986; Akt. Fidanoğlu, 2007). Tüm bunlardan hareketle, evlilikteki uyum ve mutluluğun hem ruhsal hem fiziksel sağlık halini desteklediği ve kronik ağrı sendromlarının hastadan sonra en çok, genelde aileyi özelde ise eşi ve dolayısıyla da evliliği etkilediğini söylemek yanlış olmayacaktır.

İnsan hayatının dönüm noktalarından biri olarak değerlendirilen evlilik, literatürdeki farklı tanımlamalar göz önüne alındığında; farklı ilgi, istek ve ihtiyaçlara sahip iki insanın karşılıklı uyum, doyum, mutluluk, özgüven ve kişilik gelişimlerini sağlama ve biyolojik, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlayarak kurdukları kurumsal birleşmeye ek olarak; düşünce, inanç, zeka ve yaşam görüşlerinin de karşılıklı sevgi, saygı ve anlayış çerçevesinde birleşmesini içeren sosyal bir iletişim ve etkileşim sistemi olarak tariflenebilir (Glenn, 1991; Günay, 2000; Tutarel-Kışlak, 1999; Özgüven, 2000; Özuğurlu, 1985). Evliliğin niteliği, bireylerin yaşamında en birincil sosyal destek kaynağının eş olması sebebiyle Hünler ve Gençöz'ün (2003) de belirttiği gibi yaşam kalitesi ile çok yakından ilişkilidir. Bu duruma vurgu yapan bir diğer araştırmacı olan Glenn de (1990) evliliğin, kişilerin yaşam süresini uzatan, psikolojik ve bedensel sağlığını koruyan ve mutluluklarını artıran bir etken olduğuna işaret etmektedir.

İnsan hayatındaki diğer önemli deneyimlerden sadece biri olmasına rağmen bireyin yaşam kalitesi ile bu derece yakından ilişkili olan evliliğin niteliğini değerlendirmek için yaygın olarak kullanılan yol evlilik uyumunun ölçümlenmesidir, çünkü evliliğin niteliğinin yordanmasında uyumun daha önemli olduğu

düşünülmektedir (Beach, Fincham, Amir ve Leonard, 2005; Erbek, Beştepe, Akar, Eradamlar ve Alpkan, 2005a; Erdoğan, 2007).

Evlilik uyumu ise, çiftin doyumu, birlikteliği ve işbirliği, eşler arasındaki farklar, gerilim ve kişilerdeki kaygının (Spainer, 1976) yanı sıra, ilişkiye yönelik algılar, iletişim şekilleri, sorun çözme becerileri, bağlılık, cinsellik, heyecan arama, sosyal anksiyete seviyesi, dindarlık ve eğitim düzeyi gibi bireysel, durumsal ve ilişkisel birçok faktörden etkilenen (Polat, 2006), yaşam kalitesini çok derinden etkileyebilen (Carey, Spector, Lantinga ve Krauss, 1993) eşlerin birbirine uyum süreci olarak tariflenebilir.

Karşılıklı etkileşen, evlilik ve aileyi ilgilendiren konularda fikir birliği yapabilen ve sorunlarını olumlu bir şekilde çözebilen çiftlerin evliliği uyumlu bir evlilik olarak tanımlanmakta, dolayısıyla; mutluluk, doyum ve beklentilerin gerçekleşmesi, evlilikte karşılıklı uyum ile mümkün olmaktadır. İşte bu nedenle klinisyenler kadar araştırmacılar da evlilik uyumunun araştırılmasına giderek artan bir ilgi duymaya başlamışlardır (Erbek ve ark., 2005a).

Literatürde, evlilik uyumu ve ağrı arasındaki ilişkileri gösteren çalışmaların sayısının giderek arttığı günümüzde bu çalışmanın da temel amacı genelde kronik ağrı sendromlarının özelde ise yaygın ağrı ile seyreden fibromiyalji sendromu (FMS) tanısı alan kadın hastalar ile temporamandibular bölgede bruksizme bağlı olarak ortaya çıkan miyofasyal ağrı sendromu tanısı (MAS) alan kadın hastalar ve bu hastaların eşleri arasında evlilik sayısı ve evlilik süresi kontrol edildiğinde evlilik uyumları açısından fark olup olmadığını belirlemektir. Öte yandan, araştırmanın yan amacı olarak kronik ağrı sendromları ile evlilik uyumu arasındaki ilişkide evlilik süresi ve sayısı kontrol edildiğinde çatışma çözüm stilleri, cinsel ilişki niteliği, evliliğe dair akılcı olmayan inançlar ve psikiyatrik belirtiden duyulan sıkıntının medyatör etkisinin olup olmadığının araştırılması hedeflenmiştir. Bu çalışma ile hastaların değerlendirme sürecinde multidisipliner bakış açısı ile ele alınmalarının önemine vurgu yapmak, elde edilecek bilgiler doğrultusunda yeni müdahale programlarının tasarlanmasına ve tedavi süreci planlanırken ağrının biyolojik

süreçlerine ek olarak psikolojik ve sosyal yönlerinin de işin içine katılarak sürecin daha etkin yürütülmesine katkı sağlamak hedeflenmektedir.

# 1. LİTERATÜR

## 1.1. Ağrı-Kronik Ağrı

### 1.1.1. Ağrı Tanımları

Ağrı çok çeşitli şekillerde tanımlanan bir kavramdır. Ağrıyı, Aristo ruhun ıstırabı olarak (Özkan, 1993), Merskey (1986) mevcut veya potansiyel doku hasarı ile birlikte bulunan, hoş olmayan, duyusal ve duygusal bir deneyim olarak, Ertekin ise (1993), bedenin herhangi bir yerinden köken alan, hoş olmayan, kişiyi panik haline ve kaçış davranışına yönelten algı olarak tariflemektedir. Ayrıca ağrı, doku hasarının bilinçsiz olarak farkına varılması şeklinde de tanımlanabilmektedir (Morgan ve Mikhail, 1996; A. Yücel, 1997).

Uluslararası ağrı araştırmaları derneği (International Association for the Study of Pain = IASP) ağrıyı, vücudun herhangi bir yerinden başlayan, organik bir nedene bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili, duyusal (sensoryal), duygusal (emosyonel) ve hoş olmayan bir duygu olarak tarif etmiştir (1988). Ağrının özelliklerine vurgu yapan bu tanımlamadan yola çıkarak; ağrının organik kaynağının her zaman bilinemediği, ağrılı uyarana verilen cevabın; geçmiş yaşam biçimi, kültür, çevre, eğitim ve cinsiyet gibi faktörlere bağlı olması nedeni ile öznel olduğu ve bu nedenle de objektif bir biçimde değerlendirilmesinin zor olabileceği düşünülebilir (Ketenci, 2000). Dolayısıyla, hoşa gitmeyen bir duyum olan ağrıyı değerlendirirken öznel bir deneyim olduğunun gözden kaçırılmaması ve hem fiziksel hem de fiziksel olmayan bileşenlerinin bir arada ele alınması önerilmektedir (Raj, 2000).

Tüm bu tanımlamalardan yola çıkılarak ağrı; duyusal, duygusal ve bilişsel yönleri olan, altta yatan doku hasarıyla ilişkili ya da ilişkisiz olabilen, yaşantılanma biçimi; geçmiş deneyimler, kültür, çevre ve demografik özelliklere göre farklılık gösteren, kişinin yaşam kalitesini düşüren, kişiyi çevresi ile ilişkilerinde pasif hale getiren, nahoş ve öznel bir deneyim olarak tariflenebilir. Kara ve Abay'ın da (2000) vurguladığı gibi evrensel bir insan yaşantısı olan ve oldukça sık rastlanan bir yakınma olan ağrı; bireyin psikolojik, sosyal ve biyolojik dengesinin bozulması ile de ilişkilidir.

### 1.1.2. Ağrı Ölçümü

Ağrı, öznel bir yaşantı olması sebebiyle ölçümü de son derece karmaşık ve tartışmalıdır. Ağrının standardizasyonu için çeşitli ölçüm teknikleri geliştirilmiştir. Objektif ve güvenilir bir yöntem bilinmemekle birlikte kullanımı yaygın olan yöntemler; Görsel Analog Skala, Algometre, McGill Ağrı Sorgulama Formu, Ağrı Günlüğü, Ağrı Haritası, Fonksiyonel Durum Skalaları ve Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri'dir (MMPI). Klinikte ve bilimsel araştırmalarda en çok kullanılan yöntem ise Görsel Analog Skala'dır (GAS) (Visuel Analogue Scale) ve tamamen hastanın öznel değerlendirmesine dayanır (Doksat, 2000; Erdine, 2003, 2007; Ketenci, 2000; Tolunay ve Tolunay, 2000). GAS'da hastadan, 10 cm'lik düz çizgi üzerinde; 0=hiç ağrı yok, 10=deneyimlediği en şiddetli ağrı (doğum ağrısı, diş ağrısı gibi) olmak üzere yaşadığı ağrıyı puanlaması istenir (Erdine, 2007).

### 1.1.3. Ağrı Taksonomisi (Sınıflaması)

Canlı organizmaların sınıflandırılması anlamına gelen taksonomi kelimesi, klinik uygulamada nesnelerin sistematik sınıflandırılması, yani nesneleri benzer özelliklerine göre, geniş olanlar daha sınırlı olanlar ile örtüşecek şekilde gruplara ayırmak anlamında kullanılmakta ve ağrı ile ilgili de farklı sınıflama sistemleri bulunmaktadır (Raj, 2000). Merskey (1986) ağrı konusundaki sınıflama sistemlerinin anlaşılır olmakla birlikte sürekli ve sabit olmadığına, en önemli gereksinimin pratiklik olduğuna dikkat çekerken, Erdine de (2007) ağrının sınıflanması sayesinde

ayrıntılı olarak değerlendirilmesinin daha da kolaylaştığına vurgu yapmaktadır. Ancak, Raj (2000) ağrı sınıflamasını oldukça karmaşık, ağrı tedavisini de en kötü olasılıkla imkansız, en iyi olasılıkla zor olarak nitelendirmekte ve ağrının nörofizyolojik, biyokimyasal, psikolojik, etnokültürel, dinsel, bilişsel, ruhsal ve çevresel bir durum olduğu göz önüne alındığında çok boyutlu bir süreç olduğuna vurgu yapmaktadır. Ancak, günümüzde multidisipliner bakış açısı çerçevesinde ele alınan ağrının tedavisi söz konusu olduğunda uzmanlar artık daha ümitlidir.

IASP'nın taksonomi alt komitesi; kronik ağrılı gövde bölümlerini, kronik ağrıdan etkilenen sistemleri, ağrının özellikleri, tipi, süresi ve şiddetini ve de etiyolojisini kapsayan ilk çok eksenli sistemi oluşturmuştur (Raj, 2000).

**Tablo 1.** IASP'nın Beş Eksenli Ağrı Taksonomisi (Raj, 2000)

| Eksen | Gözönüne alınan kriter |
|---|---|
| I. Eksen | Bölge |
| II. Eksen | Sistem |
| III. Eksen | Ağrının geçici özellikleri ve oluşum şekli |
| IV. Eksen | Hastanın şiddet değerlendirmesi ve ağrı, başlangıcından beri geçen zaman |
| V. Eksen | Etiyoloji |

IASP'nın ağrı taksonomisinde ;

I. Eksen, ağrının bulunduğu vücut bölgesi ile ilgilidir.
II. Eksen, ağrının etkilediği sistemler ile ilgilidir.
III. Eksen, ağrının oluşum süreci ve karakteristikleri ile ilgilidir.
IV. Eksen, hastanın ifadesine göre ağrının şiddeti ve başlangıcından bu yana geçen süre ile ilgilidir.
V. Eksen, ağrının etiyolojisi ile ilgilidir.

Öte yandan literatür incelendiğinde, IASP'nın sınıflama sistemi dışında çeşitli ağrı sınıflamaları olduğu da göze çarpmaktadır (Erdine, 2003, 2007; Kara ve Abay, 2000). Evrensel bir sınıflandırmadan hala bahsedilememekle birlikte Raj (2000), en sık kullanılan ağrı sınıflamasında ağrıyı 4 ana başlık altında toplamıştır. Bunlar;

- Nörofizyolojik Mekanizmayla İlişkili Ağrı (Nosiseptif ağrı, somatik ağrı, visseral ağrı, nöropatik (nonnosiseptif) ağrı, psikojenik ağrı)
- Süresine Göre Ağrı (Akut ağrı, kronik ağrı)
- Etiyolojik Farklılıklara Göre Tanımlanan Ağrı (Kanser ağrısı, postherpetik nevralji, orak hücre anemisine bağlı ağrı, artrit ağrısı)
- Ortaya Çıktığı Bölgeye Göre Tanımlanan Ağrı (Baş ağrısı, yüz ağrısı, bel ağrısı, pelvik ağrı)'dır.

**Tablo 2.** Raj'ın (2000) Ağrı Sınıflaması

| **Nörofizyolojik Mekanizma** | **Süreye Bağlı Ağrı** | **Etiyolojik Ağrı** | **Bölgesel Ağrı** |
|---|---|---|---|
| **a**. Nosiseptif | **a.** Akut | **a.** Kanser | **a.** Baş ağrısı |
| **b.** Somatik | **b.** Kronik | ağrısı | **b.** Yüz ağrısı |
| **c.** Visseral | | **b.** Postherpetik | **c.** Bel ağrısı |
| **d.**Nöropatik | | nevralji | **d.** Pelvik ağrı |
| (nonnosiseptif) | | **c.**Orak hücre | |
| **e.** Psikojenik | | anemisine | |
| | | bağlı ağrı | |
| | | **d.** Artrit ağrısı | |

#### 1.1.3.1. Nörofizyolojik Mekanizmayla İlişkili Ağrı

Bu mekanizmada 5 farklı ağrı türünden bahsedilmektedir.

#### 1.1.3.1.1. Nosiseptif Ağrı

Fizyopatolojik bir takım olay ve süreçlerin, ağrılı uyarana duyarlı spesifik reseptörler olarak tanımlanan nosiseptörleri (ağrıyı algılayan serbest sinir uçlarını) uyarması sonucu ortaya çıkan ağrılardır (Erdine, 2003; Raj, 2000).

#### 1.1.3.1.2. Somatik Ağrı

Somatik (duyusal) sinir lifleriyle taşınan ve sinirlerin yayılım bölgesinde algılanan bu ağrılar, genellikle kırık, çıkık ve travma gibi durumlarda görülür. Ani başlangıçlı ve keskin olmakla birlikte iyi lokalize edilebilir ve batma, sızlama, zonklama tarzında hissedilirler. Ayrıca bu ağrı türü, visseral (iç organlarla ilgili) ağrı ile kıyaslandığında daha yoğun ve acı vericidir (Aydın, 2002; Erdine, 2003, 2007; Raj,2000).

#### 1.1.3.1.3. Visseral Ağrı

Sempatik lifler ile taşınan ve iç organlardan kaynaklanan bu ağrılar genellikle künttür. Yavaş yavaş artan, yaygın ve kolay lokalize edilemeyen bu ağrıların yansıma bölgeleri vardır, yani başka bölgelere yayılırlar. Örneğin, apandisit ağrısının göbeğe ya da miyokarddan (kalbin orta kas tabakası) kaynaklanan ağrıların sol kola yayılması gibi. Dolayısıyla bu tür ağrıların değerlendirilmesi somatik ağrılara göre daha zordur. Ayrıca her organa özgü deri bölgesinde de aşırı hassasiyet vardır (Erdine, 2003, 2007; Raj, 2000). Kimyasal irritanlar (tahriş yaratmak amacıyla uygulanan madde), organların ani gerilmesi, aşırı kasılmalar ve kan akımının azalması bu ağrı türünü ortaya çıkaran nedenler arasında sayılabilir (Aydın, 2002).

#### 1.1.3.1.4. Nöropatik (nonnosiseptif) Ağrı

Travma veya metabolik bir hastalık (örneğin, diabet) sonucunda, periferik sinirlerdeki nosiseptörlerin doğrudan etki altında kalmasıyla; diğer bir deyişle, nörolojik bir yapı ve/veya işlevin değişmesi ile ortaya çıkan ağrıdır. Bu ağrı türünün

nosiseptif ağrıdan en belirgin farkı ise, sürekli bir nosiseptif uyaranın olmamasıdır. Nöropatik ağrının görüldüğü durumlarda, normalde ağrılı olmayan uyaranlar da sinir dokusunun hassaslaşmasına bağlı olarak ağrıya neden olur ve patoloji ortadan kalkmasına rağmen ağrı devam eder. Aralıklı, kısa süreli, batıcı ve saplanıcı bir ağrı olan nöropatik ağrı, duyusal bozukluğun olduğu bölgede algılanır, yani lokalize edilmesi kolaydır. Hoş olmayan uyuşukluk hissi, yanma, elektirik çarpması, karıncalanma ve keçeleşme hisleri mevcuttur (Erdine, 2003, 2007; Raj, 2000). Bu ağrı türüne spinal kord yaralanması, multipl sklerozis, epilepsi ve inme gibi yapısal değişikliklere bağlı ağrılar örnek olarak verilebilir (Aydın, 2002). Ayrıca, ağrı tahribata neden olan olayı takiben değil, çok daha sonra da ortaya çıkabilir ve tedavisinde ikincil analjezik (merkezi etkili antidepresanlar, sedatifler gibi) desteğine ihtiyaç duyulabilir (Erdine, 2003, 2007).

#### 1.1.3.1.5. Psikojenik (Psikosomatik) Ağrı

Hastanın psişik ya da psikososyal sorunlarını ifade yolu olarak işlev gören ağrıdır. Hasta çeşitli kişisel, ekonomik ve toplumsal sorunlarını ağrı biçiminde ifade ederek ilgi ve dikkat çekmeye çalışmakta, bir anlamda ağrıyı kullanmaktadır. Bu duruma örnek olarak somatizasyon verilebilir (Erdine, 2003, 2007).

### 1.1.3.2. Etiyolojik Farklılıklara Göre Tanımlanan Ağrı

- Kanser Ağrısı
- Postherpetik Nevralji
- Orak Hücre Anemisine Bağlı Ağrı
- Artrit Ağrısı

### 1.1.3.3. Ortaya Çıktığı Bölgeye Göre Tanımlanan Ağrı

- Baş Ağrısı
- Yüz Ağrısı
- Bel Ağrısı

- Pelvik Ağrı

#### 1.1.3.4. Süresine Göre Ağrı

Çoğunlukla iki türde sınıflandırılmaktadır:

##### 1.1.3.4.1. Akut Ağrı

Vücut dokularındaki zedelenme sonucunda zedelenen bölgedeki ağrı reseptörlerinin aktive olmasıyla ani olarak başlayan, altta yatan lezyon ile yer, zaman ve şiddet açısından tutarlı ilişkisi olan, iyileşme sürecinde giderek azalan ve kaybolan ağrı akut ağrı olarak tanımlanmaktadır. Bu ağrı tipi travmalar, cerrahi girişimler, enfeksiyon (bulaşma), enflamasyon (yangı, iltihaplanma) ve bazı hastalıklardan sonra görülmekte olup meydana gelen tepkisel süreç ise fizyolojik olarak doku yıkımını önlemeye yöneliktir (Aydın, 2002; Erdine, 2003, 2007; Kara ve Abay, 2000). 0-4 hafta arasında süren ağrılar akut ağrı olarak nitelendirilirken, 4-12 hafta arası süren ağrılar subakut ağrı olarak tanımlanır (Turk ve Okifuji, 2001; Akt. Robinson ve Arendt-Neilsen, 2010). Bu süreçte sempatik ve noradrenerjik aktivitede artış olurken, parasempatik aktivitede ise azalma meydana gelir. Akut ağrı söz konusu olduğunda iyileşme süreci genellikle birkaç gün ile birkaç hafta arasında değişir. Ancak, habis (kötü huylu) hastalıklarda vücut dokularının invazyonu (bozulması) sürekli akut ağrıya neden olabilmekte, ayrıca akut ağrının varlığında hastalar tepkisel olarak anksiyete geliştirebilmektedirler (Kara ve Abay, 2000). Dahası, akut ağrı durumunda hastanın rahatsızlığı açıkça görülebilir ve ağrının şiddetinden hasta bağırabilir, kıvranabilir, solgun, terli ve bunalmış olabilir (Güleç ve Güleç, 2006). Kısacası, akut ağrı vücutta oluşan zedelenmeler sonucu meydana gelen, önemli bir uyarı fonksiyonu olan ve hoşa gitmeyen duyusal bir deneyim olarak tariflenmekle birlikte kolayca tanınır (Frischenschlager ve Pucher, 2002). Akut ağrı ile ilgili akılda tutulması gereken en önemli nokta ise, Erdine'nin de (2003, 2007) belirttiği gibi akut ağrının bir sendrom değil bir semptom olduğudur.

#### 1.1.3.4.2. Kronik Ağrı

Altta yatan organik patolojinin ortadan kalktığı ya da ağrının sürmesini açıklayamadığı, beklenen iyileşme süresinden çok daha uzun süre, aralıklarla aylar hatta yıllar boyu devam eden, uyarıcı işlevi olmayan, psikolojik faktörlerin etkili olduğu, kişiyi hastalık davranışlarına yönelten, kişinin yaşam kalitesini önemli düzeyde etkileyen ve gerekli tüm tedavilere rağmen süren ağrılardır. Ağrının kronik olarak nitelendirilmesi için 3-6 ay kadar bir sürenin geçmesi gerekir (Aydın, 2002; Erdine, 2003, 2007; Güleç ve Güleç, 2006; Kara ve Abay, 2000; Raj, 2000). Uzun süreli ağrısı olan hastaların yeni düzenlenecek tedavi programlarına cevap verme olasılıklarının akut ağrılı hastalara göre daha düşük olması ağrının kronikliğinin tespitini önemli hale getirmektedir (Robinson ve Arendt-Neilsen, 2010). Kronik ağrıda hasta, anlaşılamayan mekanizmalarla merkezileşen ağrıya psikolojik ve nörofizyolojik olarak uyum gösterir ve akut ağrı varlığında davrandığı biçimde davranmaz. Böyle bir durumda özgül ağrı yollarının cerrahi olarak kesilmesi dahi acıyı ortadan kaldırmayabilir (Güleç ve Güleç, 2006). Bu ağrı tipinde sempatik aktivite azalır, olayın bilişsel, davranışsal ve duygusal yönleri ön plana çıkar (Kara ve Abay, 2000).

En temelde bakıldığında, sağlık kurumlarına başvuran hastaların büyük orandaki ilk yakınması olan ağrı, daha önce de bahsedildiği gibi genellikle, ilk etapta süresi göz önüne alınarak, akut ve kronik ağrı olmak üzere iki başlık altında değerlendirilmektedir. Ancak, günümüzde kronik ağrının yavaş yavaş bir semptom olarak değil bir sendrom olarak değerlendirilmesine doğru bir gidişat olduğundan, tam da bu noktada kronik ağrı sendromlarını ele almak yararlı olacaktır.

### 1.1.4. Kronik Ağrı Sendromu

#### 1.1.4.1. Kronik Ağrının Sendrom Olarak Tanımlanmasının Önemi

Kronik ağrı sendromu terimi tartışmalı olmakla birlikte Robinson ve Arendt-Neilsen (2010) kronik ağrılı hastalarda sıklıkla görülen tavır ve davranışlar bütününe işaret ettiği için kullanılmasının gerektiğine işaret etmektedir. Kronik ağrının ortaya çıkışında birçok psikososyal etmenin rolü olabileceği akılda tutulmalıdır. Bu ağrının söz konusu olduğu durumlarda farklı psikiyatrik bozukluklar da tabloya eklenir ve genellikle yapılan tedaviler altta yatan patolojik süreci gidermez, yalnızca geçici olarak hafifletilmesini sağlar. Dolayısıyla, ağrı sürdükçe hastanın gerginliği ve depresyonu artar, sosyal yaşamdan gitgide uzaklaşarak bedeni ile çok fazla uğraşır. Öte yandan, kronik ağrının yol açtığı değişiklikler sadece hastayı etkilemekle kalmayıp ailesini, işverenini, dostlarını ve hatta ilgili sağlık elemanlarını dahi etkileyerek hastanın ruhsal sağlığı ve sosyal yaşamına çok fazla zarar verebilmektedir. Tüm bunlar göz önüne alındığında, kronik ağrının bir bulgu olmaktan çok; bir hastalık, bir sendrom olarak değerlendirilmesinin gereği ortaya çıkmaktadır (Kara ve Abay, 2000). Ayrıca, Erdine de (2007) kronik ağrı nedeniyle ortaya çıkan; halsizlik ve bitkinliğe bağlı uyku bozuklukları, libido ve seksüel aktivite azalması, iştahsızlık ve kilo kaybı, kabızlık, psikomotor bozukluklar, irritabilite artışı, hareketliliğin azalmasına bağlı eklem bozuklukları gibi semptomların da kronik ağrıyı bir sendrom haline getirdiğine vurgu yapmaktadır.

Ancak kroniklik, kronik ağrı sendromu ile birlikte değildir. Kronik ağrısı olan bazı bireyler kronik ağrı sendromu belirtisi göstermezken, bazı bireyler hasarlanmanın ardından kronik ağrı sendromunu düşündüren anormallikler gösterebilmektedirler (Robinson ve Arendt-Neilsen, 2010). Bakıldığında, kronik ağrı sendromlarında karşılaşılan temel sorun, Raj'ın da (2000) belirttiği gibi ağrının, hastanın sağlık ve iyileşme hakkındaki düşünceleri, davranışları ve yaşam şekli ile yakın etkileşim içinde olması ve hastaların acı çekmesidir. Bu hastaların büyük çoğunluğu tedaviye dirençli olmasına rağmen kronik ağrı sendromlarının tedavisinin

gerekliliğinin açık olduğuna vurgu yapan Robinson ve Arendt-Neilsen (2010), bu hastaların zaman içinde ağrıyla başetmek için kademeli olarak işlevsel olmayan yöntemler geliştirdiklerine işaret etmektedirler. Yazarlar ayrıca kronik ağrı sendromlu hastaların tüm tedavilere rağmen göreceli olarak kötü prognoz göstermeleri ve girişimsel tedavilerden daha çok rehabilitasyon tedavilerinden yarar görmeleri nedeniyle kronik ağrı sendromu varlığının saptanmasının önemine işaret etmişlerdir.

Yukarıda da bahsedildiği gibi, kronik ağrı sendromu bir çok faktörün bir araya gelmesi sonucu ortaya çıkan ve hastanın hayatının bir çok alanını etkileyen karmaşık bir süreçtir. Peki, böyle bir durumla karşılaşan tedavi otoritelerinin sürece yaklaşımı nasıl olursa planlanan tedaviden maksimum verim elde edilebilir? Böylesine karmaşık bir sürecin içinde bulunan kronik ağrı sendromlu hastanın tedavisinden maksimum verimi elde etmenin en temel ve vazgeçilmez gereği multidisipliner yaklaşımla yapılan kapsamlı bir klinik değerlendirmedir. Tam da bu noktada kronik ağrı sendromlu hastanın klinik değerlendirmesine değinmek faydalı olacaktır.

#### 1.1.4.2. Kronik Ağrı Sendromunun Klinik Değerlendirmesi

Öznel bir deneyim olan ve çok farklı nitelik ve niceliklerde ortaya çıkabilen ağrının değerlendirilmesi temelde hastanın sözel tanımlamalarına, sözel olmayan dışavurumlarına ve empatiye bağlı olduğu için sıklıkla hasta ve hekim arasında iletişim problemleri meydana gelmektedir (Güleç ve Güleç, 2006). Ayrıca, Erdine'nin de (2007) belirttiği gibi ağrı yaşantısı kişinin geçmişten gelen bütün deneyimlerini kapsadığı ve hem algılanan hem de yorumlanan bir süreç olduğu için mutlaka kişisel özellikler taşımakta ve yaşantılanma şekli kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Bu nedenle, her şeyden önce değerlendirme multidisipliner bir ekiple yapılmalı ve değerlendirmeyi yapan ekip (hekim, psikolog, FTR uzmanı, nörolog vb.) hastanın belirttiği ağrı şiddetine inanmalı ve hastaya bu izlenimi mutlaka vermelidir. Daha birçok faktörü göz önünde bulundurmayı gerektiren kronik ağrı sendromlu hastanın klinik değerlendirmesi bu doğrultuda, tıbbi değerlendirme ve psikolojik değerlendirme olmak üzere ikiye ayrılır.

#### 1.1.4.2.1. Tıbbi Değerlendirme

Kişilerin medikal tedaviye başvurmalarının en sık nedeni olan ağrının, tıbbi değerlendirmesi çeşitli zorluklar içermektedir. Bu durumun en temel nedeni ise öznel bir deneyim olmasıdır (Erdine, 2007; Ketenci, 2000; Raj, 2000; A. Yücel, 2000). Ayrıca ağrının kültürel, sosyal, çevresel, ekonomik, ailesel ve demografik özelliklerle yakından ilişkili olması da ağrının objektif olarak değerlendirilmesini güçleştirmektedir (Erdine, 2007; Ketenci, 2000; Kozanoğlu ve Göncü, 2000). Bunlara ek olarak; ağrının farklı hastalıklarda farklı nitelikte ve nicelikte olabilmesi, değerlendirmeyi yapanın deneyimleri, ağrının doğasına ilişkin anlayışı ve ağrılı kişilerle ilgili anıları da ağrı değerlendirmesini etkileyen faktörlerdendir.

Ağrının objektif değerlendirmesine ihtiyaç duyulmasının nedenleri ise şunlardır:

1. Ağrı karakterine göre tanı koyabilmek ve uygun tedaviyi düzenleyebilmek.
2. Tedavi sırasında ağrı seviyesindeki değişiklikleri takip edebilmek.
3. Tedavinin etkinlik düzeyini saptayabilmek.
4. Ağrıyı etkileyen faktörlerde zamana göre değişimi saptayabilmek (Ketenci, 2000).

Alandaki ilgili yayınlar (Erdine, 2007; Ertaş, 2000; Ketenci, 2000; Kozanoğlu ve Göncü, 2000; A. Yücel, 2000) incelendiğinde, kronik ağrılı hastanın tıbbi değerlendirmesi konusunda şu şekilde bir sınıflama yapılabilir;

- Gözlem
- Ayrıntılı anamnez
- Fizik muayene
- Nörolojik muayene

Bu dört aşamada titiz bir şekilde gerçekleştirilen tıbbi değerlendirme neticesinde kronik ağrı sendromlu hastanın tedavisinin planlanması için gerekli olan tıbbi bilgiler elde edilmiş olur. Bu aşamalara kısaca değinmek gerekirse,

#### 1.1.4.2.1.1. Gözlem

Kronik ağrı sendromlu hastanın tıbbi değerlendirmesinde ilk basamak gözlemdir. Bu aşamada elde edilen inleme-iç çekme gibi sesle verilen bilgilerin yanı sıra, hastanın yüz ifadesi ve duruşunun nasıl olduğu, sinirlilik hali, topallama ya da yürüyüş bozukluğu olup olmadığı gibi detaylar tanı için önemli bilgiler sağlar. Ayrıca, hastanın etkilenen bölgeyi ovuşturma ya da destekleme gibi girişimlerinin bulunup bulunmadığının gözlemlenmesi de önemlidir. Bunlara ek olarak; sık sık şekil değiştirme ya da aynı pozisyonda sürekli kalma gibi durumların olup olmadığının da incelenmesi gerekir (Erdine, 2007; Ketenci, 2000).

#### 1.1.4.2.1.2. Anamnez

Kronik ağrı sendromlu hastada iyi bir anamnezin alınması ağrının olası nedeni ve mekanizması açısından çok değerli bilgiler vermesinin yanında hastanın emosyonel ve psikiyatrik durumunun da ortaya konmasını sağladığı için doğru tanıya ulaşmada en önemli faktördür. Ağrılı bir durum önemli bir organik patolojinin ilk bulgusu olarak karşımıza çıkabileceği gibi, ortada hiç bir organik neden olmadan da ortaya çıkabilir. Dolayısıyla, ağrılı hastanın anamnezi, fizik muayene ve laboratuar bulguları kadar tanı değerine sahiptir (A. Yücel, 2000).

Anamnez sırasında hastanın ağrı nedenini nasıl tanımladığı, ağrı ve etkileri konusundaki duyguları, ağrı kontrolünün hasta açısından önemi ve sağlık ekibinden beklentileri de mutlaka sorgulanmalıdır (Erdine, 2007; Güleç ve Güleç, 2006; A. Yücel, 2000). Ayrıca, ağrılı hastalarda tavsiye edilen tedavi yöntemlerini eksik olarak uygulama davranışı yaygın olduğundan, Erdine'nin de (2007) vurguladığı gibi değerlendirme esnasında hasta ile kurulan ilişkinin sürekliliğine özen gösterilmeli, iletişimin ve hasta üzerinde sağlanan otoritenin tam olmasına dikkat edilmelidir. Tüm bunlara ek olarak, ağrı kavramının gözlem yaparak ya da deneyimleyerek öğrenme yolu ile oluşmasından dolayı, hastanın ağrının önemi ve nedenine yönelik düşünceleri, duygu ve davranışlarını etkilediği unutulmamalıdır. Bu hastalar, hekimleri ile olan iletişimlerinin çoğunlukla zayıf olması nedeniyle bozuk bir ağrı

algısı oluşturabilir veya önemsiz bazı şeyleri çeşitli nedenlerle abartabilirler. Bunun sonucunda ise etkisiz ağrı davranışı sergileyebilirler (Güleç ve Güleç, 2006).

A. Yücel (2000) ağrılı hastanın anamnezini dört bölüme ayırmaktadır:

- Ağrı anamnezi
- Geçmiş medikal hikaye
- Fizik ve psikolojik hikaye
- Aile anamnezi

Tüm bu alanların detaylı bir şekilde sorgulanmasının gerekliliğini vurgulayan A. Yücel'e göre (2000) anamnez ağrılı hastanın değerlendirilmesinde kilit rol oynamaktadır.

#### 1.1.4.2.1.2.1. Ağrı Anamnezi

Ağrı anamnezi, hastanın hem güncel hem de geçmiş ağrı yaşantılarına dair bilgi içermelidir, çünkü hastayı hekime getiren neden güncel ağrı yaşantısı olsa da geçmiş ağrı hikayesi de hekime hasta ile ilgili önemli bilgiler sağlamaktadır. Ayrıca bu anamnez ağrının; yeri, yayılımı, süresi, sıklığı, seyri, niteliği ve şiddetine, ağrıyı artıran ve azaltan faktörlere, ağrının beraberinde bulunan diğer semptomlara, daha önce uygulanan tedavi yöntem ve sonuçlarına dair bilgi sağlamalıdır (A. Yücel, 2000; Erdine, 2003, 2007; Ketenci, 2000; Oğuz, 2011; Robinson ve Arendt-Neilsen, 2010).

#### 1.1.4.2.1.2.2. Tıbbi Hikaye

Kronik ağrı sendromlu hastalarda detaylı bir ağrı anamnezinin alınması gerekli ama tanı için her zaman tek başına yeterli olmadığından hem doğru tanının konulabilmesi hem de uygun tedavinin düzenlenebilmesi için hastanın diğer sistemik hastalıkları konusunda da bilgi sahibi olmak gerekmektedir. Dolayısıyla, anamnezde detaylı bir tıbbi hikayenin de bulunması önemli olduğundan, hastanın tanısı konmuş ve tedavisi hala sürmekte olan kardiyovasküler (kalp-damarlar ile ilgili), renal (böbreklerle ilgili) ya da gastrointestinal (mide ve bağırsaklar ile ilgili)

hastalıklarının olup olmadığının yanı sıra geçmişte geçirdiği önemli hastalıklar, ameliyatlar ve hastane yatışları da titizlikle sorgulanmalıdır. Ayrıca henüz tanısı konmamış, ağrı dışındaki semptomları, kullanmakta olduğu ilaçlar, bu ilaçların dozları ve kullanım sürelerine dair bilgiler de detaylı olarak ele alınmalıdır. Bunlara ek olarak, sigara-alkol gibi madde bağımlılıkları olup olmadığı sorgulanmalı, alerji anamnezi de mutlaka alınmalıdır (Erdine, 2003; A. Yücel, 2000).

#### 1.1.4.2.1.2.3. Fizyolojik ve Psikolojik Hikaye

Kronik ağrı sendromlu hastada değerlendirilmesi gereken bir diğer alan, ağrının neden olduğu fizyolojik ve psikolojik etkilerdir. Aslında, ağrının oluşturduğu fizyolojik etkileri saptamak çoğunlukla güç olmakla birlikte bu hastaların çoğunun fizyolojik durumu stabildir (A. Yücel, 2000). Bu hastalardan alınan anamnezin önemli bir diğer kısımını oluşturan psikolojik hikaye ise iki bölümde ele alınır: İlk bölümde kronik ağrının neden olduğu psişik (ruhsal) ve davranışsal değişiklikler incelenirken ikinci bölümde ise hastanın geçmiş psikolojik hikayesi sorgulanır. Kronik ağrı sendromlarında en sık görülen psikolojik semptomlar olan uyku ve iştah bozuklukları, kabızlık (konstipasyon) ve huzursuzluğa (irritabilite) ek olarak; ağrı toleransı, libido ve seksüel aktivitede meydana gelen azalma gibi bir çok bulgunun saptanmasında anamnez kilit rol oynamaktadır. Ayrıca, bu semptomların ne zaman, nasıl başladığı ve ağrı ile olan ilişkisi mutlaka irdelenmelidir. Hastada var olan psikolojik durumun birincil mi yoksa sekonder bir durum mu olduğunun yanı sıra, kronik ağrı sendromlarında çoğunlukla görülen ve kronik ağrının neden olduğu depresyon ya da anksiyete mutlaka sorgulanmalıdır. Özellikle psikolojik kökenli ağrıların, kronik ağrı sendromlarında ağrıya bağlı olarak ortaya çıkan psikolojik tablodan ayırt edilmesi önemlidir. Bu nedenle, hastanın geçmiş psikolojik hikayesinin de sorgulanması gerekir. Ancak, genel ağrı anamnezi sırasında psikolojik ve davranışsal faktörlerin irdelenmesi her zaman tek başına yeterli olmayabileceği için, özellikle psikolojik kökenli ağrıların tanısında psikolojik değerlendirme büyük önem taşır. Hangi hastanın psikolojik açıdan değerlendirileceğine karar verirken de yine anamnez sırasında elde edilen bilgilerden yararlanılır (A. Yücel, 2000).

#### 1.1.4.2.1.2.4. Aile Anamnezi

Kronik ağrı sendromlu hastalarda alınması gereken bir diğer önemli anamnez türü olan aile anamnezi de iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde aile ve yakın akrabalarda görülen ağrılı durumların, ikinci bölümde ise ailede süregelen herhangi bir sistemik hastalığın olup olmadığının araştırılması gerekir (A. Yücel, 2000).

Sonuç olarak; Erdine (2007) ve A. Yücel'in de (2000) vurguladığı gibi kronik ağrı sendromlu hastaların büyük çoğunluğu doktor başvurusu çok fazla olan ve gerek ağrılarına gerekse tedavi ekibine karşı ciddi ön yargıları olan bireylerdir. Önceki tedavilere ait başarısızlıklar nedeniyle çoğunlukla güvensiz, kırgın ve hatta kızgın bir ruh hali içinde olduklarından, hekimin daha ilk karşılaşmada güven vermesi ve hasta ile iyi bir kooperasyon kurması gerekmektedir. Bunun yanı sıra, anamnezin yaklaşık 30-45 dakika sürebileceği konusunda hasta bilgilendirilmeli ve rahat edebileceği bir pozisyonda anamnez alınmalıdır.

### 1.1.4.2.1.3. Fizik Muayene

Kronik ağrı sendromlu hastaların tıbbi değerlendirmesinin olmazsa olmazlarından olan fizik muayene aşaması genel olarak; hastanın vücudunun ilgili bölümünün, renk ve şekil değişikliklerini görmek amacıyla muayene sırasında gözle incelenmesi olarak tariflenen inspeksiyon ve el ve parmaklarla deri üzerinden dokunarak derinin, deri altı dokularının ve iç organların muayene edilmesi şeklinde tanımlanan palpasyona (Güler, 1997; Oğuz, 2011) ek olarak, eklem hareket açıklığı, kas gücü ve eklem stabilitesinin değerlendirilmesinden oluşur (Erdine, 2003; Kozanoğlu ve Göncü, 2000).

### 1.1.4.2.1.4. Nörolojik Muayene

Kronik ağrı sendromlu hastanın tıbbi değerlendirmesinin son aşaması olan nörolojik muayene esnasında mental durum, kranyal sinirler, motor kuvvet, derin tendon refleksleri, duyu muayenesi, meningeal (beyin zarına ait) bulgular incelenir

(Erdine, 2003). Ancak, Ertaş'ın da (2000) vurguladığı gibi bu muayene öncesinde hastanın öyküsünün iyi alınmış ve fizik muayenesinin iyi yapılmış olması gerekir. Özellikle ağrılı hastalarda çoğu kez iyi alınmış bir öykü ile tanı koyulabilirken nörolojik muayene ile hedeflenen bu tanıyı doğrulamak ya da boyutlarını kestirmektir. Bu nedenle, hastanın ağrısı vücudunun hangi bölgesinde ve ne tipte olursa olsun, her yeni hasta mutlaka kapsamlı ve standart bir nörolojik muayeneden geçirilmelidir.

