

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**FİBROMİYALJİ HASTALARININ UYUM BOZUCU ŞEMALARI İLE
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİDE DUYGU
DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜNÜN ARACI ROLÜNÜN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Özge AKINCI

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Programı

AĞUSTOS, 2022

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**FİBROMİYALJİ HASTALARININ UYUM BOZUCU ŞEMALARI İLE
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİDE DUYGU
DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜNÜN ARACI ROLÜNÜN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Özge AKINCI
(Y2012.480044)

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Hande TASA

AĞUSTOS, 2022

ONAY FORMU

ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Fibromiyalji Hastalarında Psikolojik Dayanıklılık ve Uyum Bozucu Şemaların Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğünün Rolünün İncelenmesi” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim. (16/08/2022)

Özge AKINCI

ÖNSÖZ

Psikoterapist olarak çalışma yolumda, bilim ışığında faydalanabileceğim her bilgiye, bende ve diğer insanlarda farkındalık oluşturabilecek her şeye olan ilgim beni uzmanlık alma konusunda motive eden temel şeylerden biriydi. Mesleğimi çok severek icra ediyor olmanın büyük bir ayrıcalık olduğuna inanıyorum. Psikoloji eğitimimin daha en başında tanıştığım, uzmanlığı, tecrübe ve birikiminin yanı sıra anlayışı, sabrı, yüksek enerjisi ve desteğiyle her daim yanımda desteğini hissettiğim ve bu zorlu tez sürecimde birlikte çalışmaktan mutluluk ve onur duyduğum değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Hande TASA'ya üzerimdeki tüm emekleri için çok teşekkür ediyorum.

Bugüne kadar ki her başarımda büyük bir fedakarlıkla başrolü oynayan, bana her daim kendimi ifade özgürlüğü sunarak bu mesleği yapmamdaki en büyük destekçim, çok sevmelerin ve çok sevilmelerin kadını canım annem Meral AKINCI'ya; iyi bir eğitim almam için tüm imkanlarını sonuna kadar bana sunarak yoluma devam etmemi sağladığı ve bana duyduğu güven için babam Emin AKINCI'ya; bugüne kadar her anlamda beni kapsadığı, desteğini kalbimde hissetmediğim bir an bile olmadığı için, hayatımın şanslı dediğim canım ablam Tuğçe Akıncı ÖZTÜRK'e, bugünlere gelmeme vesile olan, destekleyen canım geniş aileme sonsuz teşekkür ve minnettarlığımı sunuyorum. Motivasyon kaynaklarım biricik yeğenlerim Uraz ve Yağız ÖZTÜRK'e bana eşsiz bir sevgi yaşattıkları için teşekkür ediyorum.

Hayatımda önemli bir yere sahip olan, birlikte yol aldığım, gerek özel yaşamımda gerekse akademik çalışmalarımdaya yardımlarını daima hissettiğim dostum ve meslektaşım Klinik Psikolog Ebru Nisa GÜRBÜZ'E, her anlamda yanımda olan, varlığıyla bana güven veren kız kardeşim Doğa TUNÇYİĞİT'e daimi ve eşsiz desteklerinden ötürü çok teşekkür ederim. Yaşamımın iyi ve kötü birçok sürecinde ihtiyaç duyduğum motivasyonu sağlayan, desteklerini ve sevgilerini kalbimde

hissettiğim Mehmet Berk ÖZ'e, Ilgın ŐİMŐEK'e, tüm dostlarıma ve çalıŐmama katılım sağlayan katılımcılara en içten teşekkürlerimi sunarım.

Ağustos, 2022

Özge AKINCI

FİBROMİYAL FİBROMİYALJİ HASTALARININ UYUM BOZUCU ŞEMALARI İLE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİDE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜNÜN ARACI ROLÜNÜN İNCELENMESİ

ÖZET

Bu çalışmada duygu düzenleme güçlüğü'nün psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bunun yanında, erken dönem uyum bozucu şemalar (EDUŞ) ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü'nün aracılık rolü incelenmiştir.

Fibromiyalji sendromu (FMS) psikosomatik bir hastalık olarak değerlendirilen kas-iskelet sistemi rahatsızlığıdır. Bireyler yaygın vücut ağrıları olmasına sebep olmaktadır. FMS uyku bozukluğu, kognitif işlevlerde bozulma ve anksiyete ile seyretmekte, nedeni bilinmeyen kronik bir sendrom olarak tanımlanmakta ve olası nedenleri arasında psikolojik faktörler sayılmaktadır. Bireylerin duygularını ne zaman, nasıl deneyimledikleri, ne şekilde ifade ettikleri ve nasıl ortaya koydukları konusunda zorlanma yaşadığı, duygularını uyumsuz şekilde düzenlemelerine duygu düzenleme güçlüğü denmektedir. Psikolojik dayanıklılık, stresli yaşam olaylarına karşı verilen tepkilerin olumlu tarafı olmaktadır. Uyum sağlama becerilerimizle ilişkilidir ve travma atlatma durumumuz etkilemektedir. Erken dönem uyum bozucu şemalar, genellikle çocukluk ve ergenlik döneminde gelişmekte olup, anılardan, duygulardan, bilişlerden ve bedensel duylardan oluşmaktadırlar, benlik algısını ve kişilerarası ilişkileri etkileyen ve yaşam boyunca sürekli tekrar eden kalıp ya da örüntülerdir.

Çalışma ilişkisel tarama modelinde yürütülmüştür. Çalışmanın örneklemini 408 fibromiyalji hastası oluşturmaktadır. Çalışmada veri toplamak maksadıyla Google Forms aracılığı ile demografik form, Young Şema Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği kullanılmıştır. Toplanan verileri

analiz etmek için sosyal bilimler için istatistik paket programı (SPSS 26) kullanılmıştır. Analizler sonucunda sonucunda duygu düzenleme güçlüğü'nün psikolojik dayanıklılık üzerinde negatif yönde ve anlamlı bir etkisinin olduğu, psikolojik dayanıklılık ile erken dönem uyum bozucu şema alanlarından zedelenmiş otonomi ve zedelenmiş sınırlar şema boyutlarının negatif yönde anlamlı ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında, uyum bozucu şemalar ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü'nün aracılık etkisinin olduğu tespit edilmiştir.

Erken dönem uyum bozucu şemalar ve duygu düzenleme güçlüğü'nün patolojik bozukluklarla ilişkisi ile alakalı çok sayıda araştırma olsa da psikolojik dayanıklılığın da ele alındığı ve tüm bunların fibromiyalji sendromu ile ilişkisini araştıran bir çalışmalar literatürde az sayıdadır. Bundan dolayı alanyazına katkı sağlamak ve bu konudaki araştırmaları genişletmenin önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji Sendromu, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Psikolojik Dayanıklılık, Uyum Bozucu Şemalar

**INVESTIGATION OF THE MEDIUM ROLE OF EMOTION REGULATION
DIFFICULTY IN THE RELATIONSHIP BETWEEN THE ADDICTIVE
SCHEMAS AND THEIR PSYCHOLOGICAL STABILITY OF PATIENTS
WITH FIBROMYALGIA**

ABSTRACT

In this study, it was aimed to examine the effect of difficulty in emotion regulation on psychological resilience. In addition, the mediating role of difficulty in emotion regulation in the relationship between early maladaptive schemas (EDUS) and resilience was investigated.

Fibromyalgia syndrome (FMS) is a musculoskeletal disorder considered as a psychosomatic disease. Individuals cause widespread body aches. FMS progresses with sleep disorder, cognitive dysfunction and anxiety, it is defined as a chronic syndrome of unknown cause and psychological factors are counted among its possible causes. Emotion regulation difficulty is defined as when individuals experience and how they experience their emotions, how they express and how they have difficulty, and when they regulate their emotions incongruously. Psychological resilience is the positive side of reactions to stressful life events. It is related to our ability to adapt, and it affects our recovery from trauma. Early maladaptive schemas usually develop during childhood and adolescence and consist of memories, emotions, cognitions, and bodily senses, and are repetitive patterns or patterns that affect self-perception and interpersonal relationships and are recurrent throughout life.

The study was conducted in relational screening model. The sample of the study consists of 408 fibromyalgia patients. In order to collect data in the study, demographic form, Young Schema Scale, Emotion Regulation Difficulty Scale and Psychological Resilience Scale were used via Google Forms. Statistics package program for social sciences (SPSS 26) was used to analyze the collected data. As a result of the analyzes, it was determined that difficulty in emotion regulation has a

negative and significant effect on resilience, and that there is a negative and significant relationship between resilience and the dimensions of damaged autonomy and impaired boundaries schema dimensions, which are the early maladaptive schema domains. In addition, it was determined that difficulty in emotion regulation had a mediating effect on the relationship between maladaptive schemas and resilience.

Although there are many studies on the relationship between early maladaptive schemas and difficulty in emotion regulation with pathological disorders, there are few studies in the literature that examine psychological resilience and investigate the relationship of all these with fibromyalgia syndrome. Therefore, it is considered important to contribute to the literature and expand research on this subject.

Keywords: Fibromyalgia Syndrome, Difficulty in Emotion Regulation, Resilience, Maladaptive Schemas.

İÇİNDEKİLER

ONUR SÖZÜ	iii
ÖNSÖZ.....	V
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xv
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	xvii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xix
I. GİRİŞ.....	1
A. Araştırma Amacı ve Önemi.....	3
B. Araştırma Modeli.....	4
C. Araştırma Hipotezleri	5
D. Araştırmanın Sınırlılıkları	5
E. Araştırmanın Sayıtları	5
II. FİBROMİYALJİ SENDROMU	7
A. Tarihçe.....	8
B. Epidemiyolojisi	9
C. Klinik Belirtileri	12
D. Tanı Yöntemleri	13
E. Prognoz ve Seyir.....	15
F. Fibromiyalji Sendromunda Uygulanan Tedavi Yöntemleri	16
G. Fibromiyalji Sendromu ve Psikiyatrik Komorbidite.....	17
III. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK	19
A. Psikolojik Dayanıklılık Tanımları ve Kavramı	19

B. Psikolojik Dayanıklılıkla İlişkili Faktörler	20
1. Bireysel/Kişisel Faktörler	21
2. Sosyal ve Çevresel Faktörler	22
C. Psikolojik Sağlık ve Duygu Düzenleme Güçlüğü	22
IV. DUYGU DÜZENLEME KAVRAMI	25
A. Duyguların Tanımı ve İşlevi.....	25
1. Duygu Düzenleme	26
2. Duygu Düzenleme İşlevi.....	28
3. Duygu Düzenlemede Bireysel Farklılıklar	29
4. Duygu Düzenleme Süreçlerinin Modeli	29
B. Duygu Düzenleme Güçlüğü	30
C. Duygu Düzenleme güçlüğü ve Psikolojik Sağlık	31
D. Fibromiyalji Sendromu ve Duygu Düzenleme Güçlüğü	32
V. ŞEMA MODELİ.....	35
A. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar	35
B. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Temelleri	36
C. Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Alanları ve Şema Boyutları	37
1. Zedelenmiş Otonomi Şema Alanı	38
2. Kopukluk/Ayrılma ve Reddedilme Şema Alanı	40
3. Yüksek Standartlar Şema Alanı	42
4. Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı	43
5. Diğer Yönelimlilik Şema Alanı	44
VI. YÖNTEM.....	45
A. Örneklem	45
B. Veri Toplama Süreçleri.....	45
C. Veri Toplama Araçları	46
1. Sosyodemografik Veri Formu.....	46
2. Young Şema Ölçeği	46
3. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	47
4. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.....	47
D. Veri Analizi	48

VII. BULGULAR	49
A. Katılımcıların Demografik Özellikleri	49
B. Güvenilirlik Analizi.....	51
C. Normal Dağılım Analizi	52
D. Tanımlayıcı İstatistiksel Analiz.....	54
E. Korelasyon Analizi	55
F. Hipotez Testleri.....	56
1. Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Psikolojik Dayanıklılığa Etkisinin İncelenmesi	56
2. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Psikolojik Dayanıklılığa Etkisinin İncelenmesi	57
3. Uyum Bozucu Şemalar ve Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Rolünün İncelenmesi	58
a. Zedelenmiş Otonomi Şema Alanı ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Etkisi.....	58
b. Kopukluk Şema Alanı ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Etkisi.....	60
c. Yüksek Standartlar Şema Alanı ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Etkisi.....	62
d. Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Etkisi.....	63
e. Diğer Yönelimlilik Şema Alanı ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Etkisi.....	65
4. Fibromiyalji Hastalarında Psikolojik Dayanıklılık Seviyesinin Partnerden Alınan Desteğe Göre İncelenmesi	66
5. Psikolojik Dayanıklılığın Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi.....	68
6. Psikolojik Dayanıklılığın Alınan Desteğe Göre İncelenmesi.....	71
IX. TARTIŞMA	75
1. Korelasyon ve Regresyon Sonuçlarına İlişkin Tartışma	75
2. Fark Testlerine İlişkin Tartışma	83
a. Cinsiyet ve Yaş	83
b. Medeni Durum ve Eş Desteği.....	84

c. Eğitim ve Çalışma Durumu.....	86
d. Gelir Durumu	87
3. Aracılık Analizine İlişkin Tartışma	87
X. SONUÇ VE ÖNERİLER	91
XI. KAYNAKÇA	95
EKLER.....	117
ÖZGEÇMİŞ.....	141

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Araştırma Modeli.....	4
Şekil 2. Fibromiyalji (FM) prevalansı (Sarzi-Puttini vd., 2020).....	10
Şekil 3. FMS Hassas Noktaların Konumları (Wolfe vd., 1990)	14
Şekil 4. Zedelenmiş Şema Alanı Aracılık Modeli	60
Şekil 5. Kopukluk Şema Alanı Aracılık Modeli	61
Şekil 6. Yüksek Standartlar Şema Alanı Aracılık Modeli	63
Şekil 7. Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı Aracılık Modeli	64
Şekil 8. Diğer Yönelimlilik Şema Alanı Aracılık Modeli	66

ÇİZELGELER LİSTESİ

Çizelge 1: Şema Alanları ve Alt Boyutları (Soygüt vd., 2009)	37
Çizelge 2. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	49
Çizelge 3. Fibromiyalji ve Psikolojik Destek ile İlgili Cevaplar	50
Çizelge 4. Güvenirlilik Analizi Sonuçları	51
Çizelge 5. Normal Dağılım Analizi Sonuçları	52
Çizelge 6. Tanımlayıcı İstatistiksel Analiz Sonuçları	54
Çizelge 7. Korelasyon Analizi Sonuçları.....	55
Çizelge 8. Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Psikolojik Dayanıklılık Üzerindeki Etkisi	56
Çizelge 9. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Psikolojik Dayanıklılık Üzerindeki Etkisi	57
Çizelge 10. Zedelenmiş Otonomi Şema Alanı ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Etkisi	59
Çizelge 11. Kopukluk Şema Alanı ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Etkisi	60
Çizelge 12. Yüksek Standartlar Şema Alanı ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Etkisi	62
Çizelge 13. Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Etkisi	63
Çizelge 14. Diğer Yönelimlilik Şema Alanı ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Etkisi	65
Çizelge 15. Psikolojik Dayanıklılık Seviyesinin Aileden Alınan Desteğe Göre İncelenmesi	67

Çizelge 16. Psikolojik Dayanıklılık Seviyesinin Partnerden Alınan Desteğe Göre İncelenmesi	67
Çizelge 17. Psikolojik Dayanıklılık Seviyesinin Cinsiyete Göre İncelenmesi	68
Çizelge 18. Psikolojik Dayanıklılık Seviyesinin Yaşa Göre İncelenmesi.....	69
Çizelge 19. Psikolojik Dayanıklılık Seviyesinin Medeni Duruma Göre İncelenmesi	69
Çizelge 20. Psikolojik Dayanıklılık Seviyesinin Eğitim Durumuna Göre İncelenmesi	70
Çizelge 21. Psikolojik Dayanıklılık Seviyesinin Çalışma Duruma Göre İncelenmesi	70
Çizelge 22. Psikolojik Dayanıklılık Seviyesinin Gelir Durumuna Göre İncelenmesi	71
Çizelge 23. Psikolojik Dayanıklılık Seviyesinin Aileden Alınan Desteğe Göre İncelenmesi	72
Çizelge 24. Psikolojik Dayanıklılık Seviyesinin Partnerden Alınan Desteğe Göre İncelenmesi	72

KISALTMALAR LİSTESİ

FM : Fibromiyalji

FMS : Fibromiyalji Sendromu

EDUŞ : Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar

ACR : Amerikan Romanoloji Koleji

I. GİRİŞ

Fibromiyalji Sendromu (FMS) uyku sorunları, kronik yaygın ağrı, fiziksel yorgunluk ve bilişsel zorluklara sebebiyet veren kronik bir iskelet sistemi hastalığıdır (Kaya, 2020). Fibromiyaljinin prevalansı yaklaşık %2 ile %8 arasında değişmektedir (Özkan, 2017). Yapılan çalışmalar sosyoekonomik durum, kadın cinsiyet ve eğitim seviyelerinin düşük olmasının hastalık riskini artırdığını göstermiştir (Häuser vd., 2015). FMS yaşam kalitesinde bozulma, iş gücü kaybı ve yüksek sağlık giderleri nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olmakla beraber, her yaş ve cinsiyette görülmekte olup özellikle 40-60 yaş ve kadın cinsiyette en sık görülmektedir (Tan, 2009; Kösehanogulları ve Yılmaz, 2018). Buna ilaveten yaş seviyesi ile artış gösterdiği bilinmektedir. Kişinin psikolojik durumunun fibromiyalji üzerinde etkisi olduğu düşünülmekte, FMS etyolojisi ve patofizyolojisi henüz tam olarak bilinmemektedir (Güleç vd., 2004; Linaresve vd., 2008).

Epidemiyolojik olarak değerlendirildiğinde ülkemizdeki hasta sayısının genel popülasyona oranı dünya üzerindeki FMS hastasının oranına yakın seviyededir. ACR tanı kriterlerine göre oluşturulan maddelere göre ortalama popülasyonun yaklaşık %6 oranında FMS hastası olduğu bilinmektedir. Kadınlar erkeklere göre bir miktar daha yüksek prevalansa sahiptir. Ayrıca, görülme sıklığı artan yaş ile beraber artmaktadır. Her yıl Türkiye’de yaklaşık 100.000 kişiye FMS tanısı konmaktadır (Özkan, 2017).

FMS hastalarının en büyük sorunu hayatlarını idame ettirmede zorluk yaşamalarıdır. Hastalığın vücuda verdiği en büyük zarar sürekli görülen kas ağrısıdır. Buna ilaveten ağrılı hassas noktalar, unutkanlık, uyku problemleri, beyin sisi, halsizlik ve odaklanma sorunları listelenebilir. Daha da önemlisi FMS bireylerin psikolojik sorunlar yaşamalarına sebep olmaktadır. Hastaların yaşadığı depresyon ve duygu düzenleme güçlüğü gibi durumlar, hayat standartlarını ciddi seviyede olumsuz etkilemektedir.

FMS, fizik muayenede ve laboratuvar tetkiklerinde nesnel bulguların saptanmayışı nedeni ile uzun yıllar bir hastalık olarak kabul edilmemiş, daha sonra hastalığa eşlik eden bazı duygu durum bozuklukları ve uyku bozukluklarının varlığı nedeni ile psikolojik bir hastalık olarak düşünülmüştür. Bu hastalarda özellikle depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik belirtilerin sık olduğu gösterilmiştir (Mcbeth vd., 2007). Buna rağmen temelde genetik, çevresel, nörohormonal, psikolojik, immünolojik, biyokimyasal ve daha birçok faktörün birlikte rol aldığı bir etyolojisi olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalara göre FMS hastalarının %35'inde psikolojik rahatsızlıklar görülmektedir ve bu oran %30-90 arasında seyretmektedir (Özçetin, 2014).

Duyguları tanımak ve ifade edebilmek kişilerarası ilişkinin sağlıklı bir şekilde gelişmesi ve ilerlemesi için oldukça önemlidir (Oktay ve Batıgün, 2014). Fibromiyalji sendromu olan bireylerde de duyguları tanımlamada, ayırt etmede ve ifade etmede yetersizlik olarak bilinen aleksitimik kişilik yapısı bulunmaktadır (Kaya vd., 2010). Duygu düzenleme kavramı kişinin sahip olduğu duyguları ve bu duyguları nasıl ifade ettiğini içermektedir. Bireyin duygulara dair farkındalığının olmaması, duygu düzenleme güçlüğü olarak ifade edilmekte; duyguları anlayamamak, kabul etmemek, yoğunluğunu ve süresini ayarlayamamak, dürtüleri kontrol edememek, amaca yönelik davranışlarda yetersizlik yaşamak gibi faktörler duygu düzenleme sürecini etkilemektedir (Gratz ve Roemer, 2004; Gross, 1998). Bireyin iyi oluşu, duygularını nasıl düzenlediğiyle bağlantılı olmaktadır. Duyguların yaşanması, yansıtılması ve yönetilmesi duygunun türü, yoğunluğu ve süresine göre değişmek ile duruma uygun olmadığında kişi için zarar verici olabilmekte ve psikosomatik semptomlara da sebep olabilmektedir. Fibromiyalji sendromu olan bireylerin duygudan kaçınmaları, duyguyu bastırmaları ya da duygularını ifade etmemeleri durumları, bu sendromu yaşayan bireylerin duygu şemalarının ne olduğunu anlamak konusunda merak oluşturmaktadır. Duygu şeması bireyin bir duyguya yanıt olarak hangi başa çıkma stratejilerini kullandığını ve duygusuna karşı yaklaşımlarını içermektedir (Ekinci vd., 2011).

Psikolojik dayanıklılık, stres, yas ve zor olaylarla başa çıkma yeteneği, travma, tehdit, ailevi ya da ilişkisel problemler, önemli sağlık problemleri, iş yeri- parasal

problemler gibi stres kaynaklarına karşı uyum sağlama süreci olarak ifade edilmektedir (Tusaie ve Dyer 2004, akt. Basım ve Çetin, 2011). Bireyin zorlu yaşam stresörleri karşısında kendini toparlama gücüne ve zor yaşamsal tecrübelerin üstesinden gelme yeteneğine sahip olması, psikolojik dayanıklılık seviyeleri ile pozitif korelasyonda gitmektedir. Psikolojik dayanıklılığın, fiziksel sağlığa faydası olmakla beraber, psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireylerde hastalık bulgularının daha hafif ya da sağlamlığın hastalığın oluşumu açısından koruyucu, dayanıklılığın düşük olduğu bireylerde ise hastalık gelişimi için risk olabileceği işaret edilmektedir. Psikolojik dayanıklılık kişilerin iyi oluşunu etkilemektedir. Bunların yanında kişinin iyi oluşunda olumlu duyguların da önemli bir yere sahip olduğu kabul görmüştür. Bir kişilik özelliği olan psikolojik dayanıklılık stresin etkilerini azaltmakta ve uyumluluğu sağlamaktadır (Jacelon, 1997). FMS semptomlarının oluşmasının en baş sebeplerinden biri ise stres faktörleri olmaktadır.

Şema kavramı literatürde birden çok kez tanımlanmakta olup, Beck'e göre erken dönem yaşantılarımız temelinde oluşmaktadır. Kökenini çocukluk ve ergenlik dönemi yaşantılarından alan şemalar, ebeveyn ilişkileri üzerinden öğrenilmekte, ilerleyen dönemlerde değişmesi zor köklü inançlar olarak bireyin işlevselliğini bozan bilişsel yapılar olarak tanımlanmaktadır (Beck, 1976; Karaosmanoğlu vd., 2009)

Literatürde duygu düzenleme güçlüğü ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiyi fibromiyalji hastaları örnekleminde inceleyen ve bu ilişkide uyumsuz şemaların aracılık rolünü inceleyen çalışmaya rastlanılmadığından literatürdeki bu boşluğa katkı sağlamanın önem arz ettiği değerlendirilmektedir.

Yukarıda listelenen sebeplerden dolayı yapılan bu tez çalışması öncelikle ülkemiz ve sonrasında ise uluslararası literature katkı yapması beklenmektedir. Çalışma sonucunda elde edilen sonuçlar ise daha önce yapılmış araştırmalardan elde edilen bulgular ile karşılaştırılarak değerlendirilmesi literatüre katkıda bulunacaktır.

A. Araştırma Amacı ve Önemi

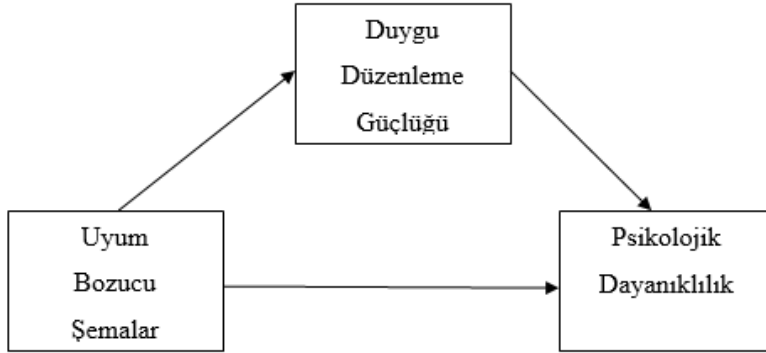
Bu çalışmada temel olarak fibromiyalji hastalarının duygu düzenleme güçlüğüünün psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bunun yanında,

FMS hastalarının erken dönem uyum bozucu şemaları ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğünün aracılık rolü de incelenmiştir.

FMS kişilerin hayatlarını etkileyen ciddi bir sorun olarak görülmektedir. Bu rahatsızlığın etiyojisinin ve etki eden psikolojik değişkenlerin incelenmesi önemli olmaktadır. Bu çalışmanın konusu, bu boşluğun duygu düzenleme güçlüğü, psikolojik dayanıklılık ve uyum bozucu şemalar bağlamında giderilmesi motivasyonu ile belirlenmiştir. Ülkemizde FMS ile ilgili yapılmış pek çok çalışma olsa da erken dönem uyum bozucu şemalar ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelendiği ve bunların duygu düzenleme güçlüğü etkisine bakıldığı herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. FMS hastalığının farklı boyutları incelenmesi bu hastalığın tedavisine bütünsel yaklaşabilmek ve strateji geliştirebilmek açısından önemli olacağı düşünülmektedir.

B. Araştırma Modeli

Çalışma ilişkisel tarama modelinde yürütülmüştür. Çalışmada erken dönem uyum bozucu şemalar bağımsız değişken, psikolojik dayanıklılık bağımlı değişken, duygu düzenleme ise aracı değişken olarak ele alınmıştır.



Şekil 1: Araştırma Modeli

C. Araştırma Hipotezleri

Bu araştırmada yer alan temel değişkenler sosyodemografik özellikler, duygu düzenleme güçlüğü psikolojik dayanıklılık ve uyum bozucu şemalardır. Önceki yıllarda konu ile ilgili yapılan çalışmalarının incelenmesi ve bu tezin yapısal olarak tasarlanması sonrasında çalışmanın hipotezleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

H1: Duygu düzenleme güçlüğü, psikolojik dayanıklılığı negatif yönlü anlamlı düzeyde yordamaktadır.

H2: Erken dönem uyum bozucu şemalar, psikolojik dayanıklılığı negatif yönlü anlamlı düzeyde yordamaktadır.

H3: Uyum bozucu şemalar ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkide, duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı etkisi vardır.

H4: Fibromiyalji hastalarında psikolojik dayanıklılık demografik özelliklere göre farklılaşmaktadır.

H5: Fibromiyalji hastalarında psikolojik dayanıklılık eş desteğine göre farklılaşmaktadır.

D. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sonuçları, araştırmaya dahil edilen katılımcıların anket sorularına verdikleri cevaplar ile sınırlıdır.

E. Araştırmanın Sayılıları

Araştırmada kullanılan veri toplama formlarında bulunan soruların ilgili amaçlara yönelik ve istenilen verilerin toplanmasını sağladıkları varsayılmıştır. Ayrıca, araştırmaya dahil edilen bireylerin veri toplama araçlarında yer alan sorulara doğru cevap verdikleri varsayılmıştır.

II. FİBROMİYALJİ SENDROMU

Fibromiyalji, kas iskelet sistemi ağrılarının, uyku bozukluğu ve yorgunluk ile bir arada ortaya çıktığı kronik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Dönmez ve Erdoğan, 2009). FMS'da en yaygın görülmekte olan belirti uyku bozukluğudur, hastalar uykularında dinlenememe durumunu sık yaşamakla beraber, buna eşlik eden yorgunluk, baş ağrısı, depresyon gibi şikayetler yaşamaktadırlar. Busch (2007) FM'yi kalıcı yaygın ağrı ve hassasiyet sendromu olarak tanımlamaktadır. Fibromiyalji ağrı ve eşlik eden yorgunluk, dinlendirmeyen uyku, duygudurum ve kognitif işlev bozuklukları ile yaşam kalitesini önemli derecede etkileyen bir hastalıktır olmaktadır.

FMS, kronik ağrı, uyku sorunları, fiziksel yorgunluk ve bilişsel zorluklarla karakterize edilmekte ve birçok psikopatoloji için risk faktörü olduğu bilinmektedir. Başta majör depresif bozukluk olmakla beraber genel olarak görülen belirtiler anksiyete, depresyon, anksiyete, kronik yorgunluk sendromu, bağırsak ve mesane sendromudur (Häuser vd., 2015). FMS hastalarında en yaygın olarak görülen kas ağrısına ilaveten, fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklar da görülmektedir. Bunlardan en yaygın görülenler uyku güçlüğü, yorgunluk, tutukluk ve depresyondur (Hawley ve Wolfe, 1991). Bu şikayetler bireylerin hem uykuda hem de uyanırken olduğu yaşam kalitelerini önemli oranda düşürebilmektedir (Karakuş vd. 1998; Sivas vd. 2009)

Ülkemizde gerçekleştirilen çalışmalara göre, depresyon tanısı alan FMS hastalarının oranı, hafif seyirde depresyon da dahil olmak üzere %90 olmaktadır (Güven vd. 2005; Sivas vd. 2009). Yaşam kalitesini bozan faktörler, duygusal problemlerinde kendini göstermesi ile beraber bireydeki çaresizlik ve umutsuzluk duygularının artmasına ve buna bağlı olarak somatizasyon, depresyon ve anksiyete belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Güleç vd. 2004; Tekintaş, 2018). Ağrının şiddetinin anksiyeteye alakalı olabileceği belirtilmiştir (Ataoğlu vd. 2002).

FM hastalarının hayat standartlarını arttırmak ve tedavi yöntemleri ile ilgili farklı yaklaşımlar vardır. Sindel, Saral ve Esmailzadeh (2012) Günümüzde fibromiyaljinin tam olarak iyileşmesini sağlayan bir tedavi bulunmaması ile beraber, tedavi semptomların azaltılmasını, yaşam kalitesi ve işlevlerin korunmasını, iyileştirilmesini hedeflemektedir. FM hastalarına yönelik tedavi yöntemlerini egzersiz eğitimi, adım atma ve yürüme gibi aerobikleri olarak listelemiştir. Hastalığın semptomları bireyleri egzersiz yapmaktan vazgeçirebilir. Buna ilaveten güçlendirme egzersizleri, ağırlık kaldırma veya direnç makineleri kullanma ve esneklik için germe egzersizleri gibi yöntemleri bulunmaktadır (Genç ve Sağıroğlu, 2002). Egzersiz genel yönetimin bir parçası olmasına rağmen fibromiyalji, egzersizin ayrı ayrı veya eğitim gibi diğer stratejilerle birlikte kullanılabilir.

A. Tarihçe

FM, yaklaşık iki yüzyıldır bilinen ve sertliğe, ağrıya, yorgunluğa ve uygu güçlüğüne sebebiyet veren romatizmal hastalıktır (Yunus, 1989). FM, fibromiyalji olarak bilirse de ilk tanımlandığı 17. Yüzyılda farklı bir isimle anılmıştır. Hastalık ilk olarak 'fibrozit' olarak isimlendirilmiştir. İlk bilinen sebebi ise ağırlı bölgelerin iltihaplanmasından kaynaklanmaktadır (Häuser vd., 2015).

FM tanımı ve tıbbi literatürde yer aldığı grup ile ilgili tarih içinde değişim görülmüştür. Hastalık, önceleri eklem dışı kaynaklı belirli olmayan kas-iskelet ağrıları kas romatizması gibi isimler altında tanımlanmıştır. Sonraki yıllarda yapılan çalışmalar (Häuser vd., 2015) hastalığın genel kas-iskelet ağrıları veya sertliği, yorgunluk, zayıf uyku ve çok sayıda hassas nokta ile fibrozit sendromuna sahip romatolojik bir antite olarak açıklamıştır (Özkan, 2017).

Fibrozit kelimesi ilk defa 1904 yılında Gowers tarafından ortaya atılmıştır. Smythe, bu hastalık ile ilgili ilk modern açıklamaları 1970'lerdeki klinik deneyime dayalı olarak yapmıştır (Wolfe vd., 1990). Ancak, 'fibrozit' ile ilgili veriye dayalı ilk kriterler 1981 yılına kadar yayınlanmamıştır. Sonrasında günümüze kadar bilinen kriterler yayınlanmıştır. 1976 yılında ise günümüzde de kullanılan 'Fibromiyalji' terimi olarak değiştirilmiştir (Inancıcı ve Yunus, 2004)..

