



KLİNİK ÇALIŞMA / ORIGINAL ARTICLE

Fibromiyalji sendromlu hastalarda gevşeme odaklı bilişsel davranışçı grup psikoterapisinin karma yöntemle değerlendirilmesi

A mixed method evaluation of cognitive-behavioral group psychotherapy-based relaxation in patients diagnosed with fibromyalgia syndrome

Ayla HOCAOĞLU UZUNKAYA,¹ Esin TEMELOĞLU ŞEN²

Özet

Amaç: Fibromiyalji sendromunun (FMS) klinik özellikleri nedeniyle multidisipliner tedavilere yönelik vurgu gün geçtikçe artmaktadır. Bu çalışmanın temel amacı, FMS hastalarında gevşeme odaklı bilişsel davranışçı grup psikoterapisinin etkinliğinin sınanmasıdır. Müdahale sonunda hastaların ağrı yönetimlerinin, işlevsel baş etme stratejilerinin, özetkinliklerinin ve psikolojik iyilik hallerinin geliştirilmesi hedeflenmiştir. Ayrıca gevşeme egzersizi, motivasyonel ve tamamlayıcı bir teknik olarak kullanılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, FMS tanısı almış ve grup psikoterapi sürecini yürütebilecek özelliklere sahip 25 kadınla yürütülmüştür. Ancak çalışmanın son testlerinin alındığı sekizinci seansa, 17 kişi katıldığından analizler bu kişilerin verileriyle yapılmıştır. Çalışmanın veri toplama ve analiz sürecinde, hem nicel hem de nitel araştırma yöntemlerini içeren karma yöntem kullanılmıştır. Nitel veriler, seanslarda gözlemciler tarafından tutulan yazılı kayıtlar ve terapistlerin gözlemleri aracılığıyla elde edilmiştir. Nicel verilerin toplanmasında, Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu, Görsel Analog Skalası, Hasta Sağlık Ölçeği-Somatik Anksiyete ve Depresyon Semptomları, Ağrı Özetkinlik Ölçeği-2 ve Ağrıyla Başetme Envanteri kullanılmıştır. Görüşme içeriklerinin nitel analizinde, Tematik Analiz yöntemlerinden faydalanılmıştır. Ölçeklerden elde edilen verilerin analizi ise Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Nicel analiz bulguları, müdahale sonrasında sonuç değişkenlerin çoğunluğunda gelişim kaydedilmesine rağmen bu gelişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermektedir. Nitel analiz sonuçlarına göre grup terapi süreci “ağrı ile ilişkili sorunlar”, “duygusal ve sosyal sorunlar” ve “grup terapi sürecine uyum” olarak ele alınmıştır. Katılımcıların temaların alt kodlarında gelişme kaydettikleri görülmüştür.

Sonuç: Sonuçlar, müdahalenin etkinliğinin gösterilmesinde nicel ve nitel desenlerin bir arada kullanılmasının önemine işaret etmektedir. Gelecek çalışmalarda, müdahalenin daha geniş örneklemede sınanmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Ağrı yönetimi; bilişsel davranışçı terapi; fibromiyalji sendromu; gevşeme egzersizi; grup psikoterapisi; karma yöntem.

Summary

Objectives: The main purpose of this study is to examine the effectiveness of relaxation-oriented cognitive-behavioral group psychotherapy in FMS patients. It was aimed to improve the pain management, functional coping strategies, self-efficacy, and psychological well-being of the patients at the end of the intervention. Furthermore, relaxation exercise was used as a motivational and complementary technique.

Methods: The study was conducted with 25 women who were diagnosed with FMS and had the characteristics to carry out the group psychotherapy process. Mixed method including both quantitative and qualitative research methods was used in the data collection and analysis process of the study. Qualitative data were obtained through written records kept by the observers in the sessions and the observations of the therapists. In collecting quantitative data, Sociodemographic and Clinical Information Form, Visual Analog Scale, Patient Health Questionnaire-Somatic Anxiety and Depression Symptoms, Pain Self-Efficacy Questionnaire-2, and Pain Coping Inventory were used. Thematic Analysis methods were used in the qualitative analysis of the interview contents. The analysis of the data obtained from the scales was carried out with the Wilcoxon Signed-Ranks Test.

Results: According to the qualitative analysis results, the group therapy process was considered three themes as “pain related problems,” “emotional and social problems,” and “adherence with the group therapy process.” It was seen that the participants made improvements in the subcodes of the themes.

Conclusion: Results indicate the importance of using quantitative and qualitative patterns together in demonstrating the effectiveness of the intervention.

Keywords: Pain management; cognitive behavioral therapy; fibromyalgia syndrome; relaxation exercise; group psychotherapy; mixed method.