Daha önce de bahsedildiği gibi, özellikle psikolojik kökenli ağrıların tanısında psikolojik değerlendirme büyük önem taşımaktadır (A. Yücel, 2000). Tıbbi değerlendirmeye ek olarak tercihen uzman klinik sağlık psikologları tarafından yapılacak kapsamlı bir psikolojik değerlendirme hastada ağrıya komorbid psikopatolojilerin ve ağrı sayesinde elde edilen ikincil kazançların olup olmadığı hakkında bilgi sağlayarak, uygun ve etkin tedavinin planlanmasına önemli katkılarda bulunur.

#### 1.1.4.2.2. Psikolojik Değerlendirme

Erdine'nin de (2007) değindiği gibi, psikolojik faktörlerin ağrıya karşı reaksiyon olarak değil, ağrının ayrılmaz bir parçası olarak kabul edildiği günümüzde, kapsamlı ve nitelikli bir psikolojik değerlendirmenin önemi yadsınamaz. Böyle bir psikolojik değerlendirmenin içeriğine değinmeden önce, bu değerlendirme sürecinde birbirinden ayırt edilmesi önemli olan iki kavramın farkına değinmek yerinde olacaktır. Sertel-Berk'in de (2000) vurguladığı gibi "ağrı" ve "ağrı hastası" kavramları birbirinden farklıdır. Soyut bir kavram olan ve farklı çeşit ve seviyelerdeki doku zedelenmesi ile ilişkili keyifsiz yaşantıları içeren ağrı, daha önce de bahsedildiği gibi duyusal boyutunun yanında duygusal boyutu da olan öznel bir yaşantıdır. Ancak, ağrı hastaları, ağrı şikayeti olan ve ondan kurtulmak için doktora başvuran gerçek bireylerdir. İste psikolojik değerlendirme soyut bir kavram olan ağrıyı değil, gerçek bireyler olan ağrı hastalarını odak alır. Çünkü, psikoloğun yaşanan ağrının niteliği ve niceliğine ilişkin bilgi alabileceği tek kaynak ağrı hastasının ağrıya ilişkin tecrübeleri ve bunları aktarış tarzıdır.

Kronik ağrı sendromlu hastadaki çeşitli fiziksel ve psikolojik belirtiler arasındaki bağlantıları anlamanın en temel amaç olduğu psikolojik değerlendirme, hastanın hem psikolojik, hem sosyolojik hem de ağrılarına yönelik biyolojik özelliklerini içermelidir. Çünkü, öznel bir deneyim olan ağrıya yönelik tüm tedavi girişimlerinin sonuçları bireyden, sosyal çevresinden ve ağrının özelliklerinden etkilenmektedir. Bu nedenle, hastanın ağrıya yönelik tecrübelerinin yanı sıra, gelişim süreçlerine ilişkin tüm psikososyobiyolojik öyküsü de ele alınmalıdır (Sertel-Berk, 2012). Ülkemizde çoğunlukla tıbbi değerlendirme ön plana alınıp ağrının psikolojik yönü ihmal edilmekle birlikte, temelde en sağlıklı olan Sertel-Berk (2000) ve B. Yücel'in de (2000) belirttiği gibi ağrıların hem psikolojik hem de organik boyutunun birlikte ele alınmasıdır. Çünkü, ısrarlı ve tedaviye direnen ağrıların çoğunlukla hem psikolojik hem de organik nedenleri vardır.

Kronik ağrı sendromlu hastanın psikolojik değerlendirmesindeki birincil amaç probleme yönelik fonksiyonel analizdir. Fonksiyonel analiz, Sertel-Berk'in de (2000) belirttiği gibi en temelde altı ana başlıkta şekillenir. Bu ana başlıklar; gelişimsel faktörler, kişinin güncel problemden önceki yaşam öyküsü, ağrının başladığı dönemdeki temel yaşam olayları, güncel problem (kronik ağrı sendromu), ağrı yaşantısının sonuçları ve ağrıyı devam ettiren faktörlerdir. İlk olarak; gelişimsel faktörlerden kasıt, kişinin çocukluğu, süreç içindeki aile atmosferi, kişilik gelişimi, okul arkadaşları ve dolayısıyla sosyalleşme becerisi, ailede psikopatoloji olup olmadığı ve varsa tedavi öyküsü, çocukluk hastalıkları, hastalık davranışı öyküsü, olumsuz duygu-düşünce-davranış biçimleri ve bunların oluşum sürecine dair bilgilerdir. İkinci olarak; kişinin güncel problemden önceki yaşam öyküsü ele alınırken sorgulanan alanlar ise iş yaşamı, evliliği, aile yaşamı, hastalık, psikopatoloji ve bunlara yönelik tedavi öyküleridir. Bu iki başlık altındaki alanların sorgulanmasıyla yatkınlaştırıcı faktörlerin neler olduğuna dair gerekli bilgiler elde edilmiş olur. Üçüncü olarak; ağrının başladığı dönemdeki temel yaşam olayları incelenir. Burada temel yaşam olaylarından kasıt; sevilen birinin ya da bir nesnenin kaybı, evlilik, iş, doğum, hastalık gibi kişinin günlük yaşamında önemli etkileri olan stres faktörleridir. Elde edilen bu bilgiler sayesinde tetikleyici faktörlerin neler olduğuna dair hipotezler oluşturulabilir. Dördüncü olarak ise, güncel problem (kronik

ağrı sendromu) ile ilgili detaylı bilgi alınır. Alınan bilgiler arasında ağrının; şiddeti, sıklığı, süresi, başlangıç zamanı, lokalizasyonu ve niteliğinin yanı sıra ağrıyı azaltan-artıran faktörler, ağrıyla baş etme stratejileri, ağrının sebebine ilişkin hastanın kendi hipotezleri, ağrıya yönelik tüm tedavi girişimleri ve sonuçları, devam eden ilaç tedavileri ve diğer sağlık problemleri yer alır. Sorgulanan bir diğer başlık ise, ağrı yaşantısının sonuçlarıdır. Bu sayede psikopatolojinin düzeyi, duygu-düşünce ve davranış paternlerindeki farklılıklar, ağrının evlilik-aile ilişkilerine etkisi ve psikososyal işlevsellik alanlarıyla ilgili detaylı bilgi alınmış olur. Son olarak da; ikincil kazançlar ve psikopatoloji gibi ağrıyı devam ettiren faktörler incelenir. Böylelikle sürdürücü faktörlerin neler olduğu konusunda gerekli bilgiler elde edilmiş olur. Bu başlıkların belirtilen sırayla sorgulanma zorunluluğu olmamakla birlikte eksiksiz bir değerlendirme için hepsi mutlaka sorgulanmalıdır. İşte bu altı ana başlık üzerinden elde edilen bilgiler doğrultusunda sebep-sonuç ilişkisine dayanan hipotezler üretilir ve terapötik formülasyona varılır. Psikolojik müdahale kararı ise ancak bu formülasyon netleştikten sonra verilebilir. Çünkü, hastaya dair kapsamlı bilgi ancak ve ancak bu değerlendirme görüşmeleri sonucunda elde edilebilir ve müdahale alanları belirlenebilir.

Kronik ağrı sendromlu hastayı psikoterapiye hazırlama sürecinin başlangıcı Sertel-Berk (2000) ve B. Yücel'in de (2000) vurguladığı gibi temelde değerlendirme seanslarıdır. Psikolojik değerlendirmenin öneminin henüz yeterince bilinmediği ülkemizde, hastanın psikolojik değerlendirme için kliniklere ulaşması kişisel başvurulardan daha çok takip veya tedavisinin yapıldığı bölümdeki hekimlerin sevki ile gerçekleşir. Ağrı nedeniyle başvurduğu klinikten psikolojik değerlendirme için yönlendirilmelerine çoğunlukla anlam veremeyen hastaların, sürece yönelik tepkileri farklı olabilmekle birlikte sıklıkla dirençlidirler. Bu nedenle, yönlendirmeyi yapan hekimin önyargısız tutum sergilemesi ve yönlendirmenin nedenine dair net açıklamalar yapması hastaların psikolojik değerlendirmeyi kabul etmelerinde ve sürece uyum sağlamalarındaki en önemli etkenlerdendir. Çünkü, eğer hekim, ağrının oluşumundaki psikolojik etkileşimi uygun şekilde açılayabilir ve psikologun amacının etiketleme olmadığını anlatabilirse hastaların direnci de büyük ölçüde azalmaktadır.

Nitelikli bir psikolojik değerlendirmenin başlangıcında en önemli nokta görüşme sürecine dair net bir çerçevenin çizilmesidir. Öncelikle, klinik sağlık psikologu kendini mesleki anlamda kısaca tanıtmalı, görüşmenin süresi ve (süreç içerisinde alınacak bilgilerin kimlerle paylaşılıp kimlerle paylaşılmayacağı) mahremiyetin sınırları konusunda hastayı bilgilendirmelidir. Bunun yanı sıra, hastanın orada bulunmakla ilgili algısının ne olduğunun sorgulanmasının ardından verilmesi gereken en önemli bilgilerden biri de görüşmenin nedeni ve amacıdır. Yapılan görüşmenin ağrılarına inanılmadığı anlamına gelmediği hastaya mutlaka açıklanmalı ve hasta süreç içerisinde rahatsız olduğu herhangi bir durum ortaya çıkarsa bunu dile getirmesi konusunda cesaretlendirilmelidir. Ayrıca, sorulan soruları cevaplamak zorunda olmadığı söylenmeli, cevaplamak istemediği sorular olduğu takdirde bunu belirtmesi istenmelidir. Genel çerçevenin bu şekilde çizilmesinden sonra, B. Yücel'in de (2000) belirttiği gibi güncel şikayet olan ağrının ayrıntılı tanımlanmasına yönelik, ağrı şikayeti ile doğrudan ilgili sorular sorulmalıdır. Böylelikle, hastanın dile getirdiği yakınmanın önemsendiği mesajı hastaya verilmiş olur ve hasta ile görüşmeci arasında olumlu bir ilişki kurulması kolaylaşır. Yine bu sayede hem hasta hem de değerlendiricinin dikkati ağrı yakınmasına yönelmiş olur. Ayrıca, ağrının tek bir nedenden kaynaklanmaktan çok birçok faktörün etkileşiminin bir sonucu olduğu hastaya açıklanmalıdır. Psikolojik fonksiyonla ilgili sorular ise genellikle görüşmenin sonuna bırakılır, çünkü psikolojik durumların sağlıklı bir şekilde sorgulanabilmesi için öncelikle olumlu ilişkinin kurulması gerekir. Tüm bunların temel hedefi, hasta ve terapist arasında empatik ve sıcak bir ilişki kurulmasını sağlamaktır çünkü, psikolojik değerlendirmenin etkinliği için hasta-terapist işbirliği en temel gerekliliklerden biridir ve ancak bu sayede verimli bir süreç için uygun bir zemin sağlanabilir. İzlenen bu yol sayesinde, değerlendirme görüşmelerinin başında bilgilendirilseler de, halihazırda psikolojik değerlendirme hakkında yeterli bilgiye sahip olmayan hastaların görüşme sırasında kendilerini rahat ve önemli hissetmeleri, kaygılarının azalması ve kendilerini daha açık ifade etmeleri sağlanabilmektedir.

Kronik ağrı sendromlu hastayı psikolojik değerlendirme sürecinde hasta ile ilgili kapsamlı bilgiye ulaşmak için kullanılabilecek çok farklı yöntemler mevcut olmakla birlikte, bunların en önemlisi Sertel-Berk'in de (2000) belirttiği gibi hastayla

yapılacak bir ya da bir kaç seanslık bire bir görüşmelerdir. Bu görüşmeler doğrultusunda gerek duyulursa; eş ya da diğer aile bireyleri ile görüşmeler yapılabilir, hastaya çeşitli envanterler yöneltilebilir ya da hastadan yapılandırılmış soru formları doldurması istenebilir. Ayrıca, ağrıya eşlik edebilecek majör bir psikopatolojinin varlığına dair bir şüphe varsa bu durumu değerlendirmeye yönelik psikolojik testlerden de yararlanılabilir. Ağrı yaşantısının karmaşıklığının yanı sıra hastanın biricikliği de göz önüne alınırsa, ağrı yaşantısını ama daha da temelde ağrılı hastayı, tek başına tam anlamıyla değerlendirmeye yetkin bir yöntem bulunmamaktadır. En temelde sağlıklı olan, tek bir yönteme bağlı kalmayıp çeşitli yöntemleri bir arada kullanarak çok yönlü değerlendirmeler yapılmasıdır.

Pek çok psikolojik etken ve sürecin ağrının oluşum, seyir ve algılanmasında rol oynadığı kabul edilmektedir. Peki, hangi durumlarda psikolojik değerlendirme yapılmalıdır? B. Yücel'in de (2000) vurguladığı gibi hastanın net olmayan hastalık öyküsünün bulunmasının yanı sıra ihmal edildiği ve kendisi ile yeterince ilgilenilmediği gerekçesiyle sağlık ekibine yönelik açık veya üstü kapalı öfkesinin varlığı psikolojik değerlendirmenin gerekliliğine dair önemli ipuçlarından biridir. Öte yandan, hastanın semptomlarını ve onlara yönelik tepkilerini abartılı ve dramatik bir dille ifade etmesi, ağrıyı tanımlamada ve lokalize etmede güçlük çekilmesi, iyileşmeye önemli ölçüde katkıda bulunması beklenen tedavilere yanıt vermemesi gibi durumlar da psikolojik değerlendirmenin gerekliliğini düşündürmelidir. Kısacası; belirli bir bölgede yerleşik olan ve belli bir ağrı tipine uyan ağrıda organik etiyoloji şüphesi artarken, şiddeti yüksek ve atipik özellikler gösteren ağrı varlığında ise psikopatoloji oranının yüksek olma ihtimali gözden kaçırılmamalıdır (Kara ve Abay, 2000).

Sonuç olarak, bir hastanın kronik ağrı sendromuna sahip olduğunu tanımlayan tek ve kesin bir kriterler bütününün olmadığı (Robinson ve Arendt-Neilsen, 2010) göz önüne alındığında kronik ağrı sendromlu hastaya yaklaşımda en temel nokta olarak, hastayı ruhsal ve bedensel olarak bir bütün olarak algılamanın ve multidisipliner bir yaklaşımla tedavi planlamanın gerekliliği olduğu ortaya çıkmaktadır (Kara ve Abay, 2000; B. Yücel, 2000). Bu hastalarda tedavi hastanın

gereksinimlerine göre kişiselleştirilmelidir, çünkü herkese aynı şekilde uygulanacak bir tedavi programı nadiren etkili olabilmektedir (Dumitru, Schoenfeld ve Ramamurthy, 2007). Böylece, hasta için gereksiz inceleme ve tedavi uygulamalarının, iş, zaman ve para kaybının ve en önemlisi semptomların pekişmesinin azımsanmayacak ölçüde önüne geçilebileceği gibi uygun ve etkin tedavi planının oluşturulmasına da önemli bir katkı sağlanmış olur (B. Yücel, 2000). Ayrıca, kas ağrılarının gerçekte somatoform bozukluklar olduğunu öne süren Bohr (1995), doktorların tedavi sürecinde kas ağrılarını patofizyolojik mekanizmaları öne süren etiketlerle somutlaştırmaktan kaçınmaları ve hastaların kendi vücutları hakkındaki algılarını değiştirmeye odaklanmaları gerektiğine vurgu yapmaktadır (Akt. Robinson ve Arendt-Neilsen, 2010).

Sonuç olarak, kronik ağrı sendromları hasta kadar tedavi ekibini de zorlayabilen ve çok dikkatli değerlendirilmesi gereken durumlardır. Literatürde kronik sendromları arasında en yaygın görülen sendromlar olarak değerlendirilen FMS ve MAS'ı daha detaylı incelemek faydalı olacaktır.

## 1.2. Fibromiyalji Sendromu (FMS)

### 1.2.1. FMS ve Klinik Görünümü

Belirli bir organik nedenle açıklanamayan, kas-iskelet sistemine ait yaygın ağrılar Hipokrat zamanından beri bilinmesine rağmen, yaygın ağrı şikayetlerine karşın herhangi bir inflamatuar (iltihaplı) romatizmal hastalık tespit edilemeyen bu hasta grubunu tanımlamak için ilk olarak 1904 yılında William Gowers ve Stockman tarafından "fibrozit" terimi kullanılmıştır. Kas, sinir ve eklem kapsülü dokularında inflamatuar değişiklikler olduğu varsayılarak bu terim kullanılmış, ancak sonraki çalışmalarda primer inflamatuar değişikliklerin tespit edilememesi bu terimin sorgulanmasına yol açmıştır (Kayhan,1995; Akt. Tot ve Toros, 2002; Hence ve Mitler, 1986; Akt. Tot ve Toros, 2002). 1950-1960'lı yıllarda ise FMS'nin psikojenik romatizma göstergesi olduğuna inanılmış ve bu hastaların histerik olduğu düşünülmüştür (Goldenberg, 1989). Daha sonra 1976 yılında "fibromiyalji" terimini

ilk ortaya atan kişi olan Hence, bu sendromdaki temel sorunun kas ağrısı olduğunu iddia etmiş ve hastalığın patolojisi anlaşılıncaya kadar bu ismin kullanılmasını önermiştir. Terim günümüz literatüründe yaygın olarak kullanılmaktadır (Kayhan,1995; Akt. Tot ve Toros, 2002; Hence ve Mitler, 1986; Akt. Tot ve Toros, 2002). Amerikan Romatizma Birliği (American Collage of Rheumatology-ACR) tarafından 1990 yılında kriterleri tanımlanan (Wolfe ve ark., 1990) FMS için gerekli iki temel kriter, en az 3 ay süren yaygın kas-iskelet sistemi ağrısının ve 18 hassas noktadan (Bknz. Şekil 1) en az 11'inde derin palpasyonla ortaya çıkan ağrı varlığı olarak belirlenmiştir (Wolfe ve ark., 1990). Uluslar Arası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP) ise 1994 yılında FMS'yi hastalık olarak kabul etmiş ve X33 ve X8a tanı kodu ile sınıflandırmıştır (Linares ve ark., 2008).



**Şekil 1.** FMS için tanımlanan 18 hasssas noktanın vucuttaki dağılımı (The Three Graces, after Baron Jean-Baptiste Regnault, 1793, Louvre Museum, Paris; Akt. Wolfe ve ark., 1990).

Etiyolojisi ve patofizyolojik mekanizmaları tam olarak bilinmeyen FMS, en önemli belirtisi kronik ve yaygın kas-iskelet sistemi ağrısı olan (Acar-Sivas ve ark., 2009; Akkuş ve ark., 1998; Güleç ve ark., 2004; Gürer ve Şendur, 2006; Hayta ve ark., 2010; Linares ve ark., 2008; Wolfe ve ark., 1990; Wolfe ve ark., 1995), belli anatomik bölgelerde hassas noktaların varlığı (Güleç ve ark., 2004; Linares ve ark., 2008; Wolfe ve ark., 1990), uyku bozukluğu (Acar-Sivas ve ark., 2009; Gürer ve Şendur, 2006; Hayta ve ark., 2010; Linares ve ark., 2008; Wolfe ve ark., 1990; Wolfe ve ark., 1995), yorgunluk (Acar-Sivas ve ark., 2009; Akkuş ve ark., 1998; Gürer ve Şendur, 2006; Hayta ve ark., 2010; Linares ve ark., 2008; Wolfe ve ark., 1990; Wolfe ve ark., 1995) ve uzun süreli sabah tutukluğuna (Acar-Sivas ve ark., 2009; Akkuş ve ark., 1998; Gürer ve Şendur, 2006; Hayta ve ark., 2010; Wolfe ve ark., 1990; Wolfe ve ark., 1995) ek olarak; depresyon (Acar-Sivas ve ark., 2009; Wolfe ve ark., 1995) ve anksiyete gibi (Hayta ve ark., 2010; Wolfe ve ark., 1990; Wolfe ve ark., 1995) ruhsal sorunlarla karakterize, eklemlerde şekil bozukluğuna neden olmayan, eklem dışı romatizmal bir hastalıktır (Wolfe ve ark., 1990).

Semptomları çok geniş bir yelpazede dağılım gösteren FMS'de sıklıkla görülen diğer semptomlar ise parestezi (uyuşma, karıncalanma ya da yanma hissi) (Acar-Sivas ve ark., 2009; Akkuş ve ark., 1998; Gürer ve Şendur, 2006; Hayta ve ark., 2010; Wolfe ve ark., 1990; Wolfe ve ark., 1995), yorgun uyanma (Acar-Sivas ve ark., 2009), baş ağrısı (Acar-Sivas ve ark., 2009; Akkuş ve ark., 1998; Gürer ve Şendur, 2006; Hayta ve ark., 2010; Wolfe ve ark., 1990), temporamandibular eklem ağrısı (Acar-Sivas ve ark., 2009; Akkuş ve ark., 1998), eklem şişliği (Wolfe ve ark., 1995), titreme (tremor), boğazda yumru (globus) hissi, aşırı terleme (Akkuş ve ark., 1998), huzursuz bağırsak sendromu (Acar-Sivas ve ark., 2009; Akkuş ve ark., 1998; Gürer ve Şendur, 2006; Hayta ve ark., 2010; Wolfe ve ark., 1990; Wolfe ve ark., 1995), üretral (idrar yolları ile ilgili) sendrom (Acar-Sivas ve ark., 2009; Akkuş ve ark., 1998), dismenore (ağrılı adet) (Acar-Sivas ve ark., 2009; Akkuş ve ark., 1998; Gürer ve Şendur, 2006; Hayta ve ark., 2010), nefes darlığı ve çarpıntı (Acar-Sivas ve ark., 2009), yumuşak dokuda şişlik hissi (Acar-Sivas ve ark., 2009; Akkuş ve ark., 1998; Gürer ve Şendur, 2006; Hayta ve ark., 2010), huzursuz bacak sendromu (Hayta ve ark., 2010), kuru göz sendromu (Acar-Sivas ve ark., 2009; Wolfe ve ark., 1990),

Reynoud fenomeni (el ve ayak parmaklarının ısı değişikliklerine ve strese bağlı olarak renk değiştirmesi) (Acar-Sivas ve ark., 2009; Akkuş ve ark., 1998; Gürer ve Şendur, 2006; Hayta ve ark., 2010; Wolfe ve ark., 1990), libido kaybı ve ağızda kuruluk hissi (Gürer ve Şendur, 2006) şeklinde çeşitlilik göstermektedir. Bu semptomları etkileyen en önemli faktörler ise hava şartlarındaki değişim, yetersiz uyku, yorgunluk, soğuk, nem, sıcaklık, stres ve anksiyete olarak bildirilmiştir (Wolfe ve ark., 1990).

FMS'de hastalığın en önemli bulgusu olan kronik ağrı geniş bir alana yayılmaktadır. Wolfe ve arkadaşları (1990) çalışmalarında, ağrının çoğunlukla görüldüğü ilk üç bölgeyi sırasıyla; servikal (boyun), lumbar (bel) ve torasik (gögüs) bölgeler olarak bildirmişlerdir. Ek olarak, Acar-Sivas ve arkadaşları (2009) çalışmalarında, bu hastalardaki ağrılı ilk üç vücut bölgesini boyun, omuz ve sırt olarak bildirirken, Hayta ve arkadaşları ise (2010), boyun-sırt, üst ekstremite ve bel bölgesi olarak belirtmişlerdir.

Başta yaygın ağrı olmak üzere tüm bu semptomların hastada yarattığı kısıtlanmanın yanı sıra FMS, tedavinin uzun bir süreç alması ve maliyetinin yüksek olması yönünden de önemli bir sorundur (Çetin, Akçay-Yalbuzdağ, Cabıoğlu ve Turhan, 2009; Erdine, 2003, 2007).

### 1.2.2. FMS'de Epidemiyoloji

Yaygınlığı hayli yüksek olan FMS'nin epidemiyolojik özellikleri hakkındaki bilgi kısıtlıdır (Linares ve ark., 2008). Yapılan farklı epidemiyolojik çalışmalar farklı oranlar bildirmekle birlikte ilgili literatür incelendiğinde çeşitli çalışmalarda yaygınlık oranının % 1,4-4,7 arasında olduğu, yaşla birlikte arttığı ve en yüksek prevelansın 35-60 yaş arasında olduğu bildirilmektedir (Assumpção ve ark., 2009; Bannwarth, Blotman, Roue´-Le Lay, Caube`re, Andre´ ve Taieb, 2009; Branco ve ark., 2009; Perrot, Vicaut, Servant ve Ravaud, 2011; Topbaş ve ark., 2005; Wolfe ve ark., 1995). Daha çok kadınlarda görüldüğü bildirilen FMS'nin kadınlar arasındaki yaygınlığı % 3.4 iken, erkekler arasındaki yaygınlığı ise % 0.5'tir (Wolfe ve ark., 1995).

Türk örnekleminde yapılan bir çalışmada Türk toplumundaki yaygınlık oranının % 3.6 olduğuna ve yaşla birlikte arttığına işaret edilirken (Topbaş ve ark., 2005), diğer bir çalışmada ise bu oran % 6.8 olarak bildirilmiştir (Çebi, 2001; Akt., Taşkın ve ark., 2007).

### 1.2.3. FMS'de Etiyoloji

#### 1.2.3.1. FMS'nin Biyolojik Temelleri

FMS'nin etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte enfeksiyon, cerrahi girişim ve fiziksel travmaların tetikleyici faktörler olarak rol oynayabileceği bildirilmektedir (Fietta, 2004; Akt., Fietta, Fietta ve Manganelli, 2007). Diğer taraftan, uyku düzensizliği, nöroendokrin işlev bozukluğu, bölgesel kan akımı değişikliği, metabolik ve immünolojik bozuklukların rol oynadığını iddia eden çalışmalar da mevcuttur (Bradley ve Mc Kendree-Smith, 2002). Seratonin, depresyon ve anksiyete bozukluklarının etiyolojisindeki rolü ile ağrı oluşumunda rolü en çok tartışılan nörotransmiterlerdendir (Kaya, Erden, Kayar ve Kıralp, 2010). FMS'li hastalarda BOS'daki (Beyin-omurilik sıvısı) seratonin, noradrenalin ve dopaminin metabolik düzeylerinin kayda değer derecede düşük olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Yunus, Ahles ve Aldag, 1991; Akt., Kaya ve ark., 2010).

#### 1.2.3.2. FMS'nin Psikososyal Temelleri

FMS'de görülen semptomlar ile psikolojik faktörler arasındaki patofizyolojiyi açıklamak çok kolay değildir (Bilgici, Akdeniz, Güz ve Ulusoy, 2005). Çünkü, biyolojik yakınmalar nörofizyolojik ve endokrin temellere dayansa da psikolojik faktörler tarafından artırılmaktadır. Bu nedenle, FMS'nin etiyolojisine yönelik çalışmaların önemli bir kısmı psikolojik faktörleri belirlemeye yöneliktir.

Bu amaçla yapılan çalışmalarda FMS'nin çok çeşitli faktörlerle ilişkili olduğu gösterilmiştir. FMS'de akut ya da kronik stresin (psikolojik ya da fiziksel şiddet, cinsel istismar, boşanma, terk, savaş, çocukluk dönemine ait travmatik olay öyküsü, mesleki stres veya aşırı hareketli ve mükemmeliyetçi yaşam tarzı) tetikleyici rol

oynayabileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur (Fietta, 2004; Akt., Fietta ve ark., 2007). Ayrıca, travma öyküsünün olup olmadığının gözden kaçırılmaması gerektiğini belirten çalışmalar olduğu gibi (Amital ve ark., 2006; Aaron ve ark., 1997; Fietta, 2004; Akt., Fietta ve ark., 2007; Kavakçı, Kaptanoğlu, Kuğu ve Doğan, 2010) travmatik olan ve olmayan FMS hastalarının klinik olarak benzer sonuçlar sergilediklerini bulgulayan çalışmalar da mevcuttur (Riberto, Pato ve Battistell, 2006). Ek olarak, Finestone ve arkadaşları (2000), çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü varlığının önemine işaret ederken, Wolfe ve arkadaşları ise (1995), depresyon özgeçmişi veya soygeçmişinin varlığına dikkat çekmiştir. Diğer taraftan, eşlik eden semptomların fazlalığı, aile öyküsünde kronik ağrı varlığı, fiziksel efor gerektiren işlerde çalışma, yaşın ilerlemesi, sosyal desteğin ve sosyoekonomik düzeyin düşük olması gibi durumlar da risk faktörleri arasında bildirilmiştir (Güven, Kul-Panza ve Gündüz, 2005). Aynı doğrultuda, Linares ve arkadaşları da (2008) düşük eğitim seviyesi, çocuk sayısının çokluğu, ileri yaşta olma, yorgunluk, depresif mod, travmatik olay ve mental hastalık varlığı, daha fazla uzman tarafından konsulte edilme ve sosyal destek eksikliğini FMS'den etkilenme oranı ile ilişkili faktörler olarak bildirilmişlerdir.

### 1.2.4. FMS ve Psikopatoloji

Etiyolojisi net olarak bilinmeyen FMS'de başta depresif bozukluklar olmak üzere çoğunlukla komorbid zihinsel bozukluklar görülmektedir (Taşkın ve ark., 2007). Ortaya çıkan bu zihinsel bozuklukların kronik yaygın ağrının bir sonucu mu yoksa altta yatan psikolojik bir durumun göstergesi mi olduğu henüz netlik kazanmamıştır (Ataoğlu ve ark., 2002).

Bu hastalarda en çok bildirilen komorbid zihinsel bozukluklar; depresyon (Bilgici ve ark., 2005; Güleç, Sayar ve Yazıcı-Güleç, 2007; Nordahl ve Stiles, 2007; Wolfe ve ark., 1995) anksiyete (Bilgici ve ark., 2005; Güleç ve ark., 2007; Wolfe ve ark., 1995), somotoform bozukluk (Wolfe ve ark., 1995), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) (Amital ve ark., 2006; Cohen ve ark., 2002; Roy-Byrne, Smith,

Goldberg, Afari ve Buchwald, 2004), obsesif-kompulsif bozukluk ve panik bozukluk'tur (Mufson ve Regestein, 1993).

İlgili literatür incelendiğinde bu hastalardaki depresyonun görülme oranına dair çalışmalar % 32 ile % 68 arasında değişen oranlar bildirirken (Bilgici ve ark., 2005; Taşkın ve ark., 2007), anksiyetenin görülme oranı ise % 52 (Hayta ve ark., 2010) olarak bildirilmektedir.

Diğer kronik ağrı sendromlarında olduğu gibi FMS'de de çok yaygın olarak görülen depresyon ile ağrı arasındaki neden-sonuç ilişkisi net değildir. Bu hastalarda depresyonu tetikleyen ve engelleyen faktörler net olarak bilinmediği gibi depresyonun, FMS'nin kronik ve şiddetli doğasına karşı bir reaksiyon olup olmadığı da bilinmemektedir (Bilgici ve ark., 2005).

Öte yandan, FMS'nin kronik ağrı sendromu olarak değerlendirilmesinden ziyade duygudurum bozuklukları başlığı altında ele alınması gerektiğini ileri süren çalışmaların varlığı FMS'ye farklı bir yaklaşım oluşturmuştur (Alfici, Sigal ve Landau, 1989; Hudson, Goldenberg, Pope, Keck ve Schlesinger, 1992). Ancak, FMS'nin bir depresif hastalık varyantı olması durumunda tüm FMS hastalarında depresyona rastlanması gerektiğine dikkat çeken Bilgici ve arkadaşları (2005), çalışmalarında da depresyonu olan ve olmayan FMS hastalarında klinik yakınmalar yönünden bir farklılık bildirmemişlerdir. Ayrıca, bu araştırmacılar eşlik eden depresyonun hastalığın nedeni olmaktan çok kronik seyrinin bir sonucu olabileceğine vurgu yapmışlar ve bu hastaların psikolojik ve sosyal fonksiyonlarının, günlük yaşamda sık rastlanan sorunların yanında yaşadıkları ağrı ve uyku bozukluğundan ve fiziksel fonksiyonlarında meydana gelen kısıtlanmadan da etkilenebildiğinden bu sorunlarla baş etmedeki yetersizliğin de depresyona zemin oluşturabileceğine vurgu yapmışlardır. Öte yandan, Taşkın ve arkadaşları ise (2007), FMS'deki ağrının bir bakıma depresyonun yerine geçen bir belirti olabileceğinin altını çizmişlerdir. Her ne kadar bu hastalarda ağrı ve depresyon arasındaki bağlantı açık olmasa da depresyonun ağrı algısını etkileyebileceğine (Bilgici ve ark., 2005) ve hastaların FMS'den etkilenme oranlarının, ağrının ve depresyona eğilimin artışı ile doğru orantılı olduğuna vurgu yapılmaktadır (Gürer ve Şendur, 2006).

Güleç, Tufan-Temiz, Armağan ve Güleç (2011), FMS ve majör depresyon hastalarını kıyasladıkları çalışmalarında majör depresyon hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin hem FMS hastalarından hem de sağlıklı gruptan daha yüksek olduğunu bulgulamışlardır. Ancak, benzer grupları kıyaslayan Nordahl ve Stiles (2007), depresyon düzeyleri bakımından benzer sonuç bildirirken anksiyete düzeyleri arasında fark bildirmemektedir. Öte yandan, yine Güleç ve arkadaşlarının (2011) bulguları, belli durumlarda ve belli koşullarda sağlıklı gruba göre daha anksiyeteli hisseden FMS hastalarının anksiyete düzeylerinin, durum ve koşullardan bağımsız olarak bakıldığında sağlıklı gruptan daha fazla olmadığı yönündedir. Ancak, Ataoğlu ve arkadaşları (2002), bu hastalardaki anksiyete şiddetinin romatoid artritli hastalardan daha yüksek olduğunu bildirmektedirler.

Diğer taraftan Bilgici ve arkadaşları (2005) literatürle uyumlu şekilde FMS'lerde depresyon oranını kontrol grubuna göre daha yüksek bildirmekle birlikte, yine de FMS'lerde görülen bu depresyon düzeyinin hafif seyirli olduğuna dikkat çekmektedirler. Yine aynı çalışmada, anksiyete skorları da kontrol grubundan belirgin olarak yüksek bulunmuştur. Araştırmacılar bu bulguyu, günlük yaşamdaki küçük stres faktörlerinin hastalığın seyrinde ve depresyonun ortaya çıkışında daha fazla rol oynayabileceği şeklinde yorumlamışlardır.

Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ile ilgili yapılan çalışmaların bazıları ise FMS ve sağlıklı kontroller arasında fark bildirmemektedir (Güleç ve ark., 2007). Ancak, Taşkın ve arkadaşlarının da (2007), belirttiği gibi daha çok orta yaşlı, düşük eğitim düzeyinde, ev hanımı olan ve ekonomik özgürlükleri sınırlı olan ya da hiç olmayan bu hastaların öfke yaşantılarını ifade etmemeleri şaşırtıcı bir durum olmamakla birlikte öfke yaşantılarının olmadığı anlamına gelmemektedir.

Öte yandan, konversiyon bozukluğunun FMS'nin semptomlarını taklit ederek tanı ve tedavide karışıklığa neden olabileceğine dikkat çekilmektedir (Ay, Gök, Kurtaiş, Küçükdeveci ve Kumbasar, 2007). Ayrıca, majör depresyon hastaları ile FMS hastalarının somatizasyon bozukluğu bakımından farklılaşmadığı bildirilmektedir (Nordahl ve Stiles, 2007).

### 1.2.5. FMS ve Demografik Özellikler

FMS ile ilgili yapılan birçok çalışmada bu hastaların yaş, medeni durum, eğitim durumu, sosyoekonomik düzeyi gibi demografik özellikleri de araştırılmıştır. Çalışmaların büyük çoğunluğu FMS'li hastalar ile sağlıklı kontrol grupları arasında yaş bakımından farklılık bildirmemektedir (Acar-Sivas ve ark., 2009; Altunören, Orhan, Nacitarhan, Özer, Karaaslan ve Altunören, 2011; Bilgici ve ark., 2005; Çetin ve ark., 2009; Güleç ve ark., 2004; Güleç ve ark., 2007)**.** Ancak, FMS hastalarının daha ileri yaşta bireyler olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Nordahl ve Stiles, 2007; Topbaş ve ark., 2005; White, Speechley, Harth ve Ostbye, 1999). Öte yandan, bu hastaların düşük eğitim düzeyinde olduğunu bulgulayan çalışmaların oranı azımsanmayacak düzeydedir (Bannwarth ve ark., 2009; Bilgici ve ark., 2005; Linares ve ark., 2008; Taşkın ve ark., 2007; Topbaş ve ark., 2005; White ve ark., 1999; Wolfe ve ark., 1995). Fakat, eğitim düzeyi açısından fark bildirmeyen çalışmalar da mevcuttur (Acar-Sivas ve ark., 2009; Branco ve ark., 2009; Çetin ve ark., 2009; Güleç ve ark., 2004; Güleç ve ark., 2007). Bunun yanı sıra, bu hastaların düşük sosyoekonomik düzeyde olduğunu ileri süren çalışmalar olduğu gibi (Topbaş ve ark., 2005; White ve ark., 1999; Wolfe ve ark., 1995), ekonomik durum açısından fark bildirmeyen çalışmalar da bulunmaktadır (Assumpção ve ark., 2009; Güleç ve ark., 2007). En çok araştırılan demografik özelliklerden biri olan medeni durum açısından fark bildirmeyen çalışmalar olduğu gibi (Altunören ve ark., 2011; Bilgici ve ark., 2005; Branco ve ark., 2009; Güleç ve ark., 2007) bu hastaların daha çok evli kişiler olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Assumpção ve ark., 2009; Linares ve ark., 2008; Taşkın ve ark., 2007; Topbaş ve ark., 2005). Öte yandan, çalışmalarda FMS'li hastaların çoğunlukla evli bireyler olduğuna dikkat çekilmekle birlikte, boşanmış olanlarda FMS prevalansının daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalara (Topbaş ve ark., 2005) ve FMS'nin ortaya çıkışında evli olmaktan ziyade boşanmış olmanın bir risk faktörü olduğunu bildiren çalışmalara da rastlanmaktadır (Fietta, 2004; Akt., Fietta ve ark., 2007; White ve ark., 1999). Bu bilgilerden yola çıkarak, FMS için tehlike çanlarını çalanın evli olmaktan ziyade evliliğin kalitesiz yani uyumsuz olması olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

### 1.2.6. FMS'de Ağrı Şiddeti ve Hastalık Süresi

FMS'li hastalar ile yapılan çeşitli çalışmalarda hastalık süresi 3 ay ile 30 yıl arasında değişen sürelerde bildirilmektedir (Ataoğlu ve ark., 2002; Gürer ve Şendur, 2006). FMS'li hastaların daha ileri yaşta bireyler oldukları (Nordahl ve Stiles, 2007; Topbaş ve ark., 2005) dikkate alındığında yaşın artması ile birlikte hastalığın daha uzun süreli olması da olağan hale gelmektedir. Dolayısyla, hassas nokta sayısı ve bu noktalarda hissedilen ağrı derecesi de artmaktadır (Gürer ve Şendur, 2006).

Ağrı şiddeti kişinin fiziksel aktivite düzeyini kısıtlamakla kalmayıp aynı zamanda psikolojik durumunu da olumsuz etkilemektedir. Ataoğlu ve arkadaşları (2002), çalışmalarında FMS'li hastalardaki ağrı şiddetinin diğer bir romatizmal hastalık türü olan romatoid artritli hastalardan daha fazla olduğunu, FMS'li hastalarda ağrı şiddeti ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olmamakla birlikte, ağrı şiddetinin anksiyeteyle ilişkili olduğunu bildirmektedirler. Yazarlara göre FMS'de hasta, hastalığının sonuçlarını doğrudan gözlemleyemediği için ağrı şiddeti depresyondan etkilenmemekte, ancak hastalar FMS'de ana semptom olan ağrıya bağlı anksiyeteyi yaşamaktadır.

### 1.2.7. FMS Tedavisi

Etiyolojisi tam olarak aydınlatılamayan ve etkin tedavi sürecinin nasıl olması gerektiği konusunda da net bir fikir birliğine varılamayan FMS kişinin işlevselliğinde yeterince kısıtlılık yaratırken, tabloya çoğunlukla eklenen zihinsel bozukluklar da hastanın işlevselliğindeki bozulma miktarını artırmaktadır (Taşkın ve ark., 2007). Bu nedenle, tedavi sürecindeki esas amaç semptomları hafifletmek (Korszun, 2000) ve işlevselliği mümkün olan en üst seviyeye çekebilmektir (Yunus, Ahles, Aldag ve Masi, 1991; Akt., Güleç ve ark., 2011).