1989 yılına gelindiğinde ise fibromiyalji ile ilgili uygun tasarım ve kontrol kriterlerine sahip çalışmalar rapor edilmiştir. Bunlardan en önemlisi Amerikan Romatoloji Koleji (ACR) tarafından 1990 yılında yayınlanan rapordur. Rapora göre FM sendromun sınıflandırma kriterini vücutta belirtilen 18 hassas noktadan en az 11'inde ağrı ile birlikte, üç aydan uzun süren yaygın ağrının bulunması olarak belirtilmiştir (Hawley ve Wolfe, 1991).

FMS ile öfke ve aleksitiminin ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, Güleç ve arkadaşları (2004) 101 FMS, 30 romatoid artrit hastası ve 59 kişi kontrol grubu olmak üzere üç grup oluşturulmuş, FMS hastalarının içe dönük öfke 46 yoğunlukları diğer iki gruptan da anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Kronik ağrı hastalarında öfkenin incelendiği araştırmada da içe dönük öfke puanının yüksek olduğu belirlenmiş ve içe dönük veya bastırılmış öfkenin FMS'nin bir bileşeni olabileceği düşünülmüştür. Fibromiyalji hastalarının genel olarak öfkelerini bastırdıkları veya kendilerine yönelttikleri ifade edilmiştir (Fernandez ve Turk. 1995; Güleç vd. 2004).

B. Epidemiyolojisi

FM sendromunun belirtisi olan kronik yaygın ağrı, ülkelerin ve o ülkede yaşayan bireylerin toplumsal özelliklerine göre farklı prevalans oranları görülmektedir. Genel olarak karşılaştırılabilir prevalans oranları genel popülasyonun %7,3 ila %12,9 arasında olduğu bilinmektedir (Neumann ve Buskila, 2003). Cinsiyet olarak kadınlar erkeklere göre hastalığa sahip olma durumu daha yaygın ve genel popülasyondaki yüzdeleri daha yüksektir.

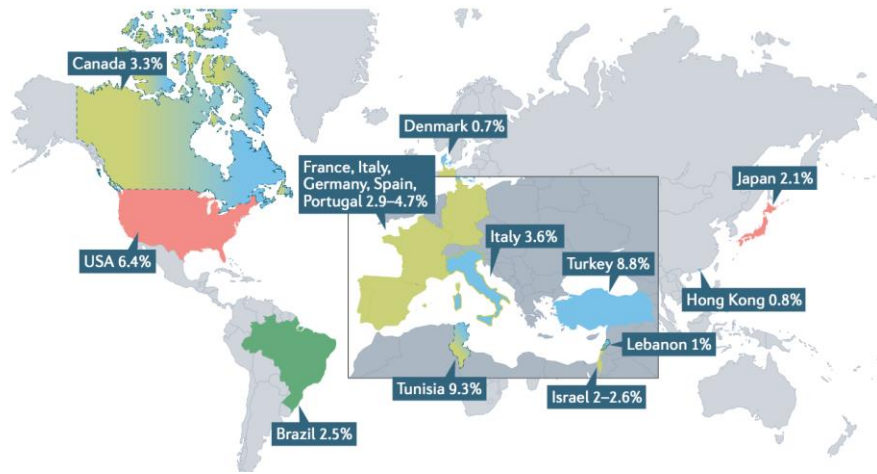
FM sendromunun epidemiyolojisi ile ilgili veriler yapılan klinik çalışmalarla ortaya konmuştur. Genel olarak toplumdaki prevalans %0,5 ile %5 olarak bilinmektedir. Hastalığın risk faktörleri ile ilgili bilinenler oldukça sınırlıdır. Özellikle kadınlar daha fazla risk altında olup ve 30 yaş ve sonrasında daha fazla artmaktadır (Döger vd., 2011). FM hastalığına sahip bireylerin özellikle birinci derece yakınlarında hastalığın görülme durumu daha yüksektir ve bu sebepten dolayı genetik ve çevresel faktörlerin birlikte etkili olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar (Sarzi-Puttini vd., 2020)

hastalığın romatolojik hastalıklar, kronik viral enfeksiyon ve sistemik hastalıklar ile beraber ortaya çıkabileceğini göstermektedir.

Bir diğer çalışmada (Neumann ve Buskila, 2003) ise genel popülasyonda FM prevalansının %0,5 ile %5 arasında ve klinikte %15,7'ye kadar çıktığı bildirilmiştir. FM'nin diğer romatizmal bozukluklar, kronik viral enfeksiyonlar ve sistemik hastalıklar ile ortak ilişkisi çalışmada incelenmiştir. Sonuçlar FM sendromunun ilişkili hastalıklar ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

FM, fonksiyonel somatik sendromlar ailesinin bir üyesi olarak kabul edilir (Wolfe vd., 1990). Bu sendromlar çok yaygındır ve benzer bir fenomenolojiyi, epidemiyolojik özellikleri, yüksek oluşum oranlarını, ortak ve benzer yönetim stratejilerini içermektedir. FM hastalarının yakınları arasında genetik ve çevresel faktörlere bağlı yüksek FM prevalans gözlenmiştir (White ve Harth, 2001).

Sarzi-Puttini ve arkadaşları (2020) yaptıkları çalışmada fibromiyalji ile ilgili yapılan çalışmalarını incelemişler ve küresel olarak hastalığın yaygınlık seviyelerini belirlemeye çalışmışlardır. Ülkemizde FM hastalarının oranı %8,8 belirlenmiştir (Şekil 1). Çalışmada elde edilen en düşük oranlar ise Danimarka, Hong Kong ve Brezilya' da bulunmuştur.



Şekil 2. Fibromiyalji (FM) prevalansı (Sarzi-Puttini vd., 2020)

FM prevelansı ile ilgili farklı kriterler bulunmaktadır. Wolfe ve arkadaşları (1995) yaptığı çalışmada ACR kriterlerine göre belirlenen prevelans seviyesini, Amerikan toplumundaki erişkinlerde yaklaşık %2 olarak elde etmişlerdir. Cinsiyet olarak kadınlarda %3,5 ve erkeklerde yaklaşık %0,5 olduğu görülmüştür. Çocuklar ile ilgili yapılan çalışmalarda ise prevalans %1,2 ile %6,2 oranları arasında olduğu saptanmıştır.

FM prevelansı ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmaların hastalığın yaygınlık seviyesinin dünya ortalamalarına benzer olduğunu göstermiştir. Örneğin, ülkemizde FM prevalans oranı yaklaşık %3,6 olduğu hesaplanmıştır (Topbas vd., 2005). Bununla beraber, cinsiyet olarak bakıldığında uluslararası çalışmalara benzer olarak kadınların erkeklere oranla daha yüksek prevalansa sahip oldukları belirlenmiştir.

FM rahatsızlığı 30'lu yaşlarından sonra görülmektedir. Hastalık, genellikle 30 ila 60 yaşları arasında gelişir, ancak çocukları ve yaşlıları da etkilemektedir. Çoğu kişiye orta yaşta teşhis konur ve sayılar nüfusta artan yaşla birlikte yükselme eğilimindedir (Wolfe vd., 1995). Özellikle, 20 ila 55 yaş arasındaki doğurganlık çağındaki kadınlar en savunmasızdır ve bu duruma yakalanma olasılığı yüksektir (Kibar vd., 2015). FM hastalığı genelde 40 ile 60 yaşları arasında daha yüksek seviyede ortaya çıktığı ve yaşın artması ile görülme olasılığının arttığı bilinmektedir. Ayrıca, kadın olma, düşük eğitimi, gelir düzeyi düşük ve boşanmış bireylerde prevelansı yüksektir.

FM, üretkenlik kaybına sebep olmakla beraber ayrıca hastalar arasında daha düşük refah ve yaşam kalitesi algısı ile ilişkilidir. FM olan kişilerin daha sık hastaneye yatırılma olasılığı bulunmaktadır (Clark vd., 1998). Kadınlar erkeklere göre daha yüksek hastaneye yatış oranlarına sahiptir. Şiddeti hafif ile ciddi derecede zayıflatıcı arasında değişebilen yüksek düzeyde ilişkili semptomlar vardır. Fibromiyalji hastalar ile bu hastalığı olmayanlar arasında ölüm veya ölüm oranları arasında fark azdır. Depresyon nedeniyle intihar eğilimi veya yaralanma nedeniyle ilişkili faktörler nedeniyle ölüm riskleri ortaya çıkabilir. Fibromiyalji hastası olan bir ebeveyni olan çocukların, genetik bir bağlantı olduğunu düşündüren fibromiyalji geliştirme olasılığı daha yüksektir. Bağırsak Sendromu, Premenstral Sendrom veya Uyku bozuklukları gibi rahatsızlıkları olan çocukların fibromiyalji geliştirme olasılığı daha yüksektir (Cordero vd., 2013).

C. Klinik Belirtileri

FM hastalığının tanımlanması ve teşhis edilmesi için gerekli klinik belirtiler bulunmaktadır. FM ile ilgili yapılan çalışmalarda hastalık ile ilgili bazı klinik belirtiler dikkat çekmektedir (White ve Harth, 2001). Çalışmalarda elde edilen sonuçlar hastalığın temel belirtilerini belli bölgelerde ve kronik ve yaygın ağrılar, bilişsel bozukluklar ve güçsüzlük olduğunu ifade etmişlerdir (White ve Harth, 2001).

FM ile ilgili fiziksel muayene yeterlidir. FM sendromunun bilinen en temel özelliği fizik muayenede vücutta birden fazla hassas noktadaki kronik ve yaygın ağrıdır. FM tanısında ACR hassas nokta kriterleri, klinik ortamda bu durumun teşhisi için yeterli olarak kabul edilmektedir (Mease, 2005).

Yorgunluk ve uyku bozuklukları ile birlikte yaygın kas ağrısı ve eklem ağrısı hastalığın en önemli belirleyici semptomları arasındadır (Clauw, 2009). Ancak, hastalık insanları farklı şekilde etkilemektedir. FM ile ilgili bilinen en belirgin semptomlar ve klinik belirtiler aşağıdaki gibi listelenebilir (CDC (Centers for Disease Control (Amerikan Hastalık ve Önleme Merkezleri)), 2020):

- Anksiyete veya depresyon.
- İshal veya kabızlık dahil olmak üzere sindirim sorunları.
- Yüz veya çene ağrısı ile ilgili bozukluklar.
- Baş ağrısı veya migren.
- Hafıza sorunları.
- Ellerde veya ayaklarda karıncalanma veya uyuşma.

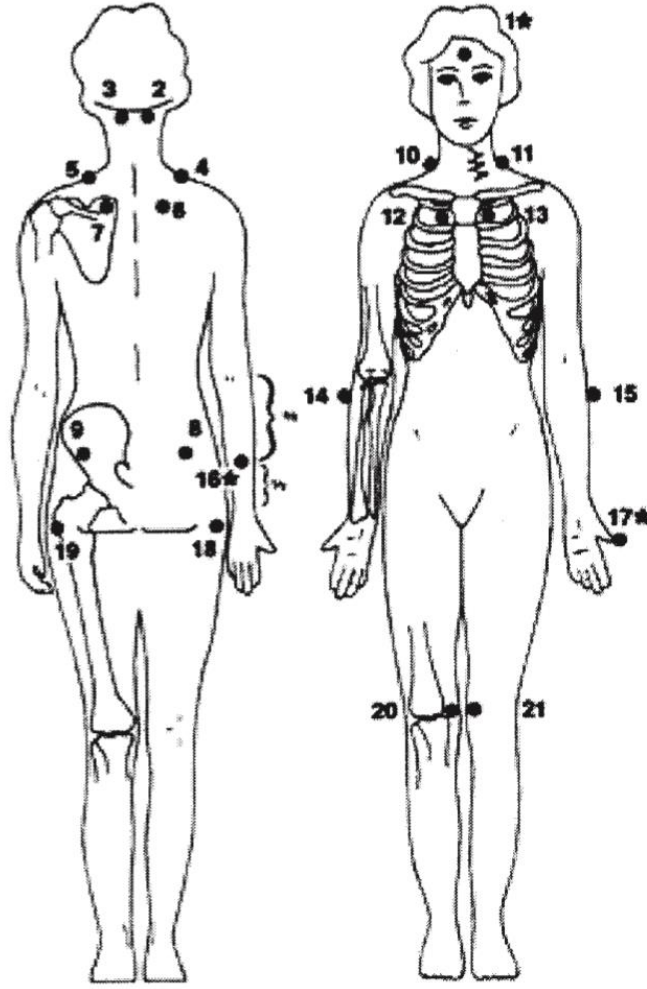
Fibromiyaljinin insan vücuduna fiziksel ve fizyolojik etkileri bulunmaktadır. Beyinde kronik baş ağrıları, uyku bozuklukları, dengesizlik ve kognitif bozukluklara sebep olmaktadır (Uludüz, 2022). Ciltte kuruluk, yorgunluk, eklem ağrıları, mesane sorunları, görme bozuklukları, mide bulantısı ve doğurganlık sorunlarına da sebebiyet

vermektedir. Yapılan ilgili bir çalışmada Cordero ve arkadaşları (2013), 183 FM hastasında vücut kitle indeksi, lipit profili ve klinik semptomlar arasındaki ilişkiyi analiz etmiş için ve bunların klinik semptomlarla ilişkisini incelemiştir. Hastalar hassas noktalar ve Görsel Analog Ağrı Skalaları (VAS) kullanılarak analiz edilmiştir. Sonuçlar hastaların %57,9'unun artan toplam kolesterol seviyelere, %63.4'lük yüksek LDL kolesterol seviyelerine ve %19.9'luk yüksek trigliserit seviyelerine sahip olduklarını göstermiştir. BMI, toplam kolesterol ve trigliseritler bazı klinik parametrelerle yüksek ilişki olduğu elde edilmiştir. Fazla kilo ve lipid profili fibromiyalji semptomları ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.

D. Tanı Yöntemleri

Günümüzde FM'yi tanımlamak için genel bir tanısı test bulunmamaktadır. Bu sebepten dolayı bireylerin sahip oldukları özelliklere göre farklı koşulları elimine ettikten sonra teşhis konmaktadır. Hastalığın en önemli belirtileri arasında yaygın ağrı, uyku sorunları ve yorgunluk bulunması bireyin FM'ye sahip olduğunu net olarak ortaya koymamaktadır (Mease vd., 2007). 2019 Uluslararası Teşhis Kriterleri tarafından belirlenen kriterlere uygun olması durumunda bireylere hastalık teşhisi konulmaktadır. Bunlar arasında 3 ay veya daha uzun süren yaygın ağrı ve ilgili diğer semptomların olması gerekmektedir. Ağrı, vücudun her iki tarafında aynı noktada ortaya çıkmakta ve fibromiyalji ile yaşayan kişilerin vücutlarında ağrılı 18 hassas nokta bulunmaktadır.

FM tanısı, hastanın daha önceki rahatsızlıkları, yapılan fizik muayene, laboratuvar değerlendirmeleri ve ilgili semptomların diğer nedenlerinin dışlanması ile elde edilen sonuçlara göre yapılmaktadır (Wolfe vd., 1990). Bireylere FM tanısı koyabilmek için belirlenen genel kriterler aşağıdaki şekilde görüldüğü gibi belirtilmektedir (Şekil 2). Buna göre bireylere tanı koyarken şekilde görülen bölgelerde ağrıların bulunması gerekmektedir.



Şekil 3. FMS Hassas Noktaların Konumları (Wolfe Vd., 1990)

Amerikan Romatoloji Koleji tarafından önerilen ve yetişkinlerde FM'yi sınıflandırmak için kullanılan 2 ana tanı kriteri bulunmaktadır. İlk kriter, hastanın en az 3 ay yaygın ağrı öyküsü olmasıdır. İkinci kriter, hastanın 18 hassas noktadan en az 11'inde hassasiyet bildirmesini gerektirmektedir (Şekil 2.3). Hassas noktaların tanısal faydası, FM'yi kontrollerde tanımlamak üzere raporlarla ve yalan çalışmalar desteklenmiştir (Wolfe vd., 1990).

E. Prognoz ve Seyir

FM hastası olan insanlar ilaçlar ve yaşam tarzı değişiklikleri ile semptomları hafifletebilir. Semptomlar stresli zamanlarda artmaktadır. Stresi azaltmak için yürümek görülen semptomları azaltabilir (Cansu vd., 2019). Hastalık hayat standardını azaltmakta ve devam etmeyi engelleyebilmektedir. Bazı hastalar çalışamayacak kadar şiddetli ağrı veya yorgunluk yaşamayabilmektedir (Parent vd., 2005).

Fibromiyalji ağrıya, sakatlığa ve daha düşük yaşam kalitesine neden olabilmektedir (Parent vd., 2005). Fibromiyalji hastalarında özellikle yetişkinlerin aşağıdaki gibi komplikasyonları olabilir (CDC, 2020):

- Fibromiyalji hastalarının hastaneye yatışların artması hasta olmayanlara göre iki kat daha fazladır.
- Fibromiyalji olan kadınlar daha düşük bir yaşam kalitesi bulunmaktadır.
- . Fibromiyalji olan yetişkinlerin, fibromiyalji olmayan yetişkinlere göre majör depresyon geçirme olasılığı 3 kat daha fazladır. Bu sebepten dolayı depresyon taraması ve tedavisi son derece önemlidir.
- Fibromiyalji hastalarında intihar ve yaralanmalardan ölüm oranları daha yüksektir, ancak fibromiyalji sahibi yetişkinler arasındaki genel ölüm oranı genel popülasyona benzemektedir.
- Fibromiyalji hastalarında diğer romatizmal rahatsızlıklar daha yüksek oranda olmaktadır.
- Fibromiyalji sıklıkla osteoartrit, romatoid artrit ve sistemik lupus eritematozus diğer artrit tipleri ile birlikte görülmektedir.

Fibromiyalji hastalarının hayat kalitelerini artırmak için uzmanların tavsiye ettiği bazı yaklaşımlar bulunmaktadır. Bunlardan ilki hastalara fiziksel olarak aktif olmaları önerilmektedir (Uludüz, 2022). Yetişkinlerin yürüme veya benzeri egzersizler yapmaları önerilmektedir. Hastaların kendi kendilerine egzersiz yapmaları gereklidir.

F. Fibromiyalji Sendromunda Uygulanan Tedavi Yöntemleri

FM 'nin kesin tedavisi bulunmamaktadır. Ancak bazı ilaç, tedavi ve yaşam tarzı değişiklikleri semptomları iyileştirdiği görülmüştür (Sendel vd., 2012). Bunlar arasında en yaygın olarak kullanılanlardan bazıları aşağıdaki gibidir:

- Antidepresanlar.
- Bilişsel davranışçı terapi.
- Geliştirilmiş uyku alışkanlıkları.
- Reçeteli ve reçetesiz satılan ağrı kesici ilaçlar.
- Stres yönetimi teknikleri.
- Kuvvet antrenmanı ve egzersiz.

Hastalığın tedavisi için yukarıda belirlenen ve önerilen yöntemlere ek olarak bazı yöntemlerin beraber kullanılması tedavi açısından farklı sonuçlar alınabilmesini sağlayabilmektedir. Hasta, FM ve romatolog adı verilen diğer artrit türlerinin tedavisinde uzmanlaşmış doktor veya sağlık uzmanları ekibi tarafından tedavi edilmelidir (Zinnuroğlu, 2007). Doktorlar genellikle fibromiyaljiyi aşağıdakileri içeren bir tedavi kombinasyonu ile tedavi eder:

- Reçeteli ve reçetesiz satılan ağrı kesici ilaçlar
- Aerobik egzersiz ve kas güçlendirme egzersizi
- Hasta eğitim sınıfları, genellikle birinci basamak veya toplum ortamlarında
- Meditasyon, yoga ve masaj gibi stres yönetimi teknikleri
- Uyku kalitesini artırmak için iyi uyku alışkanlıkları
- Altta yatan depresyonu tedavi etmek için Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT).

Hastalığın tedavisinde en dikkat çeken yöntem fiziksel etkinlikler içerenlerdir. FM hastalarının tedavi programının bir parçası olarak hastanın klinik durumu ve genel durumuna göre bireysel egzersiz programlarının uygulanması önerilmektedir (Sendel vd., 2012). Bu tedavi yöntemi ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda (Cochrane, 2017) fiziksel aktivite ve egzersizin rolleri incelenmiştir. Cochrane (2017) fiziksel aktivite ve egzersizin ağrının şiddetini azaltma ve fiziksel fonksiyonları iyileştirme açısından genellikle hafif ila

orta derecede faydalı olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca, uygulanan fiziksel tedavi yöntemlerinin hastalığın yan etkilerini azalttığı ve yaşam kalitesinin arttırdığı tespit edilmiştir. Hastalara genellikle aerobik egzersizleri önerilmekle birlikte hem aerobik hem de kuvvetlendirme egzersizlerinin beraber kullanılmasının daha faydalı olduğu görülmüştür (Cochrane, 2017).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise fiziksel egzersizlerin hastaların tedavisine etkileri araştırılmıştır. 57 hasta ile yapılan çalışmada denge egzersizlerinin etkinliği araştırılmış ve hastalarda denge egzersizlerinin statik denge ve fonksiyonel düzeyler açısından faydalı olduğu sonucuna varılmıştır (Kibar vd., 2015). Buna ilaveten, temel boyun eklem hareketi ve postür egzersizleri ile bir egzersiz programı başlatılabilir ve sonrasında tüm vücut güçlendirme ve aerobik egzersizler ile devam ettirilebilir (Kibar vd., 2015).

G. Fibromiyalji Sendromu ve Psikiyatrik Komorbidite

FM hastaları genellikle psikolojik rahatsızlıklardan mustarıptır. Hastalarda psikolojik rahatsızlık görülme seviyeleri farklıdır. Bu psikolojik hastalıklardan en yaygın olanı ise depresyondur.

FM hastalarının çoğu bir veya daha fazla komorbiditeye sahip olmasına rağmen genellikle birden fazla ilaç kullanmaktadırlar. Bunun sebebi hastalığın diğer fiziksel ve psikolojik hastalıklarla beraber görülmesidir. FM hastaları çoğunlukla depresyon, anksiyete ve insomnia gibi rahatsızlıklar görülmektedir. Bunun en önemli sebebi fibromiyaljinin depresyon, afektif spektrum bozukluğunun iki tezahürü olarak bilinmesidir (Gracely vd., 2012).

FMS ve psikiyatrik durumların komorbiditesi destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Buskila ve Cohen, 2007). Kronik ağrının depresyona neden olduğu ve kronik ağrı sendromunun depresyonun bir çeşidi olduğu varsayılmaktadır. Örneğin, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ile FMS arasında bir bağlantı bulunduğu bilinmektedir. FMS hastalarında eşlik eden psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesi

linik sonuçlar hastalarda tedavi ve işlev bozukluğunun hem fiziksel hem de duygusal boyutları olduğunu göstermiştir (Thiagarajah vd., 2014).

III. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

Psikolojik sağlamlık (Resilience) genel olarak bireylerin hayat şartlarına karşı gösterdikleri direnç olarak bilinmektedir. Psikolojik sağlamlık bireylerin günlük hayatlarında karşılaştıkları zorluk ve olumsuzluklara karşı özellikle koruyucu ve risk faktörlerinin etkileşimleri sonucunda değişikliğe uyum göstermeleridir (Kararımak, 2006). Bir diğer ifadeyle psikolojik sağlamlık olumsuz yaşıntılara karşı güçlü kalabilmektir.

Her birey yaşam süreci boyunca stres deneyimi yaşamaktadır. Yaşıntımızı etkileyen çok sayıda stres faktörüne maruz kalmak ile beraber bunlar gündelik streslerden daha ciddi derecedeki travmatik yaşıntılara kadar çeşitlilik göstermektedirler. Strese verilen tepkiler kişiden kişiye göre farklılık göstermekte ve tüm bunları bireyin iyi oluş halini etkilemektedir. Sağlıklı stres yönetiminde olması gereken, stres yaratan duruma uyum göstermek, o durumla işlevselliğimizi bozmayacak şekilde başa çıkmak ve o durumun etkisini kontrol ederek yeterlik göstermektir, strese verilen tepkilerin olumlu tarafı psikolojik dayanıklılık olarak ifade edilmektedir (Şahin vd., 2012).

A. Psikolojik Dayanıklılık Tanımları ve Kavramı

Psikolojik sağlamlık, hayatta karşılaşılan zorluk ve olumsuzluklara rağmen adaptasyon veya zihinsel sağlığı koruma veya yeniden kazanma yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Herman vd., 2011). Psikolojik sağlamlık ile ilgili ortaya atılan tanımlar yıllar içinde çalışılan alana göre farklılık göstermesine rağmen zihinsel sağlığı koruma ve kazanma yeteneklerinin cinsiyet ve sosyolojik farklılıklardan kaynaklı değişiklik gösterebilmektedir. Psikolojik sağlamlık, psikoloji, psikiyatri, sosyoloji ve daha yakın zamanda genetik, endokrinoloji ve sinirbilim dahil olmak üzere biyolojik disiplinler dahil olmak üzere çeşitli disiplinlerden araştırmacılar tarafından incelenmeye başlamıştır (Yarım, 2020).

Farklı alanlarda incelenen psikolojik sağamlık farklı Şekillerde tanımlanmaktadır. Kişilik genler ve dinamik süreçler bu kavram için önemli olmaktadır. Yapılan çalışmalar, insanların zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olmak için aileler, hizmetler, gruplar ve topluluklar gibi sistemlerin katkısını incelemişlerdir (Walsh vd., 2010). Buna göre, psikolojik dayanıklılık tanımı, “kültür, topluluk, aile ve birey gibi çeşitli etki seviyelerinde koruyucu ve savunmasız güçler” olarak genişletilmiş ve yeniden tanımlanmıştır (Cicchetti, 2010).

Psikolojik sağamlık ile ilgili farklı temalar bulunmaktadır. Bunlardan ilki bireylerin kendilerini hayatta başarılı hissetmeleridir (Wang vd., 1995). Kendisini başarılı hisseden birey daha yüksek psikolojik sağamlığa sahiptir. İkincisi ise yararlı hissetme kavramıdır. Yararlı hissetme bireylerin psikolojik sağamlığı ile ilişkilendirilmektedir. Psikolojik temalardan bir diğeri ise güçlü hissetme kavramı olmaktadır. Bu tema benzer olarak psikolojik sağamlık ile doğrudan ilişkilidir. Psikolojik sağamlık ile ilgili son tema is bireylerin kendilerini iyimser ve umutlu hissetmeleridir.

Psikolojik sağamlığın en önemli kaynakları arasında biyolojik ve genetik faktörler bulunmaktadır. Biyolojik ve genetik faktörlerle ilgili yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular, zorlu erken ortamların gelişen beyin yapısını, işlevini ve nörobiyolojik sistemleri etkileyebileceğini göstermektedir (Parent vd., 2005). Sinir ağlarında, reseptörlerin duyarlılığında ve nörotransmitterlerin sentezi ve geri alımında değişiklikler meydana gelebilmektedir. Beyindeki fiziksel değişiklikler, psikopatolojiye karşı savunmasızlığı önemli ölçüde şiddetlendirebilmekte veya azaltabilmektedir. Benzer değişiklikleri ve biyolojik süreçler, olumsuz duyguları hafifletme ve böylece olumsuzluklara karşı dirence yardımcı olabilmektedir (Parent vd., 2005).

B. Psikolojik Dayanıklılıkla İlişkili Faktörler

İnsanların hayatlarında psikolojik zorluklarla karşılaşması çok muhtemel bir durumdur. Bireyler başarılı olmak için farklı yöntemler ve yaklaşımlar kullanmaktadır (Yarım, 2020). Psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireylerin hayatlarında başarı odaklı olduğu ve karşılaştığı problemleri daha kolay çözme becerisine sahip olduğu

bilinmektedir (Yarım, 2020). Psikolojik sağamlık bireysel olarak sahip olmamız gereken bir özellik gibi görünse de çevresel ve sosyal faktörler de bireylerin psikolojik sağamlıkları ile ilgili önemli rol oynamaktadır.

1. Bireysel/Kişisel Faktörler

Psikolojik sağamlık ile ilişkili faktörlerden ilki bireysel veya kişisel faktördür. Kişilik özellikleri açıklık, dışa dönüklük ve uyumluluk, içsel kontrol odağı, ustalık, öz-yeterlik, özsaygı, olayların olumlu yorumu ve olumsuzlukların kendi anlatısına uyumlu bir şekilde bütünleştirilmesi gibi bilişsel değerlendirme ve iyimserlikler bireysel faktörler arasında sayılmakta ve psikolojik sağamlığa katkıda bulunmaktadır (Gizir, 2007).

Dayanıklılık veya psikolojik sağamlık ile ilgili yapılan çalışmalarda, entelektüel işlevsellik, bilişsel esneklik, sosyal bağlanma, olumlu benlik kavramları, duygusal düzenleme, olumlu duygular, maneviyat, aktif başa çıkma, iyimserlik, umut, beceriklilik ve uyum yeteneğinin dayanıklılık ile yakın ilişkili olduğunu göstermektedir. (Walsh vd., 2010). Demografik faktörler, sosyal ilişkiler ve nüfus özellikleri, çalışma yöntemlerine ve dayanıklılık tanımına bağlı olarak dayanıklılık ile değışken şekilde ilişkilidir (Greeff ve Ritman, 2005). Psikolojik sağamlık artırıcı bazı faktörler yaşam aşamasına özgü olabilmekte ve diğersleri yaşam süresi boyunca değışebilmektedir.

Hayatta daha yüksek seviye psikolojik rahatlık sahibi olan bireylerin bazı ortak özellikleri olduğu düşünölmektedir. Bunlar arasında en yaygınları aşağıdaki gibi sıralanabilir (Greeff ve Ritman, 2005):

- Özgüvenleri yüksek.
- Olumsuz duygularını yönetebilen.
- Hayat için amaçları ve hedefleri bulunan.
- Stres ile çalışabilen.
- Empati becerisi yüksek.
- Gelecek ile ilgili fazla kaygısı olmayan veya kaygılarını azaltabilir.
- Başarısızlıklarını kabul ederek gerçekleri görebilir.

2. Sosyal ve Çevresel Faktörler

Mikro düzeyde, aile ve akranlarla ilişkiler de dahil olmak üzere sosyal destek, psikolojik dayanıklılık ile ilişkili olmaktadır. Anneye güvenli bağlanma, aile istikrarı, istismarcı olmayan bir ebeveynle güvenli ilişki, iyi ebeveynlik becerileri ve annede depresyon veya madde bağımlılığının olmaması, kötü muamele gören çocuklarda daha az davranış sorunu ve daha iyi psikolojik iyilik ile ilişkilidir.

Sosyal destek, olumlu akranlardan, destekleyici öğretmenlerden ve diğer yetişkinlerin yanı sıra yakın aileden gelebilmektedir. Makro sistematik düzeyde, iyi okullar, toplum hizmetleri, spor ve sanatsal fırsatlar, kültürel faktörler, maneviyat ve din ve şiddete maruz kalmama gibi topluluk faktörleri dayanıklılığa katkıda bulunmaktadır.

C. Psikolojik Sağlık ve Duygu Düzenleme Güçlüğü

Duygu düzenleme, yalnız kalındığında veya başkalarıyla etkileşime girildiğinde duyguları ve davranışları tanıma, yönetme ve düzenleme yeteneği ile ilgili olan duygusal zekadır (Butler, 2009). Duygular ortaya çıktıkça onların farkında olmayı öğrenebilir ve daha sonra başkalarına ve kendimize karşı yıkıcı olan herhangi bir duygu düzenlenebilir (Granz ve Roemer, 2004).

Psikolojik sağlık, stresli durumlarla başa çıkma ve bunlara uyum sağlama yeteneğimizle ilgilidir ve bunun özünde duygu düzenleme ve özellikle kendi duygularımızı yönetme yeteneği olarak bilinmektedir (Butler vd., 2003). Pozitiflik, iyimserlik, mizah, merak ve öğrenme arzusu gibi nitelikler de dahil olmak üzere özelliklerimiz ve zihniyetimiz, duygu düzenleme güçlüğüne yardımcı olmaktadır.

Duygu düzenleme güçlüğü duyguların uyumsuz olarak düzenlendiği durumlar olarak tanımlanmaktadır (Şaşmaz, 2014). Duygu düzenleme güçlüğü ayrıca bireylerin doğal tepkilerini anlayarak kabul etme ve duruma göre uygun duygu düzenleme belirleyebilme olarak da bilinmektedir (Faraji, 2020). Duygu düzenleme güçlüğü ile ilgili farklı şekillerde bireylerin karşısına çıkmaktadır. Bunlar arasında diğer bireylerin

duygularının anlaşılması, duyguları fark edememe, olumsuz duygularda dürtülerin kontrol edilememesi veya duyguların reddedilmesi gibi durumlar bulunmaktadır (Granz ve Roemer, 2004).

Stresli olayların doğası gereği duygusal bir bileşeni olduğundan, insanların duyguları yönetme yeteneği, psikolojik dayanıklılığı belirleyen diğer bir kritik faktör olarak ortaya atılmaktadır (Mestre vd., 2017). Örneğin okul hayatı, öğrencilerin motivasyonlarını ve akademik başarılarını etkileyen duygusal uyarılarla ve hatta stresle doludur.

Duygu düzenleme güçlüğünün bireylerin hayatlarına en büyük etkileri bireylerin diğer insanlarla olan ilişkilerini etkilemesi ve hayat kalitesini düşürmesidir. Bu bağlamda psikolojik sağlamlığı azaltıcı etkileri bulunmaktadır (Şaşmaz, 2014). Ayrıca, anksiyete, madde kullanımı ve duygu durum bozuklukları ile ilişkilendirilmektedir (Granz ve Roemer, 2004).