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İzmir

²İstanbul Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul

¹Department of Psychology, İzmir Katip Çelebi University Faculty of Humanities and Social Sciences, İzmir, Turkey

²Department of Psychology, Istanbul University Faculty of Letters, Istanbul, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted) 05.11.2019 Düzeltme sonrası kabul tarihi (Accepted after revision) 19.08.2020 Online yayımlanma tarihi (Available online date) 19.11.2020

İletişim (Correspondence): Dr. Ayla Hocaoglu Uzunkaya. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İzmir, Turkey.

Tel (Phone): +90 - 533 - 137 26 83 **e-posta (e-mail):** aylahocaoglu3@gmail.com

© 2021 Türk Algoloji Derneği

Giriş

Fibromiyalji sendromu (FMS), en az üç aydır devam eden ve vücudun çeşitli bölgelerinde yoğun ağrı, yorgunluk, kaslarda güçsüzlük şikâyetlerine psikolojik ve sosyal zorlanmalarının da eşlik ettiği karmaşık bir sağlık sorunudur.^[1-3] FMS, hastaların hayatlarını pek çok açıdan olumsuz etkilemesinin yanı sıra uzun süreli tedavi gerekliliği, hastalığa eşlik eden çoklu semptomlardan kaynaklı sık hastane ziyaretleri ve ağrı kesici tüketiminin fazla olması nedeniyle sağlık sistemi açısından çoğunlukla bir 'yük' olarak görülmektedir. Bu nedenle FMS'nin tedavisinde birden çok alana odaklanan tedavilerin daha etkili olacağı belirtilmektedir.^[4]

FMS'yi sadece fizyolojik şikâyetler bağlamında ele alan geleneksel tedavi yöntemleri medikal terapilere odaklanmaktadır.^[5] Öte yandan, hastalığın biyopsikososyal görünümü multidisipliner yöntemlerin gerekliliğine işaret etmektedir. Bu doğrultuda hastaların iyilik halinin artması amacıyla FMS'nin tedavisinde farmakolojik tedaviler, fiziksel egzersiz ve psikolojik tedavilerden oluşan multidisipliner yaklaşımların ön plana çıktığı görülmektedir.^[6-8]

FMS'nin psikolojik tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) yöntemlerinin sıklıkla kullanıldığı görülmektedir. Bu tedavilerde hastaların ağrıyla baş etme stratejilerini, ağrıya ilişkin özetkinliklerini geliştirerek ağrı yönetimlerini artırmak hedeflenmektedir.^[7,9] Bunun yanında, FMS'ye anksiyete, depresyon başta olmak üzere,^[10,11] kronik yorgunluk ve uyku sorunları^[12] gibi yaşam kalitesini olumsuz etkileyen pek çok psikolojik belirti eşlik etmektedir. Bu nedenle FMS hastalarına dönük psikolojik müdahalelerin bir diğer hedefi hastalığa eşlik eden psikolojik zorlanmaların azalmasıdır.^[10]

BDT, kişilerin işlevsel olmayan inançlarını ve davranışlarını fark etmeleri aracılığıyla ağrı yönetimlerini geliştirmeye odaklanmaktadır. Ayrıca, FMS hastaları söz konusu olduğunda ağrı yönetimini arttırmaya yönelik müdahalelerde hastaların üstlendikleri sorumluluklarla ilişkili olarak yaşadıkları bedensel ve duygusal zorlanmalar da BDT'de önemli bir gündem maddesi olarak ele alınmaktadır.^[13] Ağrı yönetimini hedefleyen müdahaleler hem bireysel hem de grup psikoterapi uygulamalarını içermektedir.^[14] Yapılan çalışmalar FMS hastalarıyla yürütülen grup psikoterapisinin etkinliğine işaret etmektedir.^[9,15-17] Grup

psikoterapisi, grup üyeleri arasındaki etkileşime karşılık gelen grup dinamiğinin iyileştirici rolünden yararlanmaktadır. Grup dinamiğinin etkili bir şekilde kullanımı, hastaların tedaviye aktif katılımlarını artırmaktadır.^[14] Dahası, grup psikoterapisi aynı anda daha çok kişiye ulaşarak bireysel terapiye göre maliyet etkinliği daha yüksek bir yöntem sunmaktadır.^[14,18,19] Bu doğrultuda son yıllarda bireysel terapiye güçlü bir alternatif olarak ön plana çıkmaktadır.