Zinnuroğlu'nun da (2007), vurguladığı gibi FMS'nin tedavi sürecindeki temel esaslar 3 başlık altında ele alınabilir.

1) Hastanın günlük semptomlarının yönetimine dair beceri kazanması,
2) Hastanın fibromiyalji semptomlarını tedavi edebilmeyi öğrenmesi,
3) Hastanın etkin sağlıklı davranış pratiği kazanması.

Bu esaslar doğrultusunda planlanan tedavi sürecinde kullanılan yöntemlerle ilgili literatür incelendiğinde bu yöntemlerin ilaç odaklı ve ilaç dışı tedavi yaklaşımları olmak üzere iki ana başlık altında toplanabileceği görülmektedir (Zinnuroğlu, 2007).

#### 1.2.7.1. İlaç Odaklı Tedavi Yaklaşımı

FMS tedavisinde kullanılan ilaçlar analjezikler, antidepresanlar, kas gevşeticiler, nonsteroid antiinflamatuar (NSAİD) ilaçlar, antiepileptikler ve bunların çeşitli kombinasyonlarıdır (Koldaş-Doğan, Ay ve Evcik, 2011). Ancak, beklenenin aksine farmakolojik tedavi görenlerin görmeyenlere göre FMS'den daha fazla etkilendiklerini bildiren çalışmalar mevcuttur (Linares ve ark., 2008). FMS tedavisinde antidepresan kullanımının etkinliğini belirlemek amacıyla toplam 1427 hastayı kapsayan 18 randomize kontrollü çalışmayı meta analize tabi tutan Häuser, Bernardy ve Uçeyler (2009), çalışmalarında FMS tedavisinde yaygın olarak kullanılan trisiklik antidepresanların etki büyüklüğünü yüksek, monoaminoksidaz inhibitörlerinin etki büyüklüğünü orta ve seçici seratonin gerialım inhibitörleri ile seratonin ve noradrenalin gerialım inhibitörlerinin etki büyüklüğünü ise düşük bulgulamışlardır. Ayrıca, tedaviye başlanmadan önce ilaçların potansiyel yan etkilerine bağlı hastalıklar ve hastanın tedavi sürecine dair tercihlerinin göz önünde bulundurulmasının önemine değinerek, farmakolojik tedavinin amaçlarının (örn. İyileşmeden ziyade semptomların mümkün olduğunca azaltılması) tanımlanmasının gerekliliğini vurgulamışlardır. Bunun yanı sıra, FMS'de antidepresan kullanımının uzun süreli etkilerinin tam olarak bilinmemesi nedeniyle ilaçların yararlarının zararlarına göre daha fazla olup olmadığını belirlemek için düzenli aralıklarla değerlendirilmesini önermişlerdir.

### 1.2.7.2. İlaç Dışı Tedavi Yaklaşımları

Bu yaklaşımların başlıcaları;

- Eğitim,
- Egzersiz,
- Bilişsel-davranışçı tedavi
- Diğer tedavi yöntemleri

olmak üzere dört ana başlık altında ele alınabilir (Zinnuroğlu, 2007).

#### 1.2.7.2.1. Eğitim

Kronik bir ağrı sendromu olan FMS'nin tedavi sürecinde hastanın, FMS ile ilgili iyi eğitilmiş, tedaviyi kendi kendine yürütebilecek ve semptomların gösterdiği dalgalanmalara göre düzenlemeler yapabilecek beceride olması alınacak olan verimi maksimuma çıkarmanın vazgeçilmez bir gereğidir (Zinnuroğlu, 2007).

#### 1.2.7.2.2. Egzersiz

FMS'nin tedavi sürecinde yararlanılan başlıca egzersiz tipleri, tüm vücut aerobik egzersizleri, yürüme, havuz egzersizleri, bisiklet, dans, germe ve güçlendirme egzersizleridir (Koldaş-Doğan ve ark., 2011; Zinnuroğlu, 2007). Çalışmalar tedavi sürecinde fiziksel egzersiz yapan hastaların fizik tedavi ve rehabilitasyon ya da geçerli olan diğer alternatif tedavileri alan hastalara göre FMS'den daha az etkilendiklerine işaret etmektedir (Linares ve ark., 2008).

#### 1.2.7.2.3. Bilişsel-davranışçı tedavi

Psikolojik/psikiyatrik bozukluklar ve distres (zorlantı) bu hastaların davranışları üzerinde etkili en önemli faktörlerdir. Ayrıca, FMS'de hastalık deneyimine ve davranışına etki eden önemli bir diğer faktör olan bilişsel özellikler hastalığın görünümünü değiştirebilmektedir (Güleç ve ark., 2007).

FMS'de başvurulan psikolojik tedaviler hastalığın fiziksel ve psikolojik boyutları arasındaki ilişkileri düzenlemeye yönelik olup başlıca iki grupta ele alınabilir: EMG biyolojik geribildirim (biofeedback) gibi psikofizyoloji temelli tedaviler ve bilişsel-davranışçı tedaviler (Adams ve Sim, 2005; Akt., Zinnuroğlu, 2007). FMS'nin tedavi sürecinde BDT yöntemleri ile amaçlanan olumsuz düşünce kalıplarının daha işlevsel olacak şekilde yeniden yapılandırılması, olumsuz başa çıkma yöntemlerinin belirlenerek söndürülmesi ve olumlu başa çıkma yöntemlerinin güçlendirilmesidir. Aynı zamanda, kronik ağrı ile başetme yollarının özellikle de fizyolojik uyarılmayı azaltmak için gevşeme tekniklerinin öğretilmesi, günlük aktivite düzeyinin artırılması, ağrı davranışına yönelik çevresel tepkilerin düzenlenmesi, analjezik ve psikoaktif madde kullanımının azaltılması hedeflenmektedir (Koldaş-Doğan ve ark., 2011; Madenci, Herken, Yağız, Keven ve Gürsoy, 2006).

Bilgici ve arkadaşlarının da vurguladığı gibi (2005), bu hastaların bilişsel davranışçı tedaviden ve gevşeme egzersizlerinden fayda görmesi, FMS'nin gerek gelişiminde gerekse seyrinde günlük hayattaki psikolojik ve sosyal stresörlerin önemli rol oynadığı düşüncesini desteklemektedir. Bu nedenle, psikolojik faktörlerin hastalığın nedeni mi yoksa sonucu mu olduğu açık olmamakla beraber FMS'li hastalarda psikososyal desteğin gerekliliği gözden kaçırılmamalıdır.

#### 1.2.7.2.4. Diğer Tedaviler

FMS'nin tedavi sürecinde başvurulan diğer tedavi yöntemleri hidroterapi, masaj, akupunktur, biofeedback ve ılık su banyolarıdır (Zinnuroğlu, 2007).

Bu hastaların vücudun çeşitli bölgelerinde ağrı şikayeti ve diğer hastalıklarda da sık görülen semptomlarla doktora başvurabileceğine, yapılan tetkik ve muayenelerin normal sonuçlar verebileceğine veya semptomları açıklamayabileceğine dikkat çeken Hayta ve arkadaşları (2010), çalışmalarında FMS'li hastaların klinik semptomlarında strese bağlı olarak artma bildirmişlerdir. Ancak, bu hastaların ruhsal belirtilerden çok fiziksel bir belirti olan ağrı şikayeti ile tedavi arayışına girdiği görülmektedir. Örneğin, fizik tedavi ve rehabilitasyon

polikliniğine ilk kez başvuran ve fibromiyalji tanısı konan hastalarla yaptıkları çalışmalarında, depresyon tanısı alan FMS hastalarının hiçbirinin depresyon sebebiyle tedavi almadığını bulgulayan Taşkın ve arkadaşları (2007), bu durumun ülkemiz gibi gelişmekte olan toplumlarda fiziksel yakınmalar için sağlanan tedavi imkanlarının ruhsal yakınmalar için sağlanan tedavi imkanlarından daha fazla olması ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. Ayrıca, araştırmacılar bu hastaların depresyon yerine ağrı gibi fiziksel bir semptom göstererek çatışmalarından kaçındıkları gibi hem gözle görülen bir hastalıkla sorumluluklarını azaltıp hem de ilgi ihtiyaçlarını karşılıyor olabileceklerine dikkat çekmişlerdir.

FMS'li hastalara müdahaledeki temel bakış açısının multidisipliner yaklaşım olduğuna vurgu yapan sağlık profesyonelleri, günümüz müdahale pratiğinin gelişmesi için de gerekli olan üç yol bildirmişlerdir; 1) erken evrede müdahale, 2) farklı disiplinler ve servisler arasındaki konsültasyonun artırılması, 3) sağlık çalışanlarının FMS konusunda daha iyi eğitilmesi (Sylvaın ve Talbot, 2002).

Sonuç olarak, farklı tedaviler deneniyor olmasına rağmen, birden çok mekanizmanın etkili olduğu bir hastalıkta tek bir tedavi modalitesi etkili olamamaktadır (Eyigör ve Kirazlı, 2008). Dolayısıyla, spesifik bir tedavi yönteminden ziyade multimodal tedavi yöntemlerinin tavsiye edildiği FMS'nin tedavi sürecinin en temel bileşenleri bilişsel-davranışçı tedavi, eğitim ve egzersize ek olarak diğer teknikler ve ilaç tedavileridir. FMS'nin başlangıç ve seyrinde birden fazla faktörün etkili olduğu ve hastalığın birden fazla sisteme ait semptomla seyrettiği göz önüne alındığında tedavi sürecinin de çok boyutlu olması ve hastalıktan ziyade hastaya yönelik olması kaçınılmaz bir gerekliliktir (Koldaş-Doğan ve ark., 2011; Zinnuroğlu, 2007).

### 1.2.7.3. FMS'nin Tedavi Sürecinde Hastalar, Hasta Eşleri ve Sağlık Personeli

Literatüre bakıldığında da FMS nin sadece hastayı değil eşini ve hatta tüm ailesini etkilediğine vurgu yapılmaktadır (Söderberg, Strand, Haapala ve Lundman, 2003). Bu noktada hasta, hasta eşi ve sağlık personelinin sürece dair algılarına değinmek sürecin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.

FMS'li kadın hastalar, eşleri, hemşireler ve diğer sağlık personeline göre tedavi sürecinde yararlı müdahalenin ne anlama geldiği konusunda Sylvaın ve Talbot tarafından 2002 yılında yedi FMS'li kadın hasta, dört hasta eşi, dört hemşire, iki doktor, bir romatolojist ve bir fizyoterapistin de katılımıyla nitel bir araştırma yürütülmüştür. Yapılan grup görüşmesi boyunca FMS'li kadın hastalar yararlı profesyonel müdahaleyi; kişiyi kendi kendine yardıma yönelten ve kişisel gelişimi kolaylaştıran müdahale olarak tanımlamışlardır. Ayrıca, FMS'li kadınlar tedavi sonrası takibin inançlı, destekleyici ve koruyucu olmasının yararlı olduğunu belirtirken, tanı sırasında profesyonel müdahalenin son derece önemli olduğunu belirtmişler, böylesi bir müdahalenin yokluğunda ise hayıflanmışlardır. Sağlık uzmanları arasında yer alan hemşirelerse yararlı müdahaledeki iki temel unsurun destek ve eğitim olduğunu vurgularken, sağlık personelinin diğer üyeleri de kişiye inanmanın, egzersizlerin yararını tanıtmanın ve hastalığın erken döneminde hastalık hakkındaki eğitimin tedavi sürecinde yararlı olabilecek müdahaleler arasında olduğunu belirtmişlerdir. Araştırma kapsamında, profesyonel destek, kişisel gelişim ve eş desteği FMS'de iyileşmeye giden yolun üç temel gücü olarak vurgulanmıştır. Profesyonel desteğin, eş desteğini ve kişisel gelişimi teşvik eden bir katalizör olarak işlev görmesinin yanı sıra, kişisel gelişimin ise eş desteği ve profesyonel müdahalelerle artırıldığı ifade edilmiştir. Yine araştırma kapsamında, böyle müdahalelerin, eşe ama daha da önemlisi kişinin kendisine destek sağladığı için güncel mesleki müdahalelerin ötesine geçtiğinin altı çizilmiştir.

Ayrıca FMS'li hastaların, hastalıkla ilgili bilgiye ihtiyaç duyduklarını hastalardan biri şu şekilde ifade etmiştir: "Doktor bizi tanı hakkında bilgilendirdi.

Ama sonra hiç bir şey olmadı, sonrası boşluk.". Öte yandan, bu hastalar, hastalık sürecindeki en büyük kaygılarının doktorları ve onların inanmayan ya da dinlemeyen tutumları ile ilgili olduğunu bildirmişlerdir (Sylvaın ve Talbot, 2002).

Öte yandan, sadece hastalar değil eşler de hastalıkla ilgili bilgiye ihtiyaç duymaktadır. Söderberg ve arkadaşları tarafından (2003) yapılan nitel araştırmada FMS'li kadın hastaların eşleri sağlık personeli tarafından eşlerinin hastalığı konusunda yeterince bilgilendirilmediklerinden yakınmışlardır. Katılımcı eşlerden biri bu yakınmalarını, "Ne doktorlardan ne hemşirelerden hastalığın başlangıcından bu yana herhangi bir bilgi alamadım. Bence bu büyük bir eksiklik. Aslına bakılırsa hala daha eşimin ne tür bir hastalığı olduğu konusunda fikir sahibi değilim. Tek bildiğim onun bana söyledikleri." şeklinde dile getirmiştir. Sağlık personeli ile ilişkilerinin gergin olduğunu ve hastalıkla ilgili kendi kendilerine bilgi edinmek zorunda kaldıklarını belirten eşler, FMS hakkında bilgi sahibi olmanın eşlerini daha iyi anlamalarına katkı sağlayacağını belirtmişlerdir. Yine katılımcı eşlerden biri bu duruma, "Hasta yakınlarına hastalık hakkında doğru bilgi verilmesinin önemli olduğunu düşünüyorum. Çünkü hasta insanla yaşamak küçük bir değişim değil. Hastalık ciddi olsun ya da olmasın farkında olmadığınız değişiklikler meydana geliyor." şeklinde vurgu yapmıştır. Yine, başka bir çalışmada eşler iki tip destek tanımlamışlardır. Birincisi ev işlerinde yardımcı olmak gibi pratik destek, ikincisi ise anlayışlı-destekleyici olma ve iyi bir dinleyici olmayı da içeren psikolojik destektir. Ev işlerinde destek olmak sıklıkla bahsedilen bir destek türü olmakla birlikte, eşlerin tümü FMS'li eşlerine psikolojik desteği nasıl sağlayabileceklerini merak ettiklerini, böyle bir desteği oluşturmanın da sürdürmenin de zor olduğunu hissettiklerini belirtmişlerdir. Eşler, hasta eşlerine ihtiyaç duydukları psikolojik desteği sağlayabilmek için sağlık personelinin yardımına ihtiyaç duyduklarını, tanıyı takiben dışlanmışlık ve kendi hallerine bırakılmışlık hissettiklerini belirtmişlerdir (Sylvaın ve Talbot, 2002). Ayrıca, eşler sağlık personelinin ailenin durumunu anlamadığına ve hastalıkta gözle görülür bir semptom olmadığı için de negatif bir tutum sergilediklerine inanmaktadırlar (Söderberg ve ark., 2003). Ancak, eşlerin algıladıkları bu olumsuz tutumun, FMS tedavisinde başvurulan olası medikal müdahalelerdeki sınırlılıkla bağlantılı olabileceği gözden kaçırılmamalıdır. Çünkü,

katılımcı doktorlardan birisinin de "Omuz ya da diz problemini, yüksek kolestrolü, diyabeti, boğaz yangısını hatta kanseri bile tedavi etmeyi tercih ederim ama FMS'yi değil." (Sylvaın ve Talbot, 2002) şeklinde ifade ettiği gibi FMS tıpkı hasta gibi sağlık ekibini de çaresiz hissettirebilen bir hastalıktır.

Literatüre bakıldığında da, sadece hastayı değil eşi ve hatta tüm aileyi etkilediği vurgulanan FMS gibi tam olarak anlaşılmamış hastalıklarda sağlık personeli tarafından verilen bakım, destek ve bilgilendirmenin çok önemli olduğuna, çünkü bu sayede eşlerin hasta eşi anlama ve destek olmadaki beceri ve seçeneklerinin artacağına vurgu yapılmaktadır (Söderberg ve ark., 2003). Ayrıca, Paulson, Norberg, ve Söderberg de (2003), FMS'li hasta eşlerinin hastalık hakkında bilgi sahibi olmaya ve sağlık personelinden destek almaya ihtiyaç duyduklarına ve bu sayede hayatlarında etkin dengeyi kurabileceklerine dikkat çekmişlerdir. Ek olarak, sosyal destek grupları kurmak gibi potansiyel müdahalelerin bakım verme sürecindeki eşler üzerinde etkili olduğuna dikkat çeken Bigatti, Lydon ve Brothers ise (2008), bu tür müdahalelerin eşlerin kendilerini anlayabilen ve deneyimlerini paylaşabilecekleri kişilerle bir araya gelebilmeleri ve eşteki kronik hastalığın zorlantısını nasıl azaltılabileceği ile ilgili fikir paylaşımında bulunabilmeleri açısından etkin müdahale türleri olabileceğinin altını çizmişlerdir.

## 1.3. Miyofasyal Ağrı Sendromu (MAS)

### 1.3.1. MAS'ın Tanımı ve Klinik Görünümü

Daha önceleri myosit, miyalji, fibrozit, fibromyozit veya myofibrozit, musküler romatizma gibi adlarla da anılan bu sendrom, 1942 yılında Dr. Janet G. Travell tarafından miyofasyal ağrı sendromu terimi ile tanımlanmıştır (Aydın ve ark., 2000; Robinson ve Arendt-Neilsen, 2010). Miyofasyal ağrı sendromu (MAS), kaslarda ve/veya fasyalarda oluşan tetik noktalardan kaynaklanan lokal veya yansıyan ağrıya kas spazmı, yorgunluk, hareket kısıtlılığı, lokal hassasiyet, tutukluk ve nadiren de otonomik sinir sistemi bozukluklarının eşlik ettiği bölgesel bir sendromdur (Aydın ve ark., 2000; Tüzün, 2011; Mense ve Simon, 2001; Akt.Robinson ve Arendt-Neilsen, 2010).

MAS'ta ağrılar akut olarak da başlayabildiği gibi yavaş yavaş da gelişebilir. Lokal veya yansıyan ağrının şiddeti ve yayılım alanı tetik noktaların hassasiyetine bağlıdır. Hastaların yakınmalarının yorgunluk, soğuk hava, hareketsizlik, aşırı egzersiz ve duygusal gerilim ile arttığı; sıcak, masaj ve germe ile de azaldığı bilinmektedir (Tüzün, 2011). MAS'ın klinik belirtileri; ağrı, hareket kısıtlılığı, güçsüzlük, dengesizlik, baş dönmesi, kulakta dolgunluk hissi, göz yaşarması, görme bozukluğu, parasteziler, deride kızarma, aşırı tükrük salgısı (hipersalivasyon), aşırı duyarlılık (hiperestezi) ve tutulan ekstremitelerde (kol ya da bacak) soğukluk hissidir. Ayrıca bu hastalarda günlük yaşam aktivitelerinde zorlanma ve yaşam kalitesi düzeyinde bozulmalar görülür. Klinik bulguları ise tetik nokta, gergin (taut) bant, lokal seyirme yanıtı ve sıçrama belirtisidir (Aydın ve ark., 2000; Tüzün, 2011). Bu klinik bulgulara kısaca değinmek gerekirse;

- **Tetik Nokta:** İskelet kasında veya kasın fasyasında bulunan, basınçla (kompresyon) hem lokal hem de karakteristik bir biçimde yansıyan ağrıya neden olan, palpasyon sırasında lokal seyirme yanıtı oluşturan, lokal kas travması ile meydana geldiği düşünülen, küçük, sınırları belli, aşırı duyarlı (hipersensitif) alanlara verilen addır (Aydın ve ark., 2000; Tüzün, 2011). Vücudun herhangi bir kasında ya da kas grubunda oluşabilen (Dumitru ve ark., 2007) bu noktalar Travell ve Simon tarafından bireyin kas ağrısını hızlandıran bozulmuş kas fonksiyonunun bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Robinson ve Arendt-Neilsen, 2010).

Fizik muayene sırasında palpasyonla saptanabilen bu noktalar aktif veya latent olabilirler. Aktif tetik noktanın özellikleri; istirahat veya palpasyon sırasında ağrılı olması, gergin bir kas bandı ve lokal seyirme yanıtı oluşturmasıdır. Öte yandan, bireyin tetik noktaları varken, klinik olarak belirgin kas ağrılarının olmaması durumu da mümkündür. Daha sık görülen ve latent tetik nokta olarak adlandırılan bu tür tetik noktalar ise, günlük aktiviteler sırasında ağrıya neden olmazken ancak palpasyonla lokal veya yansıyan ağrı ortaya çıkarabilirler (Aydın ve ark., 2000; Tüzün, 2011; Robinson ve Arendt-Neilsen, 2010). Travma sonrası kas içinde latent şekilde kalan bu noktalar yeni bir travma veya hergün tekrarlanan mikrotravmalar, aşırı sıcak ya da soğuk gibi çevresel faktörler tarafından aktiflenebilirler (Aydın ve ark., 2000).

**- Gergin (taut) Bant:** Tetik noktaların içinde bulunduğu, kısalmış bir grup kas lifinden oluşan banttır (Aydın ve ark., 2000).

**- Lokal Seyirme Yanıtı:** Tetik nokta parmaklar altında kaydırıldığında veya iğnelendiğinde, gergin bandın bir bölümünde meydana gelen istemdışı, lokalize ve geçici kas kontraksiyonudur (kasılması) (Aydın ve ark., 2000).

**- Sıçrama Belirtisi:** Aktif tetik nokta üzerine yeterli basınç uygulandığında hastada sıçrama yanıtı meydana gelir (Aydın ve ark., 2000).

MAS'ın tanı kriterleri ise şunlardır:

Majör Kriterler

- Bölgesel ağrı şikayeti,
- Tetik noktadan belli bir alana yayılan ağrı ve duysal değişiklik,
- Erişilebilen kaslarda elle hissedilebilen (palpabl) gergin bant,
- Gergin bant boyunca bir noktada aşırı hassasiyet,
- Ölçülebilen hareket açıklığının azalması,

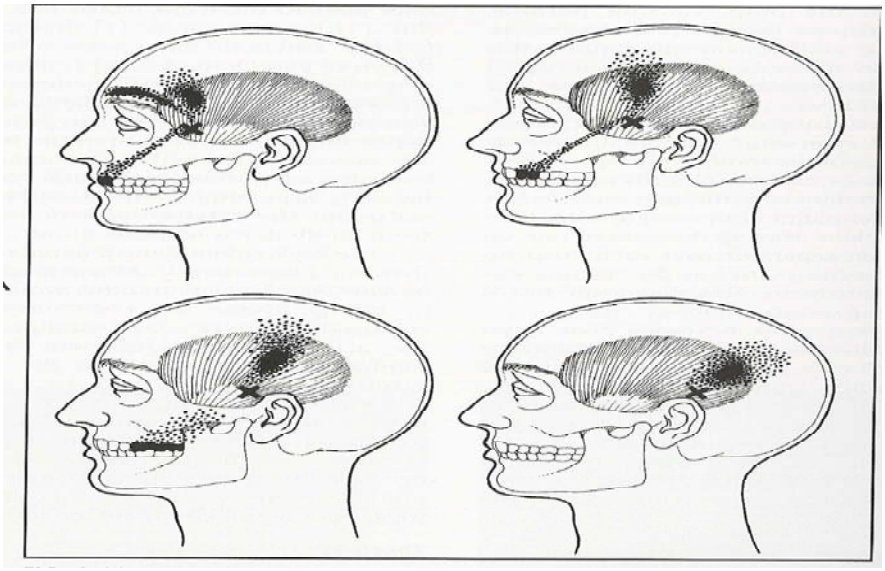
Minör Kriterler

- Tetik noktanın basınçlı palpasyonun ile klinik ağrı şikayeti veya duysal değişikliğin ortaya çıkması
- Gergin banttaki duyarlı noktanın palpasyonu ile lokal seyirme yanıtının ortaya çıkması
- Duyarlı noktanın enjeksiyonu veya kasın gerilmesi ile ağrının azalmasıdır.

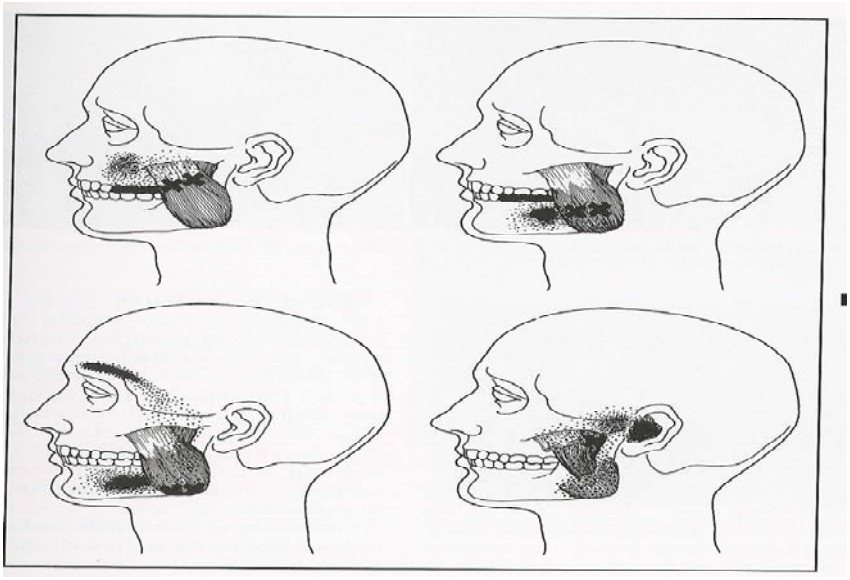
MAS'ın klinik tanısı için 5 majör ve en az 1 minör kriter gereklidir (Aydın ve ark., 2000; McCain, 1994; Akt. Şendur, 2004). Ancak, spesifik olarak tanı koyduran

bir laboratuar veya görüntüleme tekniğinin olmadığı MAS'ta tanı için çoğunlukla tetik noktalarda hassasiyet, yayılan ve yansıyan ağrı ve gergin bantların varlığı yeterli olmaktadır (Tüzün, 2011).

MAS nedeniyle vücutta en çok tutulan bölgelerin ise baş-boyun, omuz ve bel olduğu bildirilmiştir (Aydın ve ark., 2000; Tüzün, 2011). MAS'tan en çok etkilenen vücut yapılarından biri, en sık kullanılan eklemlerden biri olan ve günde yüzlerce defa ısırma, çiğneme, konuşma ve esneme için kullanılan temporamandibular eklem alt çeneyi kafa kemiklerine bağlayan yapıdır (Aksoy ve ark., 1997). Bu eklemde meydana gelen hastalıklar eklemin kendisine ait patolojilerden oluşabileceği gibi, çiğneme kaslarına ait rahatsızlardan da kaynaklanabilir. İşte bu çiğneme kaslarına ait rahatsızlıklardan en sıklıkla karşılaşılanı miyofasyal ağrı sendromudur. Etiyolojisi tartışmalı ve hala tam aydınlatılamamış olan bu sendromun bu vücut bölgesinde ortaya çıkmasında rol oynayan en önemli nedenlerden biri olarak bruksizm karşımıza çıkmaktadır (Özcan, 2005). Bruksizm aşırı diş sıkma ve gıcırdatma olarak tanımlanır ve bruksizmi olan çoğu hasta sabahları çene ve kulak ağrısı ile uyanır. Bu hastalar bir yakını uyarana ya da diş doktoru bu durumu tanılayana kadar çoğunlukla durumun farkına varmazlar. Bu bölgedeki ağrının en önemli nedeni MAS'tır. Eğer etkilenen temporal kas (Bknz. Şekil 2) ise hastalar bu ağrıyı baş ağrısı, masseter kas (Bknz. Şekil 3) ise çene ağrısı olarak tanımlarlar (Karan ve Aksoy, 2004). Etiyolojisi hakkında bir fikir birliği olmamakla birlikte bruksizmin gerginlik ve strese bir yanıt olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir (Carlsson ve ark., 2003). Bruksizm dişlerde aşınma ve kırılmalar ortaya çıkarmanın yanı sıra çiğneme sistemine ait bir kas işlev bozukluğu olan MAS'a, daha ileri boyutta ise geri dönüşsüz temporamandibular eklem hasarlarına yol açabilir (Özcan, 2005).



**Şekil 2.** Temporal kastaki tetik noktalar (Özcan, 2005)



**Şekil 3.** Massater kastaki tetik noktalar (Özcan, 2005)

### 1.3.2. MAS'ta Epidemiyoloji

MAS oldukça sık görülen bir olgu olmasına rağmen literatürdeki epidemiyolojik çalışmalarda değişken sonuçlar bildirilmektedir. Kas iskelet sistemi şikayetleri ile hekime başvuran hastaların yaklaşık % 30-50'sinde MAS bulunduğu

bildirilmiştir (Aydın ve ark., 2000). Genel tıp kliniklerinde tedavi gören 172 hasta üzerinde yürütülen bir çalışmada hastaların % 30'unun MAS tanısı aldığı bildirilirken (Skootsky, Jaeger ve Oye, 1989), ağrı merkezine yönlendirilen 283 hasta üzerinde yürütülen bir başka çalışmada hastaların % 85'ine MAS tanısı konulduğu bildirilmiştir (Fishbain, Goldberg, Meagher, Steele ve Rosomoff, 1986). Ancak resmi olmayan gözlemler bazı klinisyenlerin kas-iskelet sistemi ağrısı olan hastaların çok büyük bir bölümüne miyofasyal ağrı tanısı koyarken diğerlerinin bu tanıyı çok daha az sıklıkta kullandığı görüşünü desteklemektedir (Robinson ve Arendt-Neilsen, 2010). MAS'ta en yüksek prevelansın 30-49 yaşları arasında olduğu, kadınların tetik nokta insidansının (oluşum sıklığı) daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Aydın ve ark., 2000; Tüzün, 2011).

### 1.3.3. MAS'ta Etiyoloji

#### 1.3.3.1. MAS'ın Biyolojik Temelleri

Literatür incelendiğinde MAS'ın etiyolojisi tam olarak belirlenememiş olmakla birlikte genel olarak kas zedelenmesi, kas zorlanması ya da kas yorgunluğuna bağlı olarak ortaya çıkan akut ağrının kronik MAS'a öncülük edeceği düşünülmektedir (Robinson ve Arendt-Neilsen, 2010). Yani bakıldığında, MAS'ın en sık nedeni miyofasyal yapıların akut bir travma nedeniyle zorlanması olarak bilinmektedir. Çünkü, bu travmalar sonucunda kas veya fasya içinde aktif veya latent tetik noktalar meydana gelmektedir. Bunlar dışında bacak kısalığı, küçük hemipelvis, kötü postür, uzun süren hareketsizlik gibi yapısal faktörler, beslenme yetersizlikleri, metabolik (metabolizma ile ilgili) veya endokrin (hormonal) nedenler, kronik enfeksiyonlar, uyku bozuklukları, nörolojik ve romatolojik hastalıklar etiyolojide sorumlu tutulan faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır (Aydın ve ark., 2000; Tüzün, 2011; Dumitru, ve ark., 2007; Şendur, 2004).

#### 1.3.3.2. MAS'ın Psikososyal Temelleri

MAS'ın oluşum nedenleri arasında bulunan psikososyal faktörlerin önemi yadsınmamalıdır (McCain, 1994; Akt. Şendur, 2004). Tetik noktaların en yaygın sebepleri arasında bulunan psikolojik stres ve gerilim yakın kaslarda elektriksel

aktiviteye neden olmamasına rağmen bu noktalarda artmış EMG aktivitesine yol açmaktadır (Şahin, 2007). Ancak, uzamış kas travması, kas yaralanmaları ve kas zorlanmalarına bağlı olduğu düşünülen MAS genellikle tamamen somatik olarak tedavi edildiği için bu hastaların psikolojik problemlere sahip olup olmadıkları nadiren bilinmektedir (Robinson ve Arendt-Neilsen, 2010). % 85'i MAS tanısı alan ağrı hastaları üzerinde gerçekleştirilen çalışma sonuçlarının bu hastaların, %56.2'sinde depresyon, % 3.9'unda somatoform bozukluk, % 62.5'inde ise anksiyete bozukluğu olduğunu ortaya koymuş olması (Fishbain ve ark., 1986) psikolojik bozuklukların MAS'ta küçük bir katkısı olduğu fikrinin yeniden düşünülmesi gerektiğine kanıt oluşturmaktadır (Robinson ve Arendt-Neilsen, 2010). Dolayısıyla, Dumitru ve arkadaşlarının da (2007) vurguladığı gibi uzun süren stres ve gerilimin MAS'a neden olabileceği ve böyle durumlarda psikolojik girişimin gerekliliği gözden kaçırılmamalıdır.

### 1.3.4. MAS'ta Tedavi

MAS'ta tedavinin esasını tetik noktanın ortadan kaldırılmasıyla ağrı kısır döngüsünün kırılması oluşturmaktadır. Ağrı kısır döngüsünü kırarak hastayı rahatlatmak amacıyla pek çok sistemik veya lokal tedavi yöntemi kullanılabilir (Aydın ve ark., 2000; Kısaoğlu, Erdem, Göncü ve Yorgancıoğlu, 2000; Şendur, 2004).

Bunlar;

- **Hasta eğitimi:** MAS'ta tedavinin en önemli kısmı hastaya ağrısının kaslardan kaynaklandığını ve nasıl baş edebileceğini öğretmektir (Aydın ve ark., 2000; Şendur, 2004).
- **Germe Egzersizleri:** Tetik noktaların tedavisinde en güvenilir yöntem olan bu egzersizlerde amaç kasın normal istirahat uzunluğunu sağlamaktır. Tetik noktanın bulunduğu kasın gerilmesi ile kas kontraksiyonu ve kas içi gerilim azaltılır (Aydın ve ark., 2000; Dumitru, ve ark., 2007).

- **Sprey Tekniği:** Hastalığı tarif eden Travell tarafından germe ile birlikte kullanımı önerilen kolay ve etkili bir yöntemdir. Önce tetik nokta bulunan kas iyice gerilir veya presyonla gerilmesi sağlanır. 30□ açıyla ve 30-40 cm uzaktan kas liflerine paralel gelecek şekilde sprey sıkılır. Bu işlemin 3-4 kez tekrarlanmasından sonra kasa sıcak kompres uygulanır ve gevşeme sağlanır (Aydın ve ark., 2000).

- **Enjeksiyonlar:** En çok kullanılan enjeksiyon teknikleri tetik nokta enjeksiyonu ve kuru iğnelemedir. Daha az tercih edilen bir diğer enjeksiyon türü ise botulinum toksin enjeksiyonudur (Aydın ve ark., 2000; Robinson ve Arendt-Neilsen, 2010).

- **Fizik Tedavi Ajanları:** Tetik noktaya lokalize olmak üzere Masaj, Ultrason, TENS ve Lazer kullanılabilir (Aydın ve ark., 2000).

- **Medikal Tedavi:** MAS'ta ilaç tedavisi diğer tedavi yöntemlerine yardımcı olmak üzere kullanılır. NSAİ ilaçlar, kas gevşeticiler, trisiklik antidepresanlar, SSRI, antikonvülsanlar ve opiatlar çok etkili olmamakla birlikte önerilebilmektedir (Aydın ve ark., 2000; Robinson ve Arendt-Neilsen, 2010).

Kısacası, MAS'lı hastaların tedavisinde germe programları ve uzun süreli ev modaliteleri olmazsa olmazdır. Hedef hastanın fonksiyonel yeteneklerini değiştirmek olduğunda vücut mekaniği, günlük rutinler ve strese dikkat etmek çok hayati önem taşımaktadır (Dumitru ve ark., 2007). Tıpkı diğer ağrı sendromlarında olduğu gibi MAS'ta da hastalığın oluşmasına katkıda bulunan enfeksiyonlar, romatizmal hastalıklar, nörolojik hastalıklar, psikolojik durum vb. faktörler saptanmalı ve tedavi edilmeye çabalanmalıdır (Aydın ve ark., 2000; Şendur, 2004). Lokal ya da yansıyan akut ve kronik kas ağrıları ile karakterize bir kronik ağrı sendromu olan ve etiyolojisi henüz tam olarak bilinmeyen (Tüzün, 2011) MAS, uzamış kas travması, kas yaralanmaları ve kas zorlanmasına bağlı olduğu düşünüldüğünden tamamen somatik olarak tedavi edilmektedir. Ancak, eğer problemin nedeni uzun süren stres ya da gerilim ise tedavi sürecinde psikolojik girişimin gerekliliği gözden kaçırılmamalıdır (Dumitru ve ark., 2007). Tedavi sürecinin multidisipliner yaklaşımla planlanması ve

tedavi ekibinde fiziatriste ek olarak diğer ağrı uzmanlarının ve temporamandibular eklem disfonksiyonuyla ilgili bir diş hekiminin ve psikoloğun olması gerekliliği kaçınılmazdır (Şendur, 2004).

Öte yandan, MAS'da tanı kriterleri belli olsa da tanı koyduran bir laboratuar veya görüntüleme tekniğinin olmaması MAS'ın kas ve iskelet sisteminde ağrı yapabilen diğer tüm hastalıklar ile karışabilmesine yol açmaktadır. Bu nedenle, ancak ve ancak diğer hastalıklar dışlandıktan sonra tanıya gidilebilir (Aydın ve ark., 2000). Bu hastalıklar içinde MAS ile en kolay karışabilen hastalık ise FMS'dir (Aydın ve ark., 2000; Gerwin, 1999). MAS açısından değerlendirilen her hastada FMS ayırıcı tanı muayenesinin mutlaka düşünülmesi gerektiğine vurgu yapılmaktadır (Robinson ve Arendt-Neilsen, 2010). İşte tam da bu noktada FMS ve MAS arasındaki benzerliklere ve farklılıklara değinmek yerinde olacaktır.

### 1.4. FMS ve MAS Aynı mı Ayrı mı?

FMS ve MAS'ın çeşitli benzerlikler ve farklılıklar gösterdiği inkar edilemez bir gerçektir. Bu iki sendrom, 1986 yılında Ağrı Çalışmaları Birliği tarafından farklı klinik tablolar olarak kabul edilmiş (Şendur, 2004) olmakla birlikte bu konuda literatürde farklı görüşler mevcuttur.

Mense ve Simons (1992) yaygın bir ağrı sendromu olan FMS'nin, bölgesel bir ağrı sendromu olan MAS'tan farklı olduğunu savunmakta, FMS'deki hassas noktaların MAS'daki tetik noktaların tüm özelliklerine sahip olması gerekmediğine vurgu yapan Wolfe ve arkadaşları (1992) da bu görüşü desteklemektedir (Akt. Robinson ve Arendt-Neilsen, 2010). Ek olarak, Gerwin de (1998), her ikisi de kas iskelet sistemi rahatsızlıkları olup benzer bazı özellikler taşımalarına ve aynı kişide aynı anda da bulunabilmelerine rağmen temelde her ikisinin de farklı kas iskelet sistemi bozuklukları olduğunu belirtmektedir (Akt. Tüzün, Albayrak, Eker, Sözay ve Daşkapan, 2004). Ayrıca, MAS'taki ağrının hem duyusal hem de afektif/motivasyonel boyutu göz önüne alındığında ortaya çıkan fonksiyonel yetersizliğin FMS'deki kadar büyük olmayabileceğine işaret edilmektedir (Robinson ve Arendt-Neilsen, 2010). FMS'li hastalarla MAS'lı hastaları yaşam kalitesi açısından kıyasladıkları çalışmalarında Tüzün ve arkadaşları (2004), FMS'li

hastaların MAS'lı hastalara göre daha fazla yorgunluk, uyuşma, karıncalanma, gastrointestinal (mide ve bağırsaklarla ilgili) rahatsızlık, yetersiz uyku bildirdiklerini ve yine FMS'li hastaların daha yüksek ağrı şiddeti, depresyon düzeyi ve daha yetersiz sağlık durumu bildirdiklerini bulgulamışlardır. Öte yandan, MAS'lı hastalarla sağlıklı kontroller arasında depresyon düzeyi açısından bir farklılık bulunmamıştır. Her iki grubun yaşam kalitesinin birbirinden oldukça farklı olduğuna, özellikle FMS'li hastaların yaşam kalitesinin ciddi derecede düşük olduğuna vurgu yapan araştırmacılar, MAS'ın çoğunlukla fiziksel sağlığı etkilediğini ancak, FMS'nin hem fiziksel hem zihinsel sağlığı etkilediğine vurgu yapmaktadırlar. Bu farklılığın ise depresyon şiddeti ve ek semptomların yaygınlığıyla ilişkili olabileceğini vurgulamaktadırlar. Ayrıca FMS'li hastaların hayatının yalnızca fiziksel ve duygusal açıdan değil sosyal performans ve aile ilişkileri açısından da etkilendiğinin altı çizilmektedir. Ek olarak, bu iki grubun tedavi amaçları açısından ayrıştırılması gerekliliğini vurgulayan Tüzün ve arkadaşları (2004), özellikle FMS tedavisinin sadece fiziksel tedavi ile sınırlanmamasının ve multidisipliner bir bakış açısıyla müdahale edilmesi gerektiğine dikkat çekmişlerdir.