Önceki araştırmalar, ergenlik döneminde dayanıklılıkla ilgili dikkate değer sayıda faktör belirlemiştir (Mestre vd., 2017). Tarihsel olarak, dayanıklılığın teorik tedavileri, açıklayıcı modeller türetmek için neredeyse yalnızca psikososyal analiz seviyelerine odaklanmıştır.

Yapılan çalışmalar psikolojik sağlamlık ile ilgili bireylerin yaşadıkları sorunların erken dönemlerde çalışılması gerektiğini ve erken gelişim aşamalarından itibaren araştırılması gerektiğini vurgulamışlardır (Yüksel vd., 2021). Duygusal zeka, duygu durum bozukluğu, stresle basa çıkma ve psikolojik dayanıklılık gibi bireylerin hayatlarındaki önceliklerin psikolojik sağlamlık ile beraber incelenmektedir. Bireylere psikolojik sağlamlık kazandırmak için eğitim ve psikoloji alanında program ve etkinlikler yapılmalıdır. Ayrıca, kişilerarası ilişkilerde duygusal zeka ve duygu düzenleme stilleri ile psikolojik sağlamlık düzeylerinin beraber ele alınması gerektiği görülmektedir.

Mestre ve arkadaşları (2017) yaptıkları durum çalışmasında bir ergen bireyin duygusal düzenleme yetenekleri ve stratejileri ile dayanıklılık arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Ek olarak farklı duygu düzenleme stratejilerinin kullanılmasının bu aşamada dayanıklılık düzeylerinin geliştirilmesine nasıl yardımcı olabileceği çalışmışlardır.

Psikolojik sağamlık, ‘‘Çocuklar ve Ergenler İçin Eğitici Dayanıklılık leği’’ değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlar, duygu düzenleme yeteneğinin psikolojik sağamlığın önemli bir yordayıcısı olduğunu göstermiştir. Ayrıca, olumlu yeniden değerlendirme gibi bilişsel düzenleme stratejileri, bireyler arasında algılanan psikolojik sağamlığı belirlemiştir. Sosyallik ve psikolojik sağamlık seviyeleri arasında ilişki belirlenmiştir. Bu sebepten dolayı, sonuçlar duygu düzenleme yeteneğinin, ergenleri genellikle bu gelişim aşamasında kabul edilen irrasyonel riskli davranışlardan koruyan yardımcı bir araç olduğu ifade edilmiştir.

IV. DUYGU DÜZENLEME KAVRAMI

Bireylerin yaşam olaylarına karşı daha esnek olma, tolerans gösterebilme kapasitesi, duygu kontrolü ve erteleme becerisine duygu düzenleme denmektedir (Cole vd., 1994). Duygunun olması durumunda duygu düzenleme kavramından söz edebilmekteyiz. Duygusal deneyimlerimiz üzerindeki kontrolümüzün sağlıklı olması ve dikkatimizi o duygudan başka bir tarafa kaydırabilme yeteneği duygu düzenleme kapsamında ele alınmaktadır (Koole, 2009).

Duygu düzenleme süreçleri, duygunun tanınması, anlaşılması, ifade edilmesidir ve birey duygularını denetleme ve yönlendirme isteği duyduğunda bu süreç başlamaktadır (Gross ve Thompson, 2007; Koole 2009). Bireyin yaşadığı duygunun içindeyken vereceği tepkilerin ve o duygunun içinde kalabilme beceresinin önemi sadece olumsuz duyguları için geçerli değildir. Duygu düzenleme bilinçli ve bilinçsiz olabilmektedir. Duygu düzenleme sadece olumsuz duygular için geçerli olmamaktadır. (Gross ve Thompson, 2007).

A. Duyguların Tanımı ve İşlevi

Duygu kavramı günümüz dünyasında çok geniş anlamda kullanılmasına rağmen 18. yüzyıldan beri araştırmacıların üzerinde çalıştıkları ve farklı görüşlerin öne sürüldüğü alanlardan birisi olmuştur (Seçer, 2005). Bireylerin duygularını inceleme ve duyguların onlar üzerinde yaptıkları değişiklikleri araştırma sosyal, psikolojik ve biyolojik alanlarda pek çok çalışma bulunmaktadır. Duygu alanında özellikle 1980 ve sonrasında yapılan çalışmalar artmıştır. Duygu, bir diğer ifade ile herhangi konunun durumu ve belirli uyum noktaları ile ilgili olarak olayların durumunun doğru bir şekilde belirlenmesinden oluşan karmaşık bir olgudur (İsmen, 2004).

Charles Darwin'in 1872 tarihli kitabının ana önerisi, duygusal ifadelerin hiçbir işe yaramadıklarında bile ortaya çıkabileceğidir (Oakley, 2007). İnsanların konuşurken gülümsemeleri ve yaptıkları jestler incelenmiştir. Darwin, duygusal ifadelerin ve duyguların çıkarım yoluyla evrimsel ve bireysel gelişim tarihimizden türediği fikrini ortaya atmıştır. Duygu kavramı ile ilgili farklı tanımlar bulunmaktadır. Duygu olgusu ile ilgili ilk çalışmaları yapan araştırmacılardan William James 'Duygu Nedir?' isimli eserinde onu duygular bedensel değişimlerin duyumudur veya bedensel değişiklikler, doğrudan heyecan verici gerçeğin algılanmasını takip eden olgu ve benzer değişikliklere dair olgular ve hissedilenler olarak tanımlamıştır (James, 2013).

Duygu olgusu ile ilgili bireyler her ne kadar onu hissedilenler olarak tanımlasalar da akademik olarak çeşitli açıklamalar bulunmaktadır. Duygu olgusu ile ilgili yapılan açıklamalarda onun ne olduğundan çok bileşenleri, özellikleri, sınıflandırılmaları ile ilgili olmuştur (Seçer, 2005). En geniş anlamı ile öznel bir his durumu olarak tanımlanan duygu bireylerin bir şeyleri belirtmek için kullandıkları olgu olarak da açıklanmaktadır.

Bilişsel yönü dışında, sinir sistemindeki davranış, fizyolojik değişiklikler ve ifadeler, duygular ve duyguların yürütülmesini içermektedir. Duyguların bilgilendirici, ayarlayıcı, tanımlayıcı, varoluşsal ve motive edici işlevleri vardır. Duygular dünyayı olumlu ya da olumsuz, önemli ya da önemsiz olarak görmemizi sağlar ve hiyerarşi kurmak için kullanılmaktadırlar. Duygular otomatik olarak ortaya çıkarlar, kontrol edilmesi zordur ve kültürden etkilenmektedir.

1. Duygu Düzenleme

Duygu düzenleme, kişinin kendi duygusal durumu üzerinde kontrol uygulama yeteneğidir. Öfke veya kaygıyı azaltmak için zorlu bir durumu yeniden düşünmek, görünür üzüntü veya korku belirtilerini gizlemek veya mutlu veya sakin hissetmek için nedenlere odaklanmak gibi davranışları içerebilmektedir. Duygusal düzenleme, duygusal tepkileri, özellikle de yoğun ve zamansal özelliklerini izlemek, değerlendirmek ve değiştirmekten sorumlu olan dışsal ve içsel süreçler olarak tanımlanabilirler (Thompson, 1991). Biyolojik olarak, duygular, önemli çevresel olaylara verilen çoklu sistem tepkilerini organize ve koordine etmektedir.

Duygu dzenleme, genellikle bir kişinin duygusal bir deneyimi etkin bir Őekilde yonetme ve yanıt verme yeteneğini tanımlamak için kullanılan bir terimdir (Rolston, ve Lloyd-Richardson, 2017). Duygular bireylerin gúnlük hayatlarında ortaya çıkan olaylara karşı nasıl tepiti gosterdikleri veya gostermeleri gerektiğini ačíklamak için kullanılan bir olgudur (Thompson, 1991). Duygu dzenleme bireylerin hayatlarında karşılaştıkları farklı olaylara ve amaçlar doğrultusunda duygularından kaynaklanan sorunları azaltabilmesi veya devam ettirebilmesi ačíısından önemlidir.

Psikolojik olarak bakıldığında duygusal dzenleme zahmetli bir gelişim sürecidir çünkü psikolojik olarak karmaşık kontrol mekanizmalarına sahip genetik olarak derin kóklere sahip duygulanım sistemlerine müdahale etmeyi gerektirir (Thompson, 1991).

İnsanlar, zor durumlarla bařa çıkmak için her gún birçok kez bilinçsizce duygu dzenleme stratejilerini kullanırlar. Çođu birey çeşitli duygu dzenleme stratejileri kullanmakta ve çevrelerinin taleplerine uyum sağlamak için bunları farklı durumlara uygulamaktadırlar. Bu çözüm yolları genellikle duygusal deneyime neyin yol ačítıđının daha iyi anlaşılmasına izin vererek, güçlü duyguların bireylerde yayılmasına yardımcı olabilmektedir. Bireylere önerilen olumlu duygu dzenleme stratejilerinden bazıları aşağıdaki gibidir (Rolston, ve Lloyd-Richardson, 2017):

- Arkadaş ve aile çevresi ile konuşmak
- Egzersiz
- Gúnlük yazmak
- Meditasyon
- Fiziksel olarak hastayken kendine bakmak
- Yeterli uyku almak
- Olumsuz dűřüncelere dikkat ederek
- Güçlü duygulardan önce veya sonra ortaya çıkan olumsuz dűřüncelere dikkat etmek.
- Mola vermeye ihtiyacınız olduğunu fark etmek ve almak

2. Duygu Düzenleme  şlevi

Duygu düzenleme ile ilgili bireylerin yaşadıkları psikolojik sorunların önlenmesini sağlamak için, duygularla ilgili durumlardan olan bağlanma olgusunun uygun düzenlenmesi gerekmektedir. (Gross ve Mu oz, 1995). Bu sebepten dolayı duygu düzenleme yaklaşımları ve stratejilerinin etkili kullanılması gerekmektedir. Duygu düzenleme bireyler için çok önemli süreçlerin içinde bulunduğu bir olgudur. Duygusal düzenleme, bir çeşit duygusal zeka olarak bilinmektedir (Menefee, Ledoux, ve Johnston, 2022). Her yaştan insan, duygusal düzensizlik sorunlarının üstesinden gelmek için duygu düzenleme becerilerini uygulayabilir. Kişisel farkındalığa sahip olmak ve çevremize uyum sağlayabilmek, duygularımızı sağlıklı bir şekilde karşılamamıza yardımcı olmaktadır. Duygu ve tepki arasındaki bu boşluk, nasıl hissettiğinizi daha iyi anlamanıza ve gerektiğinde duygusal kontrolünüzde ayarlamalar yapmanıza olanak tanımaktadır. Böylece gerektiğinde duygusal tepkilerimiz denetlenebilir hale gelmektedirler (Gross ve Mu oz, 1995).

Duyguları yönetebilmek ve kontrol altında tutabilmek için iyi duygu düzenleme stratejilerine sahip olunması gerekmektedir. Duygusal düzenleme uygulayan bireyler, yaşamın stres faktörleriyle daha iyi başa çıkma eğilimindedir ve diğer bireylere göre daha dayanıklıdırlar (Gross ve Mu oz, 1995). Bu da bireylerin daha iyi başa çıkma stratejilerine ve sıkıntı toleransına sahip olabilmeleri anlamına gelmektedir.

Duygu düzenleme, depresif belirtilere ve anksiyete bozukluklarına karşı koruyucu bir etken olmaktadır (DeSteno, Gross ve Kubzansky, 2013). Duygularını düzenleyebilen çocuklar, d şuncelerinde daha esnek olma ve daha iyi odaklanma, dürtü kontrolü ve problem çözme becerilerine sahip olma eğilimindedirler. Bunların artan özgüvene, duygusal esenliğe ve genel mutluluğa yol açan bir dalgalanma etkisi bulunmaktadır. Duygularımız hafif ya da yoğun olduğunda, onlardan kaçınmaz, onları takdir eder, onlar ve onlarla yaşamayı öğrenirsek, çok daha iyi bir hayat deneyimi yaşayacak şekilde onları yönetebiliriz (DeSteno, Gross ve Kubzansky, 2013).

Öfke, kaygı veya korku gibi duyguları gerektiği gibi y netememenin bariz tehlikeleri aşırı tepki, gereksiz acı çekme ve fazla göz korkutucu görünen kaçırılmış

fırsatlardan ilişkilere zarar vermektedir (Psychology Today, 2022). Duygu düzenleme, kişinin duygularının farkındalığını, anlaşılmasını ve kabul edilmesini içeren çok yönlü bir yapıdır. Ayrıca, olumsuz duygular yaşarken dürtüsel davranışları kontrol etme yeteneği ve durumsal talep ve hedeflere göre duyguları yönetmek için stratejileri değiştirme yeteneğimiz duygu düzenleme becerlerimize göre değişmektedir (Gross, 2008).

3. Duygu Düzenlemede Bireysel Farklılıklar

Duygu düzenlemedeki bireysel farklılıklar, empati ve psikolojik sağlık arasında önemli bir düzenleyici olduğundan dolayı gerekli görüldüğünde müdahale edilmelidir. Bunun sebebi empatideki bireysel farklılıkların olumlu ve olumsuz psikolojik sonuçları olmasıdır (Powell, 2018).

Yapılan güncel bir çalışmanın sonuçları (Tyra vd., 2021) bilişsel değerlendirme ve dışavurumcu bastırmanın bireysel olarak akut stresi öngörmediğini göstermektedir. Ancak, yeniden değerlendirme yoluyla bastırmanın önemli bir etkileşimi bulunmaktadır. Basit etkiler, baskılamının yalnızca yeniden değerlendirme seviyeleri yüksek olduğunda akut stres ile negatif ilişkili olduğunu göstermektedir. Duygu düzenleme zorlukları, özellikle duyguların kabul edilmemesi ve duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişimdir. Duygu düzenleme bozukluğu ile stres tepkileri zamansal ilişkilidir. İlgili çalışmalar, yeniden değerlendirmenin sık kullanımının, daha fazla olumlu duygu deneyimi ve refah duygusu ile ilişkili olduğunu ve bunun da daha fazla sol taraflı prefrontal kortikal aktiviteye sahip bireylerde gözlendiğini bildirmektedir (Kim vd., 2012).

4. Duygu Düzenleme Süreçlerinin Modeli

Duygu düzenleme ile ilgili yapılan çalışmalarda (Gross, 2015) duygu düzenleme süreç modeli açıklanmıştır. Gross (2015) tarafından ortaya atılan model, duygu üretme modelinin haritasını çıkarmak ve istenilen hedefe doğru ilerlemeyi kolaylaştırmak için duygu üretme sürecindeki farklı noktalarda duyguların yörüngesini değiştirmek için bireylerin kullandıkları stratejileri göstermektedir. Bir bireyin duygusal deneyimi

etkilemek için kullanabileceği farklı stratejiler, duygu üretme sürecinde kullandıkları zamana göre sınıflandırılabilir (Gross, 2015):

- a. Durum seçimi (İstenen veya istenmeyen duyguları üretebilecek durumlara maruz kalmayı etkileme),
- b. Durum değişikliği (duygusal etkisini değiştirmek için),
- c. Dikkati yerleştirme (duygusal bir tepkiyi değiştirmek için dikkatin tahsisini kontrol etmek),
- d. Bilişsel değişiklik (bir durumun değerlendirmesini değiştirmek duygusal etkisini etkileme)
- e. Tepki modülasyonu (üretilen bir duygunun bazı yönlerini etkilemek için bir davranışta bulunma).

Gross modelinde duygu düzenlemenin olgusunu ikiye ayırmaktadır. Bunlardan ilki dış süreçlerdir (Linick, 2022). Örneğin, küçük bir bireye duygunun düzenlenmesinde yardımcı olabilecek bir ebeveynidir. Diğerisi ise iç süreçler ve bireyin içinden meydana gelenler, onların otomatik veya kendi kendini düzenleme stratejileridir. Bunlar iki alana ayrılır: Vücudun içinden (aşağıdan yukarıya) doğal olarak meydana gelenler gibi reaktif veya “otomatik” tepkiler ve prefrontal korteksten (yukarıdan aşağıya) sonra meydana gelenler gibi, duygusal veya davranışsal bir tepkinin engellenmesine ve belirli bir duygusal tepkiyle ilgili olarak dikkatlerinin düzenlenmesine yardımcı olacak tepkilerdir (Tull vd., 2020).

B. Duygu Düzenleme Güçlüğü

Duygu düzenlemeyi sağlayamayan bireyler genelde duygu düzenleme güçlüğüne sahiptirler. Duygu düzenleme güçlüğüne sebep olan bazı etkenler bulunmaktadır (Dvir vd., 2014). Duygusal düzenleme güçlüğüne (düzensizlik) sahip bireyler yoğun duyguları daha sık ve daha uzun süre yaşamaktadırlar. Bu bireylerin duygu düzenlemede önemli beceri eksiklikleri olduğu gözlemlenmektedir. Duygu düzenleme bozukluğu yaşayan bireyler, intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışı, intihar düşüncesi ve girişimleri, aşırı madde kullanımı ve dürtüsellik dahil olmak üzere davranışsal

düzensizliğe yol açabilecek duygusal tepkilerini kabul etmekte güçlük çekmektedirler. Bu davranışlar, mevcut duygusal sıkıntı seviyesini hemen azaltmaya hizmet etmektedir. Şiddetli duygu düzenleme bozukluğu olan bireyler, bazen belirli bir gün içinde bile aşırı duygu durum değişkenliği nedeniyle sıklıkla hızlı döngülü bipolar bozukluk ile yanlış teşhis edilebilirler.

Duygusal düzensizlik belirtileri şunları içermektedir:

- Ağır depresyon
- Endişe
- Yüksek düzeyde utanç ve öfke
- Kendi kendine zarar vermek
- Aşırı madde kullanımı
- Yüksek riskli cinsel davranışlar
- Aşırı mükemmeliyetçilik
- Yüksek derecede çatışmalı kişilerarası ilişkiler
- Düzensiz yeme
- İntihar düşünceleri veya girişimleri

C. Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Psikolojik Sağlık

Duygu düzenleme güçlüğü ile psikolojik sağlık arasında ilişki bulunmaktadır. Duygular, bireylerin günlük hayatta karşılaştıkları güçlüklerle karşı psikolojik olarak sağlık problemlere karşı dayanması ile ilgilidir (Bonanno ve Burton, 2013). Duygularına hakim olabilen bireylerin çoğunlukla psikolojik sağlamlığı yüksek olmaktadır (Kay, 2016).

Yapılan çalışmalarda duygu düzenleme ve dayanıklılığın sonucunun iki stratejinin kullanılmasıyla bağlantılı olabileceğini öne sürülmüştür. Bunlar dikkat kontrolü ve bilişsel yeniden değerlendirme olarak ifade edilmiştir (Troy ve Mauss, 2011). Ayrıca, duygu düzenleme yeteneğinin bir moderatör olduğunu öne sürülmekte, bu da yüksek içsel duygu düzenleme yeteneğine sahip olanların, düşük duygu düzenleme yeteneğine sahip

olanlara kıyasla, sıkıntıdan sonra dayanıklılık gösterme olasılığının daha yüksek olması gerektiğini düşündürmektedir. Dikkat kontrolü ve bilişsel yeniden değerlendirme stratejilerinin uyarlanabilir duygu tepkilerine yol açması ve bu nedenle dayanıklılığa katkıda bulunması gerektiği de savunulmaktadır.

Çalışmalar, olumsuz duyguyu azaltmak için uyarlanabilir duygu düzenlemeyi etkin bir şekilde kullanamama durumunun, zihinsel sağlık için daha kötü sonuçlarla ilişkili olduğunu göstermiştir (Narukurthi vd., 2017). Spesifik olarak, araştırmalar, yeniden değerlendirmenin daha az kullanılmasının, depresyon, anksiyete bozuklukları ve borderline kişilik bozukluğu semptomlarının şiddetinde ve sayısında bir artış ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Kocovski ve arkadaşları (2013) sosyal anksiyete bozukluğu tedavisi gören bir grup ayaktan hastada semptom iyileşmesini belirlemede duygu düzenlemenin rolünü inceleyen bir çalışmada, duyguları düzenlemek için yeniden değerlendirmeyi kullanma öğrenilmiş yeteneğinin sosyal anksiyete şiddetinin genel olarak azalmasına yardımcı olduğunu bulmuşlardır.

D. Fibromiyalji Sendromu ve Duygu Düzenleme Güçlüğü

Duygusal düzensizlik, fibromiyalji hastalarında psikosomatik, duygudurum ve anksiyete semptomlarında karşılaşılan bilişsel zorlukları açıklamak için kullanılmaktadır (Bou Khalil vd., 2018). Ayrıca, ağrı şiddeti, dikkat müdahalesi ile depresyon, anksiyete veya ilaçlardan çok daha güçlü bir korelasyona sahiptir.

Fibromiyalji sendromu, yorgunluk, uykusuzluk, depresyon, anksiyete ve bilişsel bozukluklar gibi semptomların eşlik ettiği kronik yaygın ağrı ile açıklanmaktadır ve fibromiyalji sendromu merkezi sinir ağrısı duyarlılığına ek olarak duygusal düzensizlik de rol oynayabilmektedir (Fischer-Jbali vd., 2021).

Yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar, FM hastalarının duygu durumlarına gösterilen dikkat açısından farklılık göstermemesine rağmen, FM hastalarının duygu düzenleme sürecinde daha fazla zorluk yaşadıklarını göstermiştir (Trucharte vd., 2020).

Ayrıca, duygusal reddetme ve müdahale, ağrı şiddetini ve yeti yitimini etkileyen iki değişken olarak elde edilmiştir.

V. ŞEMA MODELİ

Temel olarak bireylerde ortaya çıkan psikolojik problemlere, erken dönemlerde ortaya çıkan ve geliştirilen uyumsuz şemaların sebebiyet verdiği düşünülmektedir (Şaşmaz, 2014). Terapötik etkililiği yüksek birçok tedavi yaklaşımlarından biri olan şema modeli içinde bilişsel, davranışçı ve psikoanalitik teknikleri barındıran bütüncül bir tedavi yaklaşımıdır. Şema modelinde bireylerin duygulanımına ağırlık verilerek terapötik bir ilişki kurulmakta ve diğer yaklaşımların etkili yönleri birleştirilerek bireylere alternatif bir sağaltım yöntemi sunulmaktadır. (Young vd., 2003).

A. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar

Şema modeli kavramı ilk olarak felsefe ve psikoloji alanında kullanılmaya başlamıştır. Bununla beraber sonraki zamanlarda bilişsel gelişimde bireylerin algılama ve açıklamalarında kullanılan deneyimlerin ortaya koyduğu örüntüler olarak tanımlanmaktadır (Şaşmaz, 2014).

Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar veya Erken Dönem Uyumsuz Şemalar (EMS) ilk olarak Beck (1967) tarafından bilişsel şema kavramı olarak isimlendirilerek incelenmiş ve Young (1995) tarafından revize edilerek günümüzde kadar kullanılagelmiştir. Beck (1967) bilişsel şema kavramını organizmayı etkileyen uyarınları taramak, kodlamak ve değerlendirmek için oluşturulan bilişsel yapıları olarak tanımlamıştır. Böylece şemaların organizasyonel ve bilgi işlevinde kullanılabileceklerini vurgulamıştır.

Sonraki yıllarda bu kavramı revize eden Young (1995) ise bilişsel şema kavramı yerine erken dönem uyumsuz şemalar kavramını kullanmış ve EMS'yi çocuklukta gelişen ve bireyin yaşamı boyunca detaylandırılan son derece istikrarlı ve kalıcı temalar olarak açıklamıştır. Bu sebepten dolayı Young 'ın tanımı, Beck 'in açıklamasını bilgi işleme işlevini içermekte; ancak tematik içeriğine ve erken başlangıcına daha fazla vurgu

yapmaktadır. Son yıllarda ise, Young, Klosko ve Wieshaar (2003), anılar ve bilişlere ek olarak, EMS'nin duygular ve bedensel duyular içerdiğini ve bunların yaygınlık ve aktivasyona yatkınlık seviyelerinde farklılık gösterebileceğini belirtmişlerdir.

EMS, çeşitli klinik problemlerin kalıcılığından ve zayıf tedavi yanıtından sorumlu ve kalıcı inançlar olduğu varsayılmaktadır. EMS, günümüzde daha çok kullanılan özel "şema odaklı" tedavinin temeli olarak kabul edilmektedir (Riso vd., 2006). Bununla birlikte, kararlı yapılar olduklarına dair kritik varsayım, büyük ölçüde incelenmemiş ve sorgulanmaya açık kalmıştır. Yapılan çalışmalar EMS'nin kararlılık ve ayırt edici özelliğinin kişilik bozukluğunda kararlılık ve ayırt edici geçerliliğine oldukça benzer olduğunu ortaya koymuştur.

B. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Temelleri

Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların (EMS) “bireylerin kendisi ve kişinin başkalarıyla olan ilişkileri ile ilgili anılar, duygular, bilişler ve bedensel duyulardan oluşan, çocukluk veya ergenlik döneminde geliştirilen, kişinin yaşamı boyunca detaylandırılan ve işlevsel olmayan geniş, yaygın bir tema veya model” olarak tanımlanmaktadır (Young vd., 2003).

Şemaların oluşumunda, doğuştan gelen mizaç, erken dönem olumsuz ilişkisel deneyimlerle etkileşime girilmesi önemlidir. Özellikle evrensel psikolojik temel ihtiyaçlar (güvenli bağlanma, özerklik, geçerli ihtiyaç ve duyguları ifade etme özgürlüğü, gerçekçi sınırlar) karşılanmadığında gelişmektedir (Young vd., 2003). Yapılan çalışmalar aşırı bir mizaç, çocuğu caydırıcı ebeveyn yetiştirmeye maruz bırakma olasılığını artırdığı veya hatta sıradan bir erken ortamı geçersiz kıldığı için, çocuğun mizacı şemaların gelişiminde önemli bir rol oynadığını göstermiştir (Young vd., 2003).

Erken dönem uyumsuz şemalar, genellikle farkındalığın dışında, bilişin en derin düzeyindedir ve bireyi psikolojik olarak depresyon, kaygı, işlevsiz ilişkiler, bağımlılık ve psikosomatik bozukluklar geliştirmeye karşı savunmasız hale getirmektedir (Thimm, 2010).

Özellikle bireylerin erken çocukluk ve ergenlik dönemlerinde gelişmekte olan EMS gerçekliklere karşı ortaya çıkan temsillerdir ve bireylerin kendi benliklerini ve çevreye karşı bireysel tepkilerini oluşturmaktadır (Yiğit ve Çelik, 2016). Bu sebepten dolayı bireylerde derinlemesine etkisi olmakta ve dirençli bir yapıya sahip olmaktadır. Her bireyde bulunan bu şemalar bireylerin yaşamlarında olumsuz etkilere sahip olmalarından dolayı kişilerarası ilişkileri güçleştirmektedir.

C. Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Alanları ve Şema Boyutları

Erken dönem uyum bozucu şemaların ile ilgili yapılan çalışmalarda 5 şema alanı ve ilgili 18 şema boyutları ortaya atılmaktadır (Rafaeli, Barnstein ve Young, 2012; Young ve Klosko, 2011). Soygüt vd. (2009) tarafından Young Şema Ölçeği'nin psikometrik özelliklerinin Türk örnekleminde incelenmesi sonucunda ise yine beş şema alanı içeren 14 boyutlu bir yapının olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada da kullanılan bu şema alanları ve şemalar Çizelge 1'de sunulmuştur.

Çizelge 1: Şema Alanları ve Alt Boyutları (Soygüt vd., 2009)

Şema Alanı	Boyut/Şema
Zedelenmiş otonomi şema alanı	İç içe geçme/bağımlılık
	Terk edilme
	Başarısızlık
	Karamsarlık
Kopukluk şema alanı	Tehditler karşısında dayanıksızlık
	Duygusal yoksunluk
	Duyguları bastırma
	Sosyal izolasyon/güvensizlik
Yüksek standartlar şema alanı	Kusurluluk
	Yüksek standartlar
Zedelenmiş sınırlar şema alanı	Onay arayıcılık
	Ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim
Diğeri yönelimlilik şema alanı	Kendini feda
	Cezalandırılma

Erken dönem uyumsuz şema alanları ve boyutlarına ilişkin bilgiler devam eden maddelerde sunulmuştur.

1. Zedelenmiş Otonomi Şema Alanı

Birinci şema alanı özerklik ve kendini ortaya koyma ile ilgilidir. Bu alan rekabet ve özerklik gibi bireysel ihtiyaçların karşılanmaması ile ilişkilidir. Birey kendisi ve çevresiyle ilgili beklentileri karşılayamamaktadır. Bu alanda 5 farklı şema boyutu bulunmaktadır. Bunlar iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, başarısızlık, karamsarlık ve tehditler karşısında dayanıksızlık olarak bilinir.

İç içe geçme/bağımlılık: Bu şemaya sahip bireyler başkalarından önemli derecede bir yardım almadan gündelik sorumluluklarını yerine getiremeyeceklerine inanmaktadır. Bağımlılık şeması, bireylerin günlük yaşam problemlerini çözebilmede ve hayatına yön vermede doğru kararlar vermede tek başlarına yeterli olamayacaklarına dair inançlarını içermektedir. Bu şemaya sahip kişiler, tek başına karar vermede zorluk yaşamalarının ve kendileri yerine başkalarının karar vermesinin daha sağlıklı olacağını düşünmelerinin yanı sıra para yönetimi gibi maddi konularda da başarısız olma eğilimindedirler (Young vd., 2003). Paralarını yönetememekte, makul bir yargı gücüne sahip olamamakta, pratik sorunları çözememekte ve yeni görevler ve doğru kararlar alamamaktadırlar. Bu şema düşük düzeyde bireysellik, içsel yönelim ve diğerlerine karşı aşırı duygusal bağımlılıkla karakterizedir. Bu şemaya sahip bir birey önemli ötekiye aşırı bağımlılık geliştirmiştir. Bu önemli öteki genellikle ebeveynlerden biridir (Rafaeli vd., 2011). Bu şemaya sahip kişiler ailelerine ve partnerlerine karşı aşırı bir bağımlılık göstermekte, onlardan bağımsız olarak hareket edememektedir. Bu şemaya sahip olmak kimlik gelişiminde yetersizliğe, amaçsızlık hissi ve boşluk duygusuyla sonuçlanabilmektedir. Aşırı koruyucu ve kontrolcü ebeveyn tutumları ile çocuğun bağımsız hareket edebilme ve kendi kararlarını verebilme konusunda desteklenmemesinin bu şemanın gelişmesinde rol oynadığı düşünülmektedir (Young vd., 2003).

Terk edilme: Terk edilme şeması bireyin önemli öteki, yani yakın ilişkiler içerisinde olduğu bireyler, tarafından terk edileceğine veya aralarındaki ilişkinin bir nedenden ötürü bozulacağına ve istikrarın korunamayacağına yönelik inancıdır. Terk edilme şeması, bireyin değer verdiği herkesin eninde sonunda onu terk edeceğine veya öleceğine yönelik olumsuz inançlarını ifade etmektedir. Bu şemaya sahip kişilerde, önemli ötekinin ölümüne, daha iyi biri için söz konusu ilişkinin dışına çıkacağına, bu ilişkinin bir şekilde sonlanacağına dair öngörüler ve varsayımlar gelişmektedir (Young vd., 2003). Bu şemanın çoğunlukla, çocukluk döneminde ebeveynleri ayrılmış olan, ailesinden birini kaybetmiş olan ve ebeveynleri tarafından tutarsız tutumlara maruz kalan kişilerde ortaya çıktığı düşünülmektedir (Young ve Klosko, 2011; Roediger, 2015).

Başarısızlık: Bu şema, bireyin sürekli olarak kendisini diğer insanlara kıyasla başarısız ve eksik görmesiyle ortaya çıkmaktadır. Başarısızlık şeması, bireyin akranları kadar akıllı, zeki, yetenekli ve başarılı olmadığına ve istese de olamayacağına yönelik düşünce ve inançlarına ifade etmektedir. Birey, herhangi bir alanda başarısız olacağını hissedebilmektedir (Rafaeli vd., 2011). Bu şemaya sahip kişiler, yeterince çabalar da akademik başarı, sanat, spor gibi alanlarda çok iyi yerlere gelebileceklerini çünkü kendi kapasitelerinin yetersiz olduğunu düşünmektedir. Bu şemanın oluşumunda, destekleyici olmayan, eleştirel ve başarı odaklı ebeveyn tutumlarının rol oynadığı düşünülmektedir (Young ve Klosko, 2011).

Karamsarlık: Karamsarlık şemasına sahip kişiler olumlu olayları gözlerinde çok küçültüp olumsuz olaylara aşırı bir dikkat göstermekte ve gözlerinde büyütüp kaygı yaşamaktadırlar. Bu şemaya sahip kişiler, geleceğe yönelik aşırı katı ve olumsuz inançlara sahip olmakla birlikte, başlarına kaza, ölüm, mal kaybı gibi acı verici olaylarla karşılaşacaklarını düşünerek kaygılanırlar (Bricker ve Young, 2012). Karamsarlık şemasına sahip birey, ölüm, küçük düşme, hayal kırıklığı gibi hayatın negatif yanlarına odaklanır. Bu şemaya sahip bir birey sürekli olarak yaptığı şeylerin olumsuz bir durumla sonuçlanmasından endişe duymaktadır ve sürekli tetiktir (Rafaeli vd., 2011). Bu şemanın oluşumunda kaygılı ebeveynlerin rol oynadığı düşünülmektedir (Bricker ve Young, 2012).