Son dönemde FMS hastalarının fiziksel ya da psikolojik şikâyetleri açısından beden farkındalığını hedefleyen müdahalelerin kullanımına yönelik vurgu artmaktadır.^[20-22] Bu yöntemlerden biri olan gevşeme egzersizi, parasempatik sinir sistemini aktive ederek gevşeme tepkilerini artırmayı hedefleyen yöntemleri içermektedir.^[23] Gevşeme egzersizi başlığı altında birden çok yöntem dikkat çekmektedir. Bunlardan birisi olan aşamalı kas gevşeme, işaret edilen her bir kas grubunu önce gerip ardından gevşetmeyi içermektedir. Gerginlik ve gevşeme arasındaki farka odaklanarak beden ve zihin arasındaki bağlantıya ilişkin farkındalığın geliştirilmesi hedeflenmektedir.^[24,25] Özellikle FMS gibi kronik ağrı gruplarında hastaların beden farkındalıklarının az olduğu, kaslarını istemsiz (farkında olmadan) gerdikleri ve bedendeki bu değişimlerle duygu, düşünce bağlantıları kurmakta zorlandıkları görülmektedir.^[22] Örneğin; ağrı ve ağrıyla ilişkili sonuç değişkenlerde gevşeme egzersizlerinin etkinliğini değerlendiren bir derleme çalışmasında, bu egzersizlerin ağrının ve stresin azalmasında etkili olduğu belirtilmekte ve tedaviyi tamamlayıcı bir yöntem olarak kullanılabilirliği vurgulanmaktadır.^[21] Diğer yandan aynı çalışmada gevşeme egzersizlerinden biri olan aşamalı kas gevşemenin, ağrının azalmasındaki ve işlevselliğin artmasındaki rolünün sınırlı kaldığı belirtilmekte ve konuyla ilgili daha fazla çalışmanın yapılması önerilmektedir. Bununla birlikte Cramer ve arkadaşlarının^[20] 2486 kişiye ulaşarak yaptıkları çalışmada, katılımcıların %43.2'sine karşılık gelen 1075 kişinin, bir müdahaleden bağımsız olarak gevşeme egzersizini bir baş etme yöntemi olarak kullandıkları ve baş etme yöntemi olarak gevşeme egzersizi kullananlarının yaklaşık %60'ının bu yöntemin tedavileri için faydalı olduğunu belirttikleri görülmüştür. Dahası, FMS tanısı olan ve hastalıklarına anksiyete ve depresyon belirtileri eşlik eden kişilerin, gevşeme egzersizini en çok kullanan grup olduğu görülmektedir.

Tüm bu bilgiler doğrultusunda, bu çalışmada uygulanan grup psikoterapisi kişilerin bedenleri ile ağrı yaşantıları arasındaki bağlantıları kurabilmeleri amacıyla gevşeme egzersizi odaklı planlanmıştır. Gevşeme egzersizi, hem beden farkındalığını artırmak hem de somut ve uygulanabilir bir teknik olarak tedavi motivasyonunu yükseltmek amacıyla seçilmiştir.^[26] Yoğun ağrılardan muzdarip olan kişilerde bedende ortaya çıkan hızlı bir farkındalığın ve tedavi sürecinde aktif rol üstlenmenin, hastaların tedavi uyumlarını sürdürerek terapi devamlılığını da etkilemesi beklenmektedir. Bu doğrultuda tedavide gevşeme egzersizi tekniğinin motivasyonel özelliğinden faydalanılması hedeflenmektedir.

Yapılan çalışmalarda, FMS'ye en çok eşlik eden belirtiler arasında depresyon ve anksiyete yer almaktadır.^[27-29] Diğer yandan zihinsel hastalıkların tanınan sınıflandırmasının son versiyonunda (DSM-5) FMS, somatik semptom bozuklukları altında ele alınmaktadır.^[30] Bununla tutarlı olarak bazı çalışmalar, FMS hastalarında somatik belirtilerin de sıklıkla görüldüğüne işaret etmektedir.^[31] Diğer yandan FMS'nin güncel tedavisi multidisipliner bir müdahaleye ve tedavide ağrı yönetimine odaklanmaktadır.^[3,9] Literatürde ağrı yönetimi açısından sıklıkla ele alınan kavramlar ağrıya özgü özetkinlik ve ağrıyla baş etme yöntemleridir. Ağrıya rağmen kişinin yaşamındaki aktivitelerine (iş hayatı ve sosyal yaşam) devam edebileceğine dair inançlarına karşılık gelen özetkinlik,^[32] ağrı yönetimi açısından önemi vurgulanan ve ağrıyla ilişkili pek çok sonuç değişkeni açısından yordayıcılığı incelenen bir kavramdır.^[33-36] Özetkinlikle ilişkili olarak ağrıyla baş etmede kullanılan stratejiler de hastaların ağrı uyumlarını etkilemektedir.^[37,38] Bu stratejiler, en genel olarak aktif ve pasif baş etme olarak gruplanmakta olup aktif baş etme stratejileri, kişilerin ağrılarını yönetebilmek, işlevselliğini sürdürebilmek, ağrı şiddetlerini azaltabilmek amacıyla kullandıkları yöntemlere; pasif baş etme stratejileri ise kişilerin aktif çaba sergilemedikleri durumlara karşılık gelmektedir.^[38] Literatürde aktif baş etme stratejilerinin (örneğin; "uzaklaşma", "ağrıyı dönüştürme" gibi) ağrı yönetiminde olumlu rolü vurgulanmakla birlikte ağrıya uyum açısından özellikle "ağrı endişesi", "geri çekilme", "dinlenme" gibi pasif stratejilerin olumsuz etkisine işaret edilmektedir.^[37] Diğer bir deyişle, aktif baş etme stratejilerinin olumlu etkisini göstermek daha zorken, pasif baş etme stratejilerinin olumsuz etkisi