Ancak, Wolfe ve arkadaşlarının da (1992) belirttiği gibi her iki sendromun, hastaların şikayetlerinin kas merkezli olması bağlamında birbirine benzer olmasına ek olarak, FMS ve MAS'ın birbirine benzer mi yoksa ayrı mı olduğu konusunda kafa karışıklığı yaratan ve üzerinde dikkatle durulmaya başlanan bir diğer nokta ise Simons'un da (1986) vurguladığı gibi yaygın kas hassasiyeti bildiren FMS'li hastaların gerçekte çok sayıda tetik noktaya da sahip olmasıdır (Akt. Robinson ve Arendt-Neilsen, 2010). Ayrıca, son 15 yıl içinde FMS ile ilgili olarak yapılan araştırmaların bu sendromun temelindeki sorunun duyusal bilgiyi işlemekle görevli merkezi sinir sistemindeki bir karmaşa olduğunu ileri sürdüklerine dikkat çeken Robinson ve Arendt-Neilsen (2010), aynı durumun MAS için de uygun olabileceğine vurgu yapmaktadırlar. Ayrıca, Goldenberg de (1997) MAS'ın FMS'nin lokalize formu olabileceğine işaret etmektedir. Diğer taraftan, hem FMS de hem de MAS'ta semptomları ortaya çıkaran patofizyolojik mekanizmalar konusunda bir fikir birliği olmadığı gibi tedaviler de iyileşmeden ziyade semptomları azaltmaya yöneliktir (Tüzün ve ark., 2004).

Literatürde farklı görüşler bulunsa da genel olarak FMS ve MAS arasındaki farklılıklar Tablo 3'de sunulmuştur.

**Tablo 3.** FMS ve MAS arasındaki farklar (Aydın ve ark., 2000)

| **Özellikler** | **Miyofasyal Ağrı Sendromu** | **Fibromiyalji Sendromu** |
|---|---|---|
| Prevelans | Kronik ağrı hastalarının %30-60'ı | Genel tıp hastalarının % 3-4'ü |
| Cinsiyet Dağılımı (K/E) | 1/1 | 10/1 |
| Yaş | Her yaşta | 40-60 (???) |
| Başlangıç | Travma veya strain | % 50 idiopatik<br>% 20 fiziksel travma<br>% 20 viral<br>% 10 emosyonel |
| Uyku Bozukluğu | Bazen | 80% |
| Ağrı | Lokalize | Yaygın |
| Yansıyan Ağrı | Spesifik Pattern | ? |
| Hassasiyet | Kasların motor noktalarında birkaç nokta | Tendon yapışma bölgesi, kasların motor noktaları veya kemikler üzerinde multiple hassas nokta |

| | | |
|---|---|---|
| Lokal Seyirme Cevabı | Diagnostik | ? |
| Tedavi | Spesifik | Multidisipliner |
| Prognoz | İyileşme beklenir | Genellikle kronikleşir |

Daha önce de değinildiği gibi araştırmanın en temel amacı genelde kronik ağrı sendromlarında, özelde ise FMS ve MAS'ta evlilik uyumunu değerlendirmektir. Bu doğrultuda, evlilik uyumu ve ilgili değişkenlerle ilgili genel bir çerçevenin çizilmesi önemlidir.

## 1.5. Evlilik ve Evlilik Uyumu

### 1.5.1. Evlilik ve Evlilik Uyumunun Tanımları

İnsan hayatının önemli dönüm noktalarından biri olan evlilik, literatürdeki farklı tanımlamalar göz önüne alındığında; farklı ilgi, istek ve ihtiyaçlara sahip iki insanın karşılıklı uyum, doyum, mutluluk, özgüven ve kişilik gelişimlerini sağlama ve biyolojik, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlayarak kurdukları kurumsal birleşmeye ek olarak; düşünce, inanç, zeka ve yaşam görüşlerinin de karşılıklı sevgi, saygı ve anlayış çerçevesinde birleşmesini içeren sosyal bir iletişim ve etkileşim sistemi olarak tanımlanabilir (Glenn, 1991; Günay, 2000; Tutarel-Kışlak, 1999; Özgüven, 2000; Özuğurlu, 1985). Birincil sosyal destek kaynağının eş olması sebebiyle evliliğin niteliğinin, yaşam kalitesi ile çok yakından ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Hünler ve Gençöz, 2003).

İnsan hayatındaki diğer önemli deneyimlerden sadece biri olmasına rağmen bireyin yaşam kalitesi ile bu derece yakından ilişkili olan evliliğin niteliğini değerlendirmek için yapılan ilk çalışmalarda evlilik doyumu (marital satisfaction), evlilikte mutluluk (marital happiness), evlilik başarısı (marital success) ve evlilik

uyumu (marital adjustment) kavramları birlikte kullanılmış olmakla beraber sonraki çalışmalarda ayrı değişkenler olarak incelenmiştir (Kastro, 1998). Evliliklerin niteliğini değerlendirmede yaygın olarak kullanılan yol evlilik uyumunun ölçümlenmesidir, çünkü evliliğin niteliğinin yordanmasında uyumun daha önemli olduğu düşünülmektedir (Beach ve ark., 2005; Erbek ve ark., 2005a; Erdoğan, 2007).

Literatürde çok farklı şekillerde tanımlanabilen evlilik uyumu, çiftin doyumu, birlikteliği ve işbirliği, eşler arasındaki farklar, gerilim ve kişilerdeki kaygının (Spainer, 1976) yanı sıra, ilişkiye yönelik algılar, iletişim şekilleri, sorun çözme becerileri, bağlılık, cinsellik, heyecan arama, sosyal anksiyete seviyesi, dindarlık ve eğitim düzeyi gibi bireysel, durumsal ve ilişkisel birçok faktörden etkilenen (Polat, 2006), yaşam kalitesini çok derinden etkileyebilen (Carey ve ark., 1993) eşlerin birbirine uyum süreci olarak tariflenebilir.

Karşılıklı etkileşen, evlilik ve aileyi ilgilendiren konularda fikir birliği yapabilen ve sorunlarını olumlu bir şekilde çözebilen çiftlerin evliliği uyumlu bir evlilik olarak tanımlanmakta, dolayısıyla; mutluluk, doyum ve beklentilerin gerçekleşmesi, evlilikte karşılıklı uyum ile mümkün olmaktadır. İşte bu nedenle klinisyenler kadar araştırmacılar da evlilik uyumunun araştırılmasına giderek artan bir ilgi duymaya başlamışlardır (Erbek ve ark., 2005a).

### 1.5.2. Evlilik Uyumunun Yordayıcıları

Mutlu ve doyumlu evliliklerin önemli belirleyicilerinden olan evlilik uyumu, çatışma çözme becerileri, ilişkiye yönelik algılar ve cinsellik gibi bireysel, durumsal ve ilişkisel birçok faktörden etkilenmektedir (Polat, 2006).

Evlilik uyumunu arttıran en önemli unsurun eşler arasındaki sağlıklı etkileşim olduğuna vurgu yapan Cohan ve Bradbury (1997), yaşam olaylarının, bilişsel yetersizlik ve duygusal huzursuzluk durumunda çatışma çözme davranışında kötüleşmeye ve stresin artmasına neden olabileceğine ve bu yetersizliğin, eşleri birbirlerinin hatasını aramaya daha yatkın hale getirebileceğine, öfkeye, düşmanlığa,

üzüntüye, yetersiz iletişime ve yetersiz duygusal paylaşıma neden olabileceğine işaret etmektedir (Akt. Erbek ve ark., 2005a). Öte yandan, Möller ve Zyl da (1962) mantıksız düşünce ve işlevsel olmayan bilişlerin evlilik uyumunu kötü etkilediğini, mantıklı düşünce ve işlevsel bilişlerin ise evlilik uyumunu arttırdığını bildirmişlerdir (Akt. Erbek ve ark., 2005a). Yine, Hamamcı da (2005) ilişkiye yönelik mantıksal olmayan inançlar ile evlilik doyumu arasında negatif ilişki bildirmektedir. Yani, işlevsel olmayan düşüncelerin artışı evlilik doyumunda azalma ile ilişkilidir.

Eşler arasında sağlıklı ilişkilerin oluşturulmasında önemli bir etkisi olan cinsellik, evlilik uyumuyla da yakından ilişkilidir. Ekşi (2005) tarafından yapılan bir çalışmada erkeklerin % 29'u, kadınların ise % 20'si evliliğin temel amacını cinsel ihtiyaçların karşılanması olarak belirtmişlerdir. Ancak, cinsellik açısından bakıldığında kadın ve erkek arasında farklılıklar mevcuttur. Erkekler cinsel ilişkiyi duygusal yakınlığı arttırmak için kullanırken, kadınlar cinsel yakınlık hissedebilmek için duygusal yakınlığa gereksinim duymaktadır (Greeff ve Malherbe, 2001). Cinsel sorunu olmayan çiftlerin evlilik uyumunun cinsel sorunu olan çiftlere göre daha yüksek olduğunu bulgulayan Erbek, Beştepe, Akar, Alpkan ve Eradamlar (2005b), cinsellik ve evlilik uyumunun yakından ilişkili olduğunu ve birbirlerini karşılıklı olarak etkileyebileceğini belirtmekte, cinsellikteki problemlerin evlilikteki problemlerin nedeni olmaktan çok, bu problemlerin bir yansıması olduğunu vurgulamaktadırlar. Benzer olarak Kudiaki de (2002), cinsel doyumu yüksek olan bireylerin evlilik uyumunun cinsel doyumu düşük olanlara göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Yine bir başka çalışmada da, aktif cinsel yaşamları olmayan çiftlerin evlilik ilişkilerinin mutsuz, paylaşımlarının daha az ve boşanma olasılıklarının yüksek olduğu bildirilmiştir (Donnelly, 1993).

Evlilik uyumu ile yakın ilişkili olduğu literatürde sıklıkla vurgulanan eşler arasındaki çatışma, temelde eşler arasındaki sözel ve fiziksel saldırganlığı kapsamaktadır (Yılmaz, 2001). Aslında, kadınların ve erkeklerin birbirinden farklı iletişim kültürlerine sahip oldukları (MacGeorge, Graves, Feng ve Gillihan, 2004) göz önüne alındığında çiftlerin çatışma yaşamaları beklenmedik bir durum olmamakla beraber, varolan problemin çözümünü olumsuz etkileyebilecek tutumları

da beraberinde getirebilen bu çatışmaların eşlerin psikolojik, fiziksel ve aile sağlığını olumsuz etkilediğine işaret edilmektedir (Fincham ve Beach, 1999).

Çatışma çözmenin önemli bir iletişim kurma becerisi olduğuna dikkat çeken Erbek ve arkadaşları (2005a), evlilikteki mutluluğun iletişim kurma becerileri ile ilişkili olduğuna dikkat çekmektedir. Ayrıca, evlilik uyumu ve çatışma çözme arasındaki ilişkiye dair çok az şey bilindiğine vurgu yapan yazarlar, evlilik içi sorunlarda etkili çatışma çözme yeteneğinin evlilik uyumuna önemli katkısı olduğunun altını çizmektedir. Çatışma çözme sürecinde eşlerin davranışlarındaki değişkenlik yaşam olayları ile etkilenmekte olup eşlerin uyumlarını da etkiler. Uyum sağlayıcı çatışma çözme becerilerini kullanan kişilerin yaşam olayları bağlamında pratik yaptıkça becerileri güçlenir, evlilik içi çatışmaları azalır ve evlilik uyumları artar. Evlilik uyumundaki önemli belirleyicilerden birinin eşlerin etkili çözüm önerisinde bulunabilme becerilerinin olduğunu belirten Winemiller ve Mitchell (1992), evliliklerinde uyumlu olmayan çiftlerin sorun çözümlerinin daha az işlevsel olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca, evlilik uyumu yüksek olan çiftlerin sorun yaşama sıklığının düşük olanlara göre daha az ve sorunlarının daha tipik olduğunu bildirmişlerdir. Tüm bunlara ek olarak, eşlerin sürekli kavga etmesinin mutsuz oldukları anlamına gelmeyebileceğine dikkat çeken Erbek ve arkadaşları (2005a), çiftlerin çoğu konuda anlaşamasalar da karşılıklı konuşarak sorunlarını çözebileceğine vurgu yapmaktadır.

### 1.5.3. Evlilik Uyumu ve Sağlık

Uyumlu bir evliliğe bağlı olarak ortaya çıkan evlilik mutluluğu ve evlilik doyumu, evli bireylerin psikolojik sağlığını yakından etkileyerek insan yaşamında önemli bir rol oynamaktadır. Evlilik uyumunun bozulması eşler açısından bir yaşam krizine ya da travmaya dönüşebilmektedir (Erdoğan, 2007). Herhangi bir nedenle evlilikte meydana gelen boşanma ya da ayrılığın psikopatoloji açısından risk oluşturabileceğine vurgu yapan Gottman (1998), bu durumun eşlerin her ikisinin de fiziksel ve zihinsel sağlığını olumsuz etkilediğini belirtmektedir. Yine, Tutarel-Kışlak da (1999) insanların evlilikte yaşadıkları uyumsuzluklar sebebiyle psikolojik

rahatsızlıklar yaşadıklarını ve psikolojik yardım arayışına girdiklerine değinmektedir. Bu duruma vurgu yapan bir diğer araştırmacı olan Glenn de (1990) evliliğin, kişilerin yaşam süresini uzatan, psikolojik ve bedensel sağlığını koruyan ve mutluluklarını artıran bir etken olduğuna işaret etmektedir. Ancak, evli bireylerin evli olmayanlara göre psikolojik ve beden sağlıklarının daha iyi olmakla birlikte, mutsuz evliliğe sahip olanların daha fazla bedensel ve ruhsal hastalık yaşadıkları, genel mutluluk düzeylerinin ve yaşam doyumlarının düşük olduğunu bildiren çalışmalar da mevcutur (Coyne ve DeLongis, 1986; Akt. Fidanoğlu, 2007). Kısacası, evlilikte eşlerin mutluluk algılarının üst düzeyde olması ve hem evlilikten hem de birbirlerinden doyum sağlamaları evlilikte uyumu da beraberinde getirmektedir. Evlilik ilişkisinde uyumun yüksek olması eşlerin evlilikten sağladığı doyumu ve mutluluğu etkilemenin yanı sıra gittikçe zorlaşan sosyo-ekonomik koşullar karşısında diğer değişkenlerle birlikte eşlerin psikolojik ve fiziksel sağlığını da korumaktadır (Fidanoğlu, 2007).

### 1.5.4. Evlilik Uyumu ve Kronik Ağrı Sendromları

Literatürde kronik ağrı ve evlilik uyumu arasındaki ilişkiye dair yapılan çalışmalar bu iki durumun birbirini etkilediğine kanıt oluşturmaktadır. Moore ve Chaney (1985), kronik ağrıdaki artışın evlilik doyumunda azalmaya yol açtığını bildirmiştir. Öte yandan, Schwartz ve arkadaşları da (1986), evlilik çatışmasının ağrı davranışlarının sergilenmesi ile arttığına dikkat çekmişlerdir. Ayrıca, ülkemizde Sertel (1998) tarafından bu hasta grubu ile yürütülen çalışma sonuçlarına göre kronik ağrının evli çiftlerde görülme sıklığının daha yüksek olmasına ek olarak, çalışmaya katılan hastaların yaklaşık % 95'i evliliklerinde şiddetli çatışma bildirmişlerdir. Bu çalışmanın yanı sıra, Fişek de (1998) evlilik doyumu arttıkça bedensel ağrının azaldığını bildirmektedir (Akt. Sertel-Berk, 2006).

Literatür incelendiğinde MAS'ın evliliğe etkileri ile ilgili yapılmış bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte FMS'nin eşler ve dolayısıyla evlilik üzerindeki etkilerine dair yapılan çeşitli araştırmalar göze çarpmaktadır.

### 1.5.5. Evlilik ve FMS

Kronik ağrı sendromları arasında en yaygın görülen sendrom olan FMS, eklemlerde herhangi bir deformasyona neden olmamasına rağmen fonksiyonel kapasitenin düşmesine ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede yetersizliklere yol açarak hastanın sosyal performansının yanı sıra iş ve aile ilişkilerinde de sorun yaratabilmektedir (Bigatti ve ark., 2008; Linares ve ark., 2008; Tüzün ve ark., 2004). Dolayısıyla, FMS hastanın da ötesinde eşleri ve aile çevresindeki diğer kişileri de etkilemektedir (Bigatti ve ark., 2008). Böyle bakıldığında FMS'nin ilişkisel yönünün önemi de açığa çıkmaktadır. Bu doğrultuda, FMS'li hastaların sosyal uyumlarının düşük olduğunu bildiren Bilgici ve arkadaşları (2005), kişinin kendince önemsediği, yaşamında değişiklik yaratan ve uyum gerektiren olayları sorguladıkları çalışmalarında, bu hastaların eşin ailesi ile ilgili sorunları ve eşle tartışma sayısındaki artışı, hastalık ile aynı oranda bildirdiklerini bulgulamışlardır. Bireyler arası ilişkinin kötü olmasının ek stres kaynağı oluşturabileceğine vurgu yapan yazarlar, aile bireyleri arasındaki ilişkinin kalitesinin önemine dikkat çekmektedirler. Çünkü, birincil sosyal destek kaynağının eş olduğu göz önüne alındığında, özellikle eşler arasında var olan problemlerin ve buna bağlı yetersiz sosyal desteğin günlük yaşamda ortaya çıkan sorunlarla baş etmeyi güçleştirebileceği gibi anksiyeteyi de artıracağını vurgulamışlardır. Aynı doğrultuda, Zinnuroğlu da (2007), FMS hastalarının sadece ağrılarla değil aynı zamanda depresyon, aile ve arkadaşlarla ilişkilerin bozulması ve hastalığı yenmek için gereken güvenin azalması gibi ikincil gelişen psikososyal etmenlerle de mücadele etmek zorunda olduklarının altını çizmektedir. Ayrıca, Taşkın ve arkadaşları da (2007), özellikle aile içinde yaşanan, zorlantı ya da ruhsal çatışma yaratan yaşantılara tepki olarak ağrı yakınmalarının ortaya çıkabileceğine dikkat çekmektedirler. Tüm bunlardan anlaşılacağı gibi FMS'li hastalar, hastalıkları ile aile ilişkileri arasındaki kıskaçta kendilerine yer bulmaya çalışmaktadır. Bu süreç içinde aile desteğinin önemine dikkat çeken Linares ve arkadaşları (2008), ailesinden destek gören FMS hastalarının, arkadaşlarından destek gören FMS hastalarına göre hastalıktan daha az etkilendiğine işaret etmektedirler.

Literatürde sıklıkla FMS'nin sadece hastayı değil tüm ailesini etkilediğine, özellikle eşlerin FMS'nin gölgesinde yaşadığına vurgu yapılmaktadır (Söderberg ve ark., 2003). FMS'li hasta eşlerinin hayatlarında ne gibi değişiklikler meydana geldiğine, hastalık sürecinden nasıl etkilendiklerine ve eşlerine nasıl destek olduklarına odaklanan araştırmaların sayısı giderek artmaktadır. Örneğin; beş FMS'li kadın hastanın eşleri ile yürütülen niteliksel bir araştırmada eşler, hastalar eskisi gibi sorumluluk alamadığı için evdeki iş ve sorumluluklarının (temizlik, market alışverişi, toz alma ve çamaşır yıkama gibi) arttığını bildirmişlerdir. Ayrıca, sosyal hayatlarının kısıtlandığını, akraba ve arkadaşlarla olan iletişimlerinin azaldığını belirten eşler, çocuklarının bakımı ve eğitimi konusunda da daha çok sorumluluk almak zorunda kaldıklarını ifade etmişlerdir. Ek olarak, hasta eşlerin çalışamaması yüzünden ekonomik zorluklar yaşadıklarını dile getiren eşler, artan sorumlulukları (evin ve çocukların sorumlulukları) yerine getirmeye ve eşe destek olmaya çalışmaktan kendi ilgi ve isteklerine ayırdıkları zamanın çok azalmasından ya da hiç kalmamasından yakınmışlardır. Öte yandan, hasta eşlerini hem duygusal hem de pratik konularda desteklediklerini düşünen eşler, sürekli anlayışlı, hassas ve düşünceli olmanın kendi duygu durumlarını etkilediğini düşünmektedirler (Söderberg ve ark., 2003). Bu durumu destekleyen bir başka araştırma ise Bigatti ve Cronan (2002) tarafından gerçekleştirilmiş ve FMS'li kadın hastaların eşleri ile sağlıklı kadınların eşleri kıyaslanmıştır. Araştırma sonucunda FMS'li hasta eşleri daha kötü duygu durum, daha düşük sağlık ve daha yüksek depresyon düzeyi bildirmişlerdir. (Akt. Bigatti ve ark., 2008). Ayrıca, 14 FMS'li erkek hasta eşinin deneyimlerinin incelendiği araştırma sonuçlarına göre, kadınlar da günlük hayatlarının engellendiğini, aile ve sosyal yaşamlarının kısıtlandığını ve erkek hastaların iletişime dirençli olmalarından dolayı da duygusal olarak dışlandıklarını hissetmektedirler. Ayrıca, erkeğin uzun süreli hastalığından dolayı bitkin olan kadınlar, eş olmalarına rağmen yalnız hissettiklerini bildirmişlerdir (Paulson ve ark., 2003). Fakat, Koldaş-Doğan ve arkadaşları ise (2011) çalışmalarında FMS'li hasta eşlerinin genel sağlık durumlarının, yaşam kalitelerinin ve psikolojik durumlarının FMS'den olumsuz etkilenmediğini bulgulamışlardır. Yazarlar literatürle çelişen bu zıt bulguyu, Türk kültüründe kadının FMS gibi kronik bir hastalığı olsa bile herhangi bir yardım talep etmeden ev işlerini ve bebek bakımını yerine getirmeye devam etmesine, erkeklerin

para kazanmak için ev dışında çalışmasına, ev işleri ve bebek bakımını kadına bırakmasına ve FMS gibi gözle görülür bulgular vermeyen kronik hastalıkları dikkate almamalarına bağlamışlardır.

Bigatti ve arkadaşları (2008), eşleri FMS hastası olan 135 erkekle yürüttükleri araştırmalarında, erkeklerin en yüksek zorlanmayı cinsel davranış ve doyumda hastalığa bağlı olarak meydana gelen değişim nedeniyle yaşadıklarını, bu durumun da daha karamsar duygu durum ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Benzer olarak, Söderberg ve arkadaşları (2003), çalışmalarında da FMS'li kadın hastaların eşlerinin, hasta eşlerin ağrısı, yorgunluğu ve hareket zorlukları nedeniyle cinsel hayatlarının kısıtlandığını ve bununda ilişkilerinde zorlanmaya neden olduğunu belirtmişlerdir.

Tüm bu bilgilerden de anlaşılacağı üzere bu iki ağrı sendromunun aynı mı yoksa ayrı klinik tablolar mı olduklarına dair literatürde bir fikir birliği bulunmamaktadır. Bakıldığında kronik ağrı sendromları ve evlilik arasındaki olumsuz ilişkilere dair çalışmalar (Moore ve Chaney, 1985; Schwartz ve ark., 1986; Sertel, 1998) göze çarpmakla birlikte yaygın ağrı sendromu olarak nitelendirilen FMS'li hastalar ile bölgesel bir ağrı sendromu olarak nitelendirilen MAS'lı hastaları evlilik uyumları açısından kıyaslayan bir çalışmaya rastlanmamaktadır. Evlilik uyumu ve kronik ağrı sendromları arasındaki ilişki göz önüne alındığında bu iki kronik ağrı sendromunu evlilik uyumu ve ilgili değişkenler açısından karşılaştıran bir çalışma evlilik uyumunu artırmaya yönelik müdahalelerin tedavi sürecine eklenmesine katkıda bulunacaktır.

## 2. PROBLEM VE HİPOTEZLER

Genelde kronik ağrı sendromlarına evli kadınlarda daha sık rastlandığına (Sertel, 1998) ve özelde FMS'nin psikososyal etkilerinden olan evlilikle ilgili sorunlara dair bulgular göz önüne alındığında (Linares ve ark., 2008; Tüzün ve ark., 2004; Bilgici ve ark., 2005) bu çalışma kapsamında temel merak konusu, fibromiyalji sendromlu kadın hastalar ile FMS'den farklı bir sendrom olup olmadığı tartışılan MAS bağlamında (Goldenberg, 1997; Tüzün ve ark., 2004)

temporamandibular bölgede bruksizme bağlı olarak ortaya çıkan miyofasyal ağrı sendromlu kadın hastaların evlilik uyumları açısından birbirlerinden ve sağlıklı kontrollerden farklılaşıp farklılaşmayacaklarının ve benzer farkların bu iki tanı grubundaki hastaların eşleri arasında da gözlenip gözlenmediğinin araştırılmasıdır. Ayrıca, kronik ağrı yaşantısının evlilik uyumunun temel yordayıcıları üzerindeki olumsuz etkilerini vurgulayan literatür bulgularına dayanarak (Bigatti ve ark., 2008) kronik ağrı sendromları ile evlilik uyumu arasındaki ilişkide evlilik uymunun yordayıcıları olarak betimlenen çatışma çözüm stillerinin, cinsel doyumun, evliliğe yönelik akılcı olmayan inançların ve psikolojik belirtilerden duyulan sıkıntının medyatör etkisi olup olmadığının araştırılması da araştırmanın yan amacı olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın temel amacı doğrultusunda geliştirilen hipotezler şunlardır:

Evlilik süresi, evlilik sayısı, yaş, maddi durum ve eğitim seviyesi kontrol edildiğinde;

**Hipotez 1. a.** Fibromiyalji sendromlu kadın hastaların evlilik uyumu ile temporamandibular bölgede bruksizme bağlı olarak ortaya çıkan miyofasyal ağrı sendromlu kadın hastaların evlilik uyumları birbirinden farklılık gösterecektir.

**Hipotez 1. b.** Kronik ağrı sendromlu kadın hastalar ile sağlıklı kadınların evlilik uyumları birbirinden farklılık gösterecektir.

**Hipotez 2. a.** Fibromiyalji sendromlu kadın hastaların eşlerinin evlilik uyumu ile temporamandibular bölgede bruksizme bağlı olarak ortaya çıkan miyofasyal ağrı sendromlu kadın hastaların eşlerinin evlilik uyumları birbirinden farklılık gösterecektir.

**Hipotez 2. b.**Kronik ağrı sendromlu kadın hastaların eşleri ile sağlıklı kadınların eşlerinin evlilik uyumları birbirinden farklılık gösterecektir.

Araştırmanın yan amacı ise aşağıdaki soru doğrultusunda şekillenmiştir.

Evlilik süresi, evlilik sayısı, yaş, maddi durum ve eğitim seviyesi kontrol edildiğinde;

**Soru 1.** Kronik ağrı sendromları ile evlilik uyumu arasındaki ilişkide çatışma çözüm stillerinin, cinsel doyumun, evliliğe yönelik akılcı olmayan inançların ve psikolojik belirtilerden duyulan sıkıntının medyatör etkisi var mıdır?

# 3. YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmada yer alan katılımcılar, kullanılan veri toplama araçları, veri toplama işlemi ve kullanılan istatistiksel tekniklere ilişkin gerekli açıklamalara yer verilecektir.

## 3.1. Katılımcılar

### 3.1.1. Araştırma Grubu (Kronik Ağrı Sendromlu Grup)

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Genel, Omurga Hastalıkları ve Çene Eklemi Hastalıkları Tanı ve Tedavi Polikliniğine Eylül 2011 ile Mart 2013 tarihleri arasında ağrı şikayetiyle başvuran, aşağıdaki içleme kriterlerine uyan ve yapılan açıklamanın ardından araştırmaya katılmayı kabul eden 50 evli kadın hasta ve bu hastaların çalışmaya katılmayı kabul eden eşleri (n= 34) bu gruba dahil edilmiştir.

Hasta grubu için içleme kriterleri;

* En az 18 yaşında olmak,

* Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Genel, Omurga Hastalıkları ve Çene Hastalıkları polikliniklerinde halihazırda ACR 1990 kriterlerine göre Fibromiyalji Sendromu ya da Temporamandibular Bölgede Bruksizme Bağlı Miyofasyal Ağrı Sendromu tanısı ile takip ediliyor olmak.

* Verilen form ve ölçekleri okuyup anlayabilecek mental kapasiteye sahip olmak ve en az okur yazar olmak,

* En az iki yıllık evli olmak,

* Menapoza girmemiş olmanın yanı sıra uzun süreli adet düzensizliği de yaşamıyor olmak bu çalışma için içleme kriterleri olarak kabul edilmiştir.

Hasta grubu için dışlama kriterleri:

* Verilen form ve ölçekleri okuyup anlayabilecek mental kapasiteye ya da eğitim düzeyine sahip olmamak,

* Evlilik süresi iki yıldan az olmak,

* Menapoza girmiş ya da uzun süreli adet düzensizliği yaşıyor olmak,

* Verilen form ve ölçekleri cevaplandırmayı tamamlamamak bu çalışma için dışlama kriterleri olarak kabul edilmiştir.

### 3.1.2. Kontrol Grubu (Sağlıklı Grup)

Kontrol grubu katılımcılarına araştırma kriterlerinin mail grupları ve el ilanları aracılığıyla duyurulması ile ulaşılmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü, aşağıdaki kriterlere uygun 14 evli kadın ve araştırmaya katılmayı kabul eden eşleri bu gruba dahil edilmiştir.

Kontrol grubu katılımcı şartları;

*Çiftin az iki yıldır evli olması,

*Çiftin boşanacak ya da terapi almayı düşündürecek kadar önemli bir evlilik problemi tanımlamaması,

*Kadının menapoza girmemesinin yanı sıra uzun süreli adet düzensizliği yaşamıyor olması,

*Kadının ve eşinin 3 aydan daha uzun süreli devam eden herhangi bir ağrı şikayetinin olmaması,

*Kadının halihazırda romatizma, menüsküs, migren, sinüzit, bel-boyun fıtığı gibi tanılar almamış olması bu çalışmada kontrol grubunun belirlenmesinde kriter oluşturmuştur.

FMS'li hastaların yaşları 28-51 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 39.46 ve standart sapması da 6.78'dir. MAS'lı hastalar ise, 20-45 yaşları arasında olup yaş ortalamaları 35.92 ve standart sapması da 6.03'tür. Öte yandan, sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin yaşları 24-47 arasında dağılmakta olup yaş ortalamaları 31.64 ve standart sapması ise 5.92'dir. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucu üç grup arasında yaş değişkeni açısından anlamlı bir fark olduğunu göstermiştir ($F_{(2,61)}$ =6.89, $p< 0.01$). Uygulanan post-hoc Scheffe testi FMS'li kadın hastaların yaş ortalamasının sağlıklı kadınların yaş ortalamasına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğunu ancak MAS'lı kadınlardan farklılaşmadığını işaret etmiştir (Tablo 4). Yani, FMS'li ve MAS'lı kadın hastalar yaş bakımından benzerdir.

Gruplar eğitim düzeyi açısından incelendiğinde ise, FMS'li kadın hastaların % 66.7'si (n=16) ortaöğretim ve altı eğitim düzeyinde iken, % 33.3'ü (n=8) lise ve üstü eğitim düzeyindedir. MAS'lı kadın hastaların ise % 61.5'i (n=16) ortaöğretim ve altı eğitim düzeyinde iken, % 38.5'inin ise (n=10) lise ve üstü eğitim düzeyinde olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda yer alan sağlıklı kadın katılımcılarının % 7.1'i (n=1) ortaöğretim ve altı eğitim düzeyinde, % 92.9'u (n=13) lise ve üstü eğitim düzeyinde yer almaktadır (Tablo 4).

Maddi durumları açısından değerlendirilen gruplarda, FMS'li kadın hastalardan oluşan grubun % 12.5'inin (n=3) düşük, % 62.5'inin (n=15) orta, % 25'inin (n=6) iyi gelir düzeyinde olduğu belirlenirken, MAS'lı kadın hastaların ise % 23.1'inin (n=6) düşük, % 53.8'inin (n=14) orta, % 23.1'inin ise (n=6) iyi gelir düzeyinde olduğu saptanmıştır. Sağlıklı kontrol grubunda ise bu oranlar % 7.1'i (n=1) düşük, % 50'si (n=7) orta, % 42.9'u (n=6) iyi şeklinde dağılım göstermiştir (Tablo 4).

Her üç gruptaki katılımcıların ücretli bir işte çalışma durumları incelendiğinde ise, FMS'li hastaların % 20.8'i (n=5) halihazırda ücretli bir işte

çalışırken, % 79.2'si (n=19) ev hanımıdır. MAS'lı hastaların ise % 38.5'i (n=10) halihazırda ücretli bir işte çalışırken, % 61.5'i (n=16) ev hanımıdır. Sağlıklı kontrol grubunda ise çalışan kadın oranı % 85.7 iken (n=12), ev hanımlarının oranı % 14.3 (n=2) olarak bulgulanmıştır (Tablo 4).

Her üç gruptaki katılımcılar evlilik süreleri yönünden de karşılaştırılmıştır. Sonuçlar, FMS'li hastaların evlilik sürelerinin 5-32 yıl arasında olup ortalama evlilik sürelerinin 16.63 ve standart sapmasının da 9.00 olduğunu göstermiştir. MAS'lı hastaların ise evlilik süreleri 2-26 yıl arasında, ortalama evlilik süreleri 14.96 yıl ve standart sapması ise 7.13 olarak tespit edilmiştir. Sağlıklı kontrollerde ise, evlilik süreleri 2-28 yıl arasında, ortalama evlilik süreleri 6.50 yıl ve standart sapması ise 6.90 olarak bulgulanmıştır. Bu üç grubun evlilik süreleri açısından farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla uygulanan tek yönlü varyans analizi sonuçları üç grubun evlilik sürelerinin birbirinden farklılaştığını göstermiş olup ($F_{(2,61)}$= 8.73, $p$<.001) uygulanan post-hoc test sonuçları sağlıklı kontrollerin ortalama evlilik süresinin hem FMS'li hastalardan hem de MAS'lı hastalardan anlamlı derecede daha düşük olduğunu, FMS'li ve MAS'lı hastaların evlilik sürelerinin ise birbirinden farklılaşmadığına işaret etmiştir (Tablo 4).

Ayrıca, grupların evlilik sayısının birbirinden farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla nonparametrik Kruskal-Wallis Testi uygulanmış olup sonuçlar, her üç grubun da evlilik sayıları açısından birbirine benzer olduğunu göstermiştir ($X^{2}_{(2)}$= .29, $p$>0.05) (Tablo 4).

Ek olarak, FMS'li ve MAS'lı hastaların ağrı sürelerinin birbirinden anlamlı farklılık gösterip göstermediği ise bağımsız örneklemlerde ortalamaların farkı testi (t testi) ile sınanmıştır. Sonuçlar, iki grubun ağrı süreleri açısından birbirinden farklı olduğunu göstermiştir ($t_{(48)}$= 2.05, $p$<0.05) (Tablo 4). Analiz sonuçlarına göre, FMS'li grubun ağrı süresi, MAS'lı gruba göre anlamlı derecede daha yüksektir. Ancak, yine bağımsız örneklemlerde ortalamaların farkı testi (t testi) ile ağrı şiddetti bakımından karşılaştırılan her iki grubun birbirinden farklılaşmadığı görülmüştür ($t_{(48)}$= 1.02, $p$>0.05) (Tablo 4).

Ek tanı açısından gruplar karşılaştırıldığında ise, FMS'li grubun % 54.2'si (n=13) bruksizm'e bağlı MAS tanısı alırken, bruksizme bağlı MAS tanısı ile takip edilen grubun % 61.5'inin (n=16) FMS tanısı aldığı görülmüştür. FMS'li grubun % 16.7'sinde (n=4) MAS'lı grubun ise % 19.5'inde (n=5) herhangi bir ek tanıya rastlanmamıştır. FMS'li grubun % 29.2'sinin (n=7), MAS'lı grubun ise % 19.2'sinin (n=5) ek tanısının olup olmadığı fiziksel muayeneye gelmedikleri için bilinmemektedir. Sağlıklı grubun sadece % 14.3'ünde (n=2) hafif düzeyde bruksizme rastlanmakla beraber % 85.7'sinde (n=12) ek tanıya rastlanmamıştır (Tablo 4).

Çalışma grupları eşin eğitim seviyeleri açısından birbirleri ile kıyaslandıklarında ise, FMS'li hasta eşlerinin %50'sinin (n=12) ortaöğretim ve altı, % 50'sinin (n=12) ise lise ve üstü eğitim seviyesinde olduğu gözlenmiştir. Bu dağılım MAS'lı hasta eşlerinde % 65.4'ü (n=17) ortaöğretim ve altı, % 34.6'sı ise (n=9) lise ve üstü eğitim seviyesi olarak tespit edilmiştir. Sağlıklı kontrol grubunda yer alan eşlerin ise % 7.1'i (n=1) ortaöğretim ve altı, % 92.9'u (n=13) lise ve üstü eğitim seviyesindedir (Tablo 4).

Bu üç gruba ilişkin demografik bulgular Tablo 4'te özetlenmiştir.

**Tablo 4.** Üç Çalışma Grubuna Ait Betimsel İstatistik Değerleri

| | **FMS'li Hastalar** | **MAS'lı Hastalar** | **Sağlıklı Kontroller** | **İstatistiksel Test** |
|---|---|---|---|---|
| **Yaş** | | | | |
| Ort. | 39.46 | 35.92 | 31.64 | |
| SS | 6.78 | 6.03 | 5.92 | F=6.89** |
| Ranj | 28-51 | 20-45 | 24-47 | |
| **Eğitim Düzeyi** | | | | |
| Ortaöğretim ve altı | 16 (%66.7) | 16 (% 61.5) | 1 (% 7.1) | |
| Lise ve üstü | 8 (% 33.3) | 10 (% 38.5) | 13 (% 92.9) | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Maddi Durum** | | | | |
| Düşük | 3 (% 12.5) | 6 (% 23.1) | 1 (% 7.1) | |
| Orta | 15 (% 62.5) | 14 (% 53.8) | 7 (% 50) | |
| İyi | 6 (% 25) | 6 (% 23.1) | 6 (% 42.9) | |
| **Çalışma Durumu** | | | | |
| Çalışıyor | 5 (% 20.8) | 10 (% 38.5) | 12 (% 85.7) | |
| Ev hanımı | 19 (% 79.2) | 16 (% 61.5) | 2 (% 14.3) | |
| **Evlilik Süresi** | | | | |
| Ort. | 16.63 | 14.96 | 6.50 | |
| SS | 9.00 | 7.13 | 6.90 | F=8.73*** |
| Ranj | 5-32 | 2-26 | 2-28 | |
| **Evlilik Sayısı** | | | | |
| Ort. | 1.04 | 1.08 | 1.07 | |
| SS | 0.20 | 0.27 | 0.27 | $X^2$=.29 |
| Median | 1.00 | 1.00 | 1.00 | |
| **Kronik Ağrı Süresi (Ay)** | | | | |
| Ort. | 113.54 | 74.46 | | |
| SS | 57.44 | 75.50 | - | t=2.05* |
| Ranj | 7-252 | 4-240 | | |
| **Ek tanı Durumu** | | | | |
| Var | % 54.2 | % 61.5 | % 14.3 | |
| Yok | % 16.7 | % 19.5 | % 85.7 | |
| Bilinmiyor | % 29.2 | % 19.2 | - | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Eşin Eğitim Düzeyi** | | | | |
| Ortaöğretim ve altı | 12 (%50) | 17 (% 65.4) | 1 (% 7.1) | |
| Lise ve üstü | 12 (%50) | 9 (% 34.6) | 13 (% 92.9) | |
| **Ağrı Şiddeti** | | | | |
| Ort. | 6.58 | 6.12 | | t=1.02 |
| SS | 1.61 | 1.63 | - | |
| Ranj | 3-9 | 4-10 | | |

*$p< 0.05$ **$p< 0.01$ *** $p< 0.001$

Ayrıca FMS'li ve MAS'lı hastalar kendi içlerinde eğitim düzeyi, maddi durum, çalışma durumu, eşin eğitim düzeyi ve ek tanı durumu açısından ki-kare testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Sonuçlar, bu iki grubun eğitim düzeyi ($X^2_{(1)}$ =.142, $p$>0.05), maddi durum ($X^2_{(2)}$=.956, $p$>0.05), çalışma durumu ($X^2_{(1)}$ = 1.847, $p$>0.05), eşin eğitim düzeyi ($X^2_{(1)}$ =1.213, $p$>0.05) ve ek tanı durumu ($X^2_{(2)}$ = 0.676, $p$>0.05) açısından birbirine benzer olduğunu ortaya koymuştur.