Tehditler karşısında dayanıksızlık: Bu şema bir bireyin başa çıkamayacağı kötü bir durumla her an karşılaşabileceği şeklindeki abartılmış bir korkuyla tanımlanmaktadır (Rafaeli vd., 2011). Bu şema, bireyin başına büyük felaketler geleceği, ölümcül bir hastalığa yakalanacağı, kontrolünü kaybedeceği ve sürekli tehdit altında olduğuna yönelik aşırı olumsuz ve katı inançlarını ifade etmektedir. Bu şemaya sahip kişiler, başlarına geleceğini düşündükleri şeyleri engelleyebilmek için genellikle aşırı dikkatli ve kontrollü davranma eğilimindedirler. Bu şema, dünyanın tehlikeli ve insanların kötü olduğuna yönelik inançları çocuklarına aşılamanın aşırı kaygılı ebeveynlerin tutumlarıyla ilişkilendirilmektedir (Bricker ve Young, 2012).

2. Kopukluk/Ayrılma ve Reddedilme Şema Alanı

İlk şema alanı ayrılma ve reddedilme alanı olarak tanımlanmıştır. Kopukluk alanı olarak da bilinen bu alan bireylerin güvenlik ve empati duyma gibi ihtiyaçlarının karşılanmaması ile ilgilidir. Bu şemalara sahip bireyler diğer insanlar ile uygun seviyede bağlanma sağlayamazlar. Bu alanda 4 farklı şema bulunmaktadır. Bunlar duygusal yoksunluk, duyguları bastırma, sosyal izolasyon ve kusurluluk ile ilgilidir (Karpuz İlericiler, 2015).

Duygusal yoksunluk: Duygusal yoksunluk şeması, bireyin gereksinim duyduğu duygusal bağların yeterince karşılık bulamayacağına veya kurulamayacağına ve başkaları tarafından karşılanmayacağına yönelik kanaattir (Rafaeli vd., 2011). Bu şema, bireyin üç temel duygusal ihtiyacının (bakım, empati ve korunma) diğerleri tarafından hiçbir zaman karşılanmayacağına yönelik katı inançlarını içermektedir. Bu şemaya sahip kişiler, diğerleri tarafından yeterince sevgi ve şefkat göremeyeceklerini, dinlenilme ve anlaşılma ihtiyaçlarının karşılanmayacağını ve ihtiyaçları olduğu zaman kendilerine tavsiye verecek/rehberlik edecek birini bulamayacaklarını düşünmektedir (Bricker ve Young, 2012).

Duyguları bastırma: Duygularını bastırma şeması, kontrolünü kaybetme korkusuyla öfke, haz, cinsellik gibi temel isteklerin bastırılmasını, eğer bu istekler bastırılmazsa sonucunda diğerleri tarafından yargılanma ve eleştirilme ile karşılaşılacağına yönelik inançları içermektedir (Bricker ve Young, 2012). Bu şema, bireyin fiillerini ve hislerini

birçok alanda kısıtlamasına sebep olmaktadır. Birey bunu eleştiriye uğramamak veya dürtülerini kontrol etmekten aciz olarak görülmemek adına yapmaktadır. Bu davranışlar bireyin ihtiyaçlarının karşılanmasına çoğu zaman engel olur (Rafaeli vd., 2011). Bu pasif-agresif vazgeçme ve bastırma hali psikosomatik semptomlar, ani öfke patlamaları gibi durumlarla sonuçlanmaktadır (Young vd., 2003; Behary ve Dieckmann, 2013). Bu şemaya aşırı kontrolcü ebeveynlik biçiminde ve çocukluk döneminde kendini ifade etme girişimleri engellenmiş bireylerde daha fazla görüldüğü düşünülmektedir (Bricker ve Young, 2012).

Sosyal izolasyon/güvensizlik: Bu şema; herhangi bir sosyal gruba dahil olamayacaklarını, sosyal hayata uyum sağlayamayacağını, diğerleri ile yakın ilişkiler kuramayacağını, diğerlerinden kesin olarak farklı olduğunu, herhangi bir grubun parçası olamayacağını düşünen bireylerde gözlemlenmektedir. Dolayısıyla bu şemaya sahip bireyler diğer insanlardan ciddi derecede farklı olduklarını ve diğerleriyle hiçbir durumda örtüşmeyeceklerini hissetmektedir (Rafaeli vd., 2011). Bunun yanında, bu şemaya sahip bireyde başkalarının onu aldatacağı, yaralayacağı, aşağılayacağı, manipüle edeceği ve ona yalan söyleyeceği beklentileri vardır. Diğer insanlar tarafından incitileceğine, aldatılacağına ve kötüye kullanılacağına yönelik inançlarla karakterizedir. Başkalarına karşı yoğun bir güvensizlik söz konusudur ve böylece başkalarının bireyi kendi bencil tutumlarına alet edecekleri varsayılmaktadır. Bu şemaya sahip kişiler, insanların kendilerini manipüle ettiklerini ve kendi kişisel çıkarları için kullanmaya çalıştıklarını düşünmektedir (Rafaeli vd., 2011). Bu şemanın oluşumunda geç çocukluk döneminde aile üyeleri dışındaki diğer kişiler tarafından aşağılanma, dışlanma gibi davranışlara maruz kalmanın, ebeveynlere yönelik güven kaybı yaşamının veya güvenilen kişiler tarafından adaletsizliğe uğramanın etkili olduğu düşünülmektedir (Young vd., 2003; Young ve Klosko, 2011; Roediger, 2015).

Kusurluluk: Bu şemaya sahip kişiler, kendilerinde bir kusur olduğuna inanmakta ve diğerleriyle yakın ilişkiler kurarsa bu kusurunun fark edileceğini, bunun sonucunda ise insanların kendilerinden uzaklaşacağını düşünmektedir (Bricker ve Young, 2012). Bu şemaya göre birey kendisini kusurlu ve değersiz olarak algılamaktadır ve bu sebeple

başkaları tarafından sevmeye layık olmadığı izlenimine sahiptir. Bu şemaya sahip olan bireylerde eleştiri, reddedilme ve suçlanmaya karşı aşırı derecede hassas bir tutum ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca bu kişiler kusur olarak gördükleri özel veya kamusal eksikliklerinden utanç duyabilmektedir (Rafaeli vd., 2011). Bu şemaya sahip kişiler kendilerini sevmeye layık olmayan, değersiz ve kusurlu olarak görmekte ve bundan dolayı kendilerinden utanmaktadır. Bu şemanın oluşumunda, aşırı eleştirici, kusur bulucu ebeveyn tutumlarının rol oynadığı düşünülmektedir (Bricker ve Young, 2012).

3. Yüksek Standartlar Şema Alanı

Üçüncü şema alanı ise yüksek standartlar ile ortaya çıkan bireylerde ortaya çıkan alandır. Bireyler kendi seçimlerini ve hislerini bastırırlar. Bu alanın alt boyutları ise yüksek standartlar ve onay arayıcılıktır.

Yüksek standartlar: Yüksek standartlar şeması, diğerleri tarafından kınanma ve yargılanma durumuyla karşılaşılması için doğru olanı yapmaya yönelik kendi içsel beklentilerinin yüksek olmasını ifade etmektedir. Bu şemaya sahip olan bireyler kabul görmeme riskinden ötürü her zaman bir standardı yakalamanın peşindedir. Bunun sonucunda diğer insanlara ve kendilerine karşı acımasız bir eleştirel bakış sunmaktadırlar (Rafaeli vd., 2011). Bu şemaya sahip kişiler, yeterince iyi olmadıklarına ve ne yaparsa yapsın yeterli olamayacaklarına inanmakta ve yaptıkları şeyleri en doğru şekilde yapabilmek için detaylara aşırı odaklanmaktadırlar. Her şeyi en iyi şekilde yapmaya çalışan bu kişiler, zaman yönetimi konusunda sorunlar yaşamakta, bu nedenle kaygı düzeyleri yüksek olabilmektedir. Bu kişiler genellikle kendi performanslarını küçümseme eğilimindedir ve benlik saygısı geliştirmekte problem yaşarlar (Young vd., 2003). Çocukluk döneminde ebeveynlerinden koşullu sevgi görmüş ve hiçbir zaman ebeveynlerini mutlu etmemiş bireylerde bu şemanın oluştuğu düşünülmektedir (Bricker ve Young, 2012).

Onay arayıcılık: Onay veya tanınma arayan birey kendine bir benlik oluşturmak yerine başkalarının onayı üzerine hareket etmektedir. Bu şemaya sahip bireylerin öz-saygıları da başkalarının onlara verdiği tepkilere bağlıdır (Rafaeli vd., 2011). Onay arayıcılık şeması, kendini önemli ve değerli hissetmek için diğerlerinin onayına ihtiyaç duyulması ve bu onayı kazanmak adına çok fazla çaba harcanması ile karakterizedir. Bu şemaya sahip kişilerin reddedilmeye karşı aşırı savunmasız olduğu, reddedilmemek için sosyal statü elde etme, güç kazanma, dış görünüşe aşırı önem verme gibi davranışlar ortaya koyduğu ileri sürülmektedir. Bu şemanın ortaya çıkmasında en önemli faktörün ebeveynlerin koşulsuz olumlu kabul göstermemesi olduğu düşünülmektedir (Bricker ve Young, 2012).

4. Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı

Dördüncü şema alanı ise zedelenmiş sınırlar olarak bilinir. Bu şema alanı içsel sınırlardır. Erken dönemde aile çevresinin fazla serbestlik vermesi ile bireyde gelişmektedir. Ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim boyutunu içermektedir.

Öz-kontrolün ve öz-disiplinin yetersiz olduğu bu şemada birey kendi dürtüleriyle arasına mesafe koyamayacağı inancını beslemektedir. Bu şemaya sahip bireyler özellikle rahatsızlık verici olarak görünen sorumluluk ve çatışma gibi durumlardan uzak durmak istemektedir (Rafaeli vd., 2011). Yetersiz özdenetim şemasına sahip bireyler, özdenetim ve duygu düzenleme konularında problemler yaşadıkları için ilerledikleri yolda karşılarına çıkan herhangi bir engellenmeye karşı tahammülsüzdürler (Young vd., 2003). Bunun yanında bu şema, bireyin diğer kişilerin nasıl etkilendiklerini düşünmeksizin her türlü davranışı sergileyebilme ve düşüncelerini ifade edebilme hakkına sahip olduklarına yönelik inançlarını ifade etmektedir. Bu şemaya sahip kişiler, kendi istekleri ve çıkarları doğrultusunda her şeyi yapabileceklerini, diğer insanlardan üstün oldukları için buna hakları olduğunu düşünmektedir. Diğerlerinin haklarına ve sınırlarına saygı duymayan bu bireyler, sosyal karşılıklılık olgusunu reddetmekte ve istediklerini elde edebilmek için

baskıcı ve talepkâr olabilmektedir (Bricker ve Young, 2012). Bu şemaya; özdenetim konusunda çocuklarına rehberlik edemeyen, doğru bir disiplin yöntemi sağlayamayan, çocuklarına aşırı düşkün olan ve sınır koymayan ebeveynlik biçiminin yol açtığı düşünülmektedir (Bricker ve Young, 2012; Roediger, 2015).

5. Diğeri Yönelimlilik Şema Alanı

Son şema alanı ise diğeri yönelimlilik olarak tanımlanmaktadır. Bu alana sahip bireyler başkalarının ve çevresel isteklerin esiri olmaktadır. Bu alan genellikle kurallara uyulan bir aileden gelen bireylerde daha yaygındır. Bu alanın alt boyutları kendini feda ve cezalandırılmadır.

Kendini feda: Kendini feda etme şemasına sahip kişiler, başkalarının problemlerini çözmek için kendilerinde bir sorumluluk hissetmekte, başkalarının problemlerini çözerek öz saygı kazanmakta ve kendi ihtiyaçlarını daha az önemsemektedir. Bu şemanın boyun eğme şeması ile benzer karakteristik özellikleri olduğu, boyun eğme davranışında da olduğu gibi diğerleriyle ilişkiyi sürdürmek için kendini feda etme davranışının ortaya çıktığı söylenebilmektedir. Bu şemanın ortaya çıkmasında, bireylerin çocukluk döneminde ebeveynlerinin problemlerini çözmek zorunda kalmış olmasının ve bu nedenle başkalarının problemlerine karşı aşırı bir hassasiyet geliştirmiş olmasının etkili olduğu düşünülmektedir (Young vd., 2003).

Cezalandırılma: Cezalandırılma şemasındaki bireylerde hata yapan insanların sert bir şekilde cezalandırılması gerektiği inancı hakimdir (Gör vd., 2017). Hatayı insani bir durum olarak görmeme durumunu ve yapılan en ufak bir hata karşısında katı bir şekilde cezalandırılacağına yönelik aşırı katı inançları içermektedir. Bu şemaya sahip kişiler, kendilerinde hataya yer vermeyecek şekilde kuralcı davrandıkları gibi başkalarının hatalarına da müsamaha göstermezler, hatalı davranışlar karşısında kolayca öfkelenirler ve affedici olmazlar. Bu şemanın oluşumu, cezalandırıcı ebeveyn tutumlarıyla ilişkilendirilmektedir (Bricker ve Young, 2012).

VI. YÖNTEM

Tez çalışmasının bu kısmında çalışmaya dahil edilen bireyler ve çalışmanın nasıl yapıldığı kısaca sunulacaktır. İlk olarak çalışmaya dahil edilen katılımcılar hakkında kısaca bilgiler verilecektir. Sonrasında ise veri toplama süreçleri ve araçları ile ilgili bilgiler sunulacaktır. Son olarak ise toplanan verilerin nasıl analiz edildiği ve kullanılan istatistiksel araçlar özetlenecektir.

A. Örneklem

Çalışmaya toplam 408 fibromiyalji hastası dahil edilmiştir. Hastalar çalışmaya gönüllü olarak dahil olmuşlardır. Katılımcıların 18 ile 65 yaşları arasında olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya dahil edilen hastaların çoğunluğunu kadınlardan oluştuğu görülmektedir.

B. Veri Toplama Süreçleri

Veri toplama amacıyla seçilen verip toplama ölçekleri internet üzerinden Google Forms aracılığı ile yayınlanmıştır. Sosyal medya vb. iletişim araçları kullanılarak hastalara ulaşılmıştır. Hastalardan anket formundaki soruları cevaplandırılması istenmiştir. Çalışmada kullanılan veri toplama araçlarında bulunan maddelerin cevaplandırılması yaklaşık 20 ile 30 dakika sürmüştür.

C. Veri Toplama Araçları

1. Sosyodemografik Veri Formu

Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, mesleki durum, eğitim durumu, anne-baba eğitim durumu, gelir düzeyi gibi demografik bilgilerini ve almış olduğu psikiyatrik tanılar, eş desteği ve partner desteği ile ilgili araştırma için önemli olduğu düşünülen kişisel özelliklerini incelemek amacıyla araştırmacı tarafından 'Kişisel Bilgi Formu' hazırlanarak uygulanmıştır. Ayrıca kişisel bilgi formu ile birlikte verilen gönüllü katılım forumunda araştırmanın değişkenleri tanıtılmış, araştırmanın ne amaçla yapıldığı elde edilen verilerin nasıl kullanılacağı ve gizlilik ilkesi hakkında bilgiler verilip katılımcıların yazılı onayları alınmıştır.

2. Young Şema Ölçeği

Young Şema Ölçeği Kısa Form -3'ün Türkçeye uyarlanması 2009 yılında Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır tarafından yapılmıştır. Jeffrey Young'ın Şema Terapi (1990, 2003) temelinde geliştirdiği kısa formda, Kopukluk ve Reddedilmişlik, Zedelenmiş Otonomi ve Kendini Ortaya Koyma, Zedelenmiş Sınırlar, Diğeri Yönelimlilik, Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık şema alanlarını kapsayan 18 boyut önerilmektedir. Alt ölçekler sırasıyla, Terk Edilme/ İstikrarsızlık, Güvensizlik/Suistimal Edilme, Duyguları Bastırma, Kusurluluk/Utanma, Sosyal İzolasyon/ Yabancılaşma, Bağımlılık/Yetersizlik, Hastalıklar ve Tehditler Karşısında Dayanıksızlık, İç İçe Geçme/ Gelişmemiş Benlik, Başarısızlık, Hak Görme/Büüklük, YetersizÖzdenetim, Boyun Eğicilik, Kendini Feda, Onay Arayıcılık, Karamsarlık, Duygusal Yoksunluk, Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik ve Cezalandırıcılık olarak adlandırılmaktadır. 90 maddeden oluşan ölçekte katılımcılar, her bir maddeyi 6'lı Likert üzerinde (1=Benim için tamamıyla yanlış, 6= Beni mükemmel şekilde tanımlıyor) derecelendirmektedir. Ölçeğin özgün formunda her alt ölçek 5 maddeden oluşmakta, buna göre alt ölçeklerden alınan puanlar 5 ile 30 arasında değişebilmektedir. Yapılan analizler sonucu, iç tutarlık katsayısının YŞÖ-KF3 alt ölçekleri için $\alpha = .63-.80$ arasında değiştiği anlaşılmıştır. Yapılan üst sıra faktör analizi

sonucu belirlenen şema alanlarının Cronbach Alpha iç tutarlık katsayıları ise $\alpha = .53-.81$ arasında değişmektedir. Buna göre ölçeğin orta düzeyde iç tutarlık katsayısına sahip olduğu söylenebilir (Soygüt vd., 2009). Bir diğer kullanılan veri toplama aracı ise katılımcıların duygu düzenleme güçlüğü seviyelerinin belirlenmesi için oluşturulan Duygu düzenleme Güçlüğü ölçeğidir (Rugancı ve Gençöz, 2010).

3. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği

Gratz ve Roemer (2004) tarafından geliştirilen Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DERS); duygusal tepkilere ilişkin farkındalığın olmaması (farkındalık), duygusal tepkilerin anlaşılmasında açıklık, duygusal tepkilerin kabul edilmemesi (kabul etmeme), etkili olarak algılanan duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim (stratejiler), olumsuz duygular deneyimlerken dürtülerin kontrolünde güçlük yaşama (dürtü), olumsuz duygular deneyimlerken amaç odaklı davranışlarda bulunmada güçlük yaşama (amaçlar) alt boyutları altında toplanan 36 maddeden oluşmaktadır. Kendini bildirim dayanan beşli likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Ölçek için kesme puanı belirlenmemiş olmakla birlikte yüksek puanlar daha şiddetli duygu düzenleme güçlüğüne varlığına işaret etmektedir. Ölçeğin özgün formunda iç tutarlık katsayısı 0,93 olarak bulunmakla birlikte alt boyutlarına ilişkin iç tutarlık katsayılarının 0,88 ile 0,89 arasında değiştiği, test-tekrar test güvenilirliğinin ise 0,88 olduğu bildirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun psikometrik özellikleri ilk olarak Rugancı ve Gençöz (2010) tarafından çalışılmıştır. Türkçe uyarlamasından elde edilen sonuçlarda, ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur. Alt boyutlarının iç tutarlık katsayıları ise 0,75 ile 0,90 arasında değişmektedir. DERS' in test-tekrar test güvenilirliği 0,83, Guttman yarıya bölme güvenilirlik katsayısı 0,95'tir

4. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Çalışmada kullanılan son ölçek ise Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğidir (PDÖ). Işık (2016) tarafından Türkçeye çevrilen ölçek toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin 3

alt boyutu bulunmaktadır. Alınan puanların yrekliği psikolojik dayanıklılığın seviyesini göstermektedir. Yüksek puan yüksek psikolojik rahatsızlığı göstermektedir. Ölçek boyutları alanyazın doğrultusunda kendini adama, kontrol ve meydan okuma olarak adlandırılmıştır. Ölçeğin üç faktörlü yapısı doğrulayıcı faktör analizi ile doğrulanmıştır. Ölçeğin tamamı için Cronbach alpha güvenirlik katsayısı .76 iken, her bir alt boyut için Cronbach alpha güvenirlik katsayıları .62 ile .74 arasındadır. Bulgular sonucunda ölçeğin psikolojik dayanıklılık kişilik özelliğini geçerli ve güvenilir şekilde ölçtüğü ortaya çıkmıştır.

D. Veri Analizi

Çalışmada toplanan verileri analiz etmek için SPSS v26 kullanılmıştır. Araştırma kapsamında öncelikle demografik istatistikler incelenmiştir. Ardından verilerin güvenilirlik ve normal dağılım analizleri yapılmış ve ölçeklerin güvenilir oldukları ile verilerin normal dağıldıkları görülmüştür. Veriler normal dağıldığı için çalışmanın devamında parametrik analiz yöntemleri kullanılmış ve araştırma değişkenlerinin tanımlayıcı istatistiksel analizleri gerçekleştirilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Son olarak ise hipotez testlerine geçilmiştir. Hipotez testleri kapsamında öncelikle duygu düzenleme güçlüğünün psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkisini belirlemek maksadıyla regresyon analizi yapılmıştır. Aracılık analizleri IBM SPSS Process Macro 4.1 uygulaması kullanılarak gerçekleştirilmiştir (Hayes ve Matthes, 2009; Preacher vd., 2007). Aracılık analizlerinde bootstrap yöntemi ile 5000 yeniden örnekleme yapılmış, bulgular %95 güven aralığında incelenmiştir. Toplam, doğrudan ve dolaylı etkilerin incelendiği analizlerde aracılık etkisi dolaylı etki bulgularına göre değerlendirilmiştir. %95 güven aralığında incelenen dolaylı etkinin alt ve üst değerlerinin sıfırı içermemesi anlamlı etkiyi yani aracılık etkisinin olduğunu göstermektedir (Darlington ve Hayes, 2017; Hayes, 2018).

VII. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde çalışma kapsamında toplanılan verilerin analizleri sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır.

A. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin elde edilen bulgular Çizelge 2’de sunulmuştur.

Çizelge 2. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Demografik Özellik	Grup	N	%
Yaşınız (\bar{x} =37.60)	18-25	36	8.8
	26-35	164	40.2
	36-45	112	27.5
	46-55	76	18.6
	56-65	20	4.9
Cinsiyet	Erkek	92	22.5
	Kadın	316	77.5
Medeni Durum	Evli	228	55.9
	Bekar	152	37.3
	Dul	28	6.9
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	36	8.8
	Lise	76	18.6
	Önlisans/Lisans	204	50.0
	Lisansüstü	92	22.5
Çalışma Durumu	Evet	244	59.8
	Hayır	128	31.4
	Emekli	36	8.8
Ekonomik Durum	Gelirim yok	80	19.6
	4250 ve altı	60	14.7
	4251-7000	112	27.5
	7000 ve üzeri	156	38.2

Çizelge 2’de yer alan sonuçlara göre katılımcıların yaş ortalaması 37.6 olarak belirlenmiştir. Örneklem çöğunlukla 26-35 yaş arası (%40.2), kadın (%77.5), evli (%55.9), üniversite mezunu (%72.5), çalışan (%59.8), ve aylık 7000 TL ve üzeri geliri olan (%38.2) katılımcılardan oluştuğu görölmektedir.

Katılımcılara fibromiyalji ve ilgili rahatsızlıkta aldıkları destekler ile ilgili sorulardan elde edilen cevaplar Çizelge 3’te sunulmuştur.

Çizelge 3. Fibromiyalji ve Psikolojik Destek ile İlgili Cevaplar

Sorular	Grup	N	%
Fibromiyalji tanısı alalı ne kadar zaman oluyor?	0-5 yıl	240	58.8
	6-10 yıl	60	14.7
	11 yıl ve üzeri	108	26.5
Fibromiyalji tanısını kaç yaşınızdayken aldınız?	11-25	152	37.3
	26-40	36	8.8
	41-50	220	53.9
Fibromiyalji tedaviniz süresinde ailenizden aldığınız desteği yeterli buluyor musunuz?	Çok Yeterli	136	33.3
	Destek veriyorlar ama yetersiz	180	44.1
	Yetersiz	92	22.5
Fibromiyalji tedaviniz süresinde partnerinizden (eş. sevgili var ise) aldığımız desteği yeterli buluyor musunuz?	Çok Yeterli	136	33.3
	Destek veriyorlar ama yetersiz	92	22.5
	Yetersiz	96	23.5
	Partnerim yok	84	20.6
Fibromiyalji ağrılarınız sizce sosyal yaşantınızı ne kadar etkiliyor?	Hiç etkilemiyor	16	3.9
	Etkiliyor ama fazla değil	136	33.3
	Olumsuz anlamda çok etkiliyor	256	62.7
Fibromiyalji hastalığı sizce yaşam kalitenizi ne kadar etkiliyor?	Hiç etkilemiyor	8	2.0
	Etkiliyor ama fazla değil	112	27.5
	Olumsuz anlamda çok etkiliyor	288	70.6
Psikolojik yardım almayı düşünüyor musunuz?	Evet	256	62.7
	Hayır	152	37.3

Çizelge 3'te yer alan sonuçlara göre 240 hasta (%58.8) son 5 yılda fibromiyalji tanısı aldıklarını söylemişlerdir. 220 (%53.9) hasta hastalık teşhisinin 41 ile 50 yaşları arasında öğrendiklerini belirtmişlerdir.

Hastalık süreçlerinde aileden aldıkları desteği yeterli bulmayan katılımcılar partnerlerinde daha fazla destek aldıklarını söylemişlerdir. Katılımcıların 256'sı (%62.7) hastalıklarından dolayı sosyal hayatlarının yüksek seviyede olumsuz olarak etkilendiğini belirtmişlerdir. Benzer şekilde hastalıklarının hayat kalitelerini olumsuz olarak etkilediğini ifade etmişlerdir. Son olarak psikolojik destek almayı düşünenlerin oranı ise %62.7 (256) olarak elde edilmiştir.

B. Güvenilirlik Analizi

Çalışma ölçeklerinin güvenilirlik analizi sonuçları Çizelge 4'te sunulmuştur.

Çizelge 4. Güvenirlik Analizi Sonuçları

Ölçek	Güvenilirlik (α)
Duygu düzenleme güçlüğü	.925
Psikolojik dayanıklılık	.859
Zedelenmiş otonomi şema alanı	.947
Kopukluk şema alanı	.945
Yüksek standartlar şema alanı	.778
Zedelenmiş sınırlar şema alanı	.799
Diğeri yönelimlilik şema alanı	.852
İç içe geçme/bağımlılık	.837
Terk edilme	.796
Başarısızlık	.881
Karamsarlık	.823

Çizelge 5 (devamı)

Tehditler karşısında dayanıksızlık	.781
Duygusal yoksunluk	.854
Duyguları bastırma	.808
Sosyal izolasyon/güvensizlik	.859
Kusurluluk	.879
Yüksek standartlar	.773
Onay arayıcılık	.743
Ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim	.799
Kendini feda	.794
Cezalandırılma	.740

Literatürde genel olarak bir ölçeğin güvenilir olduğunun belirtilebilmesi için Cronbach Alpha katsayısının 0.70'in üzerinde olmasının gerektiği belirtilmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2014). Bu çerçevede, Çizelge 4'te yer alan güvenilirlik katsayılarının tamamının 0.70'in üzerinde olduğu görüldüğünden araştırma ölçeklerinin güvenilir olduğu belirlenmiştir.

C. Normal Dağılım Analizi

Çalışma verilerinin normal dağılım analizi sonuçları Çizelge 5'te sunulmuştur.

Çizelge 6. Normal Dağılım Analizi Sonuçları

Ölçek	Çarpıklık	Basıklık
Duygu düzenleme güçlüğü	.317	-.179
Psikolojik dayanıklılık	-.475	-.815
Zedelenmiş otonomi şema alanı	.501	-.042
Kopukluk şema alanı	.771	.276
Yüksek standartlar şema alanı	-.154	-.062

Çizelge 5 (devamı)

Zedelenmiş sınırlar şema alanı	-.159	-.644
Diğeri yönelimlilik şema alanı	-.171	-.476
İç içe geçme/bağımlılık	.855	.244
Terk edilme	.564	-.266
Başarısızlık	.279	-1.014
Karamsarlık	-.067	-.917
Tehditler karşısında dayanıksızlık	.441	-.751
Duygusal yoksunluk	.513	-.728
Duyguları bastırma	.695	-.413
Sosyal izolasyon/güvensizlik	.177	-.718
Kusurluluk	1.390	1.435
Yüksek standartlar	.200	-.811
Onay arayıcılık	.034	-.523
Ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim	-.159	-.644
Kendini feda	-.106	-.828
Cezalandırılma	-.100	-.182

Literatürde verilerin normal dağılım gösterdiğinin kabul edilebilmesi için çarpıklık ve basıklık değerlerinin sınırlarına ilişkin genel kabul görmüş standartlar olmadığı görülmektedir. Verilerin normal dağılım gösterdiğinin ifade edilebilmesi için çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1 ile +1 arasında olması gerektiğini belirten kaynaklar olduğu gibi (Leech, Barrett ve Morgan, 2005), bu değerlerin -3 ile +3 aralığına kadar kabul edilebilir olduğunu belirten kaynaklar (Kline, 1998; Kalaycı, 2016) da bulunmaktadır. Bu çerçevede Çizelge 5'te yer alana çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde tamamının -1.5 ile +1.5 arasından olduğu görüldüğünden çalışma verilerinin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiş ve bu nedenle çalışmanın devamında parametrik analiz yöntemlerinin kullanılmasına karar verilmiştir.

D. Tanımlayıcı İstatistiksel Analiz

Katılımcıların araştırma ölçeklerinden elde ettikleri puanlara ilişkin tanımlayıcı istatistiksel analiz sonuçları Çizelge 6’da sunulmuştur.

Çizelge 7. Tanımlayıcı İstatistiksel Analiz Sonuçları

Ölçek	Ortalama	ss	Ölçeğin Puan Aralığı	
			Min.	Maks.
Duygu düzenleme güçlüğü	95.65	22.12	36	180
Psikolojik dayanıklılık	60.65	12.33	0	84
Zedelenmiş otonomi şema alanı	86.08	32.46	30	180
Kopukluk şema alanı	62.29	26.43	23	138
Yüksek standartlar şema alanı	32.05	8.96	9	54
Zedelenmiş sınırlar şema alanı	25.35	8.09	7	42
Diğeri yönelimlilik şema alanı	40.73	11.90	11	66
İç içe geçme/bağımlılık	23.64	10.05	9	54
Terk edilme	12.77	6.17	5	30
Başarısızlık	17.23	8.17	6	36
Karamsarlık	16.87	6.71	5	30
Tehditler karşısında dayanıksızlık	15.57	6.63	5	30
Duygusal yoksunluk	13.84	6.91	5	30
Duyguları bastırma	13.53	6.75	5	30
Sosyal izolasyon/güvensizlik	21.72	8.88	7	42
Kusurluluk	13.21	7.59	6	36
Yüksek standartlar	9.84	4.32	3	18
Onay arayıcılık	22.21	6.44	6	36
Ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim	25.35	8.09	7	42
Kendini feda	19.01	6.45	5	30
Cezalandırılma	21.72	6.60	6	36

Çizelge 6 incelendiğinde katılımcıların ölçeklerden ortalamaya yakın puanlar aldıkları görülmektedir. Diğer bir ifadeyle, katılımcıların duygu düzenleme güçlüğü, psikolojik dayanıklılık ve uyum bozucu şemalarının seviyelerinin orta düzeyde olduğu belirtilebilecektir.

E.Korelasyon Analizi

Duygu düzenleme güçlüğü, psikolojik dayanıklılık ve uyum bozucu şemalar arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla gerçekleştirilen Pearson korelasyon analizi sonuçları Çizelge 7’de sunulmuştur.

Çizelge 8. Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişken	Duygu düzenleme güçlüğü	Psikolojik dayanıklılık
Duygu düzenleme güçlüğü	1	-.301**
Psikolojik dayanıklılık	-.301**	1
Zedelenmiş otonomi şema alanı	.715**	-.193**
Kopukluk şema alanı	.594**	-0.024
Yüksek standartlar şema alanı	.489**	0.018
Zedelenmiş sınırlar şema alanı	.299**	-.131**
Diğeri yönelimlilik şema alanı	.525**	0.092
İç içe geçme/bağımlılık	.613**	-.159**
Terk edilme	.602**	-.097*
Başarısızlık	.621**	-.292**
Karamsarlık	.660**	-.215**
Tehditler karşısında dayanıksızlık	.576**	-0,035
Duygusal yoksunluk	.425**	0.062
Duyguları bastırma	.458**	-0.021
Sosyal izolasyon/güvensizlik	.571**	-0.085
Kusurluluk	.604**	-0.022
Yüksek standartlar	.260**	-.163**
Onay arayıcılık	.506**	-0.085
Ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim	.299**	-.131**
Kendini feda	.446**	0.036
Cezalandırılma	.510**	-.130**

* p<0,05; ** p<0,01

Çizelge 7 incelendiğinde duygu düzenleme güçlüğü ile psikolojik dayanıklılık arasında negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0.301$; $p<0.01$). Bunun yanında, duygu düzenleme güçlüğü ile uyum bozucu şemaların bütün boyutları arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir. Diğer taraftan, psikolojik dayanıklılık

ile uyum bozucu şemalardan zedelenmiş otonomi şema alanı, zedelenmiş sınırlar şema alanı, iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, başarısızlık, karamsarlık, yüksek standartlar, ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim ve cezalandırılma boyutları arasında negatif ve anlamlı ilişkiler olduğu, diğer boyutlarla ise anlamlı ilişkileri olmadığı ($p>0.05$) görülmektedir.

F. Hipotez Testleri

Çalışmanın bu bölümünde araştırma kapsamında geliştirilen hipotezlerin test edilmesine yönelik analizlerden elde edilen bulgular sunulmaktadır.

1. Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Psikolojik Dayanıklılığa Etkisinin İncelenmesi

Çalışmanın amaçlarından birisi duygu düzenleme güçlüğü'nün psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkisinin incelenmesidir. Bu çerçevede test edilecek hipotez aşağıda sunulmuştur.

H₁: Duygu düzenleme güçlüğü, psikolojik dayanıklılığı negatif yönlü anlamlı düzeyde yordamaktadır.

Duygu düzenleme güçlüğü'nün psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilen regresyon analizi sonucu Çizelge 8'de sunulmuştur.

Çizelge 9. Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Psikolojik Dayanıklılık Üzerindeki Etkisi

Bağımlı Değişken: Psikolojik Dayanıklılık		Model: $F=40.57$; $R^2=0.089$; $p=.000$		
Bağımsız Değişken	β	t	p	
Duygu Düzenleme Güçlüğü	-.168	-6.37	.000	

Çizelge 8'de yer alan sonuçlar incelendiğinde regresyon modelinin anlamlı olduğu ($F=40,574$; $p<0,01$) ve psikolojik dayanıklılıktaki varyansın %8.9'unu açıkladığı anlaşılmaktadır. Bunun yanında duygu düzenleme güçlüğü'nün psikolojik dayanıklılık üzerinde negatif yönde ve anlamlı bir etkisinin olduğu ($\beta=-0.301$; $p<0.01$) görülmektedir.

Diğer bir ifadeyle, duygu düzenleme gücündeki bir artış psikolojik dayanıklılıkta bir azalışa yol açmaktadır. Bu sonuçlara göre H_1 hipotezi kabul edilmiştir.

2. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Psikolojik Dayanıklılığa Etkisinin İncelenmesi

Çalışmanın amaçlarından birisi erken dönem uyum bozucu şemaların psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkisinin incelenmesidir. Bu çerçevede test edilecek hipotez aşağıda sunulmuştur.

H_2 : Erken dönem uyum bozucu şemalar, psikolojik dayanıklılığı negatif yönlü anlamlı düzeyde yordamaktadır.

Erken dönem uyum bozucu şemaların psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla gerçekleştirilen çoklu regresyon analizi sonucu Çizelge 9’da sunulmuştur.

Çizelge 10. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Psikolojik Dayanıklılık Üzerindeki Etkisi

Bağımlı Değişken: Psikolojik Dayanıklılık		Model: $F=22.67$; $R^2=0.210$; $p=.000$		
Bağımsız Değişkenler	β	t	p	
Zedelenmiş otonomi şema alanı	-.336	-9.401	.000	
Kopukluk şema alanı	.146	3.636	.628	
Yüksek standartlar şema alanı	.185	2.041	.721	
Zedelenmiş sınırlar şema alanı	-.235	2.582	.009	
Diğeri yönelimlilik şema alanı	.390	6.107	.065	

Çizelge 9’da yer alan sonuçlar incelendiğinde regresyon modelinin anlamlı olduğu ($F=22.67$; $p<0.01$) ve psikolojik dayanıklılıktaki varyansın %21.0’ini açıkladığı anlaşılmaktadır. Bunun yanında zedelenmiş otonomi şema alanı ($\beta=-0.336$; $p<0.01$) ve zedelenmiş sınırlar şema alanının ($\beta=-0.235$; $p<0.01$) psikolojik dayanıklılık üzerinde negatif yönde ve anlamlı etkilerinin olduğu; kopukluk şema alanı, yüksek standartlar şema alanı ve diğeri yönelimlilik şema alanının ise psikolojik dayanıklılık üzerinde anlamlı

etkilerinin olmadığı ($p>0.05$) görülmektedir. Diğer bir ifadeyle, zedelenmiş otonomi şema alanı ve zedelenmiş sınırlar şema alanlarındaki bir artış psikolojik dayanıklılıkta bir azalışa yol açmaktadır. Bu sonuçlara göre H_2 hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

3. Uyum Bozucu Şemalar ve Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Rolünün İncelenmesi

Çalışmanın amaçlarından bir diğeri duygu düzenleme güçlüğü'nün, psikolojik dayanıklılık ve uyum bozucu şemalar arasındaki ilişkide aracılık rolünün incelenmesidir. Bu çerçevede test edilecek hipotez aşağıda sunulmuştur.

H_3 : Uyum bozucu şemalar ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkide, duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı etkisi vardır.

Şema alanları ile psikolojik dayanıklılık arasındaki aracılık etkisinin olup olmadığını bootstrap yöntemi kullanılarak test edilmiştir. Bootstrap yönteminin, Baron ve Kenny'in (1986) geleneksel yönteminden ve sobel testinden daha güvenilir sonuçlar öne sürülmektedir (Gürbüz, 2019; Preacher vd., 2007). Analizde bootstrap tekniği ile 5000 yeniden örneklem seçeneği tercih edilmiştir. Bootstrap tekniği ile yapılan aracılık etki analizlerinde, araştırma hipotezinin desteklenebilmesi için analiz sonunda elde edilen güven aralıklarının sıfırı (0) kapsamaması gerekmektedir. (Mackinnon vd. 2004).

Bu çerçevede her bir uyum bozucu şema alanının ve psikolojik dayanıklılığın duygu düzenleme güçlüğü ile aracılık rolü sırası ile incelenmiş ve elde edilen sonuçlar devam eden başlıklarda sunulmuştur.

a. Zedelenmiş Otonomi Şema Alanı ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Etkisi

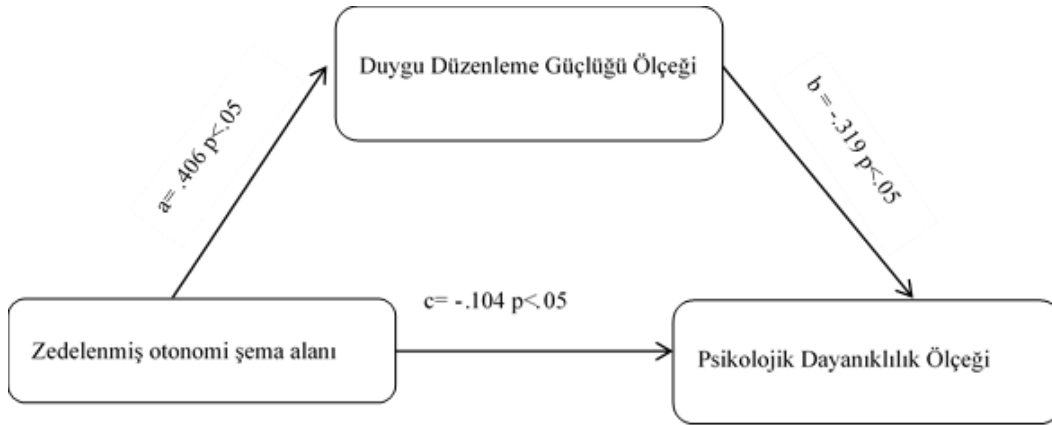
Zedelenmiş otonomi şema alanı ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü'nün aracılık etkisinin olup olmadığı Bootstrap tekniği ile elde edilen güven aralıklarına göre tespit edilmiştir. Regresyon analiz sonuçları Çizelge 10 ve Şekil 3'te gösterilmiştir.

Çizelge 11. Zedelenmiş Otonomi Şema Alanı ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Etkisi

	M (Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği)					Y (Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği)				
	B	β	SH	LLCI	ULCI	B	β	SH	LLCI	ULCI
X (Zedelenmiş otonomi şema alanı)	.406*	.714*	.060	.367	.444	.025	.046	.036	-.047	.097
M (Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği)			-			-.319*	-.334	.064	-.446	-.192
Sabit	1.492*		.060	1.373	1.610	3.652*		.124	3.420	3.910
			$R^2=.511$					$R^2=.091$		
			$F(1.406)=424.18; p<.<0.001$					$F(2.405)=20.49; p<.<0.001$		
Toplam Etki						-.104*	-.192	.026	-.156	-.052
Doğrudan Etki						.025	.046	.036	-.047	.097
Dolaylı Etki						-.129*	.239*	0.027	-.183	-.078

* $p<0.05$; B: Standardize Olmayan Regresyon Katsayısı; β : Standardize Regresyon Katsayısı; SH: Standart Hata; LLCI: Alt Güven Aralığı (B); ULCI: Üst Güven Aralığı (B)

Buna göre duygu düzenleme güçlüğü'nün psikolojik dayanıklılık üzerinde dolaylı etkisinin anlamlı olduğu, dolayısıyla duygu düzenleme güçlüğü'nün zedelenmiş otonomi şema alanı ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkide aracılık ettiği tespit edilmiştir ($b=-.129$ %95 CI [-.185.-.077]). Bu sonuç doğrultusunda araştırma hipotezi desteklenmiştir.



Doğrudan etki (c') = .025 p > .05

Dolaylı etki (a*b) = -.129 p < .05

Şekil 4. Zedelenmiş Şema Alanı Aracılık Modeli

b.Kopukluk Şema Alanı ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Etkisi

Regresyon analiz sonuçları Çizelge 11 ve Şekil 4'te gösterilmiştir. Kopukluk şema alanı ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü'nün aracılık etkisinin olup olmadığı Bootstrap tekniği ile elde edilen güven aralıklarına göre tespit edilmiştir.

Çizelge 12. Kopukluk Şema Alanı ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Etkisi

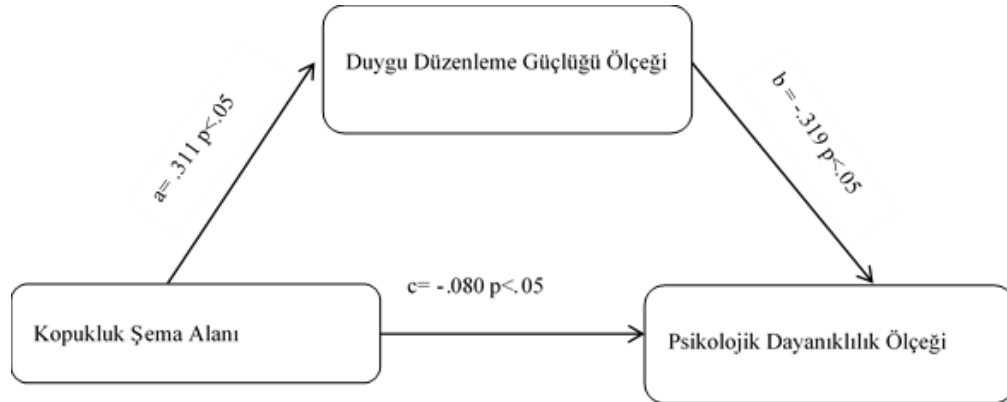
	M (Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği)					Y (Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği)				
	B	β	SH	LLCI	ULCI	B	β	SH	LLCI	ULCI
X (Kopukluk Şema Alanı)	.311*	.714*	.015	.281	.340	.019	0.046	.028	-.036	.074
M (Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği)			-			-.319*	-.334	.064	-.446	-.192

Çizelge 11 (devamı)

Sabit	1.492*	.060	1.373	1.610	3.665*	.124	3.420	3.910
		R ² =.511				R ² =.091		
		F(1.406)=424.18; p=<.001				F(2.405)=20.49; p=<.001		
Toplam Etki								
Doğrudan Etki								
Dolaylı Etki								

*p<0.05; B: Standardize Olmayan Regresyon Katsayısı; β: Standardize Regresyon Katsayısı; SH: Standart Hata; LLCI: Alt Güven Aralığı (B); ULCI: Üst Güven Aralığı (B)

Kopukluk şema alanının duygu düzenleme güçlüğüne psikolojik dayanıklılık üzerinde dolaylı etkisinin anlamlı olduğu, dolayısıyla duygu düzenleme güçlüğüne kopukluk şema alanı ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkide aracılık ettiği tespit edilmiştir (b=-.099 %95 CI [-.141-.059]). Bu sonuç doğrultusunda araştırma hipotezi desteklenmiştir.



Doğrudan etki (c')= .019 p>.05

Dolaylı etki (a*b)= -.099 p<.05

Şekil 5. Kopukluk Şema Alanı Aracılık Modeli

c.Yüksek Standartlar Şema Alanı ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Etkisi

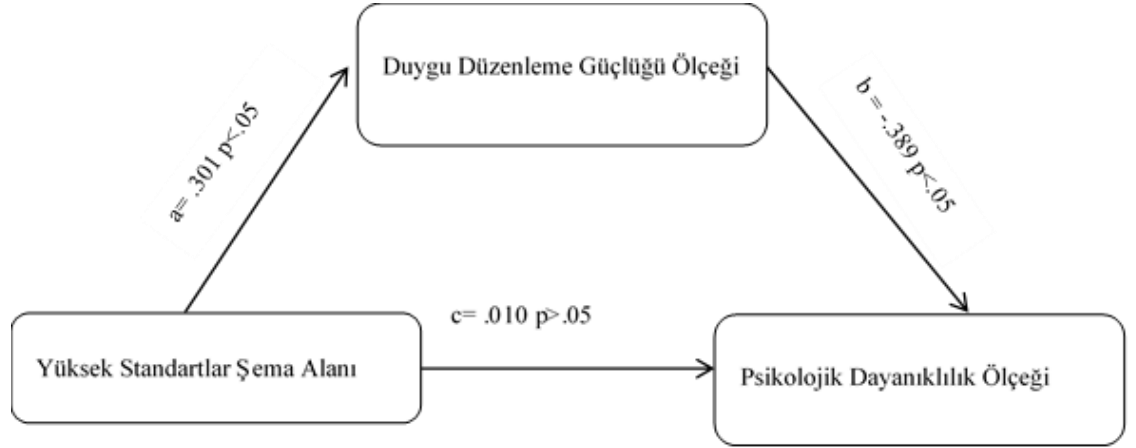
Yüksek standartlar şema alanı ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğünün aracılık etkisinin olup olmadığı Bootstrap tekniği ile elde edilen güven aralıklarına göre tespit edilmiştir. Çizelge 12 ve Şekil 5'te sunulmuştur.

Çizelge 13. Yüksek Standartlar Şema Alanı ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Etkisi

	M (Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği)					Y (Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği)				
	B	β	SH	LLCI	ULCI	B	β	SH	LLCI	ULCI
X (Yüksek Standartlar Şema Alanı)	.301*	.488*	.026	.249	.354	.127*	.216	.031	.066	.189
M (Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği)			-			-.389*	.407	.050	-.489	-.289
Sabit	1.582*		.098	1.388	1.776	3.665*		.124	3.420	3.910
		R ² =.238					R ² =.126			
		F(1.406)=127.41; p<.001					F(2.405)=29.36; p<.001			
Toplam Etki						.010	.017	.029	-.047	.068
Doğrudan Etki						.127*	.216	.031	.066	.189
Dolaylı Etki						-.117*	.199	.019	-.158	-.081

*p<0.05; B: Standardize Olmayan Regresyon Katsayısı; β : Standardize Regresyon Katsayısı; SH: Standart Hata; LLCI: Alt Güven Aralığı (B); ULCI: Üst Güven Aralığı (B)

Yapılan analize göre duygu düzenleme güçlüğünün psikolojik dayanıklılık üzerinde dolaylı etkisinin anlamlı olduğu, dolayısıyla duygu düzenleme güçlüğünün yüksek standartlar şema alanı ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkide aracılık ettiği tespit edilmiştir (b=-.117 %95 CI [-.157-.079]). Bu sonuç doğrultusunda araştırma hipotezi desteklenmiştir.



Doğrudan etki (c')= .127 p<.05

Dolaylı etki (a*b)= -.117 p<.05

Şekil 6. Yüksek Standartlar Şema Alanı Aracılık Modeli

d.Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Etkisi

Zedelenmiş sınırlar şema alanı ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü'nün aracılık etkisinin olup olmadığı Bootstrap tekniği ile elde edilen güven aralıklarına göre tespit edilmiş olup Çizelge ve Şekil 6'da sunulmuştur.

Çizelge 14. Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Etkisi

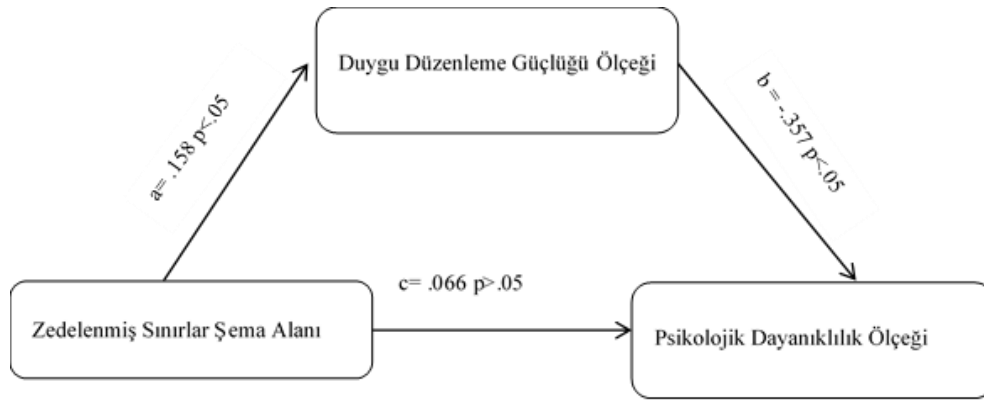
	M (Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği)					Y(Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği)				
	B	β	SH	LLCI	ULCI	B	β	SH	LLCI	ULCI
X (Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı)	.158*	.298*	.025	.109	.208	.123*	0.242	.024	.075	.171

Çizelge 13 (devamı)

M (Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği)								
Sabit	2.081*	.095	1.893	2.269	3.665*	.124	3.420	3.910
		R ² =.089				R ² =.144		
		F(1.406)=39.76; p<.<.001				F(2.405)=34.19; p<.<.001		
Toplam Etki					.066*	.013	.025	.017
Doğrudan Etki					.123*	.242	.024	.075
Dolaylı Etki					-.057*	-.111	.011	-.079

*p<0.05; B: Standardize Olmayan Regresyon Katsayısı; β: Standardize Regresyon Katsayısı; SH: Standart Hata; LLCI: Alt Güven Aralığı (B); ULCI: Üst Güven Aralığı (B)

Duygu düzenleme güçlüğü'nün psikolojik dayanıklılık üzerinde dolaylı etkisinin anlamlı olduğu, dolayısıyla duygu düzenleme güçlüğü'nün zedelenmiş sınırlar şema alanı ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkide aracılık ettiği tespit edilmiştir (b=-.056 %95 CI [-.079.-.035]). Bu sonuç doğrultusunda araştırma hipotezi desteklenmiştir.



Doğrudan etki (c')= .123 p<.05

Dolaylı etki (a*b)= -.057 p<.05

Şekil 7. Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı Aracılık Modeli

e.Diğeri Yönelimlilik Şema Alanı ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Etkisi

Diğeri yönelimlilik şema alanı ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü'nün aracılık etkisinin olup olmadığı Bootstrap tekniği ile elde edilen güven aralıklarına göre tespit edilmiş olup, Çizelge 14 ve Şekil 7'de gösterilmiştir.

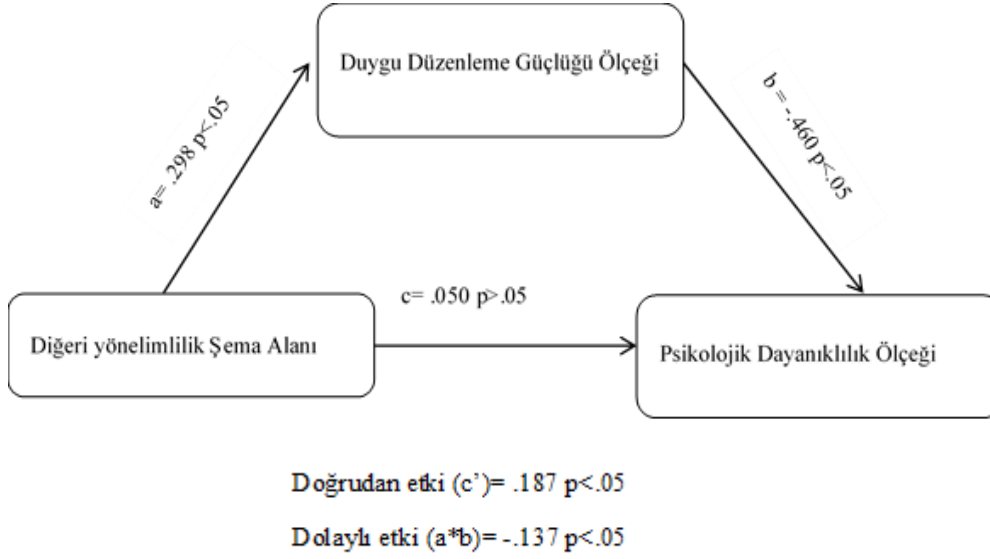
Çizelge 15. Diğeri Yönelimlilik Şema Alanı ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Etkisi

	M (Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği)					Y (Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği)				
	B	β	SH	LLCI	ULCI	B	β	SH	LLCI	ULCI
X (Diğeri yönelimlilik Şema Alanı)	.298*	.524*	.024	.250	.345	.187*	0.344	.028	.130	.243
M (Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği)			-			-.460*	-.482	.050	-.560	-.361
Sabit	2.081*		.095	1.893	2.269	3.665*		.124	3.420	3.910
			R ² =.275					R ² =.176		
			F(1.406)=154.21; p<.001					F(2.405)=43.51; p<.001		
Toplam Etki						.050*	.091	.026	-.003	.102
Doğrudan Etki						.187*	.344	.028	.130	.243
Dolaylı Etki						-.137*	-.253	.029	-.172	-.104

*p<0.05; B: Standardize Olmayan Regresyon Katsayısı; β : Standardize Regresyon Katsayısı; SH: Standart Hata; LLCI: Alt Güven Aralığı (B); ULCI: Üst Güven Aralığı (B)

Buna göre duygu düzenleme güçlüğü'nün psikolojik dayanıklılık üzerinde dolaylı etkisinin anlamlı olduğu, dolayısıyla duygu düzenleme güçlüğü'nün diğeri yönelimlilik şema alanı ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkide aracılık ettiği tespit edilmiştir

($b = -.137$ %95 CI [-.312, -.194]). Bu sonuç doğrultusunda araştırma hipotezi desteklenmiştir.



Şekil 8. Diğeri Yönelimlilik Şema Alanı Aracılık Modeli

4. Fibromiyalji Hastalarında Psikolojik Dayanıklılık Seviyesinin Partnerden Alınan Desteğe Göre İncelenmesi

Çalışmanın bu bölümünde katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyelerinin ailelerinden ve partnerlerinden (var ise eş, sevgili vb.) aldıkları desteğe göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir.

Katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyelerinin ailelerinden aldıkları desteğe göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek üzere gerçekleştirilen ANOVA analizi sonuçları Çizelge 15'te sunulmuştur.

Çizelge 16. Psikolojik Dayanıklılık Seviyesinin Aileden Alınan Desteğe Göre İncelenmesi

Destek	n	Ort.	ss	F	p	Farklı Gruplar
(A) Yetersiz	92	58,87	13,69			
(B) Destek veriyorlar ama yetersiz	180	59,73	11,90	4,112	,017	C > A
(C) Çok Yeterli	136	63,06	11,62			

Çizelge 15 incelendiğinde psikolojik dayanıklılık seviyesinin katılımcıların ailelerinden aldıkları desteğe göre anlamlı farklılık gösterdiği ($F=4,112$; $p<0,05$) tespit edilmiştir. Farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek maksadıyla gerçekleştirilen Scheffe post hoc analizi sonucunda ailesinden aldığı desteği çok yeterli gören katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyeleri ($\bar{x}=63,06$; $ss=11,62$) ile yetersiz gören ($\bar{x}=58,87$; $ss=13,69$) katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyeleri arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, ailesinden yeterli destek gören katılımcıların psikolojik dayanıklılıklarının yetersiz destek gören katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyelerinin partnerlerinden aldıkları desteğe göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek üzere gerçekleştirilen ANOVA analizi sonuçları Çizelge 16’da sunulmuştur.

Çizelge 17. Psikolojik Dayanıklılık Seviyesinin Partnerden Alınan Desteğe Göre İncelenmesi

Destek	n	Ort.	ss	F	p	Farklı Gruplar
(A) Partnerim yok	84	58,11	12,26			
(B) Yetersiz	96	59,08	13,08			
(C) Destek veriyorlar ama yetersiz	92	59,39	12,15	5,925	,001	D > A, B, C
(D) Çok Yeterli	136	64,17	11,25			

Çizelge 16 incelendiğinde psikolojik dayanıklılık seviyesinin katılımcıların partnerlerinden aldıkları desteğe göre anlamlı farklılık gösterdiği ($F=5,925$; $p<0,01$) tespit edilmiştir. Farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek maksadıyla

gerçekleştirilen Scheffe post hoc analizi sonucunda partnerinden aldığı desteği çok yeterli gören katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyeleri ($\bar{x}=64,17$; $ss=11,25$) ile partneri olmayan ($\bar{x}=58,11$; $ss=12,26$), destek görmeyen ($\bar{x}=59,08$; $ss=13,08$) ve yetersiz gören ($\bar{x}=59,39$; $ss=12,15$) katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyeleri arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, partnerinden yeterli destek gören katılımcıların psikolojik dayanıklılıklarının, partneri olmayan, destek görmeyen ve yetersiz destek gören katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlara göre H_5 hipotezi kabul edilmiştir.

5. Psikolojik Dayanıklılığın Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi

Çalışmanın bu bölümünde katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyelerinin demografik özelliklerine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir.

Katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyelerinin cinsiyetlerine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek üzere gerçekleştirilen t-testinin sonuçları Çizelge 17’de sunulmuştur.

Çizelge 18. Psikolojik Dayanıklılık Seviyesinin Cinsiyete Göre İncelenmesi

Cinsiyet	n	Ort.	ss	t	sd	p
Kadın	316	60,38	11,97	-,811	406	,418
Erkek	92	61,57	13,53			

Çizelge 17 incelendiğinde erkeklerin psikolojik dayanıklılık seviyelerinin ($\bar{x}=61,57$; $ss=13,53$) kadınlardan ($\bar{x}=60,38$; $ss=11,97$) daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Ancak psikolojik dayanıklılık seviyesinin katılımcıların cinsiyetlerine göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyelerinin yaşlarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek üzere gerçekleştirilen ANOVA analizi sonuçları Çizelge 18’de sunulmuştur.

Çizelge 19. Psikolojik Dayanıklılık Seviyesinin Yaşa Göre İncelenmesi

Yaş	n	Ort.	ss	F	p
18-25	36	65,33	9,94		
26-35	164	59,10	12,97		
36-45	112	60,32	11,21	2,241	,064
46-55	76	61,84	12,43		
56-65	20	62,15	14,67		

Çizelge 18 incelendiğinde psikolojik dayanıklılık seviyesinin katılımcıların yaşlarına göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyelerinin medeni durumlarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek üzere gerçekleştirilen t-testinin sonuçları Çizelge 19’da sunulmuştur.

Çizelge 20. Psikolojik Dayanıklılık Seviyesinin Medeni Duruma Göre İncelenmesi

Medeni Durum	n	Ort.	ss	t	sd	p
Bekar	180	60,40	13,54	-0,359	406	,720
Evli	228	60,84	11,31			

Çizelge 19 incelendiğinde evlilerin psikolojik dayanıklılık seviyelerinin ($\bar{x}=60,84$; $ss=11,31$) bekarlardan ($\bar{x}=60,40$; $ss=13,54$) daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Ancak psikolojik dayanıklılık seviyesinin katılımcıların medeni durumlarına göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyelerinin eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek üzere gerçekleştirilen ANOVA analizi sonuçları Çizelge 20’de sunulmuştur.

Çizelge 21. Psikolojik Dayanıklılık Seviyesinin Eğitim Durumuna Göre İncelenmesi

Eğitim	n	Ort.	ss	F	p
İlköğretim	36	60,00	11,30		
Lise	76	60,16	12,83	,233	
Önlisans/Lisans	204	61,16	12,38		,873
Lisansüstü	92	60,17	12,33		

Çizelge 20 incelendiğinde psikolojik dayanıklılık seviyesinin katılımcıların eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyelerinin çalışma durumlarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek üzere gerçekleştirilen t-testinin sonuçları Çizelge 21’de sunulmuştur.

Çizelge 22. Psikolojik Dayanıklılık Seviyesinin Çalışma Duruma Göre İncelenmesi

Çalışma Durumu	n	Ort.	ss	t	sd	p
Evet	244	61,11	12,11	,934	406	,351
Hayır	164	59,95	12,65			

Çizelge incelendiğinde çalışanların psikolojik dayanıklılık seviyelerinin ($\bar{x}=61,11$; $ss=12,11$) çalışmayanlardan ($\bar{x}=59,95$; $ss=12,65$) daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Ancak psikolojik dayanıklılık seviyesinin katılımcıların çalışma durumlarına göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyelerinin gelir durumlarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek üzere gerçekleştirilen ANOVA analizi sonuçları Çizelge 22’de sunulmuştur.

Çizelge 23. Psikolojik Dayanıklılık Seviyesinin Gelir Durumuna Göre İncelenmesi

Gelir	n	Ort.	ss	F	p	Farklı Gruplar
(A) Gelirim yok	80	53,55	13,08			
(B) 4250 ve altı	60	60,52	13,13	13,525	,000	A < B,C,D
(C) 4251-7000	112	61,38	10,14			
(D) 7000 ve üzeri	156	63,81	11,67			

Çizelge 16 incelendiğinde psikolojik dayanıklılık seviyesinin katılımcıların gelir durumlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği ($F=13,525$; $p<0,01$) tespit edilmiştir. Farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Scheffe post hoc analizi sonucunda geliri olmayan katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyeleri ($\bar{x}=53,55$; $ss=13,08$) ile aylık 4250 TL ve altı geliri olan ($\bar{x}=60,52$; $ss=13,13$), 4251-7000 TL arası geliri olan ($\bar{x}=61,38$; $ss=10,14$) ve 7000 TL üzeri geliri olan ($\bar{x}=63,81$; $ss=11,67$) katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyeleri arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, geliri olmayan katılımcıların psikolojik dayanıklılıklarının geliri olan katılımcılardan anlamlı olarak daha düşük seviyede olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlara göre H_4 hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

6. Psikolojik Dayanıklılığın Alınan Desteğe Göre İncelenmesi

Çalışmanın bu bölümünde katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyelerinin ailelerinden ve partnerlerinden (var ise eş, sevgili vb.) aldıkları desteğe göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir.

Katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyelerinin ailelerinden aldıkları desteğe göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek üzere gerçekleştirilen ANOVA analizi sonuçları Çizelge 23'te sunulmuştur.

Çizelge 24. Psikolojik Dayanıklılık Seviyesinin Aileden Alınan Desteğe Göre İncelenmesi

Destek	n	Ort.	ss	F	p	Farklı Gruplar
(A) Yetersiz	92	58,87	13,69			
(B) Destek veriyorlar ama yetersiz	180	59,73	11,90	4,112	,017	C > A
(C) Çok Yeterli	136	63,06	11,62			

Çizelge 23 incelendiğinde psikolojik dayanıklılık seviyesinin katılımcıların ailelerinden aldıkları desteğe göre anlamlı farklılık gösterdiği ($F=4,112$; $p<0,05$) tespit edilmiştir. Farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Scheffe post hoc analizi sonucunda ailesinden aldığı desteği çok yeterli gören katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyeleri ($\bar{x}=63,06$; $ss=11,62$) ile yetersiz gören ($\bar{x}=58,87$; $ss=13,69$) katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyeleri arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, ailesinden yeterli destek gören katılımcıların psikolojik dayanıklılıklarının yetersiz destek gören katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyelerinin partnerlerinden aldıkları desteğe göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek üzere gerçekleştirilen ANOVA analizi sonuçları Çizelge 24'ye sunulmuştur.

Çizelge 25. Psikolojik Dayanıklılık Seviyesinin Partnerden Alınan Desteğe Göre İncelenmesi

Destek	n	Ort.	ss	F	p	Farklı Gruplar
(A) Partnerim yok	84	58,11	12,26			
(B) Yetersiz	96	59,08	13,08			
(C) Destek veriyorlar ama yetersiz	92	59,39	12,15	5,925	,001	D > A, B, C
(D) Çok Yeterli	136	64,17	11,25			

Çizelge 24 incelendiğinde psikolojik dayanıklılık seviyesinin katılımcıların partnerlerinden aldıkları desteğe göre anlamlı farklılık gösterdiği ($F=5,925$; $p<0,01$) tespit edilmiştir. Farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla

gerçekleştirilen Scheffe post hoc analizi sonucunda partnerinden aldığı desteği çok yeterli gören katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyeleri ($\bar{x}=64,17$; $ss=11,25$) ile partneri olmayan ($\bar{x}=58,11$; $ss=12,26$), destek görmeyen ($\bar{x}=59,08$; $ss=13,08$) ve yetersiz gören ($\bar{x}=59,39$; $ss=12,15$) katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyeleri arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, partnerinden yeterli destek gören katılımcıların psikolojik dayanıklılıklarının, partneri olmayan, destek görmeyen ve yetersiz destek gören katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlara göre H5 hipotezi kabul edilmiştir.