daha tutarlı olarak görülmektedir. Tüm bu bilgiler bir arada ele alınarak yapılan müdahalenin hedefi, FMS hastalarında sıklıkla görülen depresyon, anksiyete ve somatizasyon belirtilerinde ve ağrıyla pasif baş etme yöntemlerinde azalma; ağrıyla aktif baş etme yöntemlerinde ve özetkinlik düzeylerinde artış olmasıdır. Ayrıca hastaların ağrı şiddetlerinde de azalma olması hedeflenmektedir.

Yapılan müdahalelerin etkinliğinin değerlendirilmesinde, seçilen yöntemin de önemli olduğu düşünülmektedir. O'Cathain, Murphy ve Nicholl'un^[39] sağlık alanındaki müdahaleleri yöntemsel açıdan derledikleri araştırmalarında, özellikle kontrollü ve rastgele oluşturulmayan gruplarla yapılan müdahalelerin nicel ve nitel analizin birlikte kullanıldığı karma yöntemle ele alınması önerilmektedir. Literatürdeki yöntemsel eğilim çoğunlukla varolan yöntemlerden birisini seçmeye yönelik olsa da, nicel ve nitel yöntemlerin birlikte kullanıldığı karma yöntem çalışmaları gün geçtikçe artmaktadır.^[40] Karma yöntem çalışmalarında, veri toplama hem ölçeklerden elde edilen verilerin hem de görüşmelerin içeriklerinin analizi şeklinde olmaktadır. Katılımcıların seanslardaki ifadeleri nitel, çalışmada kullanılan ölçeklere verdikleri yanıtlar ise nicel analiz verisi olarak değerlendirilmekte; veri toplama ve analiz süreci iki koldan ilerlemektedir.^[40] Karma yöntemin pek çok avantajı bulunmaktadır. Hem nitel hem de nicel verilerin birlikte değerlendirilmesi, büyük bir veri zenginliği sağlamaktadır. Ancak çalışmalarda tek bir yöntemsel hat belirlemek çalışmanın bulgularındaki düşünel sapmaları engellemesi bakımından koruyucudur. Karma yöntemde bu koruyuculuktan uzaklaşmak, çalışmaların yöntemsel çerçevesinin çizilmesini zorlaştırmaktadır. Örneğin; tımdengeli benimseyen nicel yöntemin, tümevarım temelli bir desen sunan nitel veriyle birleştirilmesi pek çok karışıklığı da beraberinde getirebilmektedir. Bu doğrultuda verilerin yorumlanması adına oldukça dikkatli bir yol benimsenmesi gerekmektedir.^[41] Öte yandan, özellikle üçgenleme ve tamamlayıcılık özellikleri bakımından, karma yöntemin tercih edilmesinin avantajları bulunmaktadır. Üçgenleme, nicel ve nitel yöntemin birbirini desteklemesi ve çapraz onanması amacıyla tek bir durumu değerlendirmek için kullanılan bir yöntemdir. Tamamlayıcılık ise bir yöntemden elde edilen bulgunun diğer yöntemle açıklanması durumuna verilen isimdir. Bu çalışmada bu özellik, nicel bulguların

Tablo 1. Terapinin aşamaları ve amaçları

Terapi aşamaları	Amaç
Birinci aşama (iki seans)	<ul style="list-style-type: none"> • Psikoeğitim (Ağrının psikofizyolojisi) • Grubun biçimsel özelliklerinin/grup kurallarının aktarılması • Psikodrama teknikleri ile tanışma oyunları • Gerginlik ve gevşeme arasındaki bağlantıyı kurmak • Ağrının bir stres yaşantısı olarak tanımlanması • Ağrı-gerginlik-yaşam olayları arasındaki bağlantılar
İkinci aşama (üç seans)	<ul style="list-style-type: none"> • Ağrı dilini gerginlik diline dönüştürmek • Gerginlik ile beklentiler, kurallar ve inançlar arasındaki ilişkiyi fark etmek • Bilişsel hataları (örn; ya hep ya hiç tarzı düşünme, zihin okuma, aşırı genelleme, -meli malı düşünme gibi) tanımlamak • Duyguları tanıma ve ifade etmeye dönük psikoeğitim • Duygu, düşünce, beden arasındaki bağlantıları kurmak • Gevşemenin rasyoneli ve seansta uygulanması • Gerginlik ve gevşeme arasındaki farka odaklanılması
Üçüncü aşama (üç seans)	<ul style="list-style-type: none"> • Değişime dönük adımlar atabilmek • Beklentilerin, kuralların ve inançların işlevselliğini sorgulamak • Beklenti ve kurallarının değişimindeki engelleri (bilişsel katılık) fark etmek • Transaksiyonel Model çerçevesinde stresin oluşumunda ikincil değerlendirmelerinin rolünü ele almak • Özetkinlik inançlarını geliştirmek • Gevşeme egzersizinin devamlılığını sağlamak • Tedavinin amacını yeniden çerçevelemek
Dördüncü aşama (ayda bir olmak üzere iki seans)	<ul style="list-style-type: none"> • Terapinin etkisini güçlendirmek • Değişime dönük atılan adımların ele alınması • Engellerin konuşulması