### 3.2. Veri toplama araçları

#### 3.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu çalışma kapsamında her katılımcının bilgilendirilmiş onamı alınmış olup katılımcılara verilen ve araştırma ile ilgili gerekli bilgileri de içeren Bilgilendirilmiş Onam Formu Ek 1'de görülebilir.

#### 3.2.2. Demografik Bilgiler Soru Formu

Araştırma kapsamında katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitimi, mesleği, hastalık özgeçmişi ve soygeçmişi, psikopatoloji özgeçmişi ve soygeçmişine ek olarak, hem ebeveyn hem de şimdiki ailesine/evliliğine dair detaylı bilgileri içeren bir form kullanılmıştır. Alandaki benzer araştırmalarda (Canel, 2007; Fidanoğlu, 2007; Sertel-

Berk, 2006) kullanılan soru formları da göz önüne alınarak araştırmacı tarafından yapılandırılan bu form Ek 2'de görülebilir.

### 3.2.3. Ağrı Değerlendirme Formu

Sertel-Berk (2006) tarafından geliştirilen bu form, araştırmacıdan alınan izin doğrultusunda hastanın ağrı yaşantısını değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır (Ek 3).

### 3.2.4. Hasta Eşleri İçin Kısa Form

Hasta eşleri için oluşturulan bu kısa formda, kadınlara yönelik hazırlanan demografik formda da bulunan, evliliğe dair düşünceleri ölçen 8 soru bulunmaktadır. Sorular 10'lu Likert tipi ölçümlemeye uygundur (Ek 4).

### 3.2.5. Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği (ÇÇSÖ) (Conflict Resolution Styles Scale -CRSS)

Özen tarafından 2006 yılında çiftlerin çatışma çözüm stillerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. 25 maddeden oluşan ÇÇSÖ, negatif çatışma çözme stili (negative conflict resolution style), üstünlük kurma (subordination), pozitif çatışma çözme stilli (positive conflict resolution style) ve geri çekilme (retreat) olarak adlandırılan 4 tip çatışma çözme stilini ölçmektedir. Maddeler "1=kesinlikle katılmıyorum" ve "6=kesinlikle katılıyorum" şeklinde altılı Likert tipi ölçeklemeye uygundur. Alt ölçek puanlarına bağlı olan ölçekte toplam puan yoktur. 7 madde içeren negatif çatışma çözüm stilleri alt ölçeği için en yüksek puan 42 iken her biri 6 madde içeren diğer alt ölçeklerin (pozitif çatışma çözüm stilleri, üstünlük kurma ve geri çekilme alt ölçekleri) her biri için en yüksek puan 36'dır. Bu alt ölçeklerin içerdiği maddeler şunlardır:

1) Pozitif çatışma çözüm stilleri alt ölçeği: 5, 9, 11, 13, 22 ve 24
2) Negatif çatışma çözüm stilleri alt ölçeği: 1, 6, 8, 12, 14, 16, 25
3) Üstünlük kurma alt ölçeği: 2, 4, 7, 17, 19 ve 20

4) Geri çekilme alt ölçeği: 3, 10, 15, 18, 21 ve 23'tür (Ek 5) (Özen, 2006).

Ölçeğin geliştirilmesi çalışmasında ilgili literatürün incelenmesinin yanı sıra, evli ya da romantik bir ilişkisi olan bireylerle ilişkilerindeki çatışmalı durumlarla nasıl baş ettiklerine dair 5 sosyal psikolog tarafından yapılan görüşmelerin ardından 87 madde oluşturulmuştur. Bu maddelere uygulanan açımlayıcı faktör analizi sonucunda 25 madde elde edilmiş olup bu maddelerin, biri 7 maddeden, diğerleri 6 madde olmak üzere dört faktöre yüklendiği bulgulanmıştır. Birinci (negatif çatışma çözme stili), ikinci (üstünlük kurma), üçüncü (pozitif çatışma çözme stili) ve dördüncü (geri çekilme) faktörlerin sırasıyla; % 15.22, % 12.98, % 12.23 ve % 11.25 olmak üzere toplam varyansın % 51.69 unu açıkladığı bulgulanmıştır (Özen, 2006).

Çalışmada kriter geçerliliğini test etmek için kullanılan Kurdek'in (1994) 16 maddeden oluşan Çatışma Çözüm Stilleri Envanteri (ÇÇSE) tercümesi yapıldıktan sonra katılımcılara uygulanmıştır. Tercüme edilen ÇÇSE ve oluşturulan ÇÇSÖ'nün alt ölçeklerinin yüksek korelasyonlar gösterdiği ve bu korelasyonların tatmin edici düzeyde olduğu bildirilmiştir. Çatışma angajmanı (ÇÇSE alt boyutu) ve negatif çatışma çözme stili (ÇÇSÖ alt boyutu), pozitif problem çözme (ÇÇSE alt boyutu) ve pozitif çatışma çözme stili (ÇÇSÖ alt boyutu), geri çekilme/boyun eğme (ÇÇSE alt boyutu) ve geri çekilme (ÇÇSÖ alt boyutu), kabullenme (ÇÇSE alt boyutu) ve üstünlük kurma (ÇÇSÖ alt boyutu) arasındaki korelasyonların sırasıyla; .75, .61, .45, .39 olduğu bulgulanmıştır. Tüm korelasyonların .01 düzeyinde anlamlı olduğu ve bunun da ÇÇSÖ'nün kriter geçerliliğine işaret ettiği bildirilmektedir (Özen, 2006).

Pozitif, negatif, geri çekilme ve üstünlük kurma çatışma çözüm stilleri alt boyutlarının her biri için Cronbach alfa katsayıları sırasıyla, .80, .82, .74 ve .73 olarak bulgulanmış olup bu durum yüksek iç tutarlılığa işaret etmektedir. Maddelerin, madde toplam korelasyonlarının; pozitif çatışma çözme stili için .47 ve .67 arasında, negatif çatışma çözme stili için .37 ve .68 arasında, geri çekilme çatışma çözme stili için .39 ve .59 arasında ve üstünlük kurma çatışma çözme stili için .38 ve .57 arasında olduğu bulgulanmıştır. Ayrıca, ÇÇSÖ'nün iki yarım güvenirliğinin de tatmin edici düzeyde olduğu bildirilmiştir (Özen, 2006).

Bu çalışma kapsamında ölçeğin dört alt boyutundan alınan alt ölçek puanları kullanılmıştır.

### 3.2.6. Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) (DAS-Dyadic Adjustment Scale)

Çift uyum ölçeği, Spainer (1976) tarafından evli ya da birlikte yaşayan çiftlerin algıladıkları ilişki kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Toplam 32 maddeden oluşan ÇUÖ, 2, 5, 6 ve 7'li ölçümlemeye uygun likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-151 arasında değişmekte olup çiftin uyumunu yansıtmaktadır. Yüksek puan ilişkinin uyumunun yüksek olduğuna işaret etmektedir. Ölçek çift doyumu (dyadic satisfaction), çift bağlılığı (dyadic cohesion), çiftin fikir birliği/uzlaşması (dyadic consensus), duygusal ifade (affectional expression) olmak üzere dört alt ölçekten meydana gelmektedir. Bu alt ölçeklerde yer alan maddeler;

1) Çift doyumu (dyadic satisfaction): 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 31, 32
2) Çift bağlılığı (dyadic cohesion): 24, 25, 26, 27, 28
3) Çiftin fikir birliği/uzlaşması (dyadic consensus):1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14,15
4) Duygusal ifade (affectional expression): 4, 6, 29, 30

şeklinde dağılmaktadır (Spainer, 1976).

Orjinal ölçeğin evli örneklem için ortalaması 114.8 (*SD* = 17.8) ve boşanmış örneklem için ortalaması ise 70.7 (*SD* = 23.8) olarak bildirilmiştir. Tüm ölçeğin iç tutarlılığı incelendiğinde Cronbach alfa katsayısı . 96 iken alt ölçekleri için bu değer .73 ile .94 arasında değişmektedir. Ölçeğin yapı geçerliliğine ise Locke-Wallace Evlilik Uyum Ölçeği ile bakılmış ve iki ölçek arasındaki korelasyon evli çiftlerde .86, boşanmış çiftlerde .88 olarak bildirilmiştir (p> .001) (Spainer, 1976).

Ölçeğin Türk örneklemi için genel ortalaması 104.5 (*SD* = 18.6), erkekler için ortalaması 103.7 (*SD* = 18.8) ve kadınlar için ortalaması 105.2 (*SD* = 18.4) olarak bulgulanmıştır. ÇUÖ'nün iç tutarlılığı incelendiğinde ölçeğin tümü için bildirilen Cronbach alfa katsayısı .92 iken, alt ölçekler için bu katsayının .75 ile .83 arasında

değişmekte olduğu bildirilmiştir. İki yarım güvenirliği katsayısı ise .86 olarak bulgulanmıştır. ÇUÖ'nün kriter geçerliği için Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması Kışlak (1993) tarafından yapılan Locke-Wallace Evlilik Uyum Ölçeği kullanılmıştır (Akt. Fışıloğlu ve Demir, 2000). İki ölçek arasındaki korelasyon ise .82 olarak bildirilmiştir ($p$<.005; N= 264). Ölçeğin yapı geçerliğini belirlemek için temel bileşenler analizi kullanılmış olup sonuçlar dört faktörlü orjinal yapıyı doğrulamış ve bu dört faktör toplam varyansın % 45'ini açıklamıştır (Fışıloğlu ve Demir, 2000). Ölçeğe ait örnek maddeler Ek 6'da görülebilir.

Bu çalışma kapsamında analizler ölçekten alınan toplam puan üzerinden yürütülmüştür.

### 3.2.7. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) (Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction-GRISS)

Rust ve Golombok tarafından 1986 yılında heteroseksüel bireylerde cinsel ilişkinin kalitesini objektif olarak değerlendirmek ve cinsel işlev bozukluklarını saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Kadın ve erkek için iki ayrı formu bulunan ölçeğin her formunda 28 madde yer almaktadır. Toplam 56 maddeden oluşan beşli likert tipi bir ölçek olup heteroseksüel cinsel yaşamı olan kadın ve erkeklerin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Her iki formda, beşi ortak olmak üzere, yedi alt boyut yer almaktadır. Ortak olan alt boyutlar ilişki sıklığı, iletişim, doyum, kaçınma ve dokunma alt boyutlarıdır. Her iki formda farklı olan alt boyutlar; kadın formu için vajinusmus ve orgazm bozukluğu iken, erkek formu için erken boşalma ve empotanstır. Ayrıca her formda bu alt boyutlar dışında cinsel ilişkinin niteliği ile ilgili dört madde yer almaktadır. Her bir madde "hiçbir zaman", "nadiren", "bazen", "çoğunlukla" ve "her zaman" seçeneklerine göre cevaplanmakta ve sırasıyla 0, 1, 2, 3, 4 puan verilerek puanlanmaktadır. Puanlama yapılırken bazı maddeler ters yönde yani sırasıyla 4, 3, 2, 1, 0 şeklinde puanlanmaktadır. Tersine puanlanan maddeler kadın formu için 2, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 25, 26, 27 ve 28. iken, erkek formu için bu maddeler 1, 2, 3, 4, 8, 9, 12, 13, 15, 16, 19, 20, 21 ve 25. maddelere karşılık gelmektedir. Ölçeğin kadın ve erkek formlarının her birinin değerlendirmesinde hem 28 maddenin toplamından elde edilen toplam puan hem de

alt boyutlardan ayrı ayrı elde edilen puanlar kullanılabilmektedir. Ham puanlar hesaplandıktan sonra 1 ile 9 arasında değişen standart puanlara dönüştürülerek, hem her birey için ayrı hem de çiftler için ortak bir profil çizilebilmektedir. Elde edilen toplam puan, cinsel işlevlerin niteliği ile ilgili genel bir fikir vermekte, alt boyut puanları ise ilişkinin çeşitli yönleri ile ilgili daha ayrıntılı bilgi sağlamaktadır. Her hangi bir alt boyuttan 5 ve üzeri puan alınması o alt boyutta sorun olduğuna işaret etmektedir (Rust ve Golombok, 1986; Akt. Tuğrul, Öztan ve Kabakçı, 1993).

Maddelerin alt boyutlara göre dağılımı ise şöyledir;

1) **İlişki Sıklığı:** 3,15 (kadın formu); 1, 17 (erkek formu) (2'şer madde)
2) **İletisim:** 2,16 (kadın formu); 2, 9 (erkek formu) (2'şer madde)
3) **Doyum:** 5,10,18,22 (kadın formu); 5, 11, 15, 21 (erkek formu) (4'er madde)
4) **Kaçınma:** 7,13,20,23 (kadın formu); 7, 14, 22, 28 (erkek formu) (4'er madde)
5) **Dokunma:** 9,12,19,25 (kadın formu); 6, 12, 20, 25 (erkek formu) (4'er madde)
6) **Vajinismus:** 6,11,17,24 (kadın formu) (4 madde)
7) **Orgazm Bozukluğu:** 8,14,21,28 (kadın formu) (4 madde)
8) **Empotans:** 3, 10, 16, 23 (erkek formu) (4 madde)
9) **Erken Boşalma:** 4, 13, 24, 27 (erkek formu) (4 madde)
10) **Cinsel ilişki niteliği ile ilgili maddeler:** 1, 4, 26, 27 (kadın formu); 8, 18, 19, 26 (erkek formu) (4'er madde)

Golombok-Rust cinsel doyum ölçeğinin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması Tuğrul ve arkadaşları (1993) tarafından yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini, 73'ü sorunlu, 53'ü sorunsuz 126 kadın ve 66'sı sorunlu, 51'i sorunsuz 117 erkekten oluşan toplam 243 kişi oluşturmuştur. Yapılan güvenirlik analizlerinde, madde toplam korelasyon katsayısı sorunlu ve sorunsuz kadınlarda 0.18 ile 0.74, sorunlu ve sorunsuz erkeklerde -0.04 ile 0.76 arasında değişmektedir. Toplam puan açısından Cronbach alfa katsayısı erkeklerde 0.92, kadınlarda 0.91 olarak bulgulanmıştır. Alt boyutlardan elde edilen Cronbach alfa değerleri kadın formu için 0.51 ile 0.88 arasında, erkek formu için ise 0.63 ile 0.91 arasında değişim göstermiştir. Ölçeğin iki

yarım güvenirlik katsayısı erkeklerde 0.90 (p<0.00l) ve kadınlarda 0.91 (p<0.001) olarak saptanmıştır (Tuğrul ve ark., 1993).

Ölçeğin geçerlik çalışmalarında sorunlu ve sorunsuz grupların toplam puanları ve alt boyutlardan aldıkları puanlar t-testi ile karşılaştırılmıştır. Kadın formunda iletişim alt boyutu dışında kalan diğer tüm alt boyutlardan alınan puanların ve toplam puanın sorunlu ve sorunsuz grupta anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür. Erkek formunda ise, sorunlu ve sorunsuz grubun hem toplam hem de alt boyutlardan aldıkları puanlarda anlamlı düzeyde farklılaşma bildirilmiştir. Sorunlu ve sorunsuz grupların her bir maddeden aldıkları puanlar t-testi ile karşılaştırılmış ve erkek formunda 26, kadın formunda ise 25 maddede anlamlı fark bulgulanmıştır (Tuğrul ve ark., 1993).

Erkeklerde sorunlu ve sorunsuz gruplar için yapılan diskriminant analizi sonucunda maddelerin grupları doğru ayırt etme oranı % 98, alt boyutların grupları doğru ayırt etme oranı ise % 94 olarak saptanmıştır. Aynı analiz kadınlar için yapıldığında bu oranın maddeler için % 98, alt boyutlar için ise % 95 olduğu görülmüştür (Tuğrul ve ark., 1993).

Ölçeğin kadın formu Ek 7'de erkek formu Ek 8'de görülebilir. Bu çalışma kapsamında ölçekten alınan toplam puanlar Tablo 5'te sunulan değerler doğrultusunda dönüştürülerek kullanılmıştır.

**Tablo 5.** Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Standart Puan Dönüşüm Değerleri (Kıray-Vural, 2007).

| Dönüştürülmüş Puan | Kadın Formu Toplam Ham Puan | Erkek Formu Toplam Ham Puan |
|---|---|---|
| 9 | 68- | 50 |
| 8 | 60-67 | 43-49 |
| 7 | 53-59 | 35-42 |
| 6 | 46-52 | 29-34 |
| 5 | 38-45 | 25-28 |
| 4 | 31-37 | 21-24 |
| 3 | 26-30 | 17-20 |
| 2 | 21-25 | 13-16 |
| 1 | 0-20 | 0-12 |

### 3.2.8. İlişki İnançları Ölçeği (İİÖ) (Relationship Belief Inventory-RBI)

İlişki İnançları Ölçeği (İİÖ), 1982 yılında Eidelson ve Epstein tarafından evlilik ilişkisine yönelik akılcı olmayan inançları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. İİÖ, toplam 40 maddeden ve beş alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçekler, 'anlaşmazlık zarar verir,' 'zihin okuma beklenmelidir,' 'eşler değişemez,' 'cinsel mükemmelliyetçilik' ve 'cinsiyetler farklıdır' şeklinde isimlendirilmiştir. Maddelerin altılı ölçeklemeye uygun olarak hazırlandığı ölçekte yüksek puan ilişkide akıl dışı inançların yüksekliğine işaret etmektedir (Ek 9). Ölçeğin alt ölçeklerinin iç tutarlılığının 0.72-0.81 arasında değiştiği bildirilmektedir (Edilson ve Epstein, 1982; Akt. Hamamcı, Kapçı ve Türkçapar, 2010).

Yurt dışında yapılan araştırmalarda yaygın olarak kullanıldığı görülen İİÖ'nün, Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması Hamamcı ve arkadaşları (2010)

tarafından, 343'ü kadın 287'si erkek olmak üzere toplam 630 evli bireyden oluşan örneklem üzerinde gerçekleştirilmiştir. İİÖ'nün yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla uygulanan açımlayıcı faktör analizi sonuçları, özgün ölçekteki 40 maddeden 17'sinin Türk kültüründe işlemediğini göstermekle beraber tüm maddelerin önerilen beş faktörlü yapıya uygun olarak yüklendiğine işaret etmektedir. Sonrasında uygulanan doğrulayıcı faktör analizi sonuçları ise 40 maddelik özgün beş faktörlü yapı yerine, açımlayıcı faktör analizinden elde edilen 23 maddelik beş faktörlü yapının daha uygun olduğunu göstermiştir. Bu faktörler sırasıyla %17.48, %10.03, %8.87, %7.49 ve %6.91 olmak üzere toplam varyansın %50.79'unu açıklamaktadır. Bu 23 maddenin yüklendiği 5 faktör ise orjinaline uygun olarak 'anlaşmazlık zarar verir' (birinci faktör), 'cinsiyetler farklıdır' (ikinci faktör), 'zihin okuma beklenmelidir' (üçüncü faktör), 'cinsel mükemmeliyetçilik' (dördüncü faktör) ve 'eşler değişemez' (beşinci faktör) olarak isimlendirilmiştir (Hamamcı ve ark., 2010).

Bu faktörlerde yani alt ölçeklerde yer alan maddeler ise;

1) Anlaşmazlık zarar verir (Birinci alt ölçek): 1, 6, 11, 16, 21, 26
2) Cinsiyetler farklıdır (ikinci alt ölçek): 10, 15, 30, 35, 40
3) Zihin okuma beklenmelidir (üçüncü alt ölçek): 32, 27, 17, 12
4) Cinsel mükemmeliyetçilik (dördüncü alt ölçek): 39, 4, 29, 19, 24
5) Eşler değişemez (beşinci alt ölçek): 33, 18, 28'dir.

Ölçeğin eş zamanlı geçerliğinin değerlendirilmesinde, Kalkan (2006) tarafından geliştirilen İlişkilerde İnanç Ölçeği'nden yararlanılmış ve iki ölçek arasındaki korelasyon 0.66 olarak hesaplanmıştır ($p<0.001$). İİÖ'nün ayırt edici geçerliliği ise evlilik sorunu ile kliniğe başvuru yapan ve evlilik sorunu tanımlamayan iki gruptan elde edilen veriler üzerinden incelenmiştir. Sonuçta, klinik grubun daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu bulgulanmıştır (klinik grup ort.=98.37±19.47, evlilik sorunu tanımlamayan grup ort.=89.32±15.57; $t111=2.58$, $p<0.01$) (Hamamcı ve ark., 2010).

İİÖ'nün Cronbach alfa katsayısı 0.77 olarak bulgulanırken, alt ölçeklerin Cronbach alfa değerleri ise 0.57-0.76 arasında değişim göstermektedir ($p< 0.001$). Ölçeğin iki haftalık test-tekrar test güvenirliği ise 0.86 olarak bildirilmektedir ($s=21$, $p<0.001$) (Hamamcı ve ark., 2010).

Bu çalışma kapsamında analizler Türk örneklemi için uygun olduğu belirtilen 23 maddeden alınan toplam puan üzerinden yürütülmüştür.

### 3.2.9. Belirti Tarama Listesi (SCL-90 )

Derogatis tarafından 1997 yılında psikiyatrik belirtileri ve bireyin altında bulunduğu zorlanmanın ya da yaşadığı olumsuz stres tepkisinin düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiş psikiyatrik bir tarama aracıdır. 90 maddeden oluşan 5'li likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir (Ek 10). 17 yaşından itibaren genç ve yetişkin, psikiyatrik olmayan tüm popülasyonlar için kullanımı uygundur. Ölçeğin belirti gruplarını yansıtan 9 ve bu belirti gruplarına girmeyen maddelerden oluşan bir ek ölçeği olmak üzere toplam 10 alt ölçeği bulunmaktadır. Bunlar;

**1. Somatizasyon (SOMA) Boyutu:** Çeşitli bedensel işlevlere ilişkin zorlanmayı (distress) (Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar),

**2. Obsesif-kompulsif (OBKO) Boyutu:** Bireyin düşünmekten ve/veya yapmaktan kendini alamadığı istenmeyen düşünce ve davranışların ortaya çıkardığı zorlanmayı (Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yineleme hali),

**3. Kişilerarası Duyarlık (KADU) Boyutu:** Kişinin yetersizlik ve kendini aşağılama duygularından kaynaklanan zorlanmayı (Başkaları tarafından eleştirilme duygusu),

**4. Depresyon (DEPR) Boyutu:** Depresif ruh hali ve duygulanımla yaşam ilgilerinin azalması, güdü-enerji kaybı ve intihar düşünceleri gibi belirtilerden oluşan zorlanmayı (Her şeyin bir yük gibi görünmesi),

**5. Kaygı (KAYG) Boyutu:** İleri derecede açık kaygı tablosuyla bağlantılı zorlanmayı (Dehşet ve panik nöbetleri),

**6. Düşmanlık (DÜŞM) Boyutu:** Öfke, saldırganlık ve kırgınlık duygularından kaynaklanan zorlanmayı (Kontrol edilemeyen öfke patlamaları),

**7. Fobik Kaygı (FOKA) Boyutu:** Kaçma ve kaçınma gibi fobik davranışlarla belirginleşen tablonun yarattığı zorlanmayı (Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi),

**8. Paranoid Düşünce (PADÜ) Boyutu:** Yansıtıcı, kuşkucu ve düşmanca düşüncelerle grandiyozite (Kişinin değeri, gücü, bilgisi, önemi veya kimliğiyle ilgili aşırı bir inanç) ve otonomi kaybı gibi korku ve sanrıların ön plana çıktığı zorlanmayı (Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi),

**9. Psikotizm (PSİK) Boyutu:** Sosyal çevreden uzaklaşma, şizoid yaşam biçimi veya şizofrenik sanrı ve varsanıların belirgin olduğu zorlanmayı (Size ait olmayan düşüncelere sahip olma) ölçümlediği ileri sürülen maddeleri kapsamaktadır.

Bu boyutlara girmeyen maddelerden oluşan **Ek Ölçek (EKÖL)** ise suçluluk duygularıyla yeme ve uyku bozuklukları gibi genel zorlanma belirtilerini (Aşırı yemek yeme) kapsamaktadır. Her boyuttaki madde sayısı 6 ile 13 arasında değişmektedir (Derogatis, 1977; Akt. Dağ, 1991).

1) **(SOMA) Somatizasyon:** 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58 (12 madde)
2) **(OBKO) Obsesif-Kompulsif:** 3, 9, 10, 28, 38 , 45, 46, 51, 55, 65 (10 madde)
3) **(KADU) Kişilerarası Duyarlık:** 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73 (9 madde)
4) **(DEPR) Depresyon:** 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 ,79 (13 madde)
5) **(KAYG) Kaygı:** 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86 (10 madde)
6) **(DÜŞM) Düşmanlık:** 11, 24, 63, 67, 74, 81 (6 madde)
7) **(FOKA) Fobik Kaygı:** 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82 (7 madde)
8) **(PADÜ) Paranoid Düşünce:** 8, 18, 43, 68, 76, 83 (6 madde)
9) **(PSİK) Psikotizm:** 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90 (10 madde)
10) **(EKÖL) Ek Ölçek:** 19, 44, 59, 60, 64, 66, 89 (7 madde) (Dağ, 1991)

SCL-90-R'de her madde, "Kişiyi son 15 gün içinde ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiği" sorusu üzerinden değerlendirilmektedir. Hiç / Çok az / Orta derecede / Oldukça fazla / İleri derecede seçeneklerine göre cevaplanan ölçekte maddeler sırasıyla; 0, 1, 2, 3, 4 şeklinde puanlanmaktadır. Alt ölçek puanları ise, her boyut için o boyuttaki maddelerden alınan toplam puanın, o boyutu oluşturan madde sayısına bölünmesi ile elde edilmekte ve 0 ile 4 arasında puanlanmaktadır. Son aşamada ise bu 10 boyut üzerinden kişinin puanlarından oluşan bir profil ortaya çıkmaktadır. Bunun yanı sıra, ölçeğin asıl işlevseliği sağlayan ve genel belirti düzeylerini farklı yaklaşımlarla gösteren üç genel göstergesi; Genel belirti düzeyi (Genel Symptom Index: GSI), Pozitif Belirti Toplamı (Positive Symptom Total: PST) ve Pozitif Belirti Düzeyi (Positive Symptom Distress Index: PSDI)'dir (Dağ, 1991).

1) GSI, boş bırakılanlar hariç tüm maddelere yapılan derecelendirmelerin ortalaması olup 0 ile 4 değerleri arasında değişen en önemli göstergedir ve artışı bireydeki psikiyatrik belirtilerden duyulan sıkıntının artışına işaret eder (Dağ, 1991, Hekimler Yayın Birliği, 2000) .

2) PST, "hiç" seçeneğiyle işaretlenen maddeler hariç diğer maddelerin ham sayı toplamı olup 0 ve 90 arasındadır ve kişinin kendisinde ne kadar çeşitli belirti algıladığını gösterir (Dağ, 1991, Hekimler Yayın Birliği, 2000).

3) PSDI ise "Hiç" olarak işaretlenenler haricindeki maddelerin dereceleme puanları toplamının PST'ye bölünmesiyle elde edilen ortalama değer olup 0 ile 4 arasında değişmektedir. Kişinin kendisinde varolarak algıladığı belirtilerden duyduğu sıkıntının ağırlıklı bir ortalamasını oluşturur (Dağ, 1991).

Ölçekte 18 maddeden fazlasına cevap verilmemiş olması genel göstergeleri geçersiz kılarken herhangi bir alt ölçeğin maddelerinin en az % 40'ına cevap verilmemiş olması o alt ölçeğin puanını geçersiz kılmaktadır (Derogatis, 1977; Akt. Dağ, 1991).

Ölçeğin orjinal formu için çeşitli geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Derogatis (1977), ölçeğin iç tutarlılığının çeşitli alt ölçekleri için 0.77 ile 0.90 arasında değiştiğini ve bir hafta ara ile alınan test-tekrar test güvenirliğinin ise yine çeşitli alt ölçekleri için 0.78 ile 0.90 arasında olduğunu bildirmiştir (Akt. Dağ, 1991). Ölçeğin uyum (concurrent), birleştirici (convergent) ve ayırdedici (discriminant) geçerlik incelemeleri farklı araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Bu çalışmalarda SCL-90-R ile diğer bazı psikiyatrik tarama araçlarının (MMPI, Middlesex Hastane Anketi) alt ölçekleri arasındaki korelasyonlar .50 civarında aldığı değerler almış olup söz konusu geçerlik göstergelerini oluşturmuştur (Brophy ve ark. 1988; Akt. Dağ, 1991; Gotlib 1984; Akt. Dağ, 1991; Dinning ve Evans 1992; Akt. Dağ, 1991; Derogatis ve ark. 1976; Akt. Dağ, 1991).

Ölçeğin Türkçe formuyla daha önce yapılan çalışmalarda Tufan (1987), örneklemini lise öğrencilerinin oluşturduğu çalışmasında GSI puanlarını kullanarak hesaplanan test-tekrar test güvenirlik katsayısını .83 olarak bildirirken, Kılıç (1987) ise üniversite öğrencileri üzerinde yürüttüğü çalışmasında alt ölçeklerin test-tekrar test güvenirliğinin .63 ile .84 arasında bildirmiştir (Akt. Dağ, 1991).

Dağ (1991) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yürütülen geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin tümünün Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .97 olarak bildirilmiştir (Dağ, 1991; Hekimler Yayın Birliği, 2000). Alt ölçeklerin test-tekrar test güvenirlik katsayılarının .65 ile .87 arasında değiştiği ve ölçeğin tümünün test-tekrar test güvenirlik katsayısı .90 olarak bulgulanmıştır (Hekimler Yayın Birliği, 2000).

Ölçeğin, ölçüt bağıntılı geçerliği için MMPI ve Beck Depresyon Ölçeği'nden yararlanılmıştır. MMPI'ın 'yalan', 'erkeksilik-kadınsılık' ve 'hipomani' alt ölçekleri dışında kalan alt ölçekler ile SCL-90-R'nin alt ölçeklerinin .33 ve .81 arasında değişen orta derecede anlamlı korelasyonlar gösterdikleri bulgulanmıştır. Öte yandan, SCL-90-R nin tüm alt ölçekleri ve GSI göstergesi ile BDE'nin, .40-.82 arasında değişen anlamlı korelasyonlar gösterdiği bildirilmiştir. Ayrıca, SCL-90-R'nin kendi alt ölçekleri arasında ve genel göstergeleriyle gösterdiği korelasyonları incelendiğinde Düşmanlık ve Somatizasyon alt ölçekleri arasındaki .31'lik anlamsız

korelasyon dışında tüm alt ölçeklerinin birbirleriyle ve genel göstergelerle .51 ile .91 değerleri arasında değişen anlamlı korelasyonlar gösterdiği bildirilmiştir. Bu sonuçtan hareketle, ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek için, alt ölçekleri arası korelasyon matrisine uygulanan Temel Bileşenler Analizi sonucunda, toplam varyansın % 68.7'sini açıklayan tek bir faktör elde edilmiştir. Alt ölçekler bu tek faktöre 0.79-0.88 arasında değişen yüksek ağırlıklarla yüklenmiştir (Dağ, 1991).

Bu sonuç, yurt dışında yapılan benzeri çalışmaların sonuçlarını tümü ile desteklemiş ve ölçeğin varsayılan boyutlarının (alt ölçeklerinin) gerçekte birbirinden farklı psikiyatrik belirti gruplarını ayırt edemeyeceği; ancak bir bütün olarak "psikiyatrik belirtiselliği" (symptomatology) çok iyi gösterecek bir yapı geçerliliğinin bulunduğu şeklinde yorumlanmıştır (Hekimler Yayın Birliği, 2000).

SCL-90-R Belirti Tarama Listesi'nin Türkçe Formu geçerli ve güvenilir bir psikiyatrik tarama aracıdır. Ancak, SCL-90-R değişik psikopatoloji boyutlarına ilişkin geçerli bir bilgi vermemektedir. Sadece genel zorlanma (distress) düzeyine ilişkin bilgilerin arandığı araştırmalarda ve özellikle normal üniversite öğrencilerinden oluşan örneklemlerde güvenilir ve geçerli bir tarama aracı olarak kullanılabilir. Bu taramalarda da ölçeğin GSI puanı başta olmak üzere sadece genel göstergelerinin (PST ve PSDI) esas alınmasının gerekliliği vurgulanmış, bu liste aracılığı ile psikolojik belirtiler saptanan kişi için herhangi bir müdahale yapılması düşünüldüğünde, kişinin tanısı için daha ileri ve ayrıntılı tekniklere mutlaka başvurulması önerilmiştir (Dağ, 1991).

Bu çalışma kapsamında ölçeğin GSI göstergesinden alınan puanlar analizlere dahil edilmiştir.

Son olarak, çalışmada kullanılan tüm ölçeklerin bu çalışma için Cronbach alfa katsayıları hesaplanmış olup Tablo 6'da sunulmuştur.

**Tablo 6.** Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Cronbach Alfa Katsayıları

| Ölçeğin Adı | Alt Ölçekleri | Türkçe Geçerlilik-güvenirlik çalışmasındaki Cronbach alfa değerleri | Bu çalışma için Cronbach alfa değerleri (Kadın) | Bu çalışma için Cronbach alfa değerleri (Erkek) |
|---|---|---|---|---|
| **Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği** | Pozitif Çatışma Çözüm Stili | .80 | .60 | .69 |
| | Negatif Çatışma Çözüm Stili | .82 | .75 | .83 |
| | Üstünlük Kurma Çatışma Çözüm Stili | .73 | .76 | .76 |
| | Geri Çekilme Çatışma Çözüm Stili | .74 | .72 | .66 |
| **Çift Uyum Ölçeği*** | Ölçeğin Tümü | .92 | - | - |
| **Golombok-Rust Cinsel Doyum** | Ölçeğin Tümü (Kadın) | .91 | 90 | |
| | Ölçeğin Tümü (Erkek) | .92 | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Ölçeği** | | | | .76 |
| **İlişki İnançları Ölçeği** | Ölçeğin Tümü | .77 | .72 | .75 |
| **SCL-90-R** | GSI | .97 | .98 | .98 |

* Bu çalışma kapsamında hem kadınlar hem de erkekler için ölçeğin Cronbach alfa katsayısı hesaplanmış ve yeterli düzeyde bulgulanmıştır. Ancak ölçek kullanım izninin alındığı yazarın isteği doğrultusunda bu çalışma kapsamında sunulmamıştır.

### 3.3. İşlem

Araştırma verilerini toplamak amacıyla oluşturulan bataryada kişideki yorgunluk düzeyinin ve ölçeklerin birbiri üzerindeki etkisini kontrol etmek amacıyla, sırasıyla; bilgilendirilmiş onam formu, demografik bilgi formu ve ağrı değerlendirme formu sabit, diğer ölçekler karışık sıralama ile düzenlenerek dört ayrı versiyon oluşturulmuştur. Araştırma verilerinin toplanması sırasında görüşmeler araştırmacı tarafından bire bir yapılmış olup her hasta ile her biri ortalama 60 dakika olmak üzere 2'şer görüşme düzenlenmiştir. İlk görüşmenin ilk 40 dakikasında demografik bilgi formu ve ağrı değerlendirme formunda yer alan sorular araştırmacı tarafından hastadan alınan bilgiler doğrultusunda doldurulmuştur. Kronik ağrı sendromlu grubun tamamı ve kontrol grubu katılımcılarının 5'i ile görüşmeler İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı polikliniklerinde, sessiz bir ortamda gerçekleştirilmiştir. Kontrol grubu katılımcılarının 9'u ile ise görüşmeler, Sakarya Özel Ada Tıp Hastanesi'nde ve kimsenin olmadığı sessiz bir ortamda gerçekleştirilmiştir. Diğer ölçekler ise katılımcılar tarafından bireysel olarak doldurulmuştur. Katılımcılara bütün ölçekler için hem yazılı hem sözlü yönerge verilmiş olup anlamadıkları sorular ya da terimler sözlü olarak açıklanmıştır. Ayrıca süreç içerisinde, bataryada yer alan ölçekleri

cevaplamayı tamamlamayan, ikinci görüşmeye gelmeyen ya da ölçekleri anlamadığını ifade eden 26 hastanın verileri analizlere dahil edilmemiştir. Hasta gruba İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı polikliniklerinde görevli hekimlerin yönlendirmeleri sonucunda ulaşılırken, kontrol grubu katılımcılarına el ilanları ve mailler yoluyla ulaşılmıştır. Kontrol grubu için mail grupları aracılığıyla ulaşıldığı düşünülen kişi sayısının yaklaşık 4 milyon olduğu tahmin edilmekte ancak, araştırma içleme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kişi sayısı sadece 14 ile sınırlı kalmıştır.

Veri toplama sürecinde her hastanın ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların eşinin hastaneye gelecek vakti olmamasından dolayı hasta eşleri bire bir görüşmelere alınmamıştır. Araştırma bataryası ağzı yapışkanlı, tek kullanımlık imzalı zarflar içerisinde görüşmeye alınan hasta aracılığıyla eşlere ulaştırılmıştır. Çiftlere verilen bataryalarda hem kadın hem de erkekler için aynı ölçek sıralamaları izlenmiştir. Her bir ölçek için yazılı yönergeler bataryada yer almakla birlikte, ilk görüşmelerin bitiminde eşlerin bataryayı nasıl doldurması gerektiği hastalara açıklanmıştır. Herhangi bir kafa karışıklığı durumuna karşın araştırmacı iletişim bilgileri verilmiştir. Eşlerin bataryayı yalnız doldurmaları ve hasta görmeden zarfa koyup ağzını yapıştırdıktan sonra zarfın ağız kısmını imzalayıp eşleri aracılığıyla araştırmacıya ulaştırmaları istenmiştir. Eşlerinin formlarını teslim ettikleri ikinci görüşmede hastalara eşlerinin formlarının güvenilir olup olmadığı sorulmuştur. Hastalardan eşlerinin formlarına dair gelen geribildirimler doğrultusunda, güvenilir olmadığını ya da olmayabileceğini belirtilen beş hasta eşinin formları analizlere dahil edilmemiş, analizler 34 hasta eşinin verileri üzerinden yürütülmüştür. Süreç içerisinde eşlerden alınan hiç bir bilgi diğer eş ile paylaşılmamıştır.

Ayrıca, literatürde FMS ve MAS'ın aynı anda aynı kişide bulunabileceğine yapılan vurgu (Gerwin, 1998; Akt. Tüzün ve ark., 2004) göz önüne alınarak hastalar bu alanda uzman bir hekim tarafından ek tanıya yönelik fiziki muayeneden geçirilmiştir.

### 3.4. İstatistik

Bu araştırma kapsamında toplanan veriler, SPSS 15.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Sonuçlar kapsamında öncelikle, araştırmada yer alan katılımcılara ait demografik bilgilere (yaş, eğitim düzeyi, maddi durum, çalışma durumu, evlilik süresi, evlilik sayısı, kronik ağrı süresi, eşin eğitim düzeyi) ilişkin betimsel istatistik analizleri Pearson Ki-Kare bağımsızlık testi kullanılarak yapılmıştır. İkinci olarak, gruplar arası karşılaştırmalar parametrik ölçümlerde bağımsız örneklemlerde ortalamaların farkı testi (t testi), parametrik olmayan ölçümlerde ise Mann-Whitney U testi aracılığı ile yapılmıştır.

Son adımda ise, araştırmanın yan amaçları doğrultusunda kronik ağrı sendromu ile evlilik uyumu arasındaki ilişkide çatışma çözüm stilleri, cinsel ilişki niteliği, evliliğe dair akılcı olmayan inançlar ve psikiyatrik belirtiden duyulan sıkıntının medyatör etkisinin olup olmadığı "2 Kategorili Lojistik Medyatör Regresyon Analizi" ile incelenmiştir. Bu analizde Mackinnon ve Dwyer'in (1993) önerileri doğrultusunda önce kategorik olan bağımlı değişken "dummy" değişkene dönüştürülmektedir. Ya da eğer bağımlı değişken parametrik ölçüm şartlarını karşılamayan sürekli değişken ise medyana göre bölünerek iki kategorili hale getirilmektedir. Ardından modelde sözü geçen yordayıcı, medyatör ve yordanan değişken arasındaki ilişkileri belirlemek için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Değişmezlik Katsayıları hesaplanmakta, ancak ve ancak her üç değişken arasındaki korelasyon katsayısı da anlamlı ise medyatör regresyon yapılabilmektedir. Bu koşul sağlandıktan sonra her üç değişkenin standart sapmaları hesaplanmaktadır. Hemen ardından, yordayıcı değişken ve medyatör değişken arasındaki ilişkinin kovaryans değeri hesaplanmaktadır. Üçüncü adımda ise yordayıcı ve medyatör değişkenin dahil edildiği Basit Doğrusal Regresyon Analizi yürütülmektedir. Dördüncü adımda yordayıcı ve yordanan değişkenin regresyona sokulduğu Basit Lojistik Regresyon Analizi gerçekleştirilmekte, son adımda ise hem yordayıcı hem de medyatör değişkenin sırayla yordayıcı ve yordanan değişkenin de yordanan olarak tanımlandığı Çoklu Lojistik Medyatör Regresyon Analizi yapılmaktadır. Bu analizin sonucunda eğer dördüncü adımdaki yordayıcı değişkenin katsayısının modele etkisi

anlamlı iken son adımda bu etki anlamsız hale gelirse bu durum medyatör değişkenin tam aracı etkisi olduğunu göstermektedir. Öte yandan bu katsayı son adımda anlamlı olmaya devam etmekle birlikte anlamlılık düzeyi veya katsayı değeri düşmüşse bu medyatör değişkenin kısmi aracı etkisi olabileceğine işaret etmektedir. Bunu test etmek için yukarıda bahsedilen adımlardan elde edilen ilgili değerler "Sobel Testi"ne girilerek bu kısmi aracılık etkisi sınanır. Eğer "Sobel Testi" anlamlı çıkarsa bu durum medyatör değişkenin kısmi aracı etkisi olduğu anlamına gelmektedir.