IX. TARTIŞMA

1. Korelasyon ve Regresyon Sonuçlarına İlişkin Tartışma

Çalışmada öncelikle duygu düzenleme güçlüğü, psikolojik dayanıklılık ve uyum bozucu şemalar arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Duygu düzenleme güçlüğü ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkilere yönelik olarak gerçekleştirilen korelasyon analizi sonucunda duygu düzenleme güçlüğü ile psikolojik dayanıklılık arasında negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Diğer bir ifadeyle, duygu düzenleme güçlüğü ile psikolojik dayanıklılık arasında ters orantılı bir ilişki vardır. Anılan değişkenlerin birindeki bir artış diğerinde bir azalmaya veya tersi şekilde, birindeki bir azalış diğerinde bir artışa yol açmaktadır. Duygu düzenleme güçlüğü ile psikolojik dayanıklılık arasında negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu yönündeki bulgunun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Örneğin, Akyikit (2021) tarafından İstanbul il merkezinde ikamet eden 150 yönetici ve 150 çalışan olmak üzere toplam 300 katılımcı ile yürütülen çalışmada da hem yönetici hem de çalışan grubunda duygu düzenleme güçlüğü ile psikolojik dayanıklılık arasında negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yavuz (2020) tarafından yaşları 18-62 arasında değişen 410 kişi katılımcı ile gerçekleştirilen bir diğer çalışmada da duygu düzenleme güçlüğü ile psikolojik dayanıklılık arasında negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Hayatları boyunca bireylerin karşılaştıkları ve iyi ya da kötü olarak nitelendirdikleri birçok yaşam olayları mevcuttur. Bunlardan bazıları yoğun stres yaşanmasına sebep olmaktadır. Kobasa (1979)'a göre psikolojik dayanıklılık, eğer bireyler stresli ve olumsuz olarak nitelendirdikleri yaşam olayları karşısında sağlıklı yaşayabiliyor ise mevcuttur. Araştırmasında kişilik, stresli yaşam olaylarının hastalıklar üzerindeki etkisinin bir koşulu olarak görülmüş ve tanıma psikolojik dayanıklılığı kişiliğe karşı bir direnç kaynağı olarak eklemiştir (Işık, 2016). Psikolojik dayanıklılık, olumlu

bilişsel düşüncelerin gelişimine ve bireylerin iyi oluşuna katkıda bulunmaktadır ve psikolojik dayanıklılık arttıkça bireyler bu sayede olumlu duygular geliştirmektedirler (Mak vd., 2011). Bilişsel bağlamdaki bu olumlu değişim bireylerin duygusal çıktılarını da etkileyerek, duygu düzenleme üzerinde olumlu bir etkiye sebep olmaktadır.

Çalışmada, duygu düzenleme güçlüğü'nün psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilen regresyon analizi sonucunda duygu düzenleme güçlüğü'nün psikolojik dayanıklılık üzerinde negatif yönde ve anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, duygu düzenleme güçlüğü'ndeki bir artışın psikolojik dayanıklılıkta bir azalışa yol açtığı veya duygu düzenleme güçlüğü'ndeki bir azalışın psikolojik dayanıklılıkta bir artışa yol açtığı belirtilebilecektir.

Duygu düzenleme, yalnız kalındığında veya başkalarıyla etkileşime girildiğinde duyguları ve davranışları tanıma, yönetme ve düzenleme yeteneği ile ilgilidir (Butler, Lee, ve Gross, 2009). Duygu düzenleme güçlüğü ise duyguların uyumsuz olarak düzenlendiği durumlar olarak tanımlanmaktadır (Şaşmaz, 2014). Duygu düzenleme güçlüğü ayrıca bireylerin doğal tepkilerini anlayarak kabul etme ve duruma göre uygun duygu düzenleme belirleyebilme olarak da bilinmektedir (Faraji, 2020). Psikolojik dayanıklılık ise, stresli durumlarla başa çıkma ve bunlara uyum sağlama yeteneği ile ilgilidir ve bunun özünde duygu düzenleme ve özellikle duyguları yönetme yeteneği olarak bilinmektedir (Butler vd., 2003). Stresli olayların doğası gereği duygusal bir bileşeni olduğundan, insanların duyguları yönetme yeteneği, psikolojik dayanıklılığı belirleyen önemli bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır (Mestre vd., 2017). Duygu düzenleme güçlüğü'nün bireylerin hayatlarına en büyük etkileri bireylerin diğer insanlarla olan ilişkilerini etkilemesi ve hayat kalitesini düşürmesidir. Bu bağlamda psikolojik dayanıklılığı azaltıcı etkileri bulunmaktadır (Şaşmaz, 2014). Bireyde olumlu ve iyimser duygular arttıkça, duygusal kontrol ve duygu düzenleme gelişimi üzerinde psikolojik dayanıklılığın etkisi pozitif yönde olacaktır (Collins, 2007). Atalar ve Atalay (2018)'e göre psikolojik kırılma, bireylerin duygularını düzenlemede zorluk yaşamalarına yol açmaktadır. Psikolojik kırılma, bireyi olumsuzluklara karşı daha duyarlı hale getirir ve psikolojik dayanıklılığın azalmasına yol açabilmektedir. Literatürdeki verilerde görülen fibromiyalji

sendromuna karşı savunmasızlığın ikinci kaynağı, duygu ve duygu deneyimiyle ilgili zorluklar olmaktadır. Duygu düzenleme güçlüğünde görülen, bireylerin duygu durumlarını genel terimlerle tanımlama ve duygulanımlarıyla ilişkilerinde bazı zorluklar yaşadıklarını bildirme eğiliminde olmaları FMS hastalarında görülebilmektedir. Fibromiyaljiyi tetikleyen veya ağrıyı kötüleştiren, hastalarda olumsuz duyguların yetersiz ifade edilmesi veya tedavi edilememesi ve değiştirilememesi olmaktadır (Lumley vd. 2008). Fibromiyalji sendromlu kadınların duygulanım durumlarını tanımlamayı neden zor bulduklarını araştırırken daha geniş olasılıkları göz önünde bulundurmanın değerli olabileceği görülmektedir (Lumley vd. 2008). Mevcut literatürün çoğu, niceliksel olarak ve aleksitimi teorik bağlamında duygularla ilgili zorlukları araştırmıştır. Fibromiyalji hastalarının duygularını, adlandırmak ve anlatmakta zorlandıkları, duyguları düzenlemeye uyum sağlama yeteneklerinin zayıf olması anlamına gelebilir (Sayar vd. 2004, Schmitz vd. 2020). Duygularını tanıyamama durumu aleksitimik bireylerde, öfkelerini yoğun yaşamalarına sebep olmaktadır. Aleksitimik bireylerin fiziksel hastalıklardan mustarip olmalarının altında duygularını anlamak ve anlatmakta yaşadıkları zorluklar yatmaktadır. İfade edilmemiş duygular kendilerini somatik rahatsızlık olarak gösterebilmesi yani somatizasyona neden olmaktadır. FMS yaşayanları için ağrıya bağlı duyguları tanımlamak ve düzenlemek ile ilgili ideal bir duygu düzenleme stratejisi henüz yoktur ancak bunun fibromiyaljiye uyum sağlamaya yardımcı olacağı düşünülmektedir (Roy 2008, Geenen vd. 2012). Psikolojik dayanıklılığın koruyucu etkisine yönelik birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalar, dayanıklılığı yüksek olan bireylerin, olumsuz yaşam olayları karşısında fiziksel ve psikolojik sağlığını koruyabildiklerini ve daha fazla olumlu duygularla hareket ettiklerini göstermektedir. (Bonanno, 2004; Tusaie vd., 2007; Hosseini ve Besharat, 2010).

Duygu düzenleme güçlüğü ile uyum bozucu şemalar arasındaki ilişkilere yönelik olarak gerçekleştirilen korelasyon analizi sonucunda duygu düzenleme güçlüğü ile tüm uyum bozucu şema boyutları arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, duygu düzenleme güçlüğü ile uyum bozucu şemalar arasında doğru orantılı bir ilişki vardır. Anılan değişkenlerin birindeki bir artış diğerinde de bir artışa veya tersi şekilde, birindeki bir azalış diğerinde de bir azalmaya yol açmaktadır. Duygu

düzenleme güçlüğü ile uyum bozucu şemalar arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler olduğu yönündeki bulgunun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Örneğin, Çelik (2021) tarafından gerçekleştirilen çalışmada duygu düzenleme güçlüğü ile erken dönem uyumsuz şemalar arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Faustino ve Vasco (2020) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da duygu düzenleme güçlüğü'nün erken dönem uyumsuz şemalarla pozitif ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Akyikit (2021) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise uyum bozucu şemaların duygu düzenleme güçlüğü ile pozitif ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Kopukluk şema alanı, duygusal yoksunluk, duyguları bastırma, sosyal izolasyon/güvensizlik ve kusurluluk şemalarını içermektedir. Bu şemalar kişilerin hayatlarında duygusal olarak tatmin olamayacaklarına, duygularını ifade etmemeleri ve sosyal ortamlardan kaçınmaları gerektiğine ve birçok farklı şekilde diğerlerinden olumsuz anlamda farkı ve kusurlu olduklarına dair kök inanç geliştirdikleri şemalardır. Bu kök inanışların bireylerin duygularını doğrudan ya da dolaylı olarak etkiler ve duygu düzenleme güçlüğü yaşamalarına sebebiyet verebilir. Kopukluk şema alanında bireylerin hissettiği duygusal yetersizlik bir duygu düzenleme sorunu olmaktadır. Genellikle sosyal ilişkilerinde duygularını ifade etmekten kaçındıkları görülmektedir (Young vd., 2003).

Zedelenmiş otonomi şema alanının içinde, iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, başarısızlık, karamsarlık ve tehditler karşısında dayanıksızlık şemaları vardır. Bireyler kendilerini yetersiz hissederler, başarısızlık ve karamsarlık algısı dahilinde bu şemaları geliştirdikleri düşünülmektedir. Bu inançlar doğrultusunda bireyler duygu düzenleme becerilerini koruyamayabilir ve deneyimledikleri duygularla başa çıkmakta zorlanabilirler. Yaşadıkları duyguyu ifade ederler ise terk edilme şemaları tetiklenebilir ve bu o duyguyu bastırmalarına sebebiyet vererek istedik duygu düzenleme becerisi geliştirememelerine sebep olabilir. Bireyde hastalıklar ve olumsuz yaşam olaylarına karşı dayanıksızlık şemasının gelişmesi, duygularını dengeli yönetememesi, anlayamaması ve tanımlanmasında zorluklar yaşaması ile ilişkilendirilebilir.

Ayrıcalıklık/yetersiz özdenetim şeması, zedelenmiş sınırlar şema alanındaki tek şemadır. Dürtü kontrol etmede zorlukla paralel giden bu şemada, bireyler özellikle öfke

duygularını kontrol etmekte zorlanabilirler. Rahatsız hissettikleri durumun onlara verdiği sıkıntıdan kurtulmak için kaçınma davranışı gösterirler ve duygu düzenleme güçlüğü yaşadıkları söylenebilir. Bu şemanın duygu düzenleme becerisi ile ilişkili olmasının temel sebebi, bireyin içsel sınırlar koymakta zorlanmasıdır. Yetersiz öz denetim şeması bireyin sorumluluk almak ve uzun süreli amaçlara ulaşmakta zorlanmasını sebep olur. Bireyler duruma uygun duygu düzenleme becerileri geliştirmekte zorlandıklarında, dürtüsel davranışlarını kontrol etmekte de zorlanabilirler. Çünkü duygunun kabul edilmesi ve anlaşılması konusunda güçlük çekmektedirler. Duyguları anlamlandırma ve tanımlama zorluğu zedelenmiş sınırlar şema alanı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Young vd., 2003).

Diğeri yönelimlilik şema alanında bireyler öteki nesnelere istek ve ihtiyaçlarını kendi arzularından öne koymaktadırlar. Bu şema alanı kendini feda ve cezalandırıcılık şemalarından oluşmaktadır. Ötekilerin kendilerini onaylamasına yoğun istek duyan bireyler, kendi istek ve ihtiyaçlarını göz ardı ederek aslında duygusal ihtiyaçlarını da ifade etmek ve karşılayabilmekte zorlanırlar. Bunun sonucunda duygu düzenleme güçlüğü yaşadıkları ifade edilebilir.

Yüksek standartlar şema alanı yüksek standartlar ve onay arayıcılık şemalarından oluşmaktadır. Mükemmeliyetçi bir kişilik örüntüsüne sahip olan bireyler de onay alma arzusu içinde olmaktadır (Young vd. 2003). Katı kurallar çerçevesinde mükemmel arayışı etrafında yaşamlarını sürdürmek ve yüksek standartlarını karşılama arzuları duygu düzenleme güçlüğü yaşamalarına sebep olabilir.

Uyum bozucu şemalar ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkilere yönelik olarak gerçekleştirilen korelasyon analizi sonucunda psikolojik dayanıklılık ile zedelenmiş otonomi şema alanı, zedelenmiş sınırlar şema alanı, iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, başarısızlık, karamsarlık, yüksek standartlar, ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim ve cezalandırılma şemaları arasında negatif ve anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Diğer taraftan, psikolojik dayanıklılık ile kopukluk şema alanı, yüksek standartlar şema alanı, diğeri yönelimlilik şema alanı, tehditler karşısında dayanıksızlık, duygusal yoksunluk, duyguları bastırma, sosyal izolasyon/güvensizlik, kusurluluk, onay arayıcılık

ve kendini feda şemaları arasında anlamlı ilişkiler olmadığı belirlenmiştir. Yüksek standartlar şema alanı, yüksek standartlar ve onay arayıcılık şemalarından oluşmakta iken, psikolojik dayanıklılık ile yüksek standartlar arasında negatif bir ilişki olduğu ancak onay arayıcılık ile anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir. Bu bulgunun; psikolojik dayanıklılıkta yüksek standartlar şema alanı açısından yüksek standartlar şemasının onay arayıcılık şemasından daha önemli bir belirleyici olduğu olarak yorumlanabilir.

Kaya ve Aydın (2020) üniversite öğrencilerinde erken dönem uyumsuz şemalar ve iyi oluş arasında anlamlı ilişki olduğu tespit etmiştir. Literatürde psikolojik dayanıklılıkla duygu düzenleme güçlüğü arasında negatif yönlü ilişki olduğunu gösteren çalışmaların, erken dönem uyum bozucu şemalarla pozitif yönlü ilişkisini ele alan çalışmalar da mevcuttur (Faustino ve Vasco, 2020).

Yüksek standart şemasına sahip bireylerin, kendisini ve çevresini sıkça eleştirdiği için rahatlama, gevşeme, zevk alma ve yavaşlama gibi konularda problemler yaşadığı (Young, 2003) ve stres düzeyini artırdığından (Dunkley vd., 2000) psikolojik dayanıklılıklarının da olumsuz etkilendiği; onay arayıcılık şemasına sahip bireylerin ise diğer insanları etkilemeyi iyi bildiği, kendini sevdirdiği ve ortama kolaylıkla adapte olabildiği için geçici de olsa bir tatmin veya ikincil bir kazanç sağlayarak (Young, 2003) psikolojik dayanıklılık üzerindeki negatif etkisini nötralize ettiği ve dayanıklılığa sebep olabileceği değerlendirilmektedir. Aydoğdu (2013)'e göre psikolojik dayanıklılığı yordayan birçok faktör mevcuttur ve onay arayıcılık bununla ilişkili olmaktadır. Ancak bu çalışmada yüksek standartlar şema alanında onay arayıcılıktan ziyade yüksek standartlar şeması, psikolojik dayanıklılık üzerinde daha etkili çıkmıştır. Yüksek standartları karşılama halinde yoğun çaba harcayan bireyler, kendilerini o standartları yakalamak için katı bir çaba içerisinde bulurlarken, psikolojik dayanıklılık sergilemelerine yol açabilir.

Ayrıcalıklılık ve yetersiz özdenetim şemalarında bireyler sınır alma problem yaşamakta, kendilerini kontrol etmede ve koyulan sınırları kabul etmekte zorlanmaktadırlar. Hayattaki gerçekçi sınırları kabul etmede sorunlar yaşar, kendilerini ayrıcalıklı hissederler. Kendilerini kontrolde zorlanan bireyler, engellenmiş hissederlerse

dürtü ve duygularını kontrol etmekte zorlanabilirler. Bunu yaratacağı sıkıntıdan kaçınmak içgörü eksikliğine sebebiyet verebilir bu da psikolojik dayanıklılıklarının düşük olması olarak yorumlanabilir. Haklı ve büyüklenmeci davranışlar gösterme içerisinde olurlarken kendilerini psikolojik dayanıklı gösterme çabası içinde de bulabilirler.

Fibromiyalji hastalarında erken dönem uyum bozucu şemaların psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilen çoklu regresyon analizi sonucunda ise zedelenmiş otonomi şema alanı ve zedelenmiş sınırlar şema alanının psikolojik dayanıklılık üzerinde olumsuz yönde ve anlamlı etkilerinin olduğu; kopukluk şema alanı, yüksek standartlar şema alanı ve diğeri yönelimlilik şema alanının ise psikolojik dayanıklılık üzerinde anlamlı etkilerinin olmadığı tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, zedelenmiş otonomi şema alanı ve zedelenmiş sınırlar şema alanlarındaki bir artışın psikolojik dayanıklılıkta bir azalışa yol açtığı belirtilebilecektir.

Literatürde, uyum bozucu şemalar ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkilerin ele alındığı diğer çalışmalar incelendiğinde de genel olarak uyum bozucu şemalar ile psikolojik dayanıklılık arasında negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu (Jazayeri vd., 2014; Reza'zad vd., 2015; Mc Donnel vd., 2018) belirlense de boyutlar açısından birbirinden farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Örneğin, Sağ (2016) tarafından 18-30 yaş arasındaki 231 katılımcı ile yürütülen çalışmada psikolojik dayanıklılık ile zedelenmiş otonomi, zedelenmiş sınırlar ve kopukluk şema alanları ve bu alanların şemaları arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu belirlenirken, yüksek standartlar ve bastırılmışlık şema alanı ve bu alanın şemaları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Psikolojik dayanıklılık ile diğeri yönelimlilik şema alanı arasında negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilirken, bu alanı oluşturan kendini feda ve cezalandırılma şemaları ile psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Majid (2014) tarafından Tahran'da 250 lise öğrencisinin katılımıyla gerçekleştirilen bir diğer çalışmada, psikolojik dayanıklılık ile erken dönem uyumsuz şemalar arasında negatif bir ilişki olduğu belirlenmiş; özellikle zedelenmiş otonomi, zedelenmiş sınırlar, kopukluk, diğeri yönelimlilik şema alanlarının psikolojik dayanıklılıkla anlamlı derecede ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Katalin ve arkadaşları (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise

özellikle bağımlılık, boyun eğme ve başarısızlık şemalarının öne çıktığı ve psikolojik dayanıklılıkla negatif yönde bir ilişkide olduğunu görülmektedir. Çalışma bulguları arasındaki boyutlara ilişkin bu farklılıkların, katılımcıların cinsiyetleri, yaşları, çalışmanın yürütüldüğü ülkenin kültürü, çalışmada kullanılan veri toplama araçları, katılımcıların sahip olduğu diğer psikolojik olumsuzluklar vb. gibi faktörleri içeren çalışma bağlamları arasındaki farklılıklardan kaynaklandığı değerlendirilmektedir.

Uyumsuz şemalara sahip bireylerin geliştirebileceği psikopatolojilere karşı, psikolojik dayanıklılık, önleyici faktörlerden biri olmaktadır. Şemaların bir diğer özelliği ise, çevresel koşullar ve olaylarla tetiklenmeleridir. Örneğin, yetersizlik şeması olan birey hayatta bir başarısızlık yaşadığında şeması yeniden aktileşmektedir. Bu durumda sorunun üstesinden gelecek yollar aramak yerine çaba harcamayı bırakabilmekte veya deneyimlediği olumsuzluğu olduğundan çok daha vahim bir boyutta algılayabilmektedir. Bundan dolayı bireyler, özellikle uyum gerektiren yeni yaşantıların yoğun olarak deneyimlendiği dönemlerde değişime karşı dirençli, kendini tekrarlayıcı ve devamlı olma eğilimi gösterebilir ve bu da erken dönem uyumsuz şemaların bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının azalmasına sebep olabilir.

Zedelenmiş otonomi şema alanında, bireyler gerçekte başarılı olup olmadıklarını önemsemeksizin kendilerini başarısız hissetmektedirler. Kendilerini diğerlerine kıyasla yetersiz algılayabilir ve utanç duygusu yaşayabilirler. Bireyler kaçma savunma mekanizmasını sık kullanır, bundan dolayı şemalarını daha da pekiştirmektedirler. Bu da yetersizlik ve utanç duygusunun sağlıklı düzenlenemediği, kişinin psikolojik dayanıklılığının azalması halinde bedeninin somatik ağrılar yaşayabileceği olarak yorumlanabilir. Şemalar ve duygu düzenleme güçlüğü artıkça, somatizasyon artacağı olarak yorumlanabilir.

Sonuç olarak, erken dönem uyumsuz şemaların psikolojik dayanıklılığı genel olarak negatif yönde etkilediği, literatürde yer alan çalışmalarda boyutlara ilişkin ulaşılan farklı bulguların çalışmaların bağlamlarından kaynaklanmış olabileceği belirtilebilecektir. Bu çalışmada elde edilen bulgunun ise erken dönemde yaşanan ve otonomi ve sınırların zedelenmesine yol açan olumsuz deneyimlerin diğer uyumsuz şemalara kıyasla psikolojik

dayanıklılığın azalmasında daha önemli birer faktör olduklarını ortaya koyduğu şeklinde yorumlanabileceği değerlendirilmektedir.

2. Fark Testlerine İlişkin Tartışma

a. Cinsiyet ve Yaş

Çalışma kapsamında öncelikle katılımcıların demografik sorulara verdikleri cevaplar incelenmiştir. Hastaların yaş ortalaması 37.6 olarak elde edilmiştir. Bu sonuç hastaların çoğunun 25-35 yaş aralığında genç olduğunu göstermektedir. Literatürde fibromiyalji tanısının konulabilmesinin yıllar alabileceği belirtilmektedir. Bu sebeple FMS tanısı alma yaş ve süreleri de değişkenlik göstermektedir.

Hastalardan çoğunluğu kadınlardan oluşmuştur. Bu durum kadınlarda FM prevalansının daha yüksek olduğunu gösterebilir. Bu sonuçlar daha önce yapılan çalışma sonuçları (Clark vd., 1998; Cronan vd., 2002) ile benzerlik taşımaktadır. Epidemiyolojik çalışmalarda fibromiyaljinin görülme sıklığı kadınlar için %5, erkekler için % 1.6 olarak bildirilmiştir (Hayta vd., 2010).

Katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyelerinin cinsiyetlerine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek üzere gerçekleştirilen t-testi sonucunda erkeklerin psikolojik dayanıklılık seviyelerinin kadınlardan daha yüksek düzeyde olduğu görülmüş ancak psikolojik dayanıklılık seviyesinin katılımcıların cinsiyetlerine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Literatürde bu bulguya paralel sonuçlara ulaşılan çalışmalar mevcuttur (Chan, 2003; Crowley vd., 2003; Harrisson vd., 2002). Sezgin (2012) yaptığı çalışmada ilköğretim okulu öğretmenlerinin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin cinsiyete göre değişmediği sonucunu bulmuştur. Bunun tam tersi Hannah ve Morrissey (1986) gençlerin psikolojik dayanıklılık puanları ile cinsiyet arasındaki ilişkide, kızların dayanıklılığının sonucunun daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir.

Katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyelerinin yaşlarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek üzere gerçekleştirilen ANOVA analizi sonucunda psikolojik dayanıklılık seviyesinin katılımcıların yaşlarına göre anlamlı farklılık

göstermediği tespit edilmiştir. Literatürde bu bulguya paralel sonuçlara ulaşılan çalışmalar (Sezgin, 2012; Genç, 2014; Kılınc, 2014; Bektaş ve Özben, 2016; Ernas, 2017) olduğu gibi daha yaşlıların (Tümlü ve Receptoğlu, 2013; Kılıç, 2018; Karademir ve Açak, 2019) daha yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip olduğu sonucuna ulaşılan çalışmalar da olduğu görülmektedir. Literatürde bunun tam tersi çalışmalar da mevcuttur. Hannah ve Morrissey (1986) kızların yaşlarının ilerledikçe psikolojik dayanıklılıklarının anlamlı düzeyde düştüğünü gösteren bir çalışma yapmışlardır.

b. Medeni Durum ve Eş Desteği

Katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyelerinin medeni durumlarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek üzere gerçekleştirilen t-testi sonucunda evli fibromiyalji hastalarının psikolojik dayanıklılık seviyelerinin, bekar fibromiyalji hastalarından daha yüksek düzeyde olduğu ancak psikolojik dayanıklılık seviyesinin katılımcıların medeni durumlarına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Literatürde bu bulguya paralel sonuçlara ulaşılan çalışmalar (Genç, 2014; Özbayır, 2019) olduğu gibi bekarların (Şenol ve Üzüm, 2019) ve evlilerin (Dane ve Olgun, 2016; Ernas, 2017; Kılıç, 2018) daha yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip olduğu sonucuna ulaşılan çalışmalar da olduğu görülmektedir.

Çalışmada FMS'lu katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyelerinin ailelerinden ve partnerlerinden aldıkları desteğe göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Bu çerçevede gerçekleştirilen ANOVA analizleri sonucunda psikolojik dayanıklılık seviyesinin katılımcıların ailelerinden ve partnerlerinden aldıkları desteğe göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Ailesinden ve partnerinden yeterli destek gören katılımcıların psikolojik dayanıklılıklarının, partneri olmayan, destek görmeyen ve yetersiz destek gören katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. Lazarus (1993) bireyin aldığı sosyal desteğin strese karşı koyma bağlamında psikolojik dayanıklılığı olumlu etkileyeceğini belirtmektedir. Fibromiyalji gibi bir hastalığa sahip bireyin biyolojik, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmasında aile ve partner desteği önemli bir faktör olabilmektedir. Bu çerçevede

aile bireyleri veya partner ile birlikte olmanın yalnızlık hissetmemeyi, güvende hissetmeyi, stresle başa çıkabilmeyi ve geleceğe güvenle bakabilmeyi sağlayarak bireylere psikolojik açıdan daha dayanıklı olmalarını sağladığı değerlendirilmektedir.

Literatürde eşlerin duygusal ve sosyal destek açısından kritik figürler olduğu, hastaların sağlık davranışları ve tedavileri üzerinde önemli etkileri olduğu iddia edilmektedir (Lewis ve Butterfield, 2002). Ayrıca hastaların baş etme ve kronik ağrıya uyum becerilerinin en çok eşlerinden etkilendiği belirtilmektedir. Bu, hastaların partnerlerinin sağlık durumunu olumlu veya olumsuz yönde etkileyebileceği anlamına gelmektedir. Eşler doğrudan veya dolaylı olarak fibromiyalji hastalarının semptomlarının şiddetini artırabilir veya azaltabilir. Bilişsel-Davranışsal Transaksiyonel Model'in belirttiği gibi, eşlerin baş etme stratejileri ve tepkileri çok önemlidir; yani, eşlerinin acı deneyimleri üzerinde olumlu veya olumsuz etkilerle sonuçlanan stres düzeyini artırabilir veya azaltabilirler. Aile sistemleri modeline göre, eğer ailede kronik ağrılı bir birey varsa, bu aile üyeleri arasında açıklanmamış çatışmaların veya duygusal sorunların varlığının bir göstergesi olabilmektedir (Lewandowski vd., 2007). Literatüre göre destekleyici bir eşe sahip olmak ile ağrı deneyimi arasında bir ilişki vardır. Algılanan eş desteği varlığında hastalar, destekleyici olmayan eşleri olan hastalara göre ağrılarını daha yoğun olarak değerlendirme eğiliminde olmaktadır (Kremer vd., 1985). Stresli durumlarla başa çıkmak için yeterli ailesel kaynağın olmaması nedeniyle, fibromiyaljili kişiler kaynaklarını bu stresli olaylarla başa çıkmak için kullanmaya çalışırlar ve bu da aşırı yüklenmeye ve semptomların kötüleşmesine neden olmaktadır (Preece ve Sandberg, 2005). Bu çerçevede hem FM hasta yakınlarının hem de toplum sağlığı yetkililerinin FM hastalarına destek sağlama konusunda hassas davranmalarının uygun olacağı değerlendirilmektedir. Bir çalışmada, katılımcıların yaklaşık yarısının kronik ağrı nedeniyle sosyal veya ailevi aktivitelere katılmadığı bildirilmiştir (Moulin vd., 2002). Başka bir çalışmada ise kronik ağrısı olan kişilerin aile üyeleriyle daha az temas halinde oldukları bulunmuştur (Breivik vd., 2006). Görüldüğü gibi ağrının olması aile bireyleri arasındaki etkileşimi etkileyebilecek bir unsurdur. Bu, Aile Sistemleri Modeli'nin (Kerns ve Otis, 2003) temel argümanlarından biri ile ilgili bir örnektir. Ailenin her bir üyesinin tüm aileyi etkilediği ve bunun tersinin de olduğu ileri sürülmüştür (Kerns ve Otis, 2003).

Yani fibromiyalji hastalarının semptomları aile üyeleri tarafından ağırlaştırılabilse de diğer aile üyelerini de bir ölçüde olumsuz etkileyebilir ve psikolojik dayanıklılık seviyesini düşürebilir.

Ailede bir stres faktörü olduğunda bu, ailenin mevcut kaynaklarını aşabilir (Preece ve Sandberg, 2005). Stresli durumlarla başa çıkmak için yeterli ailesel kaynağın olmaması nedeniyle, fibromiyaljili kişiler kaynaklarını bu stresli olaylarla başa çıkmak için kullanmaya çalışırlar ve bu da aşırı yüklenmeye ve semptomların kötüleşmesine neden olmaktadır (Preece ve Sandberg, 2005). Fibromiyalji hastalarının yüksek düzeyde strese sahip olduğu bulunmuştur (Jahan vd., 2012). Ayrıca algılanan stres düzeyinin fibromiyalji semptomlarının alevlenmesini açıklamada en önemli yordayıcı değişken olduğu belirtilmiştir (Murray vd., 2007)..

Bunun yanında, katılımcılar FM ağrılarının sosyal yaşantılarını olumsuz etkilediğini, ailelerinden yeterli destek alamadıklarını belirtmişlerdir. Psikolojik olarak destek almak isteyenlerin oranı istemeyenlerin oranlarından daha önce yapılan çalışmalara benzer olarak (Demirbag ve Bulut, 2018; Arnold vd., 2008) daha fazladır. Bu bulgunun hem FM hasta yakınları açısından hem de toplum sağlığı yetkilileri açısından dikkate değer olduğu değerlendirilmektedir.

c. Eğitim ve Çalışma Durumu

Katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyelerinin eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek üzere gerçekleştirilen ANOVA analizi sonucunda psikolojik dayanıklılık seviyesinin katılımcıların eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Literatürde bu bulguya paralel sonuçlara ulaşılan çalışmalar (Özbayır, 2019), olduğu gibi daha yüksek eğitilmiş olanların (Dane ve Olgun, 2016; Kılıç, 2018) daha yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip olduğu sonucuna ulaşılan çalışmalar da olduğu görülmektedir.

Katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyelerinin çalışma durumlarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek üzere gerçekleştirilen t-testi

sonucunda çalışanların psikolojik dayanıklılık seviyelerinin çalışmayanlardan daha yüksek düzeyde olduğu görülmüş ancak psikolojik dayanıklılık seviyesinin katılımcıların çalışma durumlarına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Literatürde bu bulguya paralel sonuçlara ulaşılan çalışmalar (Bektaş ve Özben, 2016) olduğu gibi bir işte çalışanların daha yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip olduğu sonucuna ulaşılan çalışmalar (Dane ve Olgun, 2016) da olduğu görülmektedir.

d. Gelir Durumu

Katılımcıların psikolojik dayanıklılık seviyelerinin gelir durumlarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek üzere gerçekleştirilen ANOVA analizi sonucunda psikolojik dayanıklılık seviyesinin katılımcıların gelir durumlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Geliri olmayan katılımcıların psikolojik dayanıklılıklarının geliri olan katılımcılardan anlamlı olarak daha düşük seviyede olduğu belirlenmiştir. Literatürde bu bulguya paralel sonuçlara ulaşılan çalışmalar (Bektaş ve Özben, 2016; Kılıç, 2018; Karademir ve Açak, 2019) olduğu gibi psikolojik dayanıklılığın gelir durumuna göre farklılık göstermediği sonucuna ulaşılan çalışmalar (Ernas, 2017) olduğu görülmektedir. Maddi durumun azaldıkça psikolojik dayanıklılığın azalması fiziksel şartların yetersizliğinin var olduğu anlamına gelip, fiziksel ya da duygusal ihmal sebebi olabilir.

3. Aracılık Analizine İlişkin Tartışma

Çalışmada FMS'lu hastaların erken dönem uyum bozucu şema alanları ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü'nün aracılık etkisinin olup olmadığına bakılmıştır. Bootstrap tekniği ile elde edilen analiz sonuçları, duygu düzenleme güçlüğü'nün, erken dönem uyum bozucu şema boyutlarıyla psikolojik dayanıklılık üzerinde dolaylı etkisinin anlamlı olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla duygu düzenleme güçlüğü'nün, zedelenmiş otonomi şema alanı, kopukluk/ayrılma ve

reddedilme şema alanı, yüksek standartlar şema alanı, zedelenmiş sınırlar şema alanı ve diğeri yönelimlilik şema alanının ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkide aracılık ettiği tespit edilmiştir.