açıklanmasında nitel bulgunun kullanılması şeklinde olacaktır. Bu tipte kurgulanan araştırmaların deseni, Yakınsayan Paralel Desen olarak tanımlanmaktadır.^[42] Tüm bu bilgilerden hareketle, çalışmanın temel hedefi FMS hastalarının ağrı şiddetlerinde, psikolojik belirtilerinde, ağrıyla baş etme yöntemlerinde ve özetkinliklerinde gevşeme odaklı BDT'nin etkinliğinin karma yöntem kullanılarak incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Grup terapi aşamaları

Seans formatı: Seanslar her hafta aynı gün ve saatte, 90 dakika olmak üzere gerçekleştirilmiştir. Seansın başında, bir önceki seansa yönelik kısa bir özet yapılmış ve daha sonra belirlenen gündem kapsamında seansa devam edilmiştir. Grup görüşmeleri yarı yapı-

landırılmış bir formatı takip etmektedir. Terapi süreci dört aşamadan ve toplam 10 seanstan oluşmuştur. Terapinin aşamaları ve amaçlarına yönelik bilgiler Tablo 1'de yer almaktadır.

Grup üyelerinin belirlenmesi

Kapalı gruplarda hastaların etkileşimine izin verecek şekilde ideal sayının beş ile sekiz arasında olması gerektiği belirtilmektedir.^[14,43] Seanslara bir terapist, bir yardımcı terapist ve sekiz üyeye başlanmıştır. Hem terapist hem de yardımcı terapist, klinik psikoloji uzmanlığını tamamlamış olup klinik-sağlık psikolojisi alanında doktora eğitimlerine devam etmektedir. Eğitimleri süresince kronik ağrı hastalarından oluşan grup psikoterapisine gözlemci ve yardımcı terapist olarak katılıp teorik ve süpervizyonlu uygulama eğitimlerini almışlardır.

Tablo 2. İşleme ve dışlama kriterleri

İşleme kriterleri

18 yaşından büyük olmak

FMS tanısı almış olmak

Grup seanslarına katılabileceğini ve verilen ödevleri yerine getirebileceğini beyan etmiş olmak

Kadın olmak

Dışlama kriterleri

Yapılan değerlendirme görüşmesinde gözlenen, grup sürecini etkileyebilecek düzeyde depresyon ya da kaygı belirtileri

Psikotik yk ya da kişilik bozukluğu semptomlarının eşik üstü olması

Gruba katılımı zorlaştıracak bilişsel yetilerdeki eksiklikler (zeka, hafıza ve dikkat problemleri)