## 4. BULGULAR

Bu çalışma Temporamandibular bölgede bruksizme bağlı olarak ortaya çıkan miyofasyal ağrı sendromu tanısı (MAS) alan 26, fibromiyalji sendromu (FMS) tanısı alan 24 kadın hasta ve eşleri ile üç aydan uzun süreli herhangi bir ağrı şikayeti olmayan 14 sağlıklı kadın katılımcı ve eşleri üzerinde yürütülmüştür. FMS ve MAS tanılı hasta gruplarını İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Genel, Omurga Hastalıkları ve Çene Hastalıkları polikliniklerinde halihazırda ACR 1990 kriterlerine göre FMS ya da MAS tanısı ile takip edilen kadın hastalar ve eşleri oluşturmuştur. Kontrol grubunu ise, herhangi bir kronik ağrı sendromu tanısı almamış olan kadınlar ve eşlerinden oluşan sağlıklı bireyler oluşturmuştur.

Öncelikle, araştırmanın temel amacını yansıtan Hipotez 1 doğrultusunda FMS'li ve MAS'lı kadın hastaların ve bu hastaların eşleri arasında evlilik süresi, evlilik sayısı, yaş, maddi durum ve eğitim seviyesi kontrol edildiğinde evlilik uyumları açısından fark olup olmadığı incelenmiştir. Bu hedef doğrultusunda öncelikle evlilik süresi, evlilik sayısı, yaş, maddi durum ve eğitim seviyesinin kontrol değişkenleri olarak ele alınıp alınmamasının gerekliliğini belirlemek amacıyla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Değişmezlik Katsayıları hesaplanmıştır. Bu değişkenler arasındaki ilişkilere dair korelasyon sonuçları Tablo 7'de gösterilmiştir. Sonuçlar her iki değişkenin de evlilik uyumu ile ilişkisinin anlamsız olduğunu göstermiştir (sırasıyla; r= .094, $p$> 0.05; r= -.185, $p$> 0.05). Bu sonuçlardan yola çıkılarak evlilik süresi, evlilik sayısı, yaş, maddi durum ve eğitim seviyesi değişkenlerinin hiçbiri kontrol değişkeni olarak ele alınmamıştır.

**Tablo 7.** Evlilik Uyumu, Evlilik Süresi, Evlilik Sayısı, Yaş, Maddi Durum ve Eğitim Seviyesi Arasındaki İlişkilere Dair Korelasyon Değerleri

| | | Evlilik Uyumu | Evlilik Sayısı | Evlilik Süresi | Yaş | Maddi Durum Orta | Maddi Durum Yüksek | Eğitim |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Evlilik** | R | 1 | .094 | -.185 | -.144 | .032 | .165 | .188 |
| **Uyumu** | N | 64 | 64 | 64 | 64 | 64 | 64 | 64 |
| **Evlilik** | R | | 1 | -.265* | -.040 | -.033 | -.162 | -.121 |
| **Sayısı** | N | | 64 | 64 | 64 | 64 | 64 | 64 |
| **Evlilik** | R | | | 1 | .838*** | -.093 | .058 | -.415** |
| **Süresi** | N | | | 64 | 64 | 64 | 64 | 64 |
| **Yaş** | R | | | | 1 | -.034 | .053 | -.164 |
| | N | | | | 64 | 64 | 64 | 64 |
| **Maddi** | R | | | | | 1 | -.709*** | .098 |
| **Durum** | N | | | | | 64 | 64 | 64 |
| **Düşük** | | | | | | | | |
| **Maddi** | R | | | | | | 1 | .089 |
| **Durum** | N | | | | | | 64 | 64 |
| **Yüksek** | | | | | | | | |
| **Eğitim** | R | | | | | | | 1 |
| | N | | | | | | | 64 |

*$p$< 0.05, *$p$< 0.01, *$p$< 0.001

Evlilk süresi, evlilik sayısı, yaş, maddi durum ve eğitim seviyesini kontrol değişkeni olarak ele almanın gerekli olmadığının tespitinden sonra, Hipotez 1.a. doğrultusunda FMS'li ve MAS'lı kadın hastaların evlilik uyumları açısından birbirlerinden farklı olup olmadığını test etmek amacıyla bağımsız örneklemlerde ortalamaların farkı testi (t testi) kullanılmıştır. Analizlere FMS tanısı alan 24, MAS tanısı alan 26 hasta dahil edilmiştir. Test sonuçları iki grubun evlilik uyum puanları

açısından farklılaşmadığını göstermiştir ($t_{(48)}$= -.343, $p$>0.05) (Tablo 8). Bir başka deyişle her iki grubun evlilik uyumları birbirine benzerdir.

**Tablo 8.** FMS'li ve MAS'lı Kadın Hastaların Evlilik Uyum Puanlarına Dair Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

| | **Tanı Kategorileri** | **Ort.** | **N** | **SS** | **Test İstatistiği** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Evlilik Uyum Puanları** | FMS | 95.82 | 24 | 28.99 | t= -.343 |
| | MAS | 98.41 | 26 | 24.23 | |

Evlilik uyumlarının birbirinden farklılaşmadığı gözlenen bu iki grup "kronik ağrı sendromu" üst başlığında birleştirilerek yeni bir grup oluşturulmuştur. Hipotez 1.b. doğrultusunda bu grubun evlilik uyumunun kontrol grubundan farklılaşıp farklılaşmadığını araştırmak amacıyla bağımsız örneklemlerde ortalamaların farkı testi (t testi) uygulanmıştır. Test sonuçları iki grubun evlilik uyum puanları açısından farklılaştığını göstermiştir ($t_{(62)}$ = -2.394, $p$<0.05) (Tablo 9). Yani, kontrol grubunun evlilik uyumları kronik ağrı sendromlu hastaların evlilik uyumlarına göre anlamlı derecede yüksektir.

**Tablo 9**. Kronik Ağrı Sendromlu Kadın Hastalar İle Sağlıklı Kadınların Evlilik Uyum Puanlarına Dair Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

| | **Tanı Kategorileri** | **Ort.** | **N** | **SS** | **Test İstatistiği** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Evlilik Uyum Puanları** | Kronik Ağrı Sendromlu Grup | 97.17 | 50 | 26.38 | t= -2.394* |
| | Sağlıklı Kontroller | 114.77 | 14 | 29.00 | |

*$p$ <0.05

Öte yandan, Hipotez 2.a. doğrultusunda FMS ve MAS tanısı ile takip edilen kadın hastaların eşlerinin evlilik uyumlarının birbirinden farklı olup olmadığını belirlemek amacıyla 17 FMS'li ve 18 MAS'lı hasta eşinin verileri bağımsız örneklemlerde ortalamaların farkı testi (t test) kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz sonuçları her iki gruptaki hasta eşlerinin evlilik uyumlarının birbirinden farklı olmadığını göstermiştir ($t_{(33)} = -1.545$, $p > 0.05$) (Tablo 10). Bir başka deyişle, FMS'li hasta eşleri ile MAS'lı hasta eşlerinin evlilik uyumları benzerdir.

**Tablo 10.** FMS'li ve MAS'lı Kadın Hasta Eşlerinin Evlilik Uyum Puanları Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

| | **Tanı Kategorileri** | **Ort.** | **N** | **SS** | **Test İstatistiği** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Evlilik Uyum Puanları** | FMS (Eş) | 104.64 | 17 | 23.54 | t= -1. 545 |
| | MAS (Eş) | 115.32 | 18 | 17.08 | |

Uygulanan bağımsız örneklemlerde ortalamaların farkı testi sonuçlarının bu iki hasta grubunun eşlerinin evlilik uyumlarının benzer olduğunu göstermesi sebebiyle bu iki grup tıpkı hasta grubunda olduğu gibi birleştirilmiş ve "kronik ağrı sendromlu" hasta eşleri olarak yeni bir grup tanımlanmıştır. Hipotez 2.b. doğrultusunda bu yeni grup ile sağlıklı kadınların eşlerinin evlilik uyumlarının birbirinden farklı olup olmadığını incelemek amacı ile uygulanan nonparametrik Mann-Whitney U testi sonuçları her iki grubun evlilik uyum puanları arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir ($U=160$, $p>0.05$) (Tablo 11). Dolayısıyla, her iki grubun evlilik uyumları birbirine benzerdir.

**Tablo 11.** Kronik Ağrı Sendromlu Hasta Eşleri ve Sağlıklı Eşlerin Eşlerinin Evlilik Uyum Puanları Ortalama, Standart Sapma ve Medyan Değerleri

| **Kronik Ağrı Sendromu Varlığı** | **Ort.** | **N** | **SS** | **Medyan** | **Test İstatistiği** |
|---|---|---|---|---|---|
| Var | 110.14 | 35 | 20.87 | 111.38 | |
| Yok | 115.87 | 11 | 21.73 | 117.00 | U=160 |
| Toplam | 111.51 | 46 | 20.98 | 111.69 | |

Ek olarak, araştırmanın yan amacı doğrultusunda kronik ağrı sendromu ile evlilik uyumu arasındaki ilişkide evlilik süresi, evlilik sayısı, yaş, maddi durum ve eğitim düzeyi kontrol edildiğinde çatışma çözüm stilleri, cinsel ilişki niteliği, evliliğe dair akılcı olmayan inançlar ve psikiyatrik belirtiden duyulan sıkıntının medyatör etkisinin olup olmadığı araştırılmıştır.

Bu hedef doğrultusunda öncelikle, kontrol değişkenleri olarak tanımlanan evlilik süresi ve sayısı ile yordanan değişken olan evlilik uyumu arasındaki ilişkiler anlamlı olmadığı için (Bknz. Tablo 7) bu değişkenlerin analizlere kontrol değişkeni olarak dahil edilmesine gerek kalmamıştır. Bundan sonraki aşamada, istatistik bölümünde de bahsedildiği gibi Mackinnon ve Dwyer'in (1993) önerileri doğrultusunda medyatör değişkenlerin kronik ağrı sendromu ve evlilik uyumu ile ilişkilerinin anlamlı olup olmadığı kontrol edilmiştir. Bu amaçla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Değişmezlik Katsayıları hesaplanmıştır.

Analiz sonuçları pozitif çatışma çözme stili, negatif çatışma çözme stili, geri çekilme çatışma çözme stili ve evliliğe dair akılcı olmayan inançlar değişkenlerinin hem kronik ağrı sendromu (sırasıyla; r= .083, $p$> 0.05; r= -.153, $p$> 0.05; -.116, $p$> 0.05; r= -.150, $p$> 0.05) ile hem de evlilik uyumu ile anlamlı ilişkisi olmadığını göstermiştir (sırasıyla; r= .173, $p$> 0.05; r=-.144, $p$> 0.05; -.209, $p$> 0.05; r= -.228, $p$> 0.05) (Tablo 12). Bu nedenle, bu değişkenler için medyatör etki araştırılmamıştır.

**Tablo 12.** Kronik Ağrı Sendromu ve Evlilik Uyumu İle Pozitif Çatışma Çözme Stili, Negatif Çatışma Çözme Stili, Geriçekilme Çatışma Çözme Stili ve Evliliğe Dair Akılcı Olmayan İnançlar Arasındaki İlişkilere Dair Korelasyon Değerleri

| | | **Kronik Ağrı Sendromu** | **Evlilik Uyumu** | **Pozitif Çatışma Çözme Stili** | **Negatif Çatışma Çözme Stili** | **Geri Çekilme Çatışma Çözme Stili** | **Evliliğe dair Akılcı Olmayan İnançlar** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Kronik Ağrı Sendromu** | r | 1 | .291* | .083 | -.153 | -.116 | -.150 |
| | N | 64 | 64 | 64 | 64 | 64 | 64 |
| **Evlilik Uyumu** | R | | 1 | .173 | -.144 | -.209 | -.228 |
| | N | | 64 | 64 | 64 | 64 | 64 |
| **Pozitif Çatışma Çözüm Stili** | r | | | 1 | .042 | .198 | -.112 |
| | N | | | 64 | 64 | 64 | 64 |
| **Negatif Çatışma Çözüm Stili** | r | | | | 1 | -.224 | .220 |
| | N | | | | 64 | 64 | 64 |
| **Geri Çekilme Çatışma** | r | | | | | 1 | .091 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Çözüm Stili** | N | 64 | 64 |
| **Evliliğe dair akılcı olmayan İnançlar** | r | | 1 |
| | N | | 64 |

Öte yandan, analiz sonuçlarına göre üstünlük kurma çatışma çözüm biçimi, cinsel ilişki niteliği ve psikiyatrik belirtiden duyulan sıkıntı değişkenlerinin hem kronik ağrı sendromu (sırasıyla; r=.269, $p<0.05$; r=.340, $p<0.01$; r= -.353, $p<0.01$) hem de evlilik uyumu (sırasıyla; r=.907, $p<0.001$; r=.430, $p<0.001$; r= -.520, $p<0.001$) ile anlamlı ilişkiler gösterdikleri gözlenmiştir (Tablo 13). Dolayısıyla, sadece bu üç değişkenin kronik ağrı sendromları ile evlilik uyumu arasındaki ilişkide medyatör etki gösterip göstermedikleri araştırılmıştır.

**Tablo 13.** Kronik Ağrı Sendromu ve Evlilik Uyumu İle Üstünlük Kurma Çatışma Çözüm Stili, Cinsel İlişki Niteliği ve Psikiyatrik Belirtiden Duyulan Sıkıntı (Gsı) Arasındaki İlişkilere Dair Korelasyon Değerleri

| | | **Kronik Ağrı Sendromu** | **Evlilik Uyumu** | **Üstünlük Kurma Çatışma Çözme Stili** | **Cinsel İlişki Niteliği** | **Psikiyatrik Belirtiden Duyulan Sıkıntı** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Kronik Ağrı Sendromu** | R | 1 | .291* | .269* | .340** | -.353** |
| | N | 64 | 64 | 64 | 63 | 62 |
| **Evlilik Uyumu** | r | | 1 | .907*** | .430*** | -.520*** |
| | N | | 64 | 64 | 63 | 62 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Üstünlük Kurma Çatışma Çözüm Stili** | r | 1 | .342** | .473*** |
| | N | 64 | 63 | 62 |
| **Cinsel İlişki Niteliği** | r | | 1 | -.427** |
| | N | | 63 | 61 |
| **Psikiyatrik Belirtiden Duyulan Sıkıntı** | r | | | 1 |
| | N | | | 62 |

*$p$<0.05 **$p$<0.01 ***$p$<0.001

Bu amaç doğrultusunda kronik ağrı sendromlarının evlilik uyumu üzerindeki yordayıcı etkisinde öncelikle üstünlük kurma çatışma çözüm biçiminin, ikinci olarak cinsel ilişki niteliğinin, üçüncü olarak ise psikiyatrik belirtiden duyulan sıkıntının aracı rolü, yordanan değişken olan evlilik uyumu normal dağılım göstermediği için "2 kategorili lojistik medyatör analizi" ile incelenmiştir. Bunun için sürekli bir değişken olan evlilik uyumu medyana (m=108.00) göre ikiye ayrılarak iki kategorili bağımlı değişken haline getirilmiştir. İstatistik bölümünde bahsedilen adımlar doğrultusunda gerçekleştirilen lojistik medyatör regresyon analizi sonuçları kronik ağrı sendromunun evlilik uyumu üzerindeki yordayıcı etkisinde üstünlük kurma çatışma çözüm biçiminin, cinsel ilişki niteliğinin ve psikiyatrik belirtiden duyulan sıkıntının tam medyatör (aracı) etkisi olduğunu göstermiştir. Bir başka deyişle, kronik ağrı sendromları evlilik uyumunu üstünlük kurma çatışma çözüm stili, cinsel

ilişki niteliği ve psikiyatrik belirtiden duyulan sıkıntı aracılığıyla yordamaktadır. Uygulanan her üç lojistik medyatör regresyon analizinin sonuçları ise Tablo 14'de sunulmuştur.

**Tablo 14.** Kronik Ağrı Sendromunun Evlilik Uyumu Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Üstünlük Kurma Çatışma Çözüm Biçiminin (Model 1), Cinsel İlişki Niteliğinin (Model 2) ve Psikiyatrik Belirtiden Duyulan Sıkıntının (Model 3) Medyatör Rolüne Dair Lojistik Medyatör Regresyon Analizi Sonuçları.

| **Model** | **$R^2$** | **B** | **Std. Error** | **Wald** | **Sig.** |
|---|---|---|---|---|---|
| **1.Adım** | .072* | | | | |
| Kronik Ağrı Varlığı | | 1.460 | 0.710 | 4221* | 0.040 |
| **1. Model 2.Adım** | .58*** | | | | |
| Kronik Ağrı Varlığı | | 0.303 | 1.203 | 0.063 | 0.801 |
| Üstünlük Kurma Çatışma Çözme Stili | | 0.756 | 0.213 | 12590*** | 0.000 |
| **2. Model 2.Adım** | .15* | | | | |
| Kronik Ağrı Varlığı | | 0.955 | 0.755 | 1.600 | 0.206 |
| Cinsel İlişki Niteliği | | 1.297 | 0.566 | 5246* | 0.022 |
| **3. Model 2.Adım** | .20** | | | | |
| Kronik Ağrı Varlığı | | 0.749 | 0.777 | 0.929 | 0.335 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Psikiyatrik Belirtiden Duyulan Sıkıntı | -1.363 | 0.487 | 7835** | 0.005 |

*$p$<0.05 **$p$<0.01 ***$p$<0.001

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Evlilik uyumu ve ağrı arasındaki ilişkileri gösteren çalışmaların sayısının giderek arttığı günümüzde, her ne kadar bedensel semptomlar olarak görülseler de temelindeki düşünce paternlerinin ve duygusal yaşantıların etkisinin inkar edilemeyeceği kronik ağrı sendromları araştırmacıların giderek daha çok ilgisini çeken konulardandır. Giriş bölümünde de belirtildiği gibi bu araştırmanın temel amacı genelde kronik ağrı sendromlarının özelde ise yaygın ağrı ile seyreden FMS tanısı alan kadın hastalar ile temporamandibular bölgede bruksizme bağlı olarak ortaya çıkan MAS tanısı alan kadın hastaların ve bu hastaların eşleri arasında evlilik süresi, evlilik sayısı, yaş, maddi durum ve eğitim seviyesi kontrol edildiğinde evlilik uyumları açısından fark olup olmadığını belirlemektir. Öte yandan, araştırmanın yan amacı olarak kronik ağrı sendromları ile evlilik uyumu arasındaki ilişkide evlilik süresi, evlilik sayısı, yaş, maddi durum ve eğitim seviyesi kontrol edildiğinde çatışma çözüm stilleri, cinsel ilişki niteliği, evliliğe dair akılcı olmayan inançlar ve psikiyatrik belirtiden duyulan sıkıntının medyatör etkisinin olup olmadığının araştırılması hedeflenmiştir. Bu amaçla katılımcılara, demografik bilgilerini, ağrılarına yönelik değerlendirmelerini, çatışma çözüm stillerini, evlilik uyumlarını, evliliğe yönelik akılcı olmayan inançlarını, cinsel ilişki niteliklerini ve psikiyatrik belirtilerini ölçümlemeye yarayan bir batarya uygulanmış, bu ölçek ve formlardan elde edilen bilgi ve puanlara ilgili analizler uygulanarak çeşitli sonuçlar elde edilmiştir. Bu bölüm kapsamında önce bu bulgular literatür ışığında tartışılacak, hemen ardından ise araştırmanın sınırlılıkları belirtilecek ve gelecek çalışmalar için önerilerde bulunulacaktır.

Araştırma kapsamında hipotez sınamalarına geçmeden önce, tanımsal açıdan her üç grup yaş, eğitim düzeyi, maddi durum, çalışma durumu, evlilik sayısı, evlilik

süresi, eşin eğitim düzeyi ve ek tanı açısından incelenmiştir. Ayrıca, FMS ve MAS tanısı alan kronik ağrı sendromlu gruplar da kendi içinde eğitim düzeyi, maddi durum, çalışma durumu, eşin eğitim düzeyi, ek tanı varlığı, ağrı süresi ve şiddeti açısından da karşılaştırılmıştır.

Öncelikle yaş bakımından kıyaslanan gruplarda sonuçlar FMS'li kadın hastaların yaş ortalamasının sağlıklı kadınların yaş ortalamasına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğunu ancak MAS'lı kadınlardan farklılaşmadığını göstermiştir. Yani, FMS'li kadın hastalar yaş bakımından MAS'lı kadın hastalar ile benzerlik göstermekte, ancak sağlıklı kontrollere göre daha ileri yaş grubunda yer almaktadırlar. Çalışmamızın sonuçları, literatürdeki, FMS hastalarının sağlıklı kontrollere göre daha ileri yaşta bireyler olduğunu gösteren (Nordahl ve Stiles, 2007; Topbaş ve ark., 2005) ve FMS'li grubun yaş bakımından MAS'lı gruptan farklılaşmadığını bildiren çalışmalar ile uyumludur (Tüzün ve ark., 2004). Ancak, literatürdeki FMS'li hastalar ile sağlıklı kontrol grupları arasında yaş bakımından farklılık bildirmeyen çalışmaların varlığı da gözden kaçırılmamalıdır (Acar-Sivas ve ark., 2009; Altunören ve ark., 2011; Bilgici ve ark., 2005; Çetin ve ark., 2009; Güleç ve ark., 2004).

Grupların eğitim düzeylerinin dağılımı incelendiğinde ise FMS'li grubun % 66.7'sinin, MAS'lı grubun ise % 61.5'inin, kontrol grubunun ise % 7.1'inin ortaöğretim ve altı eğitim düzeyinde olduğu görülmüştür. Lise ve üstü eğitim düzeyi olarak bakıldığında ise bu oranlar FMS'li grup için % 33.3, MAS'lı grup için % 38.5 ve kontrol grubu için ise % 92.9 olarak saptanmıştır. FMS'li ve MAS'lı grubun her iki eğitim düzeyinde de gösterdiği çok yakın oranlardaki dağılım dikkat çekmiş olup bu dağılımlardaki farkların anlamlı olup olmadığı araştırılmıştır. Sonuçlar, her iki grubun eğitim düzeyleri açısından benzer olduğunu ortaya koymuştur. Bu sonuç her iki grubun eğitim düzeyi açısından farklılaşmadığını bildiren Tüzün ve arkadaşlarının (2004) çalışmasıyla da uyumludur. Her iki grup kendi aralarında karşılaştırılmış olmakla beraber sağlıklı kontrol grubundaki vaka sayısının azlığından dolayı sağlıklı grupla istatistiksel olarak kıyaslanamamıştır. Ancak, aradaki oran farkı dikkate değer derecededir. Literatür incelendiğinde FMS'li hastaların düşük eğitim düzeyinde olduğunu bulgulayan çalışmaların oranı azımsanmayacak düzeyde olmakla birlikte

(Bannwarth ve ark., 2009; Linares ve ark., 2008; Taşkın ve ark., 2007; Topbaş ve ark., 2005; White ve ark., 1999; Wolfe ve ark., 1995), eğitim düzeyi açısından sağlıklı kontrollerden farklı olmadıklarını bildiren çalışmalar da mevcuttur (Acar-Sivas ve ark., 2009; Branco ve ark., 2009; Çetin ve ark., 2009; Güleç ve ark., 2004).

Diğer bir demografik değişken olan maddi durum açından gruplar düşük, orta ve iyi olmak üzere 3 seviyede ele alınmıştır. FMS'li kadın hastalardan oluşan grubun % 12.5'i, MAS'lı kadın hastaların % 23.1'i ve kontrol grubunun ise % 7.1 maddi durumunu "düşük" olarak bildirmiştir. Öte yandan, FMS'li grubun % 62.5'i, MAS'lı kadın hastaların % 53.8'i ve kontrol grubunun ise % 50'si maddi durumunu "orta düzey" olarak ifade etmiştir. Maddi durumunu "iyi" olarak niteleyenlerin oranı ise FMS'li grup için % 25, MAS'lı grup için % 23.1 ve sağlıklı kontroller için % 42.9 şeklinde dağılım göstermiştir. Yine her iki hasta grubunun farklı maddi durum düzeyleri için bildirdikleri oranların yakınlığı dikkate alınarak her iki grubun maddi durum açısından farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Sonuçlar bu açıdan da grupların birbirine benzer olduklarını ortaya koymuştur. Yine sağlıklı kontrol grubundaki vaka sayısının yetersiz olması nedeniyle bu iki hasta grubu sağlıklı kontrollerle istatistiksel olarak kıyaslanamamakla birlikte sağlıklı kontrollerin maddi durumlarını daha olumlu değerlendirdikleri göze çarpmaktadır. Önceki çalışmalar incelendiğinde, FMS'li hastaların düşük sosyoekonomik düzeyde olduğunu ileri süren çalışmalar olduğu gibi (Topbaş ve ark., 2005; White ve ark., 1999; Wolfe ve ark., 1995), ekonomik durum açısından sağlıklı kontrollerden farklı olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Assumpção ve ark., 2009; Güleç ve ark., 2007).

Çalışma kapsamında her üç gruptaki katılımcıların ücretli bir işte çalışma durumları incelendiğinde ise FMS'li hastaların % 20.8'inin, MAS'lı hastaların % 38.5'inin ve sağlıklı kontrollerin ise % 85.7'sinin halihazırda ücretli bir işte çalıştıkları görülmüştür. Ev hanımlarının oranı ise, FMS'li grupta % 79.2, MAS'lı grupta % 61.5 ve kontrollerde % 14.3 olarak saptanmıştır. Bu iki grubu çalışma durumu açısından kıyaslamaya yönelik analiz sonuçları FMS'li ve MAS'lı grubun çalışma durumu açısından da farklılaşmadıklarını ortaya koymuştur. Literatür incelendiğinde, Linares ve arkadaşlarının (2008) ev hanımlarının FMS'den daha çok

etkilediğini bildirdikleri göze çarpmaktadır. Bilgici ve arkadaşları da (2005) FMS'li hastalarda çalışan sayısının, sağlıklı kontrollere göre daha az olduğunu bildirmişlerdir. Yine, Altınören ve arkadaşları da (2011), FMS'li hastalar ve sağlıklı kontroller arasında çalışma durumu açısından fark bildirmektedir. Ancak, yine sağlıklı gruptaki vaka sayısının azlığı nedeniyle istatistiksel kıyaslama yapılamamış olmakla birlikte sağlıklı kontrollerle hasta grup arasındaki oransal fark azımsanmayacak düzeydedir.

Ek olarak, üç grubu evlilik süreleri yönünden kıyaslayan analiz sonuçları FMS'li ve MAS'lı grubun bu açıdan da benzer olduklarını ortaya koyarken, kontrollerin evlilik sürelerinin bu iki gruba göre anlamlı derecede daha düşük olduğunu ortaya koymuştur. Literatürde bu iki grubu evlilik süreleri açısından kıyaslayan bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte FMS'li ve MAS'lı grubun çoğunluğunun ortaöğretim ve altı eğitim düzeyinde ve ev hanımı olan bireyler olduğu göz önüne alındığında daha erken evlenmiş olmaları beklendik bir durumdur. Aynı zamanda bu çalışmada yaş ortalamalarının sağlıklı kontrollerden yüksek olması da bu farklılıkta rol oynamış olabilir.

Öte yandan, evlilik sayıları açısından her üç grubun da birbirine benzer olduğu tespit edilmiştir. Literatürde konu ile ilgili benzer bir araştırmaya rastlanmamakla birlikte her üç gruptaki katılımcıların yaş ortalamaları farklı olsa da benzer yani orta yaş aralıklarında olmaları sebebiyle bu durum çok şaşırtıcı değildir.

FMS'li ve MAS'lı grupları ağrı süresi ve şiddeti açısından kıyaslamaya yönelik analiz sonuçları ise ağrı şiddeti açısından her iki grubun birbirine benzer olduğunu göstermekle birlikte, FMS'li grubun MAS'lı gruba göre daha uzun süredir ağrı ile mücadele ettiğini ortaya koymuştur. Geçmiş araştırmalara bakıldığında, FMS'li hastaların 3 ay ile 30 yıl arasında değişen sürelerde hastalıkla mücadele ettikleri bildirilmektedir (Ataoğlu ve ark., 2002; Gürer ve Şendur, 2006). Bu çalışmada ise, bu süre FMS'li grup için 7ay ile 21yıl, MAS'lı grup için 4 ay ile 20 yıl arasındadır. Bu çalışma ile benzer olarak FMS'li ve MAS'lı hastaları kıyaslayan Tüzün ve arkadaşları da (2004) FMS'li hastaların MAS'lı hastalara göre daha uzun süre ağrı ile

mücadele ettiklerini bulgulamışlardır. Ancak aynı çalışmada FMS'li hastaların MAS'lı hastalara göre daha şiddetli ağrı çektiklerini de saptamışlardır.

Literatürde bu iki sendromun aynı kişide aynı anda bulunabileceğine yapılan vurgu (Gerwin, 1998; Akt. Tüzün ve ark., 2004) gözönüne alınarak gruplar ek tanı varlığı açısından da kıyaslanmıştır. Sonuçlar, FMS'li grubun % 54.2'sinin bruksizme bağlı MAS ile tanılandığını gösterirken bruksizme bağlı MAS tanısı ile takip edilen grubun % 61.5'inin FMS tanısı aldığına işaret etmiştir. Sağlıklı grupta ise sadece 2 kişide hafif düzeyde bruksizme rastlanmış olmakla birlikte, kişiler herhangi bir ağrı şikayetlerinin olmadığını ve yakınları tarafından da herhangi bir şekilde uyarılmadıklarını belirtmişlerdir. Bu bulgunun, her iki gruptaki ağrı şiddetinin benzerlik göstermesi ile bağlantılı olabileceği düşünülmektedir.

Son olarak, eşin eğitim seviyesi açısından ele alınan çalışma gruplarında orta öğretim ve altı eğitim düzeyinde olan eşlerin oranı FMS'li grup için %50, MAS'lı grup için % 65.4, kontrol grubu için ise % 7.1'dir. Lise ve üstü eğitim düzeyi için ise bu oran FMS'li grupta % 50, MAS'lı grupta % 34.6 ve kontrol gruplarında ise % 92.9 şeklinde tespit edilmiştir. Yine uygulanan analizler sonucu bu iki kronik ağrı sendromlu grubun eşin eğitim düzeyi açısından da benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir. Literatürde bu hastalarda eşlerin eğitim düzeyi ile ilgili bilgi veren herhangi bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte, sağlıklı bireylerle yürütülen çalışmalar eşin eğitim seviyesi arttıkça evlilik uyumunun arttığına işaret etmektedir (Fışıloğlu, 1992). Öte yandan, yine sağlıklı gruptaki vaka sayısının düşüklüğü nedeniyle istatistiksel karşılaştırma yapılamamıştır. Ancak, sağlıklı kontrol grubundaki eşlerin belirgin bir şekilde daha yüksek oranda lise ve üstü eğitim seviyesinde yer aldıkları dikkat çekmektedir.

Yukarıda bahsedilen tanımsal istatistik bulgularını takiben bu çalışmanın temel amacı kapsamında, FMS'li ve MAS'lı kadın hastalar arasında, evlilik süresi, evlilik sayısı, yaş, maddi durum ve eğitim seviyesi kontrol edildiğinde, evlilik uyumları açısından fark olup olmadığı incelenmiş olup sonuçta, iki grubun evlilik uyum puanları açısından farklılaşmadığı saptanmıştır. Bunun üzerine, literatürde benzerliklerine yapılan vurgu (Goldenberg 1997; Wolfe ve ark., 1992; Akt. Robinson

ve Arendt-Neilsen, 2010), aynı kişide aynı anda bulunabileceklerine yapılan vurgu (Gerwin, 1998; Akt. Tüzün ve ark., 2004) ve bu çalışma kapsamında demografik değişkenler açısından gösterdikleri benzerlik göz önüne alınarak iki grup birleştirilerek "kronik ağrı sendromlu grup" adı altında yeni bir grup tanımlanmış ve "kronik ağrı sendromlu" bu grup ile sağlıklı kontrollerin evlilik uyumları açısından farklı olup olmadığı araştırılmıştır. Sonuçlar, kronik ağrı sendromlu grubun evlilik uyumu puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğuna işaret etmiştir. Bu sonuçlar, literatürde evlilik uyumu ile kronik ağrı sendromları arasında olumsuz ilişki tanımlayan diğer çalışmalar ile uyumlu olmakla birlikte (Fişek; 1998; Akt. Sertel-Berk, 2006; Moore ve Chaney, 1985; Schwartz ve ark., 1986), çalışmamızda sağlıklı kontrol grubu ile kronik ağrı sendromlu grubun yaşları arasında fark olduğu, sağlıklı kontrol grubundaki kadınların daha genç olduğu da göz ardı edilmemelidir. Dolayısyla, sağlıklı kontrollerin daha genç olduğu göz önüne alındığında hem psikolojik hem de fiziksel strese daha dayanıklı olma ve evlilik sürelerinin daha az olması nedeniyle evlilikte meydana gelen yıpranmaların daha az olma ihtimallerinin bu sonuçta rolü olabileceği düşünülebilir. Çünkü, Şener de (2002) evlilik süresi arttıkça evlilik doyumunun azaldığını bildirmektedir. Ancak, literatürdeki bir çok araştırmanın da (Moore ve Chaney, 1985; Schwartz ve ark., 1986) işaret ettiği gibi kronik ağrı sendromlarının evliliği olumsuz etkisinin gözden kaçırılmaması önemlidir. Çünkü, bu sendromlarla mücadele eden hastaların yaşamında değişiklik yaratan ve uyum gerektiren olayların sorgulandığı bir çalışma sonuçları, eş ilişkilerinde ortaya çıkan olumsuzluk ile hastalığın aynı oranda bildirildiğine işaret etmiştir (Bilgici ve ark., 2005). Dolayısıyla, tedavi sürecinde hastayı etkileyen evlilik problemlerine yapılan müdahalelerin süreçten alınan verimi arttıracağı düşünülmektedir. Ek olarak, Linares ve arkadaşları da (2008), ailesinden destek gören FMS hastalarının, arkadaşlarından destek gören FMS hastalarına göre hastalıktan daha az etkilendiğine işaret etmektedirler. Bu bulgu ışığında, aile özellikle de eş desteğinin sürecin minimum zararla yönetilmesinde önemli rol oynayacağı düşünülmektedir. Ayrıca, özellikle aile içinde yaşanan, zorlantı ya da ruhsal çatışma yaratan yaşantılara tepki olarak ağrı yakınmalarının ortaya çıkabileceği (Taşkın ve ark., 2007) düşünüldüğünde aile desteğinin hem ağrının başlaması hem de alevlenmesi noktasında koruyucu rol oynayacağı aşikardır.

Öte yandan, bu çalışma kapsamındaki bir diğer merak konusu ise FMS ve MAS tanısı ile takip edilen kadın hastaların eşlerinin evlilik uyumlarının birbirinden farklı olup olmadığıdır. Bu amaçla yürütülen analiz sonuçları tıpkı hasta gruplarında olduğu gibi her iki gruptaki hasta eşlerinin de evlilik uyumlarının birbirinden farklılaşmadığını göstermiştir. Bunun üzerine, bu iki grup tıpkı hasta grubunda olduğu gibi birleştirilmiş ve "kronik ağrı sendromlu hasta eşleri" olarak yeni bir grup tanımlanmıştır. Bu yeni grup ile kontrol grubunda yer alan sağlıklı kadınların eşlerinin evlilik uyumları kıyaslandığında ise beklenenin aksine her iki grubun evlilik uyumlarının benzer olduğu ortaya çıkmıştır. Bu çalışma kapsamında ulaşılan sonuçlar literatürün büyük bir kısmı ile çelişmektedir. Çünkü, literatürde pek çok çalışma kronik ağrı sendromlarının, özellikle de FMS'nin eşleri olumsuz etkilediğine vurgu yapmaktadır (Bahouq, Fadoua, Hanan, Ihsane ve Najia, 2013; Bigatti ve Cronan, 2002; Akt. Bigatti ve ark., 2008; Paulson ve ark., 2003; Söderberg ve ark., 2003). Ancak, sonuçlar Koldaş-Doğan ve arkadaşlarının (2011), FMS'li hasta eşlerinin genel sağlık durumlarının, yaşam kalitelerinin ve psikolojik durumlarının FMS'den olumsuz etkilenmediğini bulguladıkları çalışma sonuçları ile aynı doğrultudadır. Yazarların da vurguladığı gibi, literatürle çelişen bu zıt bulgu Türk kültüründe kadının FMS gibi kronik bir hastalığı olsa bile herhangi bir yardım talep etmeden ev işlerini ve bebek bakımını yerine getirmeye devam etmesine, erkeklerin para kazanmak için ev dışında çalışmasına, ev işleri ve bebek bakımını kadına bırakmasına ve FMS gibi gözle görülür bulgular vermeyen kronik hastalıkları dikkate almamalarına bağlı olduğu düşünülmektedir. Türk kültüründe erkeklerin evlilik beklentileri üzerine yapılmış bir araştırmaya rastlanmamakla birlikte yaygın olarak inanıldığı gibi temel bakım ihtiyaçlarının karşılanması (yemek, temizlik, ütü yapılması), çocuk bakımının sağlanması ve cinsel beklentilerinin karşılanması gibi şartlar sağlandığında evlilik doyumlarının düşmeyeceği düşünülebilir. Ancak, bu araştırma kapsamında yer alan kontrol grubu ve hasta eşleri arasında evlilik uyumu açısından fark olmadığını gösteren bu bulgunun altında yatan sosyokültürel nedenlerin ileri çalışmalarla incelenmesi daha işlevsel bilgiler sağlayacaktır.