Çocukluk deneyimlerimiz, erken dönem uyum bozucu şemalarının gelişiminin temelini atmakta ve çocukluk dönemimizde karşılanmamış ihtiyaçlarımız yetişkinliğimizde bu şemaların oluşumunu etkilemektedir (Young vd. 2003). Buna benzer olarak duygu düzenlemede yaşanan zorlukların kökeni de erken çocukluk dönemi yaşantılarına dayanmaktadır. Alanyazındaki araştırmalar göstermektedir ki, bireylerin çocukluklarında duygularının değerli hissettirilmesi, duygusal ihtiyaçlarının sağlıklı şekilde karşılanıyor olması ve bu ihtiyaçlara verilen tepkilerin sağlıklı düzeyde oluyor olması kişilerin duygu düzenleme becerilerini olumlu yönde etkilemektedir. Aksi halde duygusal gelişimi zarar gören bireylerde hem duygu düzenleme güçlüğü hem de uyum bozucu şema gelişimi ortaya çıkmaktadır (Eisenberg vd. 1998; Suveg vd. 2009). Şema modelindeki 5 boyut şema alanlarında duygusal ihtiyaçların karşılanmaması duygu düzenleme güçlüğüne sebep olabilir.

FMS hastalarının psikolojik dayanıklılık ve erken dönem uyum bozucu şema alanları ile olan ilişkisinde sadece zedelenmiş otonomi şema alanı ve zedelenmiş sınırlar şema alanının anlamlı olduğu bulunmuştur. Ancak aracı değişken olan duygu düzenleme güçlüğü devreye girdiğinde beş şema alanında da etkililiği artmakta bir diğer deyişle 5 şema alanı da anlamlı sonuçlar vermektedir.

Alanyazındaki araştırmalar FMS hastalarının, FMS tanısı olmayan bireylerden daha fazla duygusal sorunlar yaşadıklarını göstermektedir (Bowers vd. 2017; Güleç vd. 2004; Evren vd. 2005). FMS hastalarının yoğun ve karmaşık duygular deneyimlediklerinde, semptomlarından biri olan ağrılarının artıyor olması bedensel bir tepki olarak gösterilmekte ve duygu düzenleme stratejilerinin gelişmemiş olmasından kaynaklanmaktadır (Middendorp ve 2008). Buna ek olarak psikolojik dayanıklılığımız azaldıkça da zorlu yaşantılara karşı savunmasız hissederiz ve bedenimizin somatik tepkiler verme olasılığı artar (Hanton vd., 2003). Bu durum FMS hastalarında yaşam stresörlerine karşı FM ağrı etkisinin artıyor olması olarak yorumlanabilir.

FMS olan 403 hasta ile kontrol grubunun duygular ve duygu düzenleme açısından karşılaştırıldığı bir araştırma sonucu FMS hastalarının duygu düzenleme güçlüğü yaşadığı, duygu düzenleme stratejilerinden kaçınma ve bastırmayı daha fazla kullandığını göstermektedir. Bu stratejiler FMS'nin ağrı ve yorgunluk belirtilerinde etkili olarak somatik bozulmalara sebep olmaktadır (Middendorp vd. 2008).

Zedelenmiş otonomi şema alanında bireyler ötekilere bağımlı olma eğilimindedirler ve kendine güven sorunları yaşayabilirler. Ötekinin arzusu kendilerinin önüne geçtiğinde kendilerini ortaya koyamazlar ve amaç bulmada güçlük çekerler. Bu sebeple, kendilerini zorlanmış hissettikleri ve olumsuz duygular yaşadıklarında bu duyguyu düzenlemekte zorluk çekebilir ve psikolojik dayanıklılıkları azalabilir. Olumsuz duygular ortaya çıktığında kendilerini daha fazla çaresiz hissedecekleri, içsel değerlerine uygun amaçlara yönelmekte zorluk yaşayabilecekleri düşünülmektedir.

Kopukluk ve reddedilme şema alanında bireyler zarar göreceklere inancı taşımakta ve güvensiz hissetmektedirler. İhtiyaçlarının karşılanmayacağına dair inanışları ve umutsuzluk hissetmeleri sebebiyle duygu düzenlemek için sağlıklı strateji geliştirmeye gerek duymayabilirler. Bu da psikolojik dayanıklılıklarının az olması sonucunu gösterebilir.

Mükemmeliyetçilik eğilimi yüksek standartlar şema alanında görülmektedir. Bu katı örüntü bireylerin duygu ve düşüncelerini baskılamalarına ve çabuk karamsar olmalarına sebep olmaktadır. Suçluluk duygusu yaşamaları ve cezalandırıcı tutumlar içe yönettikleri öfkeden kaynaklanmaktadır (Young vd. 2003). Bu da negatif duyguya çabuk teslimiyet geliştirmeleri olarak yorumlanabilir. Duygu düzenlemede yaşanan bu güçlük psikolojik dayanıklılıklarını etkilemektedir.

Ayrıcalıklılık ve yetersiz özdenetim şemasına eğilimli kişi içsel sınır koyma problem yaşarlar. Arıcı (2019), zedelenmiş sınırlar şema alanına eğilimli FMS hastalarının olumsuz duyguları kabul etmek ve başa çıkmakta yaşadıkları zorluğun FMS'na eğilimi arttırdığı sonucuna varmaktadır.

Diğeri yönelimlilik şema alanında bireyler ihtiyaç ve duygularını bastırmaktadırlar (Arıcı, 2019). Çalışmada da aynı şema boyutunun ve psikolojik dayanıklılığın anlamlı

ilişkisi olduğu, duygu düzenleme güçlüğünün de bu şema boyutunca aracılık etkisi olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmanın sonucu FMS hastalarında erken dönem uyum bozucu şemaları olan bireylerin duygu düzenleme güçlüğü yaşamaları ve buna bağılı olarak psikolojik dayanıklılıklarının düşmesi yorumlanabilir. Duygu ile işlevsel başa çıkamayan bireyler bedensel olarak ağrı yaşayabilir.

X. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada temel olarak FMS hastalarının duygu düzenleme güçlüğü ve erken dönem uyum bozucu şemalarının psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bunun yanında, erken dönem uyum bozucu şemalar ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü'nün aracılık rolü de incelenmiştir. Ayrıca, psikolojik dayanıklılık seviyesinin demografik özelliklere ve eş desteğine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği de incelenmiştir.

Literatürde psikolojik dayanıklılığın cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini ele alan çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Çalışma bulguları arasındaki farkların çalışmaların bağlamlarından kaynaklandığı değerlendirilmektedir. Çalışma kapsamında gerçekleştirilen fark analizleri sonucunda ise FMS hastalarında psikolojik dayanıklılığın cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği; diğer taraftan, gelir durumuna ve aile/partner desteğine göre anlamlı farklılık gösterdiği; daha yüksek gelire sahip ve ailesinden/partnerinden yeterli destek alan katılımcıların psikolojik dayanıklılıklarının anlamlı olarak daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. Bu çerçevede ailelerin fibromiyalji hastası yakınlarına sağlayabileceği desteğe ilişkin bilgilendirme çalışmaları yapılması ve fibromiyalji hastalarına psikolojik destek hizmeti verilmesinin sağlanması önerilebilecektir.

Çalışmada FMS hastalarının duygu düzenleme güçlüğü'nün psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkisinin negatif yönde ve anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, duygu düzenleme güçlüğü'ndeki bir artışın psikolojik dayanıklılıkta bir azalışa yol açtığı veya duygu düzenleme güçlüğü'ndeki bir azalışın psikolojik dayanıklılıkta bir artışa yol açtığı belirtilebilecektir.

Çalışmada fibromiyalji hastalarında zedelenmiş otonomi şema alanı ve zedelenmiş sınırlar şema alanının psikolojik dayanıklılık üzerinde negatif yönde ve anlamlı etkilerinin olduğu; kopukluk şema alanı, yüksek standartlar şema alanı ve diğeri yönelimlilik şema alanının ise psikolojik dayanıklılık üzerinde anlamlı etkilerinin olmadığı tespit edilmiştir. Erken dönem uyumsuz şemaların psikolojik dayanıklılığı genel olarak negatif yönde etkilediği, literatürde yer alan çalışmalarda boyutlara ilişkin ulaşılan farklı bulguların çalışmaların bağlamlarından kaynaklanmış olabileceği belirtilebilecektir. Bu çalışmada elde edilen bulgunun ise erken dönemde yaşanan ve otonomi ve sınırların zedelenmesine yol açan olumsuz deneyimlerin diğ er uyumsuz şemalara kıyasla psikolojik dayanıklılığın azalmasında daha önemli birer faktör olduklarını ortaya koyduğu şeklinde yorumlanabileceği değerlendirilmektedir.

Çalışmada ulaşılan sonuçlara göre duygu düzenleme güçlüğü'nün uyumsuz şemaları artıran, psikolojik dayanıklılığı ise azaltan bir faktör olduğu anlaşılmaktadır. Bu çerçevede duygu düzenleme güçlüğü yaşayan bireylerin duygu düzenleme becerileri kazanabilmeleri için profesyonel kuruluşlara başvurmaları veya sevkinin sağlanması önerilmektedir. Bu çalışma bağlamında FMS hastalarında şema terapi ile çalışılacak ise bireylerin hangi şemalarının aktif olduğunu bilmek ve buna dair başa çıkma ve mod çalışmalarını yapmak önemli bir terapi aracı olarak görülebilir. Bununla birlikte duygu düzenleme güçlüğü'nün nasıl yaşandığı ve uygun dayanıklılık stratejisi belirlemek için de bu önemli bir fak olacaktır. Duygu düzenleme becerilerine yönelik okullarda ve işletmelerde eğitim programları uygulanmasının fayda sağlayacağı değerlendirilmektedir. Duygu düzenleme güçlüğü açısından hassas grupta yer alan kişilerin özellikle ebeveynleri ve öğretmenleri tarafından takip edilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir. Bunun yanında, hastaların FMS ağrılarının sosyal yaşantılarını olumsuz etkilediğini ve ailelerinden yeterli destek alamadıklarını belirttikleri göz önüne alındığında; ailelerin FMS hastası yakınlarına sağlayabileceği desteğe ilişkin bilgilendirme çalışmaları yapılması ve FMS hastalarına psikolojik destek hizmeti verilmesinin sağlanması önerilebilecektir.

Fibromiyalji, insanların hayatlarını olumlu yönde değiştirmeleri için tetikleyici bir faktör olabilir. Güç temelli yaklaşımlara paralel olarak, bu olumlu değişiklikler terapi seansları sırasında belirlenebilir ve bu değişiklikleri güçlendirmeye ve sürdürmeye teşvik edilebilir. Yapılandırılmış duygu düzenleme becerisi eğitimi ile bireylerin psikolojik dayanıklılıkları artırılabilir. Ayrıca tedavi hedeflerine daha kolay ulaşmak için kullanılabilirler.

Çalışmada erken dönem uyum bozucu şemalar ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğünün aracılık rolü FMS hastaları örneğinde incelenmiştir. Bu çerçevede, araştırmacılar için farklı bir örnekte benzer bir çalışmanın yürütülmesi önerilmektedir. Bunun yanında psikolojik dayanıklılık ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkide uyumsuz şemaların aracılık rolünün incelenmesi de önerilebilecektir. Diğer taraftan anılan ilişkilerde demografik faktörlerin düzenleyici (moderatör) etkisinin incelenmesinin de uygun olacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak FMS hastaları ile gerçekleştirilen bu çalışmada duygu düzenleme güçlüğünün uyumsuz şemaları artıran, psikolojik dayanıklılığı ise azaltan bir faktör olduğu anlaşılmaktadır. Bu çerçevede duygu düzenleme güçlüğü yaşayan bireylerin duygu düzenleme becerileri kazanabilmeleri için profesyonel kuruluşlara başvurmaları veya sevkini sağlanması önerilmektedir. Duygu düzenleme becerilerine yönelik okullarda ve işletmelerde eğitim programları uygulanmasının fayda sağlayacağı değerlendirilmektedir. Duygu düzenleme güçlüğü açısından hassas grupta yer alan kişilerin özellikle ebeveynleri ve öğretmenleri tarafından takip edilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir. Bunun yanında sosyal açıdan tatmin edici bir desteğin sağlanması ve bu konuda da bilinçlendirici çalışmaların yapılması önerilmektedir. FMS hastalarının yapılandırılmış duygu düzenleme becerileri eğitimi alması hem ekonomik hem de daha kolay ulaşılabilir bir tedavi imkanı sunabilir.

Bu çalışmanın bulguları, fibromiyaljinin insanların hayatlarını olumlu yönde değiştirmeleri için tetikleyici bir faktör olabileceğini ortaya koymuştur. Güç temelli yaklaşımlara paralel olarak, bu olumlu değişiklikler terapi seansları sırasında belirlenebilir ve bu değişiklikleri güçlendirmeye ve sürdürmeye teşvik edilebilir. Yapılandırılmış duygu

düzenleme becerisi eğitimi ile bireylerin psikolojik dayanıklılıkları arttırılabilir. Ayrıca tedavi hedeflerine daha kolay ulaşmak için kullanılabilirler.

Fibromiyalji, insanların hayatlarını olumlu yönde değiştirmeleri için tetikleyici bir faktör olabilir. Güç temelli yaklaşımlara paralel olarak, bu olumlu değişiklikler terapi seansları sırasında belirlenebilir ve bu değişiklikleri güçlendirmeye ve sürdürmeye teşvik edilebilir. Yapılandırılmış duygu düzenleme becerisi eğitimi ile bireylerin psikolojik dayanıklılıkları arttırılabilir. Ayrıca tedavi hedeflerine daha kolay ulaşmak için kullanılabilirler. Etkin bir duygu düzenleme stratejisi, bireylerin psikolojik hastalıklara karşı koruyucu bir mekanizma öğrenerek, pozitif ruh sağlığına kavuşması ve FMS risk faktörlerini de azaltmalarına yardımcı olabilir

XI. KAYNAKÇA

KİTAPLAR

- BECK, A. T. (1979). **Cognitive Therapy And The Emotional Disorders**. New York: Penguin.
- DARLİNGTON, R. B., & HAYES, A. F. (2017). **Regression analysis and linear models**. New York: Guilford Press.
- GROSS, J. J. & THOMPSON, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual Foundations. J. J. Gross (Ed). **The Handbook of Emotion**, New York: Guilford Press.
- GROSS, J. J. & THOMPSON, R. A. (2008). **Emotion regulation: Conceptual Foundations**. J. J. Gross (Ed). The Handbook of Emotion, New York: Guilford Press.
- JAMES, W. (2013). **What is an Emotion?**. New York: Start Publishing
- LİNİCK, J. (2022). **Attachment: Theory, Application, & Clinical Tools**. In Not Just Bad Kids. Cambridge: Academic Press
- MCWILLIAMS, N. (2013). **Psikanalitik Tanı: Klinik Süreç İçinde Kişilik Yapısını Anlamak**. İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- RAFAELİ, N., BERNSTEİN, D. P., & YOUNG, J. E. (2011). **Schema Therapy: Distinctive Features**. East Sussex: Routledge.
- ROEDİGER, E. (2015). **Şema Terapi Nedir. Şema Terapinin Temellerine, Modellerine ve Uygulamasına Giriş**. Ankara: Nobel Yayınları.
- ROY, R. (2008). **Psychosocial interventions for chronic pain: In search of evidence**. Springer Science & Business Media.
- TAN, A. (2009). **Fibromiyalji Nöropatik Ağrı mıdır?**, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

- TULL, M. T., VIDAÑA, A. G., & BETTS, J. E. (2020). **Emotion in Posttraumatic Stress Disorder**, Cambridge: Academic Press.
- WANG, M.C., HAERTEL, G.D., & WALBERG, H.J. (1995). The effectiveness of collaborative school-linked services. In L.C. Rigsby ve C. Maynard (Eds.). **School- Community Connections: Exploring Issues for Research and Practice**. Oxford: Elsevier Science Publishing Co.
- WILKINSON, R., & PICKETT, K. (2010). **The Spirit Level: Why Equality Is Better For Everyone**. London: Penguin Books.
- YOUNG, J. E. (1995). **Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach**. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- YOUNG, J. E., & KLOSKO, J. S. (2011). **Hayatı Yeniden Keşfedin**. İstanbul: Psikonet Yayınları.
- YOUNG, J. E., KLOSKO, J. S., & WEISHAAR, M. E. (2003). **Schema Therapy: A Practitioner's Guide**. New York: Guilford Press.

MAKALELER

- AFARI, N., AHUMADA, S. M., WRIGHT, L.J., MOSTOUFI, S., GOLNARI, G. & REIS, V. (2014). Psychological Trauma And Functional Somatic Syndromes: A Systematic Review And Metaanalysis. **Psychosomatic Medicine**, 76, 2–11.
- ARNOLD, LM., CROFFORD, LJ., MEASE, PJ., BURGESS, SM., PALMER, SC., ABETZ, L., & MARTIN, SA. (2008). Fibromiyaljinin Etkisine İlişkin Hasta Bakış Açılırları. **Hasta Eğitimi Ve Danışmanlığı**, 73 (1), 114-120
- ATALAR, D. S., & ATALAY, A. A. (2018). Ergenlik Döneminde Duygu Düzenleme ve Ruh Sağlığı: Ana-Babanın ve Mizacın Rolü, **Ankara: Türkiye Klinikleri**, 84-90
- AUST, S., €ARTWIG, H. & HEUSER, E. A., (2013). The Role Of Early Emotional Neglect In Alexithymia. **Psychological Trauma – United States**. 5(3), 225–232.
- BADİE, A., MAKVANDİ, B., BAKHTİARPOUR, S., & PASHA, R. (2020). Drug Cravings And İts Relationship With Family Communication Patterns And

- Resiliency Through The Mediatory Role Of Difficulty İn Cognitive Emotion Regulation. **Journal Of Client-Centered Nursing Care**, 6(2), 125-134.
- BEKTAŞ, M., & ÖZBEN, Ş.(2016). Evli Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerin Bazı Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. **Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 14(1), 215-40.
- BONANNO, G. A., & BURTON, C. L. (2013). Regulatory Flexibility: An Individual Differences Perspective On Coping And Emotion Regulation. **Perspectives On Psychological Science**, 8(6), 591-612.
- BONANNO, G. A., PAPA, A., LALANDE, K., WESTPHAL, M., & COIFMAN, K. (2004). The Importance Of Being Flexible: The Ability To Both Enhance And Suppress Emotional Expression Predicts Long-Term Adjustment. **Psychological Science**, 15(7), 482-487.
- BOU KHALİL, R., KHOURY, E., & RİCHA, S. (2018). The Comorbidity Of Fibromyalgia Syndrome And Attention Deficit And Hyperactivity Disorder From A Pathogenic Perspective. **Pain Medicine**, 19(9), 1705-1709.
- BOUTON, M. E. (2014). Why Behavior Change Is Difficult To Sustain. **Preventive Medicine**, 68, 29–36
- BOWERS, H., WROE, L. A., & PINCUS, T. (2017). ‘Isn’t It Ironic?’ Beliefs About The Unacceptability Of Emotions And Emotional Suppression Relate To Worse Outcomes In Fibromyalgia. **Clin Rheumatol**, 36, 1121-1127.
- BREIVIK, H., COLLETT, B., VENTAFRİDDA, V., COHEN, R., & GALLACHER, D. (2006). Survey Of Chronic Pain In Europe: Prevalence, Impact On Daily Life, And Treatment. **European Journal Of Pain**, 10(4), 287–333.
- BUSCH, A. J., BARBER, K. A., OVEREND, T. J., PELOSO, P. M. J., & SCHACHTER, C. L. (2007). Exercise For Treating Fibromyalgia Syndrome. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, (4).
- BUSKİLA, D., & COHEN, H. (2007). Comorbidity Of Fibromyalgia And Psychiatric Disorders. **Curr Pain Headache Rep.**, 11(5):333-8.

- BUTLER, E. A., LEE, T. L., & GROSS, J. J. (2009). Does Expressing Your Emotions Raise Or Lower Your Blood Pressure? The Answer Depends On Cultural Context. **Journal Of Cross-Cultural Psychology**, 40(3), 510-517.
- BUTTERFIELD, R. M., & LEWIS, M. A. (2002). Health-Related Social Influence: A Social Ecological Perspective On Tactic Use. **Journal Of Social And Personal Relationships**, 19, 505–526.
- CANSU, D. Ü., TEKE, H. Ü., GÜNDÜZ, E., & KORKMAZ, C. (2019). Clinical Distribution Of Antinuclear Antibody (ANA) Requests And Positivity İn Daily Practice: Which Departments Request ANA Test Most Frequently?. **Ulusal Romatoloji Dergisi**, 11(1), 16.
- CHAN, D. W. (2003). Hardiness And İts Role İn The Stres-Burnout Relationship Among Prospective Chinese Teachers İn Hong Kong. **Teaching And Teacher Education**, 19, 381-395.
- CHUN, S., & LEE, Y. (2008). The Experience Of Posttraumatic Growth For People With Spinal Cord Injury. **Qualitative Health Research**, 18, 877–890.
- CİCCHETTI, D. (2010). Resilience Under Conditions Of Extreme Stress: A Multilevel Perspective. **World Psychiatry**, 9(3), 145.
- CLARK, P., BURGOS-VARGAS, R., MEDİNA-PALMA, C., LAVİELLE, P., & MARİNA, F. F. (1998). Prevalence Of Fibromyalgia İn Children: A Clinical Study Of Mexican Children. **J Rheumatol**, 25(10), 2009-14.
- CLAUW, D. J. (2009). Fibromyalgia: An Overview. **The American Journal Of Medicine**, 122(12), S3-S13.
- COLE, P. M., MICHEL, M. K. & TETI, L. O. (1994). The Development Of Emotion Regulation And Dysregulation: A Clinical Perspective. The Development Of Emotion Regulation: Biological And Behavioral Considerations. **Monographs Of The Society For Research In Child Development**, 59, 73- 100.
- COLLINS, S. (2007). Social Workers, Resilience, Positive Emotions And Optimism. **Practice**, 19(4), 255–269.

- CORDERO, M. D., ALCOCER-GÓMEZ, E., CANO-GARCÍA, F. J., SÁNCHEZ-DOMÍNGUEZ, B., FERNÁNDEZ-RÍEJO, P., MORENO FERNÁNDEZ, A. M., & DE MÍGUEL, M. (2014). Clinical Symptoms In Fibromyalgia Are Associated To Overweight And Lipid Profile. **Rheumatology International**, 34(3), 419-422.
- CRONAN, T.A., SERBER, E.R., WALLEN, H.R., JAFFE M. (2002). Yaşın Fibromiyalji Semptomları Üzerindeki Etkisi, **J Aging Health**, 14, 370-84.
- CROWLEY, B. J., HAYSLIP JR, B., & HOBODY, J. (2003). Psychological Hardiness And Adjustment To Life Events In Adulthood. **Journal Of Adult Development**, 10(4), 237-248.
- DANE, E., & OLGUN, N. (2016). Hemodiyaliz Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık Durumları Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. **Nefroloji Hemşireliği Dergisi**, 11(1), 43-54.
- DEMİRBAĞ, BC, & BULUT, A. (2018). Fibromiyalji Sendromlu Hastalarda Demografik Özellikler, Klinik Bulgular Ve Fonksiyonel Durum. **Diyabet**, 4, 7-4.
- DELL'OSSO, L., CARMASSI, C., CONSOLI, G., CONVERSANO, C., RAMACCIOTTI, C.E., MUSETTI, L., & BAZZICHI, L. (2011). Lifetime Post-Traumatic Stress Symptoms Are Related To The Health-Related Quality Of Life And Severity Of Pain/ Fatigue In Patients With Fibromyalgia. **Clinical And Experimental Rheumatology**, 29 (69), 73–78.
- DESTENO, D., GROSS, J. J., & KUBZANSKY, L. (2013). Affective Science And Health: The Importance Of Emotion And Emotion Regulation. **Health Psychology**, 32(5), 474.
- DIECKMANN, E., & BEHARY, W. (2015). Schematherapie: Ein Ansatz zur Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen [Schema Therapy: An Approach for Treating Narcissistic Personality Disorder]. **Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie**, 83(8), 463–478.

- DÖGER, F., EYİGÖR, H., KOZACI, D., & BAŞAK, S. (2011). Role Of Impression Cytology Method In The Assessment Of Follow Up And Severity Of Symptoms For Allergic Rhinitis. **Risk**, 66, 71.
- DÖNMEZ, A., & ERDOĞAN, N. (2009). Fibromiyalji Sendromu. **Klinik Gelişim**, 22(3), 60-64.
- DUNKLEY, M., BLANKSTEIN, K. R., HALSALL, J., WILLIAMS, M., & WINKWORTH, G. (2000). The Relation Between Perfectionism And Distress: Hassles, Coping, And Perceived Social Support As Mediators And Moderators. **Journal Of Counseling Psychology**, 47(4), 437–453.
- DVİR, Y., FORD, J. D., HİLL, M., & FRAZIER, J. A. (2014). Childhood Maltreatment, Emotional Dysregulation, And Psychiatric Comorbidities. **Harvard Review Of Psychiatry**, 22(3), 149.
- EKİNCİ, A., EKİNCİ, O., TÜRKÇAPAR, H., & ÖZBAY, H. (2011). Alkol Bağımlısı Olguların Sağlıklı Kontrollerle Emosyonel Şemalar Yönünden Karşılaştırılması Ve Klinik Özelliklerle İlişkisi, **Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi**, 49(4), 286-293.
- EISENBERG, N., CUMBERLAND, A. & SPINRAD, T. L. (1998). Parental Socialization Of Emotion. **Psychological Inquiry**, 9(4), 241-273.
- EVREN, B., EVREN, C., YAPICI, A. & HOŞAFÇI GÜLER, M. (2005). Fibromyalji Hastalarında Ağrı Şiddeti İle Psikiyatrik Belirtiler Arasındaki İlişki. **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 6(2), 69-74
- FAUSTİNO, B., & VASCO, A. B. (2020). Relationships Between Emotional Processing Difficulties And Early Maladaptive Schemas On The Regulation Of Psychological Needs. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, 27(6), 804-813.
- FERNANDEZ, E., & TURK, D. C. (1995). The Scope And Significance Of Anger In The Experience Of Chronic Pain. **Pain**. 61(2), 165-75.
- FİSCHER-JBALÍ, L. R., MONTORO, C. I., MONTOYA, P., HALDER, W., & DUSCHEK, S. (2021). Central Nervous Activity During Implicit Processing

- Of Emotional Face Expressions In Fibromyalgia Syndrome. **Brain Research**, 1758, 147333.
- GARDNER, G. C. (2000). Fibromyalgia Following Trauma: Psychology Or Biology? **Current Review Of Pain**. 4, 295–300.
- GEENEN, R., VAN OOIJEN-VAN DER LINDEN, L., LUMLEY, M. A., BIJLSMA, J. W., & VAN MIDDENDORP, H. (2012). The Match-Mismatch Model Of Emotion Processing Styles And Emotion Regulation Strategies In Fibromyalgia. **journal of psychosomatic research**, 72(1), 45–50.
- GENÇ, A., & SAĞIROĞLU, E. (2002). Fibromiyalji Tedavisinde İki Farklı Egzersiz Programının Karşılaştırılması. **Fizyoterapi Rehabilitasyon**, 13(2), 90-95.
- GİZİR, C. (2007). Psikolojik Sağlamlık, Risk Faktörleri Ve Koruyucu Faktörler Üzerine Bir Derleme Çalışması. **Türk Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Dergisi**, 3(28), 113-128.
- GOLDENBERG, D. L. (2009). Diagnosis And Differential Diagnosis Of Fibromyalgia. **American Journal Of Medicine**, 122, 14–21.
- GÖR, N., YİĞİT, İ., KÖMÜRCÜ, B., & ERTÜRK, İ. Ş. (2017). Geçmişin Mirası Ve Geleceğin Haritası: Erken Dönem Uyumsuz Şemalar. **Nesne Psikoloji Dergisi**, 5(10), 197-218.
- GRACELY, R. H., CEKO, M., & BUSHNELL, M. C. (2012). Fibromyalgia and Depression, **Pain Research and Treatment**, 1-9.
- GRATZ, K. L., & ROEMER, L. (2004). Multidimensional Assessment Of Emotion Regulation And Dysregulation: Development, Factor Structure, And Initial Validation Of The Difficulties In Emotion Regulation Scale. **Journal Of Psychopathology And Behavioral Assessment**, 26(1), 41–54.
- GROSS, J. J. (1998). The Emerging Field Of Emotion Regulation: An Integrative Review. **Review Of General Psychology**, 2(3), 271–299
- GROSS, J. J., & MUÑOZ, R. F. (1995). Emotion Regulation And Mental Health. Clinical Psychology: **Science And Practice**, 2(2), 151-164.

- GÜLEÇ, H., KÖSE, S., GÜLEÇ, M. Y., ÇITAK, S., EVREN, C., BORCKARDT, J., & SAYAR, K. (2009). Reliability And Factorial Validity Of The Turkish Version Of The 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). **Klinik Psikofarmakoloji Bülteni**, 19(3), 214-220.
- GÜLEÇ, H., SAYAR, K., TOPBAŞ, M. & KARAKUCAK, M., (2004). Fibromiyalji Sendromlu Olan Kadınlarda Aleksitimi Ve Öfke. **Türk Psikiyatri Dergisi**, 15(3), 191-198.
- GÜRBÜZ, S., & BAYIK, M. E. (2021). Aracılık Modellerinin Analizinde Yeni Yaklaşım: Baron Ve Kenny'nin Yöntemi Hâlâ Geçerli Mi?. **Türk Psikoloji Dergisi**, 37(88).
- GÜVEN, A. Z., KULPANZA, E. & GÜNDÜZ, O. H. (2005). Depression And Psychosocial Factors In Turkish Women With Fibromyalgia Syndrome. **European Journal Of Physical And Rehabilitation Medicine**, 41(4), 309-313.
- HANNAH, T. E., & MORRISEY, C. (1986). Correlates Of Psychological Hardiness In Canadian Adolescents. **The Journal Of Social Psychology**, 127(4), 339-344.
- HANTON, S., EVANS, L., & NEIL, R. (2002). Hardiness And The Competitive Trait Anxiety Response. **Anxiety, Stress And Coping**, 16(2), 167-184.
- HÄUSER, W., ABLIN, J., FITZCHARLES, M. A., LITTLEJOHN, G., LUCIANO, J. V., USUI, C., & WALITT, B. (2015). Fibromyalgia. **Nature reviews Disease primers**, 1(1), 1-16.
- HÄUSER, W., GALEK, A., ERBSLÖH-MÖLLER, B., KÖLLNER, V., KÜHN-BECKER, H., LANGHORST, J., ... & GLAESMER, H. (2013). Posttraumatic stress disorder in fibromyalgia syndrome: prevalence, temporal relationship between posttraumatic stress and fibromyalgia symptoms, and impact on clinical outcome. **Pain**, 154(8), 1216-1223.
- HARRISSON, M., LOISELLE, C. G., DUQUETTE, A., & SEMENIC, S. E. (2002). Hardiness, Work Support And Psychological Distress Among Nursing

Assistants And Registered Nurses In Quebec. **Journal Of Advanced Nursing**, 38(6), 584-591.

HAYES, A. F., & MATTHES, J. (2009). Computational Procedures For Probing Interactions In OLS And Logistic Regression: SPSS And SAS Implementations. **Behavior Research Methods**, 41(3), 924-936.

HAYTA, E., DOĞAN, Ö., DOĞAN, S. C., AKDENİZ, T., ŞENCAN, D., KARAKAŞLI, S., & HİZMETLİ, S. (2010). Fibromiyalji Tanısı Konan 100 Kadın Olgunun Klinik Özellikleri. **Cumhuriyet Medical Journal**, 32(1), 74-79.

HAWLEY, D. J., & WOLFE, F. (1991). Pain, Disability, And Pain/Disability Relationships In Seven Rheumatic Disorders: A Study Of 1,522 Patients. **The Journal Of Rheumatology**, 18(10), 1552-1557.

HERRMAN, H., STEWART, D. E., DÍAZ-GRANADOS, N., BERGER, E. L., JACKSON, B., & YUEN, T. (2011). What Is Resilience?. **The Canadian Journal Of Psychiatry**, 56(5), 258-265.

HILLS, P., & ARGYLE, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: A Compact Scale For The Measurement Of Psychological Well-Being. **Personality And Individual Differences**, 33(7), 1073-1082.

HJEMDAL, O., FRIBORG, O., STILES, T., MARTINUSSEN, M., & ROSENVINGE, J. (2006). A New Scale For Adolescent Resilience: Grasping The Central Protective Resources Behind Healthy Development. **Measurement And Evaluation In Counseling And Development**, 39(2), 84-96.

HOSSEINI, S. A., & BESHARAT, M. A. (2010). Relation Of Resilience With Sport Achievement And Mental Health In A Sample Of Athletes. **Procedia-Social And Behavioral Sciences**, 5, 633-638.

İNANİCİ, F. F., & YUNUS, M. B. (2004). History Of Fibromyalgia: Past To Present. **Current Pain And Headache Reports**, 8(5), 369-378.