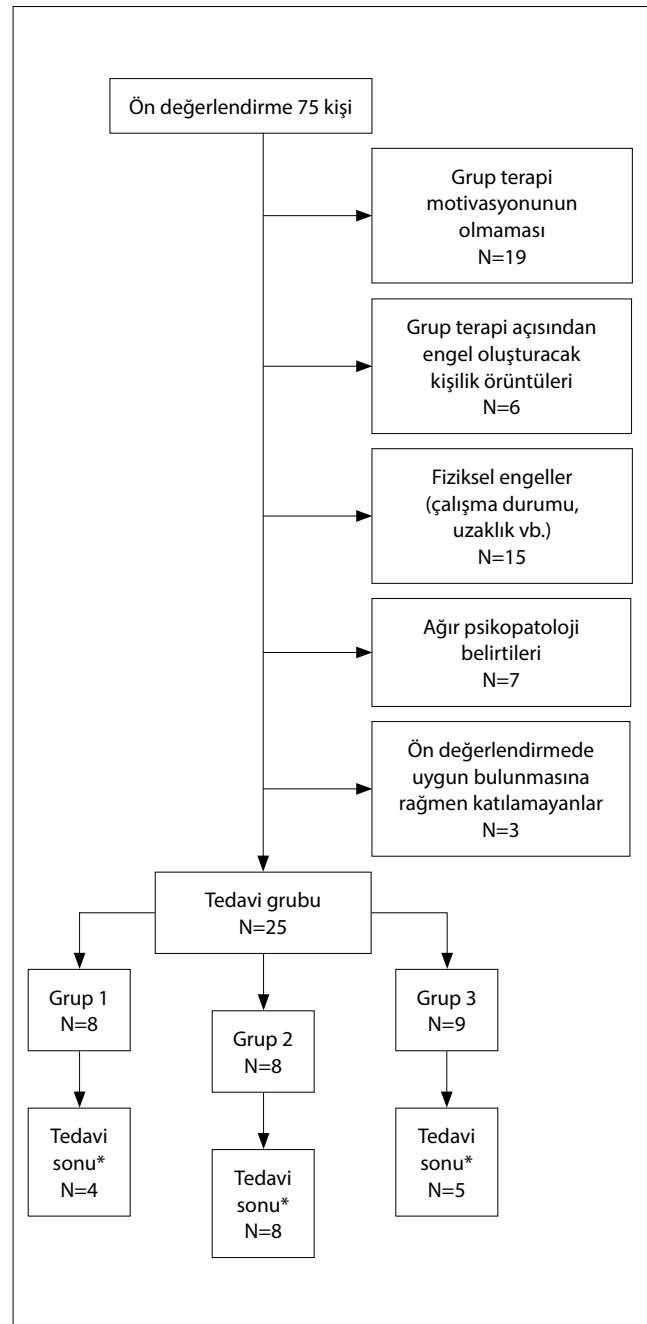
Grup psikoterapi seansları başlamadan önce hastalarla bireysel görüşme yapılarak, hastaların gruba uygunlukları değerlendirilmiştir. Bireysel değerlendirme görüşmeleri sonucunda, grup psikoterapiye uygun ve terapiden fayda görebileceği düşünülen adaylara süreç ayrıntılı bir Şekilde açıklanmıştır. Grup psikoterapiye katılmayı düşünen kişiler, değerlendirme görüşmesine alınmıştır. Değerlendirme görüşmesinde, hastalara araştırmacılar tarafından hazırlanan Sosyodemografik Bilgi Formu ve Hasta Sağlık leği-Somatik Anksiyete ve Depresyon Semptomları^[44] uygulanmıştır. Grup yelerinin, cinsiyet açısından homojenliğini sağlamak amacıyla katılımcılar sadece kadın FMS hastalarından seçilmiştir. Çalışmanın işleme ve dışlama kriterleri Tablo 2'de ve danışan akışı grafiği Őekil 1'de gösterilmektedir. İkinci gruptaki tüm danışanlar gruba düzenli devam etmişlerdir. Birinci ve üçüncü grupta sadece birer katılımcı önceden planlı bir işi (doktor randevusu, hastane işleri, çocuğuyla alakalı bir durum vb.) olması sebebiyle birer seansa katılım gösterememiştir. Son test ölçümlerinin alındığı sekizinci grup seansına ise birinci ve üçüncü gruptan dörder kişi gelmemiştir.

Veri toplama

Veri toplama süreci karma yöntemle gerçekleştirilmiştir. Bu yöntem kapsamında hem nicel hem de nitel kanaldan gelen veriler birlikte değerlendirilmiştir.

Nitel veri toplama

Nitel veri toplama süreci grup terapi seansları içerisinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın nitel verileri, seans notları aracılığıyla toplanmıştır. Seanslar gerçekleştirilirken gönüllü olan ve grup terapi süreciyle ilgili eğitim verilmiş beş lisans ğrencisi gözlemci olarak terapi odasında bulunmuştur. Sürecin objektif bir gözle not edilmesine yardımcı olacağından her sean-

**Őekil 1.** Danışan akışı grafiği.

*Tedavi sonu, sekizinci grup seansıdır.

sa farklı bir öğrenci gözlemci olarak katılmıştır. Her seans sonrası öğrencilerden alınan notlar, terapistlerin değerlendirmeleri de eklenerek dosyalanmıştır. Tüm notların birleştirilmesi ve değerlendirilmesi de terapiyi uygulayan psikoterapistler tarafından gerçekleştirilmiştir. Bir araya getirilen seans notları, literatür çerçevesinde oluşturulan kodların "kapalı kodlama" sı ile analiz edilmiştir. Araştırmacılar tarafından oluşturulan kodlar, gruplanarak temalar oluşturulmuştur. Temaların isimlendirilmesinde kodların başlıkları belirleyici olmuştur. Öte yandan literatürde dikkat çekilen alanları kapsamaya da dikkat edilmiştir.

Nicel veri toplama

Çalışmanın nicel verileri Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu, Görsel Analog Skalası, Hasta Sağlık Ölçeği-Somatik Anksiyete ve Depresyon Semptomları, Ağrı Özetkinlik Ölçeği-2 ve Ağrıyla Başetme Envanteri'nden oluşmaktadır.

Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu: Katılımcıların yaş, gelir düzeyi, eğitim, çalışma ve medeni durum, çocuk sayısı, tanı ve tedavi süreci, ailedeki kronik hastalık, psikopatoloji ve ağrı öyküsüne ilişkin bilgilerin değerlendirildiği araştırmacılar tarafından hazırlanan bir formdur.