Literatüre bakıldığında, ağrı, yorgunluk ve halsizlik gibi mevcut bedensel semptomların çoğunun kapsamlı bir medikal değerlendirmeden sonra bile tanımlanabilir bir hastalıkla açıklanamadığına ve bu problemleri açıklamak için somatizasyon, somatoform, anormal hastalık davranışı, tıbben açıklanamayan belirti ve fonksiyonel semptom gibi genel terimler kullanıldığına vurgu yapılmaktadır (Mayou ve Farmer, 2002). Günümüzde, hastaların ağrıları ya da diğer semptomları biomedikal model ile açıklanamadığında doktorlar bu durumu çoğunlukla somatizasyon olarak adlandırmaktadır (Houdenhove, 2003). Ama aslında, fibromiyalji, huzursuz bağırsak sendromu, kronik yorgunluk sendromu ve diğer somatoform bozukluk olarak kabul edilebilecek tanılar çoğunlukla Fonksiyonel Somatik Sendrom olarak adlandırılmaktadır (Schröder ve Fink, 2011). Bir çok hasta sırt ağrısı, baş ağrısı, sersemlik ve nefes darlığı gibi tekil somatik semptomlarla karşı karşıyayken, bazıları da huzursuz bağırsak sendromu, fibromiyalji, temporamandibular bozukluk ve kronik yorgunluk sendromu gibi çoklu somatik semptomlar tarafından ortaya çıkarılan fonksiyonel sendromlarla karşı karşıyadır (Kroenke, 2004). Ancak, fonksiyonel somatik sendromlar önemli ölçüde benzerlik göstermesine rağmen, tedaviler sağlam ve genellikle beklenen tanı kriterleri olmaksızın çoğunlukla tek bir sendrom üzerinden yürütülecek şekilde sınırlandırılmaktadır (Henningsen, Zipfel ve Herzog, 2007). Literatürde altı çizilen bu noktalar ve bu araştırma kapsamında karşılaştırma grupları olarak ela alınan FMS'li ve MAS'lı hasta gruplarının yaş, eğitim düzeyi, maddi durum, eşin eğitim düzeyi, çalışma durumu gibi demografik özellikleri ve hem hastaların hem de eşlerin evlilik uyumu açısından benzerlik göstermesinin yanı sıra her iki grupta diğer grubun tanısını (FMS'li hastaların MAS, MAS'lı hastaların FMS tanısı alması) ek tanı olarak alanların benzer oranlar gösterdiği göz önüne alındığında bu iki sendromun birbirinden farklı olmadığı düşüncesi ağırlık kazanmaktadır. Böyle bakıldığında, bu sendromların farklı tanılar olarak ele alınmasındansa "Fonksiyonel Somatik Sendrom" olarak ele alınmasının daha işlevsel olacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmanın yan amacı ise, kronik ağrı sendromu ile evlilik uyumu arasındaki ilişkide evlilik süresi, evlilik sayısı, yaş, maddi durum ve eğitim seviyesi kontrol edildiğinde çatışma çözüm stilleri, cinsel ilişki niteliği, evliliğe dair akılcı olmayan

inançlar ve psikiyatrik belirtiden duyulan sıkıntı değişkenlerinin medyatör etkisinin olup olmadığının araştırılması şeklinde belirlenmiştir. Bu amaç doğrultusunda uygulanan analizlerin pozitif çatışma çözme stili, negatif çatışma çözme stili, geri çekilme çatışma çözme stili ve evliliğe dair akılcı olmayan inançların bu çalışma kapsamında hem kronik ağrı sendromu ile hem de evlilik uyumu ile anlamlı ilişki göstermediklerine işaret etmesi üzerine bu değişkenler için medyatör etki araştırılamamıştır. Sağlıklı bireylerle yapılan çalışmalarda evlilikte algılanan çatışma çözme becerisinin evlilikten alınan doyumun önemli bir yordayıcısı oladuğunu bildiren çalışmalar (Hünler ve Gençöz, 2003) bulunmakla birlikte bu araştırma kapsamında çatışma çözme becerisinden ziyade çatışma çözme stilleri araştırılmaktadır. Dolayısıyla, beceri düzeyinden ziyade çatışmaya yaklaşım tarzının göz önüne alındığı düşünülürse bu üç çatışma çözüm stilinin ilişkisiz olmasının çatışma çözme becerisinin etkisiz olduğu anlamına gelmeyeceği açıktır. Öte yandan, Hamamcı (2005) ve Düzgün (2009), evliliğe yönelik akılcı olmayan inançların evlilik uyumunu yordamadığına işaret etmektedir. Çalışma bu yönden Türk kültüründe yapılan çalışmaların sonuçları ile aynı doğrultudadır. Düzgün (2009) yurtdışında İlişki İnanç Envanteri'nin kullanıldığı araştırmalarda ilgili sonuçlara ulaşıldığına dikkat çekmiştir. Bu çalışma kapsamında bu ölçme aracı kullanılmış olmasına rağmen sonuç yine de değişmemiştir. Bu durum Türk kültüründe evlilik uyumunun bilişsel düzeydeki faktörlerden ziyade davranış düzeyindeki faktörlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Öte yandan, hem kronik ağrı sendromu hem de evlilik uyumu ile anlamlı ilişkiler gösterdikleri gözlenen üstünlük kurma çatışma çözüm biçimi, cinsel ilişki niteliği ve psikiyatrik belirtiden duyulan sıkıntı değişkenlerinin kronik ağrı sendromları ile evlilik uyumu arasındaki ilişkide tam aracı etki gösterdikleri yani, kronik ağrı sendromlarının evlilik uyumunu bu değişkenler aracılığıyla yordadığı görülmüştür. Literartüre bakıldığında çatışma çözüm stilleri ile ilgili sağlıklı bireylerde yapılan çalışmalar (Özen, 2006), kadınların kullandıkları çatışma çözüm biçimlerinin erkeklerin evlilik uyumunu etkilemediği ancak, erkeklerin kullandığı olumsuz çatışma çözüm biçimlerinin kadınların evlilik uyumunu olumsuz etkilediği bulgulanmıştır. Yani, bu çalışma sonuçlarına göre çatışma çözüm stilleri evlilik

uyumunun önemli bir yordayıcısıdır. Ancak, bizim çalışmamızda sadece üstünlük kurma çatışma çözüm biçimi hem evlilik uyumu hem de kronik ağrı sendromları ile ilişki göstermiş ve bu iki değişken arasındaki ilişkide medyatör rol oynamıştır. Kıyaslama açısından bu durumu değrlendirmeye yönelik başka araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak bu bulgu ışığında bakıldığında, bu hastaların çatışma çözüm stillerinin belirlenmesi ve bu konudaki becerilerinin artırılmasının tedavi sürecinde önemli olacağı düşünülmektedir. Ek olarak, bu araştırma sonuçlarına göre cinsel ilişki niteliği de kronik ağrı sendromları ve evlilik uyumu arasındaki ilişkide önemli bir rol oynamaktadır. Kronik ağrının eşlerin cinsel hayatında zorlantılara yol açtığına dair çalışmalar (Bigatti ve ark., 2008; Söderberg ve ark., 2003) bulunmakla birlikte bu değişkeni medyatör etki bakımından ele alan araştırmalara henüz rastlanmamaktadır. Bu etki göz önüne alındığında, kronik ağrı sendromlarının evlilik uyumu üzerindeki olumsuz etkisini ortadan kaldırılmasında cinsel ilişki niteliğine yapılacak müdahalenin sürece sağlayacağı katkı yadsınamaz. Diğer bir medyatör etki gösteren değişken ise psikiyatrik belirtiden duyulan sıkıntıdır. Bu hastaların sıklıkla komorbid zihinsel bozukluk tanıları aldıkları (Bilgici ve ark., 2005; Güleç ve ark., 2007; Mufson ve Regestein, 1993; Nordahl ve Stiles, 2007; Cohen ve ark., 2002; Wolfe ve ark., 1995) ve çoğunlukla bu komorbid durumlar ve kronik ağrı sendromları arasındaki ilişkide neden sonuç ilişkisinin net olmaması, kronik ağrı sendromları ve evlilik uyumu arasındaki ilişkide psikiyatrik belirtiden duyulan sıkıntının etkisini önemli hale getirmektedir. Kronik ağrı sendromları ve evlilik arasındaki ilişkilere odaklanan çalışmaların sayısının sınırlı olmasının yanında, bu değişken için medyatör etki araştıran çalışmalara rastlanmamıştır. Sonuç olarak bu bulgu, psikiyatrik belirtiden duyulan sıkıntının süreç içerisinde gözden kaçırılmaması gereken bir etken olduğunun kanıtını oluşturmaktadır.

Her klinik örneklem üzerinde yürütülen çalışmada olduğu gibi bu çalışmanın da bazı sınırlılıkları mevcuttur. Bu nedenle, sonuçlar yorumlanırken dikkate alınması gereken bazı noktalar aşağıda sunulmuştur.

Öncelikle, belirlenen kriterler doğrultusunda kontrol gruplarına ulaşmak zorlayıcı ve zor kontrol edilen bir süreç olmuş olup iki yıl içinde ulaşılan çok sayıda çift, kadınların halihazırda romatizma, menüsküs, migren, sinüzit, bel-boyun fıtığı gibi

tanılar almış olması, evlilikleri ile ilgili mahrem bilgileri (özellikle cinsel hayatla ilgili kısmı) paylaşmak istememeleri, görüşmeye gelecek zaman ve/veya imkanlarının olmaması ya da evliliklerinde ciddi sorunlar tanımlamaları nedeniyle araştırmanın kontrol grubuna dahil edilememiştir. Bu nedenlerle araştırmanın kontrol grubu istenenden daha az sayıda çiftten oluşmuş, ulaşılanlar da bu zorluk sebebi ile sosyo-demografik özellikleri açısından hasta grubu ile eşleştirmek mümkün olmamıştır. Bu da gruplar arasında yaş, eğitim, ekonomik durum, evlilik süresi gibi araştırmanın temel bağımlı değişkeni olan evlilik uyumu üzerinde etkisi olabilecek değişkenler açısından farklılıklarla sonuçlanmıştır. Araştırmamızda evlilik süresi ile evlilik uyumu arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiş olmasına rağmen, yine çalışmanın temel amacına dair bulguları yorumlarken bu sınırlılık dikkate alınmalıdır.

Öte yandan, araştırma sonucunda elde edilen bilgiler tanımlamaya yönelik ve ilişkisel düzeydedir. Bu nedenle, sunulan bilgilerin kesitsel bir çalışmadan elde edildiği ve kronik ağrı sendromu ve evlilik arasındaki etkileşimle ilgili nedensel çıkarımlar için boylamsal çalışmaların gerekli olduğu unutulmamalıdır.

Ancak, bu çalışmanın ülkemizde klinik sağlık psikolojisi alanında doğrudan kronik ağrı sendromları ve evlilik uyumuna yönelik yapılan ilk çalışma olması, FMS ve MAS'ın farklı olup olmadığına dair tartışmalar bağlamında evlilik uyumu ve sosyo-demografik özellikler açısından benzerlik gösterebileceklerine dair ipuçları içermesi ve multidisipliner tedavinin önemine vurgu yapması bakımından da literatüre önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA


AARON, L.A., BRADLEY, L.A., ALARCÓN, G.S., TRİANA-ALEXANDER, M., ALEXANDER, R.W., MARTİN, M.Y., ALBERTS, K.R.: 1997 "Perceived Physical and Emotional Trauma as Precipitating Events in Fibromyalgia. Associations with Health Care Seeking and Disability Status but not Pain Severity", **Arthritis Rheum**, 40(3):453-460.

ACAR-SİVAS, F., MERMERCİ-BAŞKAN, B., AKBULUT-AKTEKİN, L., KILIÇ-ÇINAR, N., GÜL-YURDAKUL, F., ÖZORAN, K. : 2009 "Fibromiyalji Hastalarında Depresyon, Uyku Bozukluğu ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi", **Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi**, 55:8-12.

AKKUŞ, S., KOŞAR, A., BEYAZİT, O.: 1998 "Fibromiyalji Tanısı Konan 220 Vakanın Klinik Özellikleri", **Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi**, 1:41-6.

AKSOY, C., KESKİN, H., TUNCER, N.: 1997 "Temporamandibular Eklem/ağrı, Disfonksiyon Sendromunda Multidisipliner Yaklaşımlar", In Keskin H, Özdemir, T, Tuncer, N. Aksoy, C (Eds): **Gnatoloji.** İstanbul, Dişhekimliği fakültesi yayınları, İ.Ü. Basımevi ve film merkezi. 455-500.

ALFICI, S., SIGAL, M., LANDAU, M.: 1989 "Primary Fibromyalgia Syndrome - A Variant of Depressive Disorder?", **Psychother Psychosom**, 51:156-61.

ALTUNÖREN, Ö., ORHAN, F.Ö., NACİTARHAN, V., "Fibromiyalji Sendromlu Kadınların Depresyon ve Mizaç Karakter Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi", **Nöropsikiyatri Arşivi**,

ÖZER, A., KARAASLAN, M.F., ALTUNÖREN, O.: 2011 48(1):31-38.

AMİTAL, D., FOSTİCK, L., POLLİACK, M.L., SEGEV, S., ZOHAR, J., RUBİNOW, A., AMİTAL, H.: 2006 "Posttraumatic Stress Disorder, Tenderness, and Fibromyalgia Syndrome: Are They Different Entities?", **J Psychosom Res,** 61:663-669.

ASSUMPÇÃO, A., CAVALCANTE, A.B., CAPELA, C.E., SAUER, J.F., CHALOT, S.D., PEREİRA, C.A., ARK.: 2009 "Prevalence of Fibromyalgia in a Low Socioeconomic Status Population", **BMC Musculoskeletal Disorders,** 10:64.

ATAOĞLU, S., ÖZÇETİN, A., ATAOĞLU, A., İÇMELİ, C., MAKARÇ, S., YAĞLI, M.: 2002 "Fibromyaljili ve Romatoid Artritli Hastalarda Ağrı Şiddeti ile Anksiyete ve Depresyon İlişkisi", **Anadolu Psikiyatri Dergisi,** 3:223-226.

AY, S., GÖK, H., KURTAİŞ, Y., KÜÇÜKDEVECİ, A., KUMBASAR, H.: 2007 "Fibromiyalji Sendromu ve Konversiyon Bozukluğu Birlikteliği: Olgu Sunumu", **Romatizma,** 22: 144-6.

AYDIN, O.N.: 2002 "Ağrı ve Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış", **ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi,** 3(2), 37-48.

AYDIN, R., ŞEN, R., ELLİALTIOĞLU, A.: 2000 "Eklem Dışı Romatizmal Hastalıklar", In: Diniz F, Ketenci A, (Eds). **Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon,** İstanbul: Nobel Kitabevi; 299-320.

BAHOUQ, H., FADOUA, "Profile of Sexuality in Moroccan Chronic Low

A., HANAN, R., IHSANE, H., NAJİA, H.H.: 2013 Back Pain Patients", **BMC Musculoskeletal Disorders,** 14:63.

BANNWARTH, B., BLOTMAN, F., ROUE´-LE LAY, K., CAUBE`RE, J.P., ANDRE´, E. VE TAİEB, C.: 2009 "Fibromyalgia Syndrome in the General Population of France: A Prevalence Study", **Joint Bone Spine,** 76: 184-187.

BEACH, S.R.H., FİNCHAM, F.D., AMİR, N., LEONARD, K.E.: 2005 "The Taxometrics of Marriage: Is Marital Discord Categorical?", **Journal of Family Psychology,** 19(2), 276-285.

BİGATTİ, S.M., LYDON, J.R., BROTHERS, B. M.: 2008 "Role Strains and Mood in Husbands of Women with Fibromyalgia Syndrome: A Test of the Stress Process Model", **The Open Family Studies Journal,** 1, 66-75.

BİLGİCİ, A., AKDENİZ, OGÜZ, H., ULUSOY, H.: 2005 "Fibromiyalji Sendromunda Depresyon ve Sosyal Uyumun Rolu", **Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi,** 51: 98-102.

BRADLEY, L.A., MC KENDREE SMİTH, N.L.: 2002 "Central Nervous System Mechanisms of Pain in Fibromyalgia and Other Musculoskeletal Disorders: Behavioral and Psychologic Treatment Approaches", **Curr Opin Rheumatol,** 14:45-51.

BRANCO, J.C., BANNWARTH, B., FAİLDE, I., ABELLO-CARBONELL, J., BLOTMAN, F., SPAETH, M., "Prevalence of Fibromyalgia: A Survey in Five European Countries", **Semin Arthritis Rheum,** 39(6):448-53.

ARK.:22009

CANEL, N.: 2007 "Ailede Problem Çözme, Evlilik Doyumu ve Örnek Bir Grup Çalısmasının Sınanması", **Doktora Tezi,** Marmara Üniversitesi, Egitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

CAREY, M.P., SPECTOR, I.P., LANTİNGA, L.J., KRAUSS, D.J.: 1993 "Reliability of the Dyadic Adjustment Scale", **Psychological Assessment,** 5(2), 238-240.

CARLSSON, E.G., EGERMAK, I., MAGNUSSON, T.: 2003 "Predictors of Bruxsm, Other Oral Parafunctions, And Tooth Wear Over A 20-Year Follow-Up Period", **J Orac Pain,** 17:50-57

COHEN, H., NEUMANN, L., HAİMAN, Y., MATAR, M.A., PRESS, J., BUSKİLA, D.: 2002 "Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder in Fibromyalgia Patients: Overlapping Syndromes or Post-Traumatic Fibromyalgia Syndrome?", **Semin Arthritis Rheum,** 32:38-50.

ÇETİN, N., AKÇAY-YALBUZDAĞ, Ş., CABIOĞLU, M.T., TURHAN, N.: 2009 "Fibromiyalji Sendromunda Yaşam Kalitesi Üzerine Etkili Faktörler", **Turk J Rheumatol,** 24: 77-8.

DAĞ, İ.: 1991 "Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri için Güvenirliği ve Geçerliği," **Türk Psikiyatri Dergisi,** 2(1), 5-12.

DE VOOGD, J. N., KNIPPING, A. A., DE BLECOURT, A. C. E., VE VAN RIJSWIJK, M. H.: 1993 "Treatment of Fibromyalgia Syndrome with Psychomotor Therapy and Marital Counseling", **Journal of Musculoskeletal Pain,** 1, 273–281.

DOKSAT, M.K.: 2000 "Ağrı ve Psikiyatri", S. Erdine, (Ed.), **Ağrı,** (Birinci baskı) içinde (667-678). Istanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

DONNELLY, D.A.: 1993 "Sexually Inactive Marriages", **The Journal of Sex Research,** 30(2), 171-179.

DUMİTRU, D., SCHOENFELD, L.S., RAMAMURTHY, S.: 2007 "Kronik Ağrılı Hastanın Tedavisi", (Çev.E. Berker) İn. **Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon İlkeler ve Uygulamalar,** Delisa, J.A. (Eds).(Çev. Ed. Arasıl, T.). 4th. Ed. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri.

DÜZGÜN, G.: 2009 "Evli Kişilerde Depresyon, İlişkiye İlişkin İnanç, Kendini Ayarlama Düzeyinin Evlilik Uyumu İle İlişkisi", **Yüksek Lisans Tezi,** Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı. Ankara.

EKŞİ, B.: 2005 "Evliliğe Hazırlık Aşamasındaki Karı-Koca Adaylarının Evlilik ve Anne-Baba Olma Üzerine Düsünceleri", **Aile ve Toplum Dergisi,** Ocak-Subat-Mart, 75-84.

ERBEK, E., BEŞTEPE, E., AKAR, H., ERADAMLAR, N., ALPKAN, R. L.: 2005A "Evlilik Uyumu", **Düşünen Adam,** 18(1), 39-47.

ERBEK, E., BEŞTEPE, E., AKAR, H., ALPKAN, R.L., ERADAMLAR, N.: 2005B "Cinsellik ve Çift Uyumu Arasındaki İlişki: Üç Grup Evli Çiftte Karşılaştırmalı Bir Çalışma", **Düşünen Adam,** 18(2): 72-81.

ERDİNE, S.: 2003 **"Ağrı Sendromları ve Tedavisi",** (2. Baskı). İstanbul: Gizem Matbacılık.

ERDİNE, S.: 2007 **"Ağrı ve Analjezikler",** (1. Baskı). Ankara: Türk Eczacılar Birliği Yayınları.

ERDOĞAN, S.: 2007 "Evlilik Uyumu ile Psikiyatrik Rahatsızlıklar, Bağlanma Stilleri ve Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi", **Uzmanlık Tezi,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakükltesi. Psikiyatri Anabilim dalı. Ankara

ERTAŞ, M.: 2000 "Ağrılı Hastanın Nörolojik Muayenesi", S. Erdine, (Ed.), **Ağrı,** (Birinci baskı) içinde (48-54). Istanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

ERTEKİN, C.: 1993 "Ağrının Nöroanatomisi ve Nörofizyolojisi", **Ağrı ve Tedavisi.** Ibrahim Yegül (ed). Izmir:Yapım Matbaacılık, 1-18.

EYİGÖR, S., KİRAZLI, Y.: 2008 "Nöropatik Ağrı Açısından Fibromyalji Sendromu", **Ağrı,** 20: 1, 8-12.

FIŞILOĞLU, H.: 1992 "Lisansüstü Ögrencilerinin Evlilik Uyumu", **Psikoloji Dergisi,** 7 (28), 16-23.

FIŞILOĞLU, H., DEMİR, A.: 2000 "Applicability of the Dyadic Adjustment Scale for Measurement of Marital Quality with Turkish Couples", **European J of Psychological Assessment,** 16 (3): 214-218.

FİDANOĞLU, O.: 2007 "Evlilik Uyumu ile Eşlerin Somatizasyon Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Diğer Sosyodemografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması", **Yüksek Lisans Tezi,** Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

FİETTA, P., FİETTA, P., MANGANELLİ, P.: 2007 "Fibromyalgia and Psychiatric Disorders", **Acta Biomed,** 78:88-95.

FİNCHAM, F.D., BEACH, S.R.H.: 1999 "Conflict in Marriage: Implications for Working with Couples", **Annual Review of Psychology,** 50, 47-77.

FINESTONE, H.M., STENN, P., DAVIES, F., STALKER, C., FRY, R., KOUMANIS, J.: 2000 "Chronic Pain and Health Care Utilization in Women with A History of Childhood Sexual Abuse", **Child Abuse & Neglect,** 24:547-556.

FİSHBAİN, D.A., GOLDBERG, M., MEAGHER, B.R., STEELE, R., ROSOMOFF, H.: 1986 "Male and Female Chronic Pain Patients Categorized by DSM-III Psychiatric Diagnostic Criteria", **Pain,** 26, 181-197.

FRİSCHENSCHLAGER, O., PUCHER, I.: 2002 "Psychological Management of Pain", **Disability and Rehabilitation",** 24(8): 416-422.

GERWİN, R.D.: 1999 "Differential Diagnosis of Myofascial Pain Syndrome and Fibromyalgia", **Journal Musculoskeletal Pain,** 7(1/2):209-15.

GERWİN, R.D.: 2005 "A Review of Myofascial Pain and Fibromyalgia-Factors That Promote Their Persistence", **Acupuncture in Medıcıne,** 23(3):121-134.

GLENN, N. D.: 1990 "Quantitative Research on Marital Quality in the 1980s: A Critical Review", **Journal of Marriage and The Family,** C.52, SS. 818-831.

GLENN, N. D.: 1991 "The Recent Trend in Marital Success in the United States", **Journal of Marriage and The Family,** C.53, SS. 261-270.

GOLDENBERG, D.L.: 1989 "Psychiatric and Psychologic Aspects of Fibromyalgia Syndrome", **Rheum Dis Clin North Am,** 15:105-14.

GOLDENBERG, D.L.: 1997 "Fibromyalgia and Related Syndromes", In. Klippel J.H., Dieppe, P.A. (Eds): **Rheumatology,** London, Mosby.

GOTTMAN, J.M.: 1998 "Psychology and the Study of Marital Process", **Annual Review of Psychology,** 49, 169-197.

GREEFF, A.P., MALHERBE, H.L.: 2001 "Intimacy and Marital Satisfaction in Spouses", **Journal of Sex & Marital Therapy,** 27: 247-257.

GÜLEÇ, G., GÜLEÇ, S.: 2006 "Ağrı ve Ağrı Davranışı", **Ağrı,** 18 (4), 5-9.

GÜLEÇ, H., SAYAR, K., GÜLEÇ-YAZICI, M.: 2007 "Fibromiyaljide Tedavi Arayışının Psikolojik Etkenlerle İlişkisi", **Türk Psikiyatri Dergisi,** 18 (1): 22-30.

GÜLEÇ, H., SAYAR, K., TOPBAŞ, M., KARKUCAK, M., AK, İ.: 2004 "Fibromiyalji Sendromu Olan Kadınlarda Aleksitimi *ve* Öfke", **Turk Psikiyatri Derg,** 15 (3):191-198.

GÜLEÇ, G., TUFAN-TEMİZ, S., ARMAĞAN, O., GÜLEÇ, M.S.: 2011 "Fibromiyalji ve Majör Depresyon Hastalarının Öznel Uyku Kalitesi Açısından Karşılaştırılması", **Anadolu Psikiyatri Derg,** 12:93-99.

GÜLER, Ç.: 1997 **"Tıp Sözlüğü",** (Birinci baskı). Ankara: Güneş Kitabevi.

GÜNAY, O.: 2000 "Evlilik Uyumu ile Kişisel Düşünme Modelleri Arasındaki İlişki", Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.** İstanbul.

GÜRER, G., ŞENDUR, Ö.F.: 2006 "Fibromiyaljili Hastalarımızın Klinik Özellikleri ile Bulgular Arasındaki Korelasyonlar", **Romatizma,** 21 ,41-44.

| | |
|---|---|
| GÜVEN, A.Z., KUL-PANZA, E., GÜNDÜZ, O.H.: 2005 | "Depression and Psychosocial Factors in Turkish Women with Fibromyalgia Syndrome", **Eur Med Phys,** 41:309-13. |
| HAMAMCI, Z.: 2005 | "Dysfunctional relationship beliefs in marital satisfaction and adjustment", **Social Behavior and Personality,** *33*(4), 313-328. |
| HAMAMCI, Z., KAPÇI, E.G., TÜRKÇAPAR, H.: 2010 | "İlişki İnançları Ölçeğinin Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi", **Anadolu Psikiyatri Dergisi,** 11(2):127-132. |
| HÄUSER, W., BERNARDY, K., UÇEYLER, N.: 2009 | "Treatment of Fibromyalgia Syndrome with Antidepressants: A Meta-Analysis", **JAMA,** 301:198-209. |
| HAYTA, E., DOĞAN, Ö.T., DOĞAN, S.C., AKDENİZ, T., ŞENCAN, D., KARAKAŞLI, S., HİZMETLİ, S.: 2010 | "Fibromyalji Tanısı Konan 100 Kadın Olgunun Klinik Özellikleri", **Cumhuriyet Tıp Derg,** 32:74-79. |
| HEKİMLER YAYIN BİRLİĞİ.: 2000 | "Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)", **Psikiyatride Kullanılan Ölçekler** içinde (33-37). Ankara: Hekimler Yayın Birliği. |
| HENNİNGSEN, P., ZİPFEL, S., HERZOG, W.: 2007 | "Management of Functional Somatic Syndromes", www.thelancet.com, 369, 946-956. |
| HOUDENHOVE, B.V.: 2003 | "Fibromyalgia: a challenge for modern medicine", **Clin Rheumatol,** 22: 1–5. |
| HUDSON, J.I., GOLDENBERG, D.L., POPE, H.G., KECK, P.E., SCHLESİNGER, L.: 1992 | "Comorbidity of Fibromyalgia with Medical and Psychiatric Disorders", **Am J Med,** 92:363-7. |

HÜNLER, O.S., GENÇÖZ, T.: 2003 "Boyun Eğici Davranışlar ve Evlilik Doyumu İlişkisi", **Türk Psikoloji Dergisi,** 18 (51).99-108.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN.: 1988 "Classification and Diagnostic Criteria for Headache Disorders, Clinical Neuralgia, and Facial Pain", **Cephalalgia,** 8, 1-96.

KARA, H., ABAY, E.: 2000 "Kronik Ağrıya Psikiyatrik Yaklaşım", **Anadolu Psikiyatri Dergisi,** 1(2), 89-99.

KARAN, A., AKSOY, C.: 2004 "Temporamandibular Eklem Rehabilitasyonu", H. Oğuz, E. Dursun ve N. Dursun, (Eds.), **Tıbbi Rehabilitasyon** içinde (1061-1220). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

KASTRO, R.M.: 1998 "Evlilik İçi Uyum ve Depresyon: Evlilik İlişkisinin Niteliği ve Eşlerde Semptom Oluşumu Hakkında Bir Çalışma", İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.

KAVAKÇI, Ö., KAPTANOĞLU, E., KUĞU, N., DOĞAN, O.: 2010 "EMDR Fibromiyalji Tedavisinde Yeni Bir Seçenek Olabilir mi? Olgu Sunumu ve Gözden Geçirme", **Klinik Psikiyatri Dergisi,** 13(3):143-15.

KAYA, E., ERDEN, D., KAYAR, A. H., KIRALP, M.Z.: 2010 "Fibromiyalji Sendromu Olan Kadın Hastalarda Aleksitimi, Mizaç ve Karakter Özellikleri", **Turk Fiz Tıp Rehab Derg,** 56:105-10.

KETENCİ, A.: 2000 "Ağrı ve Değerlendirilmesi", F. Diniz ve A. Ketenci, (Ed.), **Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon** içinde (111-123). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

KIRAY-VURAL, B.: 2007 "Evlilik Öncesi Cinsel Danışmanlık Programının Yeni Evli Çiftlerin Cinsel Doyumuna Etkisi",

**DoktoraTezi,** Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

KISAOĞLU, S., ERDEM, H.R., GÖNCÜ, G., YORGANCIOĞLU, Z.R.: 2000 "Myofasial Ağrı Sendromunda Ultrason Tedavisinin Etkinliği", **Romatizma,** 15 (2).

KOLDAŞ-DOĞAN, Ş., AY, S., EVCİK, D.: 2011 "Fibromiyalji Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar", **Yeni Tıp Dergisi,** 28(2):73-78.

KOLDAŞ-DOĞAN, Ş., KURTAİŞ-AYTUR, Y., ATBAŞOĞLU, C.: 2011 "Assessment of the Relatives or Spouses Cohabiting with the Fibromyalgia Patients: İs There a Link Regarding Fibromyalgia Symptoms, Quality of Life, General Health And Psychologic Status?", **Rheumatol Int;** 31:1137–1142.

KORSZUN, A.: 2000 "Sleep and Circadian Rhythm Disorders in Fibromyalgia", **Current Rheumatology Reports,** 2:124–130.

KOZANOĞLU, M. E., GÖNCÜ, K.: 2000 "Kas-iskelet Sistemi Hastalıklarında Fizik Muayene", S. Erdine, (Ed.), **Ağrı,** (Birinci baskı) içinde (54-62). Istanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

KROENKE, K.: 2004 "Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric co-morbidity and management", **International Journal of Methods in Psychiatric Research,** 12 (1), 34-43.

KUDİAKİ, Ç.: 2002 "Cinsel Doyum ve Evlilik Uyumu Arasındaki İlişki", **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,** Ankara Üniversitesi.

LİNARES, M.C.U., RUİZ-PEREZ, I., PEREZ, M.J.B., LABRY-LİMA, "Analysis of the İmpact of Fibromyalgia on Quality of Life: Associated Factors", **Clinical Rheumatoogy,** 27, 613-619.

A.O., HERNANDEZ-TORRES, E., CASTANO, J.P.: 2008

MACGEORGE, E. L., GRAVES, A. R., FENG, B., GİLLİHAN, S. J.: 2004 "The Myth of Gender Cultures: Similarities Outweigh Differences in Men's and Women's Provision of and Responses to Supportive Communication", **Journal of Sex Research,** 50, 143-175.

MACKİNNON, D.P., DWYER, J.H.: 1993 "Estimating Mediated Effects in Prevention Studies", **Evaluation Review,** 17(2), 144-158.

MADENCİ, E., HERKEN, H., YAĞIZ, E., KEVEN, S., GÜRSOY, S.: 2006 "Kronik Ağrılı ve Fibromiyalji Sendromlu Hastalarda Depresyon Düzeyleri ve Ağrı ile Başa Çıkma Becerileri", **Türkiye Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi,** 52(1):19-2.

MAYOU, R., FARMER, A.: 2002 "Functional somatic symptoms and syndromes", **British Medical Journal**; 325, 265-268.

MERSKEY, H.: 1986 "Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms", **Pain**, 3, 226.

MOORE, J. E., CHANEY, E. F.: 1985 "Outpatient group treatment of chronic pain: Effects of spouse involvement", **Journal of Consuking and Clinical Psychology,** 53(3).326-334.

MORGAN, G.E., MİKHAİL, M.G.: 1996 "Pain Management", In: **Clinical Anesthesiology,** 2 ed. New Jersey: Prenttice-Hall Interntional, Inc., 274-316.

MUFSON, M., REGESTEİN, Q.R.: 1993 "The spectrum of fibromyalgia disorders", **Arthritis Rheum;** 36:647-50.

NORDAHL, H.M., STILES, T.C.: 2007 "Personality Styles in Patients with Fibromyalgia, Major Depression and Healthy Controls", **Annals of General Psychiatry,** 9:6-9.

OĞUZ, H.: 2011 "Bel Ağrılarında Klinik Değerlendirme", **Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topic,** 4 (1), 12-16.

ÖZCAN, B.: 2005 "Bruksizme Eşlik Eden Miyofasyal Ağrı Endromlu ve Temporomandibular Rahatsızlığı Olan Hastalarda Oklüzal Splint ve Tens Tedavilerinin Klinik ve Ağrı Eşiği Üzerine Olan Etkinliklerinin Karşılaştırılması", **Uzmanlık Tezi,** 2005.

ÖZEN, A.: 2006 "Value Sımılarıtıes of Wıves and Husbands and Conflıct Resolutıon Styles of Spouses as Predıctors of Marıtal Adjustment", **Yüksek Lisans Tezi.** Ortadoğu Teknik Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.

ÖZGÜVEN, İ.E.: 2000 **"Evlilik ve Aile Terapisi",** Ankara: Pdrem Yayınları.

ÖZKAN, S.: 1993 "Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Ağrı". **Psikiyatrik Tıp Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi,** İstanbul, 1993.

ÖZUĞURLU, K.: 1985 **"Evlilik Raporu",** İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.

PAULSON, M., NORBERG, A., SÖDERBERG, S.: 2003 "Living in the Shadow of Fibromyalgic Pain: The Meaning of Female Partners' Experiences", **Journal of Clinical Nursing,** 12: 235–243

PERROT, S., VİCAUT, E., SERVANT, D., RAVAUD, P.: 2011 "Prevalence of Fibromyalgia in France: a Multi-step Study Research Combining National Screening and Clinical Confirmation: The Defi

study (Determination of Epidemiology of Fıbromyalgia)", **BMC Musculoskeletal Disorders,** 12:224.

POLAT, D.: 2006 "Evli Bireylerin Evlilik Uyumları, Aldatma Eğilimleri ve Çatışma Eğilimleri Arasındaki İlişkilerin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi", **Yüksek Lisans Tezi.** Ankara Üniversitesi Sosyal bilimler enstitüsü. Ankara.

RAJ, P. P.: 2000 "Ağrı Taksonomisi", S. Erdine, (Ed.), **Ağrı,** (Birinci baskı) içinde (12-20). Istanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

RİBERTO, M., PATO, T. R., BATTİSTELL, L. R.: 2006 "A Comparison Between Post-Traumatic and Non-Traumatic Fibromyalgia", **Journal of Musculoskeletal Pain,** Vol. 14 Issue 2, p13

ROBİNSON, J.P., ARENDT-NEİLSEN, L.: 2010 "Kas ağrısı sendromları", (Çev. Ü. Seçkin ve B. Ekici). İn. **Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon.** Braddom, R.L. (Eds).(Çev. Ed. Sarıdoğan, M.). 3th. Ed. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri.

ROY-BYRNE, P., SMITH, W.R., GOLDBERG, J., AFARI, N., BUCHWALD, D.: 2004 "Post-traumatic Stress Disorder Among Patients with Chronic Pain and Chronic Fatigue", **Psychological Medicine,** 34:363-368.

SCHRÖDER, A., FİNK, P.: 2011 "Functional Somatic Syndromes and Somatoform Disorders in Special Psychosomatic Units: Organizational Aspects and Evidence-Based Treatment", **Psychiatr Clin N Am**; 34, 673–687.

SERTEL, H.Ö.: 1998 "Headache vs. Non-Headache Turkish Chronic Pain Patients: A Descriptive Study About Their

Demographic and Psychosocial Characteristics", **Yüksek Lisans Tezi,** Boğaziçi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

SERTEL-BERK, H. Ö.: 2000 — "Ağrı Kontrolünde Psikolojik Girişimler", S. Erdine, (Ed.), **Ağrı,** (Birinci baskı) içinde (679-686). Istanbul: Nobel Tıp Kitabevleri

SERTEL-BERK, H.Ö.: 2006 — "Kronik Ağrı Yaşantısı ve Ağrı İnançları: Ağrı İnançları Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması", **Doktora Tezi,** İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

SERTEL-BERK, H.Ö.: 2012 — "Girişimsel Yöntemler Öncesi Hastanın Psikolojik Değerlendirmesi", **Algolojide Girişimsel Yöntemler** (Birinci baskı) içinde (69-73). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

SKOOTSKY, S.A., JAEGER, B., OYE, R.K.: 1989 — "Prevalence of Myofascial Pain İn General İnternal Medicine Practice", **West J Med,** 151:157-60.

SÖDERBERG, S., STRAND, M., HAAPALA, M., LUNDMAN, B.: 2003 — "Living with a Woman with Fibromyalgia from the Perspective of the Husband", **Journal of Advanced Nursing,** 42(2):143–150.

SPAİNER, G.B.: 1976 — "Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads", **Journal of Marriage and The Family,** 38, 15-28.

SCHWARTZ, M., BLAZER, D., GEORGE, L., LANDERMAN, R.: 1986 — "Somatization Disorder in a Community Population", **American Journal of Psychiatry,** 143(11). 1403-8.

SYLVAIN, H., TALBOT, L. R.: 2002 "Synergy Towards Health: A Nursing İntervention Model for Women Living With Fibromyalgia, and Their Spouses", **Journal of Advanced Nursing,** 38(3),264–273

ŞAHİN, E.: 2007 "Miyofasiyal Ağrı Sendromunda Klasik Fizyoterapi Yöntemlerine Ek Olarak Uygulanan Servikal Mobilizasyonun Etkinliği", **Yüksek Lisans Tezi,** Başkent Üniversitesi, Sağlık bilimleri Enstitüsü. Ankara.

ŞENDUR, Ö. F.: 2004 "Ağrılı Kas Sendromları", H. Oğuz, E. Dursun, N. Dursun, (Eds.), **Tıbbi Rehabilitasyon,** (Birinci baskı) içinde (1221-1238). Istanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

ŞENER, A.: 2002 "Ailede Eşler Arası Uyuma Etki Eden Faktörlerin Araştırılması", **Yayınlanmamış Doktora Tezi,** Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

TAŞKIN, E.O., TIKIZ, C., GÜRLEK-YÜKSEL, E., FIRAT, A., TÜZÜN, Ç., AYDEMİR, Ö.: 2007 "Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniğine İlk Kez Başvuran ve Fibromiyalji Tanısı Konan Hastalarda Depresif Bozuklukların Görülme Sıklığı ve Aleksitimi ile İlişkisi", **Anadolu Psikiyatri Dergisi,** 8:248-255.

TOLUNAY, M., TOLUNAY, F.C.: 2000 "Ağrının Değerlendirilmesi ve Ağrı Ölçümü", S. Erdine, (Ed.), **Ağrı,** (Birinci baskı) içinde (91-107). Istanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

TOPBAŞ, M., ÇAKIRBAY, H., GÜLEÇ, H., AKGÖL, E., AK, İ., CAN, G.: 2005 "The Prevalence of Fibromyalgia in Women Aged 20–64 in Turkey", **Scand J Rheumatol,** 34:140–144

TOT, Ş., TOROS, F.: 2002 "Fibromyalji Sendromunun Psikiyatrik Bozukluklarla İlişkisi", **Anadolu Psikiyatri Dergisi,** 3:232-239

TUĞRUL, C., ÖZTAN, N., KABAKÇI, E.: 1993 "Golombok-Rust Cinsel doyum Ölçeği'nin Standardizasyon Çalışması", **Türk Psikiyatri Dergisi,** 4(2):83-88.

TUTAREL-KIŞLAK, Ş.: 1999 "Evlilikte Uyum Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması", **3P Dergisi,** 7(1), 50-57.

TÜZÜN, E.H., ALBAYRAK, G., EKER, L., SÖZAY, S., DAŞKAPAN, A.: 2004 "A Comprasion Study of Quality of Life in Women with Fibromyalgia and Myofascial Pain Syndrome", **Disability and Rehabilitation,** 26:198-202.

TÜZÜN, F.: 2011 "Lokal Enjeksiyonlar", M. Beyazova ve Y. Gökçe-Kutsal, (Ed.), **Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon** (2. Baskı) içinde 945-955. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri.

WHİTE, K., SPEECHLEY, M., HARTH, M., OSTBYE, T.: 1999 "The London Fibromyalgia Epidemiology Study [LFES]: Comparing the demographic and clinical characteristics in 100 random community cases of fibromyalgia syndrome [FMS] versus control", **J Rheumtol,** 26: 1577-1585.

WİNEMİLLER, D.R., MİTCHELL, M.E.: 1992 "Development of a Coding System for Marital Solving Efficacy", **Behav Res Ther**, 32(1): 159-164.

WOLFE, F., ROSS, K., ANDERSON, J., RUSSELL, I.J., HEBERT, L.: 1995 "The Prevalance and Characteristics of Fibromyalgia in the General Population", **Arth Rheum,** 38: 19-28.

WOLFE, F., SMYTHE, "The American College of Rheumatology 1990

H.A., YUNUS, M.B., BENNETT, R.M., BOMBARDİER, C., GOLDENBERG, D.L., ARK.: 1990 Criteria for Classification of Fibromyalgia: Report of The Multicenter Criteria Commitee", **Arthritis and Rheumatism,** 33 (2), 160-172.

YILMAZ, A.: 2001 "Eşler Arasındaki Uyum: Kuramsal Yaklaşımlar ve Görgül Çalışmalar", **Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi,** 1 (4).

YÜCEL, A.: 1997 **"Akut Ağrı Nörofizyolojisi. Hasta Kontrollü Analjezi (PCA)",** İstanbul: MER Matbaacılık & Yayıncılık, 5-19.

YÜCEL, A.: 2000 "Kronik Ağrılı Hastada Anamnez", S. Erdine, (Ed.), **Ağrı,** (Birinci baskı) içinde (43-48). Istanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

YÜCEL, B.: 2000 "Ağrılı Hastanın Psikiyatrik Değerlendirmesi", S. Erdine, (Ed.), **Ağrı,** (Birinci baskı) içinde (62-68). Istanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

ZİNNUROĞLU, M.: 2007 "Fibromiyalji Tedavisi: Rehabilitatif Yaklaşım", **Romatizma,** 22: 104-9.