- IŞIK, Ş., (2016). Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Geliştirilmesi: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması, **The Journal Of Happiness & Well-Being**, 2016, 4(2), 165-182.
- İSMEN, A. E. (2004). Duygusal Zeka Ve Aile İşlevleri Arasındaki İlişki. **Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 7(11), 55-75.
- JACELON, C. S. (1997). The Trait And Process Of Resilience. **Journal Of Advanced Nursing**, 25(1), 123-129.
- JAHAN, F., NANJI, K., QIDWAI, W., & QASIM, R. (2012). Fibromiyalji Sendromu: Patofizyoloji, Tanı Ve Tedaviye Genel Bakış. **Umman Tıp Dergisi** , 27 (3), 192.
- JAZAYERI, M., VATAN, K., & BADIEI, M. (2014). The Relationship Between Defense Styles And Early Maladaptive Schemas With Resilience In Boy Students Of High School In Tehran City. **Thoughts And Behavior In Clinical Psychology**, 8(30), 7-16.
- KARADEMİR, T. & AÇAK, M. (2019). Üniversiteli Sporcuların Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin İncelenmesi . **Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** , 16 (2) , 803-816 .
- KARAIRMAK, Ö. (2006). Psikolojik Sağlık, Risk Faktörleri Ve Koruyucu Faktörler. **Türk Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Dergisi**, 3(26), 129-142.
- KARAOSMANOĞLU, A. SOYGÜT, G., & ÇAKIR, Z. (2009). Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bir İnceleme. **Türk Psikiyatri Dergisi**, 20(1), 75-84.
- KATALIN, B., EVA, K., & ILDIKO, K. (2015). Resilience And Early Maladaptive Schemas Among Codependent, Borderline, And Healthy Individuals. **Alkalmazott Pszichologia**, 15(1), 111- 127.
- KAY, S. A. (2016). Emotion Regulation And Resilience: Overlooked Connections. **Industrial And Organizational Psychology**, 9(2), 411-415

- KAYA, Y., & AYDİN, A. (2021). The Mediating Role Of Early Maladaptive Schemas In The Relationship Between Attachment And Mental Health Symptoms Of University Students. **Journal Of Adult Development**, 28(1), 15-24.
- KAYA, E., ERDEN, D., KAYAR, A., & KIRALP, M, (2010), Fibromiyalji Sendromu Olan Kadın Hastalarda Aleksitimi Mizaç Ve Karakter Özellikleri, **Türkiye Fizik Tıp Rehabilitasyon Dergisi**, 56(3), 105-110.
- KERNS, R. D., & OTIS, J. D. (2003). Family Therapy For Persons Experiencing Pain: Evidence For Its Effectiveness. **Seminars In Pain Medicine**, 1(2), 79–89.
- KILINC, A. C. (2014). İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. **Turkish Journal Of Education**, 3(1), 70-79.
- KİBAR, S., YILDIZ, H. E., AY, S., EVCİK, D., & ERGİN, E. S. (2015). New Approach İn Fibromyalgia Exercise Program: A Preliminary Study Regarding The Effectiveness Of Balance Training. **Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation**, 96(9), 1576-1582.
- KOBASA, S. C. (1979). Stresli Yaşam Olayları, Kişilik Ve Sağlık: Dayanıklılık Üzerine Bir Araştırma. **Kişilik Ve Sosyal Psikoloji Dergisi** , 37 (1), 1.
- KOCOVSKİ, N. L., FLEMİNG, J. E., HAWLEY, L. L., HUTA, V., & ANTONY, M. M. (2013). Mindfulness And Acceptance-Based Group Therapy Versus Traditional Cognitive Behavioral Group Therapy For Social Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial. **Behaviour Research And Therapy**, 51(12), 889-898.
- KOOLE, S. L. (2009). The Psychology Of Emotion Regulation: An Integrative Review. **Cognition And Emotion**, 29(1), 4-41.
- KÖSEHANOĞULLARI, M. & YILMAZ, N. (2018). Fibromiyalji Sendromu Ve Nöropatik Ağrı. **Aegean Journal Of Medical Science**,1(1),26-31.
- KREMER, E. F., SIEBER, W., & ATKINSON, J. H. (1985). Spousal Perpetuation Of Chronic Pain Behavior. **International Journal Of Family Therapy**, 7(4), 258–270.

- LEWANDOWSKI, W., MORRIS, R., DRAUCKER, C. B., & RISKO, J. (2007). Chronic Pain And The Family: Theory-Driven Treatment Approaches. **Issues In Mental Health Nursing**, 28, 1019–1044.
- LINARES, M.D.C.U., RUIZ-PÉREZ, I., PÉREZ, M.J.B., DE LABRY-LIMA, A.O., HERNÁNDEZ-TORRES, E., & PLAZAOLA-CASTAÑO, J. (2008). Analysis Of The Impact Of Fibromyalgia On Quality Of Life: Associated Factors. **Clinical Rheumatology**, 27(5), 613-619.
- MACKINNON, D. P., LOCKWOOD, C. M., & WILLIAMS, J. (2004). Confidence Limits For The Indirect Effect: Distribution Of The Product And Resampling Methods. **Multivariate Behavioral Research**, 39(1), 99-128.
- MAJID, S. J, HAMID R., H., & MOHAMMAD M., B. (2014). The Relationship Between Defense Styles And Early Maladaptive Schemas With Resilience In Boy Students Of High School In Tehran City. **Journal Of Thought & Behavior In Clinical Psychology**. 8(30), 7-16.
- MIDDENDORP, H., LUMLEY, M., JACOBS, J., DOORNEN, L., BIJLSMA, J. & GEENEN, R. (2008). Emotions And Emotional Approach And Avoidance Strategies In Fibromyalgia. **Journal Of Psychosomatic Research**, 64,159-167.
- LIFF, Z. A. (1969). " Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects," by Aaron T. Beck (Book Review). **International Journal of Group Psychotherapy**, 19(1), 246.
- LUMLEY MA, COHEN JL, STOUT RL, NEELY LC, SANDER LM, & BURGER AJ (2008). An Emotional Exposure-Based Treatment Of Traumatic Stress For People With Chronic Pain: Preliminary Results For Fibromyalgia Syndrome. **Psychotherapy (Chic)**, 45,165-172
- MC DONNELL, E., HEVEY, D., MCCAULEY, M., & DUCRAY, K. N. (2018). Exploration Of Associations Between Early Maladaptive Schemas, Impaired Emotional Regulation, Coping Strategies And Resilience In Opioid Dependent Poly-Drug Users. **Substance Use & Misuse**, 53(14), 2320-2329

- MAK, W. W., NG, I. S., & WONG, C. C. (2011). Resilience: Enhancing Well-Being Through The Positive Cognitive Triad. **Journal Of Counseling Psychology**, 58(4), 610-617.
- MEASE, P. (2005). Fibromyalgia Syndrome: Review Of Clinical Presentation, Pathogenesis, Outcome Measures, And Treatment. **The Journal Of Rheumatology Supplement**, 75, 6-21.
- MEASE, P., ARNOLD, L. M., BENNETT, R., BOONEN, A., BUSKİLA, D., CARVILLE, S., & CROFFORD, L. (2007). Fibromyalgia Syndrome. **The Journal Of Rheumatology**, 34(6), 1415-1425.
- MENEFEE, D. S., LEDOUX, T., & JOHNSTON, C. A. (2022). The importance of emotional regulation in mental health. **American Journal of Lifestyle Medicine**, 16(1), 28-31.
- MESTRE, J. M., NÚÑEZ-LOZANO, J. M., GÓMEZ-MOLİNERO, R., ZAYAS, A., & GUİL, R. (2017). Emotion Regulation Ability And Resilience In A Sample Of Adolescents From A Suburban Area. **Frontiers In Psychology**, 8, 1980.
- MOREIRA-ALMEIDA, A., & KOENIG, H. G. (2008). Religiousness And Spirituality In Fibromyalgia And Chronic Pain Patients. **Current Pain And Headache Reports**, 12(5), 327–332.
- MOULIN, D. E., CLARK, A. J., SPEECHLEY, M., & MORLEY-FORSTER, P. K. (2002). Chronic Pain In Canada: Prevalence, Treatment, Impact And The Role Of Opioid Analgesia. **Pain Research Management**, 7(4), 179–184.
- NARUKURTHİ, P., MACHARAPU, R., GADE, V., MALLEPALLİ, P. K., & SATEESH, R. (2017). A Study To Examine The Relationship Between Emotion Regulation And Resilience Among First-Year Undergraduates. **Telangana Journal Of Psychiatry**, 3(2), 73.
- NEUMANN, L., & BUSKİLA, D. (2003). Epidemiology Of Fibromyalgia. **Current Pain And Headache Reports**, 7(5), 362-368.
- OATLEY, K. (2007). On The Definition And Function Of Emotions. **Social Science Information**, 46(3), 415-419.

- OKIFUJI, A., & TÜRK, DC. (1999). Hastaların Ağrı Raporlamasının Değerlendirilmesi: Entegre Bir Bakış Açısı. **Lancet** , 353 (9166), 1784-1788.
- OKTAY, B., & BATIGÜN, A, (2014), Aleksitimi: Bağlanma, Benlik Algısı, Kişilerarası İlişki Tarzları Ve Öfke, **Türk Psikoloji Yazıları**, 17(33), 31-40.
- ÖZÇETİN, A. (2014). Fibromiyalji; Bir Psikiyatrik Bozukluk Mu, Yoksa Birliktelik Mi? **Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, 4(3), 34-44.
- ÖZKAN, N. (2017). Fibromiyalji Sendromunda Bütüncül Yaklaşım. **Bilimsel Tamamlayıcı Tıp Regülasyon Ve Nöral Terapi Dergisi**, 11(1), 12-19.
- PARENT, C., ZHANG, T. Y., CALDJİ, C., BAGOT, R., CHAMPAGNE, F. A., PRUESSNER, J., & MEANEY, M. J. (2005). Maternal Care And Individual Differences İn Defensive Responses. **Current Directions İn Psychological Science**, 14(5), 229-233.
- POWELL, P. A. (2018). Individual Differences İn Emotion Regulation Moderate The Associations Between Empathy And Affective Distress. **Motivation And Emotion**, 42(4), 602-613.
- PREACHER, K. J., RUCKER, D. D., & HAYES, A. F. (2007). Addressing Moderated Mediation Hypotheses: Theory, Methods, And Prescriptions. **Multivariate Behavioral Research**, 42(1), 185-227.
- PREACHER, K. J., & HAYES, A. F. (2004). SPSS And SAS Procedures For Estimating Indirect Effects İn Simple Mediation Models. **Behavior Research Methods, Instruments, & Computers**, 36(4), 717-731.
- PREECE, C., & SANDBERG, J. G. (2005). Family Resilience And The Management Of Fibromyalgia: Implications For Family Therapists. **Contemporary Family Therapy**, 27(4), 559-576.
- QUEIROZ, L.P, (2013), Worldwide Epidemiology Of Fibromyalgia, **Curr Pain Headache Rep**, 17(8), 1-6.
- REZA'ZAD, M. B., MOHAMMADİ, A. Z., & NİOSHA, B. (2015). Effect Of Resiliency Training On İncompatible İn Secondary School Girl Students Of

- 2013-2014 Academic Years İn Tehran. **Journal, Humanities And Social Sciences**, 8(1), 261-276
- RİSO, L. P., FROMAN, S. E., RAOUF, M., GABLE, P., MADDUX, R. E., TURİNİ-SANTORELLİ, N., & CHERRY, M. (2006). The Long-Term Stability Of Early Maladaptive Schemas. **Cognitive Therapy And Research**, 30(4), 515-529.
- ROLSTON, A., & LLOYD-RİCHARDSON, E. (2017). What is emotion regulation and how do we do it. **Cornell Research Program on Self-Injury and Recovery**, 1-5.
- RUGANCI, R., N., & GENÇÖZ, T., (2010). Psychometric Properties Of A Turkish Version Of The Difficulties İn Emotion Regulation Scale, **Journal Of Clinical Psychology**, 66 (4). 442-455.
- SALEK EBRAHİMİ, L., AHMADİ, G., MASJEDİ ARANİ, A., & MOUSAVİ, S. E. (2019). Predicting İnternet Addiction İn Medical Students By General Self-Efficacy, Difficulty İn Emotion Regulation, And Resilience. **Practice İn Clinical Psychology**, 7(3), 167-174.
- SARZİ-PUTTİNİ, P., GİORGİ, V., MAROTTO, D., & ATZENİ, F. (2020). Fibromyalgia: An Update On Clinical Characteristics, Aetiopathogenesis And Treatment. **Nature Reviews Rheumatology**, 16(11), 645-660.
- SAYAR, K., GULEC, H., & TOPBAS, M. (2004) Alexithymia And Anger İn Patients With Fibromyalgia. **Clin Rheumatol**, 23, 441-448.
- SCHMITZ, N., NAPIERALSKI, J., SCHROEDER, D., LOESER, J., GERLACH, AL., & POHL, A. (2021). Interoceptive Sensibility, Alexithymia, And Emotion Regulation İn Individuals Suffering From Fibromyalgia. **Psychopathology**, 54, 144-149.
- SEZGİN, F. (2012). İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin İncelenmesi. **Kastamonu Eğitim Dergisi** , 20 (2) , 489-502 .
- ŞAHİN, M., YETİM, A., & ÇELİK, A. (2012). Psikolojik Sağlamlığın Gelişiminde Koruyucu Bir Faktör Olarak Spor Ve Fiziksel Aktivite. **The Journal Of Academic Social Science Studies**. 5(8), 373-80

- SİNDEL, D., SARAL, İ., & ESMAEİLZADEH, S. (2012). Fibromiyalji Sendromunda Uygulanan Tedavi Yöntemleri. **Journal Of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences/Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi**, 58, 136-42.
- SIVAS, F. A., BAŞKAN, B. M., & AKTEKİN, L. A. (2009). Fibromiyalji Hastalarında Depresyon, Uyku Bozukluğu Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. **Türk J Phys Med Rehab**, 55, 8-12.
- SOYGÜT, G., KARAOSMANOĞLU, A., & ÇAKIR, Z. (2009). Erken Dönem Uyumsuz Şema Ların Değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bir İnceleme. **Türk Psikiyatri Dergisi**, 20(1), 75-84.
- SEÇER, H. Ş. (2005). Çalışma Yaşamında Duygular Ve Duygusal Emek: Sosyoloji, Psikoloji Ve Örgüt Teorisi Açısından Bir Değerlendirme. **In Journal Of Social Policy Conferences**, 50, 813-834.
- ŞENOL, L., ÜZÜM, B. (2019). Özel Sağlık Kurumları Çalışanlarının Psikolojik Dayanıklılık Ve Yabancılaşma Düzeyleri. **İşletme Araştırmaları Dergisi**, 11(2), 1092-1102.
- TANG, N. K. & CRANE, C. (2006). Suicidality In Chronic Pain: A Review Of The Prevalence, Risk Factors And Psychological Links. **Psychological Medicine**, 36, 575–586.
- THİAGARAJAH, A. S., GUYMER, E. K., LEECH, M., & LİTTLEJOHN, G. O. (2014). The Relationship Between Fibromyalgia, Stress And Depression. **International Journal Of Clinical Rheumatology**, 9(4), 371.
- THİMM, J. C. (2010). Personality And Early Maladaptive Schemas: A Five-Factor Model Perspective. **Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry**, 41(4), 373-380.
- THOMPSON, R. A. (1991). Emotional Regulation And Emotional Development. **Educational Psychology Review**, 3(4), 269-307.

- TOPBAS, M., CAKIRBAY, H., GULEC, H., AKGOL, E., AK, I., & CAN, G. (2005). The Prevalence Of Fibromyalgia In Women Aged 20-64 In Turkey. **Scand J Rheumatol**, 34(2), 140-144.
- TORRES, X., BAILLES, E., VALDES, M., GUTIERREZ, F., PERI, J. M., ARIAS, A., GOMEZ, E., & COLLADO, A. (2013). Personality does not distinguish people with fibromyalgia but identifies subgroups of patients. **General hospital psychiatry**, 35(6), 640–648.
- TRUCHARTE, A., LEON, L., CASTILLO-PARRA, G., MAGÁN, I., FREITES, D., & REDONDO, M. (2020). Emotional Regulation Processes: Influence On Pain And Disability In Fibromyalgia Patients. **Clin Exp Rheumatol**, 38(123), 40-46.
- TUSAIE K., & DYER J. (2004) Resilience: A Historical Review Of The Construct. **Holist Nurs Pract**, 18(1), 3-8.
- TÜMLÜ, G. Ü., & RECEPOĞLU, E. (2013). Üniversite Akademik Personelinin Psikolojik Dayanıklılık Ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. **Yükseköğretim Ve Bilim Dergisi**, (3), 205.
- TÜTÜNCÜ, R., & GÜNAY, H. (2011). Chronic Pain, Psychological Factors And Depression. **Dicle Medical Journal**. 38 (2): 257-62.
- TYRA, A. T., GRIFFIN, S. M., FERGUS, T. A., & GINTY, A. T. (2021). Individual Differences In Emotion Regulation Prospectively Predict Early COVID-19 Related Acute Stress. **Journal Of Anxiety Disorders**, 81, 102411.
- VESPA, A., MELONI, C., GIULIETTI, MV., OTTAVIANI, M., SPATUZZI, R., & MERICO, F., (2015). Evaluation Of Depression In Women Affected By Fibromyalgia Syndrome. **J Depress Anxiety**. 4(2),178.
- WALSH, W. A., DAWSON, J., & MATTINGLY, M. J. (2010). How Are We Measuring Resilience Following Childhood Maltreatment? Is The Research Adequate And Consistent? What Is The Impact On Research, Practice, And Policy?. **Trauma, Violence, & Abuse**, 11(1), 27-41.

- WEISSBECKER, I., FLOYD, A., DEDERT, E., SALMON, P., & SEPHTON, S. (2006). Childhood Trauma And Diurnal Cortisol Disruption In Fibromyalgia Syndrome. **Psychoneuroendocrinology**, 31, 312–24.
- WHITE, K. P., & HARTH, M. (2001). Classification, Epidemiology, And Natural History Of Fibromyalgia. **Current Pain And Headache Reports**, 5(4), 320-329.
- WOLFE, F. & HÄUSER, W. (2011). Fibromyalgia Diagnosis And Diagnostic Criteria. **Annals Of Medicine**, 43, 495-502.
- WOLFE, F., CLAUW, D. J., FITZCHARLES, M-A., GOLDENBERG, D. L., HÄUSER, W., & KATZ, R. L., (2016). Revisions To The 2010/2011 Fibromyalgia Diagnostic Criteria. **Seminars In Arthritis And Rheumatology**, 46, 319–29.
- WOLFE, F., ROSS, K., ANDERSON, J., RUSSELL, I. J., & HEBERT, L. (1995). The Prevalence And Characteristics Of Fibromyalgia In The General Population. **Arthritis & Rheumatism, Official Journal Of The American College Of Rheumatology**, 38(1), 19-28.
- WOLFE, F., SMYTHE, H. A., YUNUS, M. B., BENNETT, R. M., BOMBARDIER, C., GOLDENBERG, D. L., & SHEON, R. P. (1990). The American College Of Rheumatology 1990 Criteria For The Classification Of Fibromyalgia. **Arthritis & Rheumatism: Official Journal Of The American College Of Rheumatology**, 33(2), 160-172.
- YAVNE, Y., AMITA, D., WATAD, A., TIOSANO, S., & AMITAL, H. (2018). A Systematic Review Of Precipitating Physical And Psychological Traumatic Events In The Development Of Fibromyalgia. **Seminars In Arthritis And Rheumatism**, 48, 21–133.
- YİĞİT, İ., & ÇELİK, C. (2016). İlişki Doyumunun Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar, Kişilerarası İlişki Tarzları Ve Kendilik Algısı Açısından Değerlendirilmesi. **Türk Psikoloji Yazıları**, 19(38), 77-87.
- YÜKSEL, M. Y., SARUHAN, V., & KEÇECİ, B. (2021). Psikolojik Sağlamlığın Duygusal Zeka Ve Kişilerarası Duygu Düzenleme Açısından İncelenmesi.

Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi,
53(53), 141-156.

YUNUS, M. B. (1989). Primary Fibromyalgia Syndrome: A Critical Evaluation Of Recent Criteria Developments. **Zeitschrift Fur Rheumatologie**, 48(5), 217-222.

YUNUS, M. B., (2013). Fibromyalgia: A Central Sensitivity Syndrome. In: Goldman, M.B. & Hatch, M. C., Eds. Women And Health. Amsterdam: Elsevier/Academic Press.

ZİNNUROĞLU, M. (2007). Fibromiyalji Tedavisi: Rehabilitatif Yaklaşım. **Romatizma/Rheumatism**, 22(3).

ZOCCALI, R., MUSCATELLO, MR., BRUNO, A., CEDRO, C., CAMPOLO, D., PANDOLFO, G., MEDURI, M. (2007). Öfke Deneyiminin Ve Ifadesinin Modülasyonunda Savunma Mekanizmalarının Rolü: Cinsiyet Farklılıkları Ve Öz Bildirim Önlemlerine Etkisi. **Kişilik Ve Bireysel Farklılıklar** , 43 (6), 1426-1436.

ELEKTRONİK KAYNAKLAR

BRİCKER, D. C., & YOUNG, J. E. (2012). A client's guide to schema therapy. <https://disarmingthenarcissist.com/wp-content/uploads/2021/09/clientsguideSchemaTherapy.pdf> (Erişim Tarihi: 26 Haziran 2022)

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). (2020). Fibromyalgia. <https://www.cdc.gov/arthritis/basics/fibromyalgia.htm> (Erişim Tarihi: 09 Haziran 2022)

ULUDÜZ, H. (2022). Fibromiyalji nedir? <https://www.deryauluduz.com/butuncul-beyin-sagligi/fibromiyalji/> (Erişim Tarihi: 09 Haziran 2022)

TEZLER

AKYİKİT, M. (2021). Yönetici ve çalışanların erken dönem uyum bozucu şemalar, duygu düzenleme güçlüğü ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin karşılaştırılması (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

- ARICI, Ö. E. (2019). Fibromiyalji Sendromunun Şema Modeli Ve Duygu Düzenleme Zorluğunun İncelenmesi. (Doktora Tezi). İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- AYDOĞDU, T. (2013). Bağlanma Stilleri, Başa Çıkma Stratejileri İle Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi) Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara
- ÇELİK, E. (2021). Yetişkin bireylerde erken dönem uyumsuz şemalar ve duygu düzenleme güçlüğü ile duygusal yeme ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkiler. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Diyarbakır.
- ERNAS, Ş. (2017). Özerklik ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- FARAJI, H. (2020). Borderline kişilik bozukluğunda duygu düzenleme ve ilk nesne ilişkileri ile ruhsal işleyişin roschach testindeki görünümü (Doktora Tezi). Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- GENÇ A. (2014). Psikolojik dayanıklılığın örgütsel bağlılık ve işten ayrılma niyetine etkisi: Görgül bir araştırma (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- KARPUZ İLERİCİLER, N. (2015). Evlilik uyumunu açıklamada yakın ilişkilerde bağlanma, erken dönem uyum bozucu şemalar ve psikolojik travmanın rolü (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- KAYA, E. (2020). Fibromiyalji hastalarının depresyon, anksiyete bozukluğu ve uyku bozukluğu açısından değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Projesi). FSM Vakıf Üniversitesi.
- KILIÇ, Z. (2018). İş yaşamında yalnızlık ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkinin incelenmesi: üniversitedeki öğretim elemanları üzerine bir araştırma (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- ÖZBAYIR, T. (2019). Öğretmenlerde psikolojik dayanıklılığın duygusal zekayla, pozitif öğretmen özellikleriyle ve demografik değişkenlerle ilişkisi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- SAĞ, B. (2016). Erken dönem uyumsuz şemalar ve pozitif algının, psikolojik dayanıklılık, depresyon ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- SAYAL, B. (2017). Anne babaların erken dönem uyumsuz şemalarının çocuk davranış sorunları ile ilişkisinin incelenmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- ŞAŞMAZ, İ. B. (2014). Erken dönem uyumsuz şema ların ve duygu düzenleme güçlüğü'nün borderline kişilik bozukluğu ve bipolar bozukluk üzerindeki yordayıcı etkisi (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- TEKINTAŞ, N. S. (2018). Major depresif bozukluk ve fibromiyalji sendromu hastalarında işlevsel somatik semptomların belirleyicileri (Tıpta uzmanlık tezi). Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.
- YAVUZ, M. (2020). Nikotin bağımliliğinde psikolojik dayanıklılık ve duygu düzenleme güçlüklerinin rolü (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

EKLER

EK 1.

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Cinsiyet: Kadın Erkek Diğer
2. Yaş: ...
3. Medeni Durum: Bekar Evli Boşanmış Eşini kaybetmiş
4. Eğitim Durumu: İlkokul Ortaokul Lise Yüksek Okul Üniversite
 Y.Lisans/Doktora
5. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz? Çalışıyor Çalışmıyor Emekli
6. Ortalama Aylık Gelir: 0-2.000 2.001-4.000 4.001-6.000 6.001 ve üstü
7. Hangi gelir düzeyinde olduğunuzu düşünüyorsunuz?
 Gelirim giderimi karşılıyor.
 Gelirim giderimden yüksek.
 Gelirim giderimden yüksek ama yeterli değil.
 Gelirim giderimi karşılamıyor.
8. Herhangi bir kronik tıbbi rahatsızlığınız var mı? Evet Hayır
Var ise açıklayınız:
9. Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı? Evet Hayır
Var ise açıklayınız:
10. Psikiyatrik ilaçlar kullanıyor musunuz? Evet Hayır
11. Fibromiyalji tanınız varsa; tanı alalı ne kadar zaman oluyor?
Hastalık başlangıç yaşı:

12. Fibromiyalji tedaviniz süresinde ailenizden aldığınız desteği yeterli buluyor musunuz?

Çok yeterli Destek veriyorlar ama yetersiz Yetersiz

13. Fibromiyalji tedaviniz süresinde partnerinizden (eş, sevgili var ise) aldığınız desteği yeterli buluyor musunuz?

Partnerim yok Çok yeterli Destek veriyor ama yetersiz Yetersiz

14. Fibromiyalji ağrılarınız sosyal yaşantınızı ne kadar etkiliyor?

Hiç etkilemiyor Etkiliyor ama fazla değil Olumsuz anlamda çok etkiliyor

15. Fibromiyalji hastalığı yaşam kalitenizi ne kadar etkiliyor?

Hiç etkilemiyor Etkiliyor ama fazla değil Olumsuz anlamda çok etkiliyor

EK 2.

YOUNG ŞEMA ÖLÇEĞİ – KISA FORM-3 (YŞÖ)

Yönerge: Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olmadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin duygusal olarak ne hissettiğinize dayanarak cevap verin. Birkaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın.

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

Derecelendirme:

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

	1	2	3	4	5	6
1. Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.						
2. Beni terk edeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.						
3. İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum.						
4. Uyumsuzum.						

5. Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.						
6. İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum.						
7. Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.						
8. Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.						
9. Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşlılarım kadar, başaramadım.						
10. Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.						
11. Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum						
12. Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemseddiğimi göstermek gibi).						
13. Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.						
14. Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana “hayır” denilmesini çok zor kabullenirim.						
15. Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.						
16. Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.						

17. Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissederim.						
18. Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hak ederim.						
19. Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.						
20. Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.						
21. İnsanlara karşı tedbiri elden bırakmam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.						
22. Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.						
23. Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.						
24. İşleri halletmede son derece yetersizim.						
25. Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.						
26. Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hissediyorum.						
27. Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.						
28. Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.						

29. Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.						
30. Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.						
31. En iyisini yapmalıyım, “yeterince iyi” ile yetinemem.						
32. Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.						
33. Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.						
34. Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.						
35. İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.						
36. Eğer yanlış yaparsam, bunun özürü yoktur.						
37. Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.						
38. Yakınlarımla beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım.						
39. Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.						
40. Bir yere ait değilim, yalnızım.						
41. Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.						

42. İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.							
43. Doğru ile yanlış birbirinden ayırmakta zorlanırım.							
44. Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.							
45. Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hisseder veya suçluluk duyarız							
46. İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.							
47. Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.							
48. İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.							
49. Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.							
50. İstedığimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.							
51. Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım.							
52. Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissederim.							
53. Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.							
54. Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.							

55. Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarım ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.						
56. Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissederim.						
57. Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheliyimdir.						
58. Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.						
59. Kendimi sevebilecek biri gibi hissetmiyorum.						
60. İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.						
61. Gündelik işler için benim kararlarım güvenilemez.						
62. Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.						
63. Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum. Benim kendime ait bir hayatım yok.						
64. Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.						
65. Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.						
66. Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.						

67. Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.						
68. Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.						
69. Benim yararına olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.						
70. Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanılmayı ve takdir görmeyi isterim.						
71. Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.						
72. Neden yanlış yaptığının önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.						
73. Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.						
74. İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.						
75. Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.						
76. Kendimi hep grupların dışında hissedirim.						
77. Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.						

78. (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.						
79. Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.						
80. Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.						
81. Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.						
82. Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.						
83. Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.						
84. Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.						
85. Kendimi sorumluluktan kolayca sıyıramıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.						
86. Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.						
87. Kararlarıma nadiren sadık kalabilirim.						
88. Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.						
89. Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.						
90. Ben cezalandırılmayı hakeden kötü bir insanım.						

EK 3.**PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ**

0	1	2	3	4
Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

1. Çalışmaktan çok keyif alıyorum.					
2. Hayatın benim için monotonlaşmaya başladığını hissediyorum.					
3. Çok çalışarak her zaman amacıma ulaşabilirim.					
4. Çıkabilecek sorunları önceden kestirerek önlemlerimi alırım.					
5. Devam ettiğim işime/okulumu/mesleğime yürekten bağlıyım.					
6. Hayatımda ilginç ve zaman harcamaya değer şeylerin var olduğunu düşünüyorum.					
7. Her yeni deneyimin yaşamımı zenginleştirdiğini düşünüyorum.					
8. Hep aynı yaşam tarzına bağlı kalmak yerine riskli de olsa yeni şeyler denemeyi tercih ederim.					
9. İnsan hatalarından öğrenir ve gelişir.					
10. Kaderimi değiştirebileceğime inanırım.					

11. Yargılarıma ve kararlarıma daima güvenirim.					
12. Kişisel özgürlüklerimin sınırlandırılmasına genellikle büyük tepki gösteririm.					
13. Kendimle ilgili bir şeyler öğrenmek benim için heyecan vericidir.					
14. “Öldürmeyen şey güçlendirir” cümlesi beni ifade ediyor.					
15. Önceden yaptığım bir programın dışına çıkmak zorunda kaldığımda rahatsız olurum.					
16. Yeni şeyler denemekten hoşlanırım.					
17. Yaşamımda olan önemli değişiklikleri, kişisel gelişimim için bir fırsat olarak görürüm.					
18. Keyif aldığım etkinliklere düzenli olarak katılırım.					
19. Yarın bana ne olacağı bugün yaptıklarımaya bağlıdır.					
20. Yeni bir işe/projeye/göreve başladığımda ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim.					
21. Yapacak bir şeylerimin olması benim için önemlidir.					

EK 4.

DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların duygularını kontrol etmekte kullandıkları bazı yöntemler verilmiştir. Lütfen her durumu dikkatlice okuyunuz ve her birinin sizin için ne kadar doğru olduğunu içtenlikle yanıtlayınız. Yanıtınızı uygun cevap önündeki yuvarlak üzerine çarpı işareti (X) koyarak işaretleyiniz.

1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
--------------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
--------------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
--------------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

4. **Ne hissettiğim konusunda hiçbir fikrim yoktur.**

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
--------------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

5. **Duyularıma bir anlam vermekte zorlanırım.**

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
--------------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

6. **Ne hissettiğime dikkat ederim.**

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
--------------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

7. **Ne hissettiğimi tam olarak bilirim.**

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
--------------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

8. **Ne hissettiğimi önemserim.**

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
-----------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
-----------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

10. Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
-----------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

11. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
-----------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

12. Kendimi kötü hissettiğim zaman utanırım.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
--------------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

13. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
--------------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkmaya başlarım.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
--------------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
--------------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

16. Kendimi kötü hissetmemin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
--------------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
--------------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
--------------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

19. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşarım.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
--------------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

20. Kendimi kötü hissediyor olsam da yine de işlerimi yapabilirim.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
-----------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

21. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
-----------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağıma inanırım.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
-----------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
-----------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolümün altındadır.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
--------------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

25. Kendimi kötü hissettiğimde, böyle hissettiğim için suçluluk duyarım.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
--------------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
--------------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

27. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
--------------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

28. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapacağım hiçbir şey olmadığına inanırım.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
--------------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

29. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
--------------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

30. Kendimi kötü hissettiğimde kendim için çok fazla endişelenmeye başladım.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
--------------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
-----------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

32. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
-----------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

33. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
-----------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

34. Kendimi kötü hissettiğimde duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
-----------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

35. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygunun geçmesi çok uzun zaman alır.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
--------------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

36. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.

Neredeyse Zaman	Hiçbir	Bazen	Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Her Zaman
--------------------	--------	-------	-------------	------------	-----------

EK 5.

Evrak Tarih ve Sayısı: 15.03.2022-45223



T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı :E-88083623-020-45223
Konu : Etik Onayı Hk.

15.03.2022

Sayın Özge AKINCI

Tez çalışmanızda kullanmak üzere yapmayı talep ettiğiniz anketiniz İstanbul Aydın Üniversitesi Etik Komisyonu'nun 10.03.2022 tarihli ve 2022/04 sayılı kararıyla uygun bulunmuştur. Bilgilerinize rica ederim.

Dr.Öğr.Üyesi Hüseyin KAZAN
Müdür Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSM4DB5603 Pin Kodu : 20812 Belge Takip Adresi :

<https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-aydin-universitesi-ebys?>

Adres : Beşyol Mah. İnönü Cad. No:38 Sefaköy , 34295
Küçükçekmece / İSTANBUL
Telefon : 444 1 428

Web :
<http://www.aydin.edu.tr/>
Kep Adresi :

ÖZGEÇMİŞ