Görsel Analog Skalası (GAS): Katılımcıların ağrı düzeylerini değerlendirmek amacıyla Bryant^[45] tarafından geçerliliği test edilmiş GAS kullanılmıştır. Ölçekte, kişilerden "0 (hiç ağrı yok)" ile "10 (olabilecek en şiddetli ağrı)" arasında yaşadıkları ağrıyı en iyi tanımlayan noktayı işaretlemeleri istenmektedir.

Hasta Sağlık Ölçeği-Somatik Anksiyete ve Depresyon Semptomları (HSÖ-SAD): HSÖ-SAD, toplam 31 maddeden ve depresyon, anksiyete ve somatizasyon semptomları alt ölçeklerinden oluşmaktadır. HSÖ-SAD'dan en az sıfır en çok alt ölçekler için sırasıyla iki, üç ve üç puan alınmaktadır.^[44] HSÖ-SAD'ın Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması, Yazıcı-Güleç, Güleç, Şimşek, Turhan ve Aydın-Sünbül^[46] tarafından yapılmıştır. Türkçe formun Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları somatizasyon için 0.82, kaygı için 0.84, depresyon için 0.86 ve tüm ölçek için 0.92'dir.^[46]

Ağrı Özetkinlik Ölçeği-2 (AÖÖ-2): Ağrıyla baş etmeye ilişkin özetkinliğin iki maddelik kısa formu da ölçülebileceği belirtilmektedir. Beşli likert tipi ölçek

ile değerlendirilen AÖÖ-2'den alınan yüksek puan, kişilerin ağrıya ilişkin özetkinliklerinin arttığına işaret etmektedir. Ölçekten en az bir, en fazla beş puan alınmaktadır.^[47]

Ağrıyla Başetme Envanteri (ABE): Kronik ağrı hastalarının ağrıyla baş etmede kullandıkları davranışsal ve bilişsel stratejileri tespit etmek amacıyla Kraaimaat ve Evers (2003)^[48] tarafından geliştirilmiştir. Türkçe'ye uyarlaması Hocoğlu, Sertel-Berk ve Ketenci (2019)^[49] tarafından yapılan ölçek, altı alt boyuttan ve 22 maddeden oluşmaktadır. 4'lü likert tipi ile değerlendirilen ABE'nin tüm alt boyutlarından alınabilecek en düşük puan bir, en yüksek puan ise dördür. Alt boyutlar, madde sayısına bölünerek puanlanmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alpha iç-tutarlılık katsayıları "uzaklaşma" için 0.76, "ağrıyı dönüştürme" için 0.77, "rahatlatıcı düşünme" için 0.53, "endişe" için 0.69, "dinlenme" için 0.73 ve "geri çekilme" için 0.61 olarak hesaplanmıştır.^[49]

İstatistiksel analiz

Müdahaleye başlanmadan önce İstanbul Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Kurulundan gerekli etik izinler alınmıştır. Veriler gerekli izinler alındıktan hemen sonra toplanmaya başlanmıştır. Müdahale öncesinde ve sonrasında katılımcılardan ölçümler alınmıştır. Katılımcılardan elde edilen nicel ve nitel veriler, ayrı ayrı ancak birbirlerini destekleyici olacak şekilde analiz edilmiştir. Bu nedenle çalışmanın analiz yöntemi, karma yöntem olarak belirlenmiştir.

Çalışmanın nitel analizinde, nitel analizin önemli bir bileşeni olan temaların oluşturulması sürecinin detaylı yürütülmesi ve incelenmesi amacıyla Tematik Analiz yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemde öncelikle, belirlenen kuram ışığında incelenecek olan kodlar belirlenmiştir. Bu kodlar incelenirken hem kuram hem terapi süreci göz önüne alınmıştır. Kod oluşturulmasında BDT kavramları ve FMS hastalarının hastalık şikâyetleri rehberlik etmiştir. Kodlar, danışanların anlattıklarının belirli kategoriler çerçevesinde bölünmesi yöntemiyle elde edilmiştir. Bir başka deyişle, danışanların bazen bir cümlesi bazen ise bir soruya verdikleri uzun cevaplar birleşerek kodları oluşturmaktadır. Belirlenen kodların görüşmenin içeriğindeki karşılıkları incelendikten sonra, kapalı kodlama yöntemiyle her iki değerlendiricinin içeriği ayrı ayrı kodlaması istenmiştir. Kod-

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik ve ağrıya ilişkin özellikleri

	Sıklık	%	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart sapma
Yaş			35	63	47.12	7.69
Hastalık süresi (yıl)			2	17	7.04	4.58
Ağrı şiddeti			4	10	7.56	1.96
Eğitim düzeyi						
Okuma yazma bilmiyor	7	28				
Okuma yazma biliyor	4	16				
İlkokul mezunu	10	40				
Lise mezunu	1	4				
Yüksekokul mezunu	2	8				
Üniversite mezunu	1	4				
Gelir düzeyi						
Alt	4	16				
Orta	13	52				
Üst	8	32				
Çalışma durumu						
Çalışıyor	1	4				
Çalışmıyor	23	92				
Hastalıktan dolayı çalışmıyor	1	4				
Medeni durum						
Evli	23	92				
Bekâr	2	8				

lamayı yapan değerlendiriciler hâlihazırda terapiyi de gerçekleştiren, sürece hakim terapistlerdir. Kodlar ayrı ayrı oluşturulduktan sonra değerlendiriciler kodları birlikte gözden geçirmiştir. Değerlendiriciler arasında uyum sağlandıktan sonra kodlar temalar altında gruplandırılmıştır. Oluşturulan temaların kodlanmış içerikle ve genel veri setiyle uyumu değerlendirilerek temalar tekrar gözden geçirilmiştir. Öte yandan danışanların belirlenen alanlardaki değişimlerinin ölçekler aracılığıyla değerlendirilmesinde katılımcı sayısının düşüklüğü sebebiyle bir non-parametrik analiz yöntemi olan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya yukarıda belirtilen işleme ve dışlama kriterlerine uygun 25 FMS hastası katılmıştır. Yaşları 35 ile 63 arasında değişen katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 3'te verilmiştir. Karma yöntemle değerlendirilen bu çalışmada hem nitel hem de nicel analizler birlikte gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle her iki analizin bulgularına sırasıyla yer verilecektir. Çalış-

manın öncelikle nicel analiz ardından nitel analiz ile elde edilen bulguları aktarılmaktadır.

Nicel analiz bulguları

Katılımcıların ağrı şiddetleri, ağrı ile baş etme yöntemleri, ağrı özetkinlikleri ve psikolojik zorlanma düzeylerinde müdahale sonrasındaki değişimin değerlendirilmesi amacıyla Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi uygulanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4'te gösterilmektedir. Yapılan analiz sonucuna göre, çalışmanın tüm sonuç değişkenlerinde değişim kaydedilmesine rağmen bu gelişmenin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Nitel analiz bulguları

Araştırmanın nitel analizi Tematik Analiz yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Bu analiz kapsamında öncelikle danışanların anlattıkları, BDT'nin ağrı yönetimiyle ilgili kuramsal arka planı^[7,9-11] çerçevesinde oluşturulan kodlara göre incelenmiştir. Kodlama gerçekleştirildikten sonra kodlar gruplandırılarak temalar oluşturulmuştur. Yürütülen grup seanslarından çıkan temalar "ağrı ile ilişkili sorunlar"^[7,9,21,24]

Tablo 4. Müdahale öntest ve sontest sonuçlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile değerlendirilmesi

	N	Öntest		Sontest		z	Sig.
		Ort.	SS	Ort.	SS		
Ağrı şiddeti	17	7.56	1.96	6.47	2.27	-1.78	0.07
Ağrı özetkinlik	17	7.04	1.97	7.24	1.64	-0.08	0.94
Aktif baş etme	16	2.27	0.53	2.33	0.57	-0.17	0.86
Uzaklaşma	17	2.55	0.76	2.26	0.81	-0.09	0.92
Ağrı dönüştürme	17	1.89	0.78	1.88	0.89	-0.87	0.38
Rahatlatıcı düşünme	16	2.28	0.70	2.37	0.66	-1.5	0.14
Pasif baş etme	15	2.40	0.55	2.33	0.40	-0.91	0.36
Endişe	16	1.93	0.67	1.89	0.56	-0.95	0.34
Dinlenme	16	2.64	0.73	2.56	0.60	-0.72	0.47
Geri çekilme	17	2.55	0.61	2.44	0.48	-0.16	0.87
Depresyon	17	1.44	0.66	1.21	0.62	-1.4	0.16
Anksiyete	16	1.41	0.87	1.21	0.91	-0.51	0.61
Somatizasyon	16	1.11	0.39	1.04	0.41	-0.85	0.39

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma.

"duygusal ve sosyal sorunlar"^[10,11,31] ve "grup terapi sürecine uyum"^[15-17,19] olmak üzere üç tema altında incelenmiştir. "Ağrı ile ilişkili sorunlar" temasında beden farkındalığı, bedensel duyuları görmezden gelme ve ağrı yaşantısı kodları yer almaktadır. "Duygusal ve sosyal sorunlar" temasında ise kişilerarası ilişkiler ve iletişim sorunları, duygu farkındalığı ve duyguları dile getirme ile üstlenilen sorumluluklar kodları bulunmaktadır. Son tema olan "grup terapi sürecine uyum" başlığındaki kodlar gevşeme egzersizini uygulama, şimdi ve burada, evrensellik ve grup etkisidir. Bu bölümde belirlenen kodlar çerçevesinde danışanların grup süreçlerinde