# EKLER

# EK 1

# BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

**Protokol No:**

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma İstanbul Üniversitesi, Psikoloji Bölümü Klinik Sağlık Psikolojisi Yüksek Lisans programı kapsamında Yrd. Doç. Dr. H. Özlem Sertel-Berk danışmanlığında yürütülmektedir. Çalışma iki farklı hasta grubunda evlilik yaşantısının özelliklerini incelemeyi amaçlamaktadır. Bu amaçla sunulan ölçekleri cevaplandırmanız, yapılan çalışmaya ve müdahale programlarının geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Elde edilen bilgiler bilimsel araştırma dışında hiçbir amaçla kullanılmayacak ve verdiğiniz cevaplar kesinlikle gizli tutulacaktır.

Soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Araştırmanın sağlıklı sonuç vermesi için sizden beklenen, hiçbir maddeyi atlamadan, soruları içten ve sizin için en geçerli durumu düşünerek cevaplamanızdır. Soruları sadece kendi düşünceleriniz doğrultusunda cevaplamanız önemlidir.

Her ölçeğin başında ölçeğin amacını belirten ve soruları cevaplayabilmeniz için ihtiyaç duyacağınız bilgileri içeren açıklamalar yer almaktadır. Lütfen bu açıklamaları dikkatlice okuyunuz. Ortalama 60 dakika sürmesi planlanlanan 2 uygulamanın herhangi bir rahatsızlık yaratması beklenmemektedir ancak, uygulamanın herhangi bir aşamasında rahatsızlık duyar ve uygulamadan ayrılmak isterseniz bununla ilgili herhangi bir yaptırım uygulanmayacaktır.

Çalışmanın sonunda elde edilen bilgiler doğrultusunda oluşturulması planlanan terapi grupları ile ilgili bilgilendirilmeniz amacıyla kimlik belirleyici bilgileriniz ve iletişim bilgileriniz istenmektedir. Ancak bu bilgileri verme zorunluluğunuz yoktur. Araştırma ile ilgili detaylı bilgi almak isterseniz sunaomerbasoglu@hotmail.com adresinden araştırmacı ile doğrudan iletişime geçebilirsiniz.

Katkılarınız ve işbirliğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Suna Ömerbaşoğlu
İstanbul Üniversitesi
Psikoloji Bölümü
Yüksek Lisans Öğrencisi

Bu araştırma ile ilgili yukarıda sunulan bilgileri okudum ve bu araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

**Katılımcının İmzası** **Tarih**

**...../...../.....**

# EK 2

# DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

# DEMOGRAFİK BİLGİLER SORU FORMU

**Kişisel Bilgiler**

1) **Adınız- Soyadınız (İsteğe Bağlı):**

2) **Telefon(İsteğe Bağlı):**

3) **E-posta Adresi (İsteğe Bağlı):**

4) **Adresiniz (İsteğe Bağlı):**

5) **Cinsiyet:** **1-**Kadın **2-** Erkek

6) **Yaş:**

7) **Eğitim Durumu:**

**1-** Okur-yazar değil **2-** Okur-yazar **3-** İlkokul **4-** Ortaokul **5-** Lise

**6-** Yüksek Okul **7-** Üniversite **8-** Yüksek Lisans **9-** Diğer .....(Belirtiniz)

8) **Doğum yeriniz:**

**1-** İl **2-** İlçe **3-** Kasaba **4-** Köy **5-** Yurtdışı

**6-** Diğer.....(Belirtiniz)

9) **En uzun süre yaşadığınız yer:**

**1-** İl **2-** İlçe **3-** Kasaba **4-** Köy **5-** Yurtdışı

**6-** Diğer.....(Belirtiniz)

10) **Mesleğiniz:**

11) **Şu anki işiniz:**

**12) Ne kadar süredir şu an ki işinizde çalışıyorsunuz?**

**13) Sosyal güvenceniz:** 1- Var 2- Yok

**14) Kaçıncı evliliğinizi yaşamaktasınız?**

**1-** İlk evliliğim (18. soruya geçiniz)
**2-** İkinci evliliğim
**3-** Üçüncü evliliğim
**4-** Dördüncü evliliğim
**5-** Beşinci evliliğim

**15) Eğer birden fazla evlilik yaptıysanız;**

| | **Ne kadar sürdü?** | **Ayrılık nedeni nedir?** |
|---|---|---|
| **1. Evlilik** | | |
| **2. Evlilik** | | |
| **3. Evlilik** | | |
| **4. Evlilik** | | |
| **5. Evlilik** | | |

**16) Önceki evliliklerinizden çocuğunuz varsa;**

| | **Cinsiyet** | **Yaşı** | **Öz/Üvey** | **Eğitim Düzeyi** | **İşi/Mesleği** | **Medeni Durumu** | **Birlikte mi oturuyorsunuz?** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | | | | | | | |
| **2** | | | | | | | |
| **3** | | | | | | | |
| **4** | | | | | | | |
| **5** | | | | | | | |
| **6** | | | | | | | |

**17)** Bir önceki evliliğinizin bitimiyle şu anki evliliğinizin başlangıcı arasında ne kadar süre geçti?

.....Yıl..... Ay

**<u>Eşle İlgili Bilgiler</u>**

**18) Şimdiki eşinizin;**

**1-** Yaşı: **2-** Mesleği: **3-** İşi: **4-** Eğitim Düzeyi:

**19) Evliliğiniz, şimdiki eşinizin kaçıncı evliliği?**

**20) Şimdiki eşinizle;**

**a) Tanışma tarihiniz:** ...../...../.....

**b) Evlenme kararı aldığınız tarih:** ...../...../.....

**c) Evlenme tarihiniz:** ...../...../.....

**d) Evlendiğinizde;**

**1-** Sizin yaşınız;
**2-** Eşinizin yaşı:

**21) Şimdiki eşinizle evliliğe nasıl karar verdiniz?**

**1-** Kendimiz tanıştık, evliliğe kendimiz karar verdik
**2-** Arkadaş/akraba vasıtasıyla tanıştık, kendimiz evliliğe karar verdik
**3-** Görücü vasıtasıyla tanıştık, kendimiz evliliğe karar verdik
**4-** Aile büyükleri uygun gördü, bizim söz hakkımız olmadı.
**5-** Berdel
**6-** Diğer.....(Belirtiniz)

**22) Eşiniz ile tanıştıktan sonra evleninceye kadar geçen süre içerisinde ne sıklıkta görüştünüz?**

**1-** Birlikte yaşadık
**2-** Hergün görüştük
**3-** Haftada..... kez görüştük
**4-** Ayda .....kez
**5-** Yılda.....kez

**23) Şimdiki eşinizle nasıl evlendiniz?**

**1-** Nikah
**2-** Nikah + Düğün
**3-** Kaçarak
**4-** Diğer.....(Belirtiniz)

**24) Şimdiki eşinizle aranızda akrabalık var mı?**

**1-** Evet Neyiniz olur?.....(Belirtiniz)
**2-** Hayır

**25) Şimdiki eşinizden ayrı yaşadığınız bir süre oldu mu?**

**1-** Evet
**2-** Hayır (27. soruya geçiniz.)

**26) Şimdiki eşimden bir süre ayrı yaşamamın nedeni;**

**1-** İş Süre: ……
**2-** Askerlik Süre: .....
**3-** Eğitim Süre: .....
**4-** Ortak karar Süre: ….....
**5-** Hastalık Süre: ….....
**6-** Tartışma nedeniyle eşimin kararı Süre: .....
**7-** Tartışma nedeniyle benim kararım Süre: .....
**8-** Diğer ……..(Belirtiniz) Süre: ….....

**27) Eşinizle ayrı odalarda uyur musunuz?**

**1-** Evet Sıklığı ve nedeni: .....

**2-** Hayır

**<u>Çocuklar İle İlgili Bilgiler</u>**

**28) Şimdiki evliliğinizden çocuğunuz var mı?**

**1-** Evet (29. soruya geçiniz.)
**2-** Hayır (30. soruya geçiniz)

**29) Şimdiki evliliğinizden olan çocuklarınızın;**

| | Cinsiyet | Yaşı | Öz/Üvey | Eğitim Düzeyi | İşi/Mesleği | Medeni Durumu | Birlikte mi oturuyorsunuz? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | | | | | | | |
| **2** | | | | | | | |
| **3** | | | | | | | |
| **4** | | | | | | | |
| **5** | | | | | | | |
| **6** | | | | | | | |

**30) Şimdiki evliliğimden çocuğum yok çünkü;**

**1-** İstemedim.
**2-** Eşim istemedi.
**3-** ..... aylık hamileyim.
**4-** Tedavi oluyorum.
**5-** Eşim tedavi oluyor.
**6-** Çocuğumuz olmuyor.
**7-** Diğer..... (Belirtiniz)

**31) Yatak odanızda sürekli uyuyan çocuğunuz var mı?**

**1-** Evet Yaşı: .....
**2-** Hayır

**Aile İle İlgili Bilgiler**

**32) Maddi durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?**

**( )** Çok düşük

**( )** Düşük

**( )** Orta

**( )** İyi

**( )** Çok iyi

**33) Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?**

**34) Evde sizinle beraber yaşayan başka bir akrabanız (anne,dede, kardeş vs...) var mı?**

**1-** Evet .....…….. (Kim belirtiniz)

**2-** Hayır

**35) Şu an ikamet ettiğiniz eviniz;**

**1-** Kendimizin
**2-** Anne-babamın
**3-** Eşimin Anne-babasının
**4-** Kira
**5-** Diğer..... (Belirtiniz)

**Anne- Baba ile İlgili Bilgi**

**36) Anneniz ve babanız;**

**1-** Birlikte yaşıyorlar
**2-** Ayrı yaşıyorlar
**3-** Boşandılar
**4-** Anne hayatta değil
**5-** Baba hayatta değil
**6-** Her ikiside hayatta değil

**37) Anneniz;**

**a)** Yaşıyor mu?

**1-** Sağ **2-** Vefat etti Tarih..... Neden:.....

**b)** Yaşı:

**c)** Evlilik sayısı:

**d)** Eğitim Durumu:

**38) Babanız;**

**a)** Yaşıyor mu?

**1-** Sağ **2-** Vefat etti Tarih..... Neden: .....

**b)** Yaşı:

**c)** Evlilik sayısı:

**d)** Eğitim Durumu:

**39) Üvey Anneniz var mıydı?**

**1-** Evet Birlikte yaşadığınız süre:…..
**2-** Hayır

**40) Üvey Babanız var mıydı?**

**1-** Evet Birlikte yaşadığınız süre:…..
**2-** Hayır

**41) Kaçıncı çocuksunuz:**

**42) Kaç kardeşiniz var? (siz hariç):** .....

**43) Kardeşlerinizin;**

| | Cinsiyet | Yaşı | Öz/Üvey | Eğitim Düzeyi |
|---|---|---|---|---|
| **1. Kardeş** | | | | |
| **2. Kardeş** | | | | |
| **3. Kardeş** | | | | |
| **4. Kardeş** | | | | |
| **5. Kardeş** | | | | |
| **6. Kardeş** | | | | |

**<u>Kendisi ve Ailesinin Sağlık Durumu İle İlgili Bilgiler</u>**

**44) Süregiden bir hastalığınız var mı?**

**1-** Evet.....(Belirtiniz)
**2-** Hayır
**3-** Diğer

**45) Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?**

**1-** Evet Nedeni:…….
**2-** Hayır (47. soruya geçiniz.)
**3-** Diğer

**46) Varsa hangi ilaçlar;**

**47) Fiziksel bir engeliniz var mı?**

**1-** Evet .....(Belirtiniz)
**2-** Hayır
**3-** Diğer.....(Belirtiniz)

**48) Hiç ameliyat oldunuz mu?**

**1-** Evet
**2-** Hayır (50. soruya geçiniz.)
**3-** Diğer.....(Belirtiniz)

**49) Geçirdiğiniz ameliyatları ve ne zaman olduklarını söyler misiniz?**

| | **Ameliyat** | **Tarih** |
|---|---|---|
| **1-** | ..... | ...../...../..... |
| **2-** | ..... | ...../...../..... |
| **3-** | ..... | ...../...../..... |
| **4-** | ..... | ...../...../..... |

**50) Daha önce psikolojik/psikiyatrik yardım ya da danışmanlık aldınız mı?**

**1-** Evet
**2-** Hayır (52. soruya geçiniz.)
**3-** Diğer.....(Belirtiniz)

**51) Psikolojik ya da psikiyatrik yardım alırken ilaç kullandıysanız adları ve kullandığınız süreleri belirtiniz?**

| | **İlacın Adı** | **Kullanım süresi** |
|---|---|---|
| **1-** | ..... | ..... |
| **2-** | ..... | ..... |
| **3-** | ..... | ..... |

**52) Sigara kullanıyor musunuz?**

**1-** Evet

Kullanım süresi: ..... Kullanım Sıklığı: .....Kullanım miktarı: .....

**2-** Hayır

**3-** Bıraktım;

Kullanım süresi: ..... Bıraktıktan sonra geçen süre: ….....

**4-** Diğer.....(Belirtiniz)

**53) Alkol kullanıyor musunuz?**

**1-** Evet

Kullanım süresi: .....Kullanım Sıklığı: .....Kullanım miktarı: .....

**2-** Hayır

**3-** Bıraktım;

Kullanım süresi: .....Bıraktıktan sonra geçen süre: ….....

**4-** Diğer.....(Belirtiniz)

**54) Ailenizde süregiden(kronik) sağlık sorunu olan kimse var mı?**

**1-** Evet …….....(kim/kimler ve hangi hastalık belirtiniz)
**2-** Hayır
**3-** Diğer.....(Belirtiniz)

**55) Ailenizde fiziksel ya da zihinsel engelli var mı?**

**1-** Evet..... (Kim/kimler ve ne engelleri var belirtiniz)
**2-** Hayır
**3-** Diğer.....(Belirtiniz)

**56) Ailenizde psikolojik / psikiyatrik yardım alan var mı?**

**1-** Evet..... (Kim/kimler ve neden belirtiniz)
**2-** Hayır
**3-** Diğer.....(Belirtiniz)

**57)** Anne-babanızın evliliklerindeki mutluluk düzeyini aşağıdaki ölçek üzerinden derecelendiriniz?

| **Hiç** | | | | | | | | | | **Çok** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**58)** Kendi evliliğinizdeki mutluluk düzeyinizi aşağıdaki ölçek üzerinden derecelendiriniz?

| **Hiç** | | | | | | | | | | **Çok** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**59)** Eşinizin size ne düzeyde destek olduğunu aşağıdaki ölçek üzerinden derecelendiriniz?

| **Hiç** | | | | | | | | | | **Çok** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**60)** Sizce sizin eşinize ne düzeyde destek olduğunuzu aşağıdaki ölçek üzerinden derecelendiriniz?

| **Hiç** | | | | | | | | | | **Çok** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**61)** Gelecekte evlilik hayatınızın nasıl olabileceğine dair düşüncenizi aşağıdaki ölçek üzerinden derecelendiriniz?

| **Çok kötü** | | | | | | | | | | **Çok İyi** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**62)** Gelecekte evlilik hayatınızın nasıl olabileceğine dair eşinizin düşüncesini aşağıdaki ölçek üzerinden derecelendiriniz?

| **Çok kötü** | | | | | | | | | | **Çok İyi** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**63)** Evliliğinizin ağrılarınızı ne derece etkilediğini düşünüyorsunuz?

| **Hiç** | | | | | | | | | | **Çok** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**64)** Ağrılarınızın evliliğinizi ne derece etkilediğini düşünüyorsunuz?

| **Hiç** | | | | | | | | | | **Çok** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

# EK 3

# AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU

# AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU

**1) En az 6 aydır belli aralıklarla devam eden-tekrarlayan ağrı şikayeti:**

**1.**Var
**2.**Yok

(**Not:** Yukarıdaki soruya "**2.**Yok**"** cevabını vermişseniz aşağıdakileri cevaplamayın).

**2) Ağrının türü (baş, bel, kol, omuz...):**

**3) Başlangıç yaşı:**

**4) Ağrının şiddeti:**

**1.**Hafif **2.**Orta **3.**Şiddetli **4.**Çok Şiddetli **5.**Dayanılmaz

**5) Ağrının sıklığı:**

**1.**Senede 1'den az
**2.**Senede birkaç defa
**3.**Ayda 1-2
**4.**Haftada 1-2
**5.** Her gün, günde 1 defa
**6.**Her gün, günde birkaç defa
**7.**Devamlı

**6) Ağrı Öyküsü:**

**1.** Ağrı başlangıcında ameliyat, enjeksiyon vb. tıbbi bir müdahale var

**2.** Ağrı başlangıcında ameliyat, enjeksiyon vb. tıbbi bir müdahale yok

**7) Ağrının şiddeti (sayıyla): 0: hiç ağrı yok, 10: hayatımda yaşadığım en dayanılmaz ağrı ise;**

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**8) Ağrım olacak korkusuyla yapmaktan kaçtığım aktiviteler**(okul, iş, sosyal aktiviteler gibi...)**:.....**

**9) Ağrım başlar başlamaz ne yapıyorum?**(yatmak, eve dönmek, dolaşmak, ilaç almak vb...)**:.....**

**10) Ağrım varken yapamadıklarım** (okul, sınav, ev işi, gezmek vb.)**:……**

**11) Yakınlarımın ağrımla ilgili tepkileri** (kızmak, ilaç vermek, masaj, doktora/acile götürme, vb.)**:.....**

**12) Bu ağrı şikayeti ile ilgili şu an kullandığım ağrı kesiciler:**

İsim:

Ayda kaç tane / kutu:

(Lütfen aşağıdaki soruyu cevaplamadan önce ağrınızın başlangıcından bu yana başvurduğunuz tüm tedavileri hatırlamaya çalışınız ve ardından bunları tek tek not ediniz).

**13) Bu ağrı şikayeti ile ilgili tıbbi-tıp dışı tedavi ve başvurular (yer/tarih/süre/yazılan ilaçlar):**

# EK 4

# HASTA EŞLERİ İÇİN KISA FORM

# HASTA EŞLERİ İÇİN KISA FORM

**1)** Anne-babanızın evliliklerindeki mutluluk düzeyini aşağıdaki ölçek üzerinden derecelendiriniz?

| **Hiç** | | | | | | | | | | **Çok** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**2)** Kendi evliliğinizdeki mutluluk düzeyinizi aşağıdaki ölçek üzerinden derecelendiriniz?

| **Hiç** | | | | | | | | | | **Çok** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**3)** Eşinizin size ne düzeyde destek olduğunu aşağıdaki ölçek üzerinden derecelendiriniz?

| **Hiç** | | | | | | | | | | **Çok** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**4)** Sizce sizin eşinize ne düzeyde destek olduğunuzu aşağıdaki ölçek üzerinden derecelendiriniz?

| **Hiç** | | | | | | | | | | **Çok** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**5)** Gelecekte evlilik hayatınızın nasıl olabileceğine dair düşüncenizi aşağıdaki ölçek üzerinden derecelendiriniz?

| **Çok kötü** | | | | | | | | | | **Çok İyi** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**6)** Gelecekte evlilik hayatınızın nasıl olabileceğine dair eşinizin düşüncesini aşağıdaki ölçek üzerinden derecelendiriniz?

| **Çok kötü** | | | | | | | | | | **Çok İyi** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**7)** Evliliğinizin eşinizin ağrılarını ne derece etkilediğini düşünüyorsunuz?

| **Hiç** | | | | | | | | | | **Çok** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**8)** Eşinizin ağrılarının evliliğinizi ne derece etkilediğini düşünüyorsunuz?

| **Hiç** | | | | | | | | | | **Çok** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

# EK 5

# ÇATIŞMA ÇÖZÜM STİLLERİ ÖLÇEĞİ

# (ÇÇSÖ)

# ÇATIŞMA ÇÖZÜM STİLLERİ ÖLÇEĞİ (ÇÇSÖ)

# (CONFLİCT RESOLUTİON STYLES SCALE -CRSS)

Aşağıda, evlilik ilişkilerinde yaşanan sorunların genel olarak nasıl çözümlendiği ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Lütfen eşinizle ilişkinizi göz önüne alarak, aşağıdaki ifadelerden her birine ne derece katıldığınızı belirtiniz. Her bir ifadenin önündeki boşluğa aşağıdaki sayılardan uygun olanı yazınız.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Hiç Katılmıyorm** | **Oldukça Katılmıyorm** | **Birazcık Katılmıyorm** | **Birazcık Katılıyorum** | **Oldukça Katılıyorm** | **Çok Katılıyorum** |

____**1)** Tartışma esnasında konuyla ilgisiz de olsa zayıflıklarını yüzüne vururum.
____**2)** Kavganın büyümemesi için onun istediği şeyleri yaparım.
____**3)** Çok sinirlenmişsem konuşmayı ertelerim.
____**4)** Sorun durumunda pek çok şeyi içime atabilirim.
____**5)** Sorunun uzamadan çözülebilmesi için kaynağını bulmaya çalışırım.
____**6)** Sinirlendiğimde kırıcı şeyler söylerim.
____**7)** Problemi büyütmemek için onu sakinleştirmeye çalışırım.
____**8)** Sesimi yükselterek beni dinlemesini sağlamaya çalışırım.
____**9)** Tartışmada ortak bir çözüm noktası bulmaya çalışırım.
____**10)** Çok büyük sorunlar yaşadığımızda ondan uzak durmaya çalışırım.
____**11)** Sorun çözümlenmeden tartışmayı sonlandırmam.
____**12)** Bağırıp çağırarak istediğimi yaptırırım.
____**13)** Sorunun tüm yönlerini tartışma sırasında konuşmak isterim.
____**14)** Sevgilimi ilişkiyi bitirmekle tehdit ederim.
____**15)** Bana bağırdığında onun olmadığı bir odaya geçerim.
____**16)** Kavgalarımız sırasındaki kızgınlığımı fiziksel olarak gösteririm.
____**17)** İlişkide sorun yaşanmaması için kendimden ödün veririm.
____**18)** Sorun yaşadığımızda sevgilimin yanından uzaklaşırım.
____**19)** Sorunun çözülmesine yardımcı olacağına inanırsam durumu alttan alırım.
____**20)** Onun olumsuz tepkilerine karşılık vermeyerek problemin büyümemesini sağlamaya çalışırım.
____**21)** Çok gergin olduğumuzda susarım.
____**22)** Bir problem yaşandığında, konuyla ilgili düşündüğüm her şeyi açıklarım.
____**23)** Eğer çok sinirlenmişsem, sinirim geçene kadar konuşmayı reddederim.
____**24)** Bir problem yaşandığında, kendimi sevgilimin yerine koyarak onun ne düşündüğünü anlamaya çalışırım.
____**25)** Sürekli imalarda bulunurum.

# EK 6

# ÇİFT UYUM ÖLÇEĞİ

# (ÇUÖ)

# ÇİFT UYUM ÖLÇEĞİ (ÇUÖ)
# (DYADİC ADJUSTMENT SCALE- DAS)

Toplam 32 maddeden oluşan ölçeğe ait örnek maddeler aşağıda görülebilir. Ölçeğin tamamı için fisil@metu.edu.tr adresinden araştırmacı ile iletişime geçilebilir.

Örnek Maddeler:

| | **Her zaman** | **Hemen hemen her zaman** | **Zaman zaman** | **Ara sıra** | **Nadiren** | **Hiçbir zaman** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ne sıklıkla siz ya da eşiniz kavgadan sonra evi terk edersiniz? | | | | | | |
| Ne sıklıkla eşinizle olan ilişkinizin genelde iyi gittiğini düşünürsünüz? | | | | | | |
| Eşinize güvenir misiniz? | | | | | | |
| Ne sıklıkla eşinizle münakaşa edersiniz? | | | | | | |

| | **Her gün** | **Hemen hemen her gün** | **Ara sıra** | **Nadiren** | **Hiçbir zaman** |
|---|---|---|---|---|---|
| Eşinizi öper misiniz? | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| Seks için çok yorgun olmak | **Evet** | **Hayır** |

# EK 7

# GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ-KADIN FORMU

# (GRCDÖ-KADIN)

## GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ (GRCDÖ)

## (GOLOMBOK-RUST INVENTORY OF SEXUAL SATİSFACTİON-GRISS)

## KADIN FORMU

Aşağıda cinsel yaşamla ilgili sorular yer almaktadır. Her soru için "hiçbir zaman", "bazen", "çoğu zaman", "her zaman" şeklinde beş cevap sıkkı yer almaktadır. Sizden istenilen kendi cinsel yaşamınızı göz önüne alarak soruları cevaplandırmanızdır.

Cevaplandırırken:

**1.** Her soruyu dikkatle okuyunuz.
**2**. Sorulan durumun son zamanlarda ne kadar sıklıkta ortaya çıktığını düşününüz.
**3.** Söz konusu durumun ne kadar sıklıkta ortaya çıktığına karar verdikten sonra, o seçeneğin altındaki parantezin içine (x) işareti koyarak cevabınızı belirtiniz.
**4.** Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

Lütfen soruları içtenlikle ve dürüstçe cevaplandırmaya özen gösteriniz. Cevaplandırırken, başkalarının görüşlerini dikkate almadan sadece kendi görüşünüzü belirtiniz.

| | **Hiçbir Zaman** | **Nadiren** | **Bazen** | **Çoğu zaman** | **Her zaman** |
|---|---|---|---|---|---|
| **1.** Cinsel yaşama karsı ilgisizlik duyar mısınız ? | | | | | |
| **2.** Eşinize cinsel ilişkinizle ilgili nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığını sorar mısınız? | | | | | |
| **3.** Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (Adet günleri, hastalık gibi nedenler dısında) | | | | | |
| **4.** Cinsel yönden kolaylıkla uyarılır mısınız? | | | | | |
| **5.** Sizce, sizin ve eşinizin ön sevismeye (öpme, okşama vb.) ayırdığınız zaman yeterli mi? | | | | | |
| **6.** Kendi cinsel organınızın eşinizin cinsel organının giremeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz? | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **7.** Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız? | | | | | |
| **8.** Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız? | | | | | |
| **9.** Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alır mısınız? | | | | | |
| **10.** Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar bulur musunuz? | | | | | |
| **11.** Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz? | | | | | |
| **12.** Eşinizin cinsel organına dokunup okşamaktan rahatsız olur musunuz? | | | | | |
| **13.** Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde rahatsız olur musunuz? | | | | | |
| **14.** Sizin için doyuma (orgazm) ulasmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz? | | | | | |
| **15.** Haftada iki defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz? | | | | | |
| **16.** Eşinize cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz? | | | | | |
| **17.** Eşinizin cinsel organı, sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi? | | | | | |
| **18.** Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz? | | | | | |
| **19.** Eşinizin cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alır mısınız? | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **20.** Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu? | | | | | |
| **21.** Ön sevişme sırasında eşiniz bızırınızı (klitoris) uyardığında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız? | | | | | |
| **22.** Sevişme boyunca sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli mi? | | | | | |
| **23.** Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız? | | | | | |
| **24.** Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının derine girmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz? | | | | | |
| **25.** Eşinizin sizi sevip oksamasından hoşlanır mısınız? | | | | | |
| **26.** Sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu? | | | | | |
| **27.** Cinsel birleşme anından hoşlanır mısınız? | | | | | |
| **28.** Cinsel birleşme anında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız? | | | | | |

# EK

# GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ-KADIN FORMU

# (GRCDÖ-ERKEK)

## GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ (GRCDÖ)

## (GOLOMBOK-RUST INVENTORY OF SEXUAL SATİSFACTİON-GRISS)

## ERKEK FORMU

Asağıda cinsel yaşamla ilgili sorular yer almaktadır. Her soru için "hiçbir zaman", "bazen", "çoğu zaman", "her zaman" şeklinde beş cevap şıkkı yer almaktadır. Sizden istenilen kendi cinsel yaşamınızı göz önüne alarak soruları cevaplandırmanızdır.

Cevaplandırırken:

**1.** Her soruyu dikkatle okuyunuz.
**2**. Sorulan durumun son zamanlarda ne kadar sıklıkta ortaya çıktığını düşününüz.
**3.** Söz konusu durumun ne kadar sıklıkta ortaya çıktığına karar verdikten sonra, o seçeneğin altındaki parantezin içine (x) işareti koyarak cevabınızı belirtiniz.
**4.** Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

Lütfen soruları içtenlikle ve dürüstçe cevaplandırmaya özen gösteriniz. Cevaplandırırken, başkalarının görüşlerini dikkate almadan sadece kendi görüşünüzü belirtiniz.

| | **Hiçbir Zaman** | **Nadiren** | **Bazen** | **Çoğu zaman** | **Her zaman** |
|---|---|---|---|---|---|
| **1.** Haftada iki defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz? | | | | | |
| **2.** Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz? | | | | | |
| **3.** Cinsel yönden kolay uyarılır mısınız? | | | | | |
| **4.** Cinsel ilişki sırasında boşalmak için henüz erken olduğunu düşünürseniz boşalmayı geciktirebilir misiniz? | | | | | |
| **5.** Eşinizle olan cinsel yaşamınızı tekdüze (monoton) buluyor musunuz? | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **6.** Eşinizin cinsel organına dokunup okşamaktan rahatsızlık duyar mısınız? | | | | | |
| **7.** Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, tedirgin ve endişeli olur musunuz? | | | | | |
| **8.** Cinsel organınızın, eşinizin cinsel organına girmesinden zevk alır mısınız? | | | | | |
| **9.** Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığını sorar mısınız? | | | | | |
| **10.** İlişki sırasında cinsel organınızın sertleşmediği olur mu? | | | | | |
| **11.** Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz? | | | | | |
| **12.** Eşinizin, cinsel organınıza dokunup, okşamasından zevk alır mısınız? | | | | | |
| **13.** Cinsel birleşme sırasında erken boşalmayı engelleyebilir misiniz? | | | | | |
| **14.** Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız? | | | | | |
| **15.** Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar buluyor musunuz? | | | | | |
| **16.** Ön sevişme (öpme, okşama gibi) sırasında cinsel organınızın sertleştiği olur mu? | | | | | |
| **17.** Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (hastalık gibi nedenler dışında) | | | | | |
| **18.** Eşinizle karşılıklı mastürbasyon yapmaktan (kendinizi tatmin etmekten) zevk alır mısınız? | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **19.** Eşinizle sevişmek istediğinizde ilişkiyi siz başlatır mısınız? | | | | | |
| **20.** Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız? | | | | | |
| **21.** İstediğiniz kadar sık cinsel ilişkide bulunur musunuz? | | | | | |
| **22.** Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu? | | | | | |
| **23.** Cinsel birleşme sırasında cinsel organınızın sertliğini kaybettiği olur mu? | | | | | |
| **24.** Cinsel organınız eşinizin cinsel organına girer girmez istemeden boşaldığınız olur mu? | | | | | |
| **25.** Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alır mısınız? | | | | | |
| **26.** Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız? | | | | | |
| **27.** Cinsel organınız eşinizin cinsel organına girmek üzereyken, istemeden boşaldığınız olur mu? | | | | | |
| **28.** Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız? | | | | | |

# EK 9

# İLİŞKİLERDE İNANÇ ENVANTERİ

# (İİÖ)

# İLİŞKİ İNANÇLARI ÖLÇEĞİ (İİÖ)
# (RELATİONSHİP BELİEF INVENTORY-RBI)

Aşağıda, bir kişinin diğer bir kişi ile olan ilişkisinde hissedebileceği ifadeler tanımlanmaktadır. Her bir ifadenin doğru olduğuna ya da yanlış olduğuna ne kadar katıldığınızı ya da katılmadığınızı ilgili rakama çarpı (X) işaretiyle belirtiniz.

İşaretlediğiniz **5, 4, 3, 2, 1**, ya da **0** rakamları aşağıdaki cevapları yansıtmaktadır:

**5** Bu ifadenin doğru olduğuna kesinlikle inanıyorum.
**4** Bu ifadenin doğru olduğuna inanıyorum.
**3** Bu ifadenin yanlış olmasından daha çok doğru olduğuna inanıyorum.
**2** Bu ifadenin doğru olmasından daha çok yanlış olduğuna inanıyorum.
**1** Bu ifadenin yanlış olduğuna inanıyorum.
**0** Bu ifadenin yanlış olduğuna kesinlikle inanıyorum.

| | Bu ifadenin **doğru** olduğuna **kesinlikle** inanıyorum | Bu ifadenin doğru olduğuna inanıyorum | Bu ifadenin yanlış olmasından daha çok, **doğru** olduğuna inanıyorum | Bu ifadenin doğru olmasından daha çok, **yanlış** olduğuna inanıyorum | Bu ifadenin yanlış olduğuna inanıyorum | Bu ifadenin **yanlış** olduğuna **kesinlikle** inanıyorum |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **1.** Eğer eşiniz sizinle aynı fikirde olmadığını söylerse, muhtemelen hakkınızda pek olumlu düşünmüyordur. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **2.** Eşimin, yaşadığım tüm duyguları farketmesini beklemiyorum. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **3.** Bir ilişki başlangıçta zarar gördüyse daha sonra bunu tamir etmek muhtemelen mümkün değildir. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **4.** Eşimi, cinsel açıdan tümüyle tatmin etmezsem üzüntü duyarım. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **5.** Erkekler ve kadınlar aynı temel duygusal ihtiyaçlara sahiptir. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **6.** Eşimin benimle farklı görüşte olmasını kabul edemem. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **7.** Benim için önemli olan bir şeyi eşime söylemek zorunda kalmam, eşimin duyarsız olduğu anlamına gelmez. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **8.** Eşim, şu anda davrandığından daha farklı davranamaz gibi görünüyor. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **9.** Benim canım cinsel ilişkiye girmek istemiyor, eşimin canı istiyorsa, bu duruma üzülmem. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **10.** Eşler arasındaki yanlış anlaşılmalar genellikle kadınla erkeğin doğuştan getirdiği psikolojik yapı farklılığından kaynaklanır. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **11.** Eşim, önemli bir fikrime katılmazsa bunu kendime yapılmış bir hakaret olarak görürüm. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **12.** Eşim ne hissettiğimi farketmez ve bunu O'na söylemek zorunda kalırsam, çok üzülürüm. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **13.** Bir eş, eşinin ihtiyaçlarına daha duyarlı olmayı öğrenebilir. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **14.** İyi bir cinsel eş, gerektiğinde cinsel açıdan kendini uyarabilir. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **15.** Erkek ve kadın, karşı cinsi belki de hiç bir zaman çok iyi anlamayacaktır. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **16.** Eşimin benim görüşümden farklı bir görüş söylemesi hoşuma gider. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **17.** Yakın ilişkide olan insanlar, karşısındakinin aklından geçenleri okuyormuşçasına,birbirlerinin ihtiyaçlarını hissedebilirler. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **18.** Eşimin, üzüleceğim şeyleri yapması, bunları tekrar yapacağı anlamına gelmez. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **19.** Eşim istekliyken cinsel açıdan iyi bir performans gösteremezsem, "bende bir sorun var" diye düşünürüm. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **20.** Erkek ve kadın, bir ilişkide aynı temel şeylere ihtiyaç duyarlar. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **21.** Eşimle aynı bakış açısına sahip olmamak beni çok üzer. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **22.** Eşimin, duygularımdaki değişiklikleri fark edip, neye ihtiyacım olduğunu görmesi benim için önemlidir. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **23.** Sizi bir kez gerçekten yaralayan bir eş, muhtemelen sizi yine yaralayacaktır. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **24.** Eşim orgazm olamasa bile, cinsel davranışlarım hakkında kendimi kötü hissetmem. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **25**. Erkek ve kadın arasındaki biyolojik farklılıklar, eşler arasındaki problemlerin temel nedeni değildir. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **26**. Eşimin benimle tartışmasına tahammül edemem. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **27**. Bir eş, sizin söylemenize gerek kalmadan, ne düşündüğünüzü ve ne hissettiğinizi bilmelidir. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **28**. Eşim isterse, değişebileceğine inanıyorum. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **29**. Cinsel ilişkide, eğer eşim tümüyle tatmin olmazsa, bu durum benim başarısız olduğumu göstermez. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **30**. Evlilikteki sorunların ana nedenlerinden birisi, erkekle kadının farklı duygusal ihtiyaçlara sahip olmalarıdır. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **31**. Eşimle farklı görüşte olduğumuzda, sanki ilişkimiz dağılıyormuş gibi gelir. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **32**. Birbirine aşık olan insanlar, tek kelime bile söylemeden, diğerinin tam olarak ne düşündüğünü bilebilirler. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **33.** Eğer bir ilişkinin gidişatını beğenmiyorsanız, bu ilişkiyi daha iyi hale getirebilirsiniz. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **34**. Cinsel performansımdaki kimi sıkıntılar, kişisel olarak başarısız biri olduğum anlamına gelmez.. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **35**. Karşı cinsten birini gerçekten anlamak mümkün değildir. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **36.** Tartıştığımız zamanlarda, eşimin bana karşı olan duygularından şüpheye düşmem. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **37.** Eşinizden bir şey istemek zorunda kalıyorsanız, eşiniz ihtiyaçlarınızla ilgilenmiyor demektir. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **38.** Eşimin değişebileceğini sanmıyorum. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **39.** Cinsel ilişkide iyi performans gösteremedğmde, üzülürüm. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| **40.** Kadın ve erkek, birbirleri için daima bir sır olarak kalacaktır. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

# EK 10

# BELİRTİ TARAMA LİSTESİ

# (SCL 90-R)

# BELİRTİ TARAMA LİSTESİ (SCL-90)

**Açıklama:**

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra her bir durumun bugün de dahil olmak üzere **son 15 gün içinde** sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan (Hiç / Çok az / Orta derecede / Oldukça fazla / İleri derecede) uygun olanının numarasını karşısındaki bölüme işaretleyiniz. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen siliniz. Lütfen başlangıç örneğini dikkatle okuyunuz ve anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulayan kişiye danışınız.

**Örnek:** Aşağıda belirtilen sorundan ne ölçüde rahatsız olmaktasınız?

**Örnek:** Bel ağrısı;

| Hiç | Çok az | Orta derecede | Oldukça fazla | İleri Derecede |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | ~~3~~ | 4 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | Baş ağrısı | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **2** | Sinirlilik ya da içinin titremesi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **3** | Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı) hoşa gitmeyen düşünceler | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **4** | Baygınlık ve baş dönmesi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **5** | Cinsel arzu ve ilginin kaybı | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **6** | Başkaları tarafından eleştirilme duygusu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **7** | Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **8** | Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **9** | Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlük | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **10** | Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **11** | Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **12** | Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **13** | Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **14** | Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **15** | Yaşamınızın sonlanması düşünceleri | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **16** | Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **17** | Titreme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **18** | Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **19** | İştah azalması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **20** | Kolayca ağlama | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **21** | Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **22** | Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **23** | Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **24** | Kontrol edilemeyen öfke patlamaları | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **25** | Evden dışarı yalnız çıkma korkusu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **26** | Olanlar için kendini suçlama | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **27** | Belin alt kısmında ağrılar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **28** | İşlerin yapılmasında erteleme duygusu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **29** | Yalnızlık hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **30** | Karamsarlık hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **31** | Her şey için çok fazla endişe duyma | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **32** | Her şeye karşı ilgisizlik hali | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **33** | Korku hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **34** | Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **35** | Diğer insanların sizin düşündüklerinizi bilmesi hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **36** | Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **37** | Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **38** | İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **39** | Kalbin çok hızlı çarpması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **40** | Bulantı veya midede rahatsızlık hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **41** | Kendini başkalarından aşağı görme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **42** | Adele (kas) ağrıları | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **43** | Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **44** | Uykuya dalmada güçlük | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **45** | Yaptığınız işleri bir ya da bir kaç kez kontrol etme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **46** | Karar vermede güçlük | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **47** | Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **48** | Nefes almada güçlük | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **49** | Soğuk veya sıcak basması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **50** | Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **51** | Hiç bir şey düşünmeme hali | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **52** | Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **53** | Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **54** | Gelecek konusunda ümitsizlik | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **55** | Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **56** | Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **57** | Gerginlik veya coşku hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **58** | Kol ve bacaklarda ağırlık hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **59** | Ölüm ya da ölme düşünceleri | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **60** | Aşırı yemek yeme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **61** | İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **62** | Size ait olmayan düşüncelere sahip olma | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **63** | Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **64** | Sabahın erken saatlerinde uyanma | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **65** | Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yineleme hali | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **66** | Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **67** | Bazı şeyleri kırıp dökme isteği | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **68** | Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **69** | Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **70** | Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **71** | Her şeyin bir yük gibi görünmesi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **72** | Dehşet ve panik nöbetleri | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **73** | Toplum içinde yiyip içerken huzursuzluk hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **74** | Sık sık tartışmaya girme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **75** | Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **76** | Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **77** | Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **78** | Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk duyma | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **79** | Değersizlik duygusu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **80** | Size kötü bir şey olacakmış duygusu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **81** | Bağırma ya da eşyaları fırlatma | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **82** | Topluluk içinde bayılacağınız korkusu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **83** | Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **84** | Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **85** | Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **86** | Korkutucu türden düşünce ve hayaller | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **87** | Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **88** | Başka bir kişiye asla yakınlık duyamama | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **89** | Suçluluk duygusu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **90** | Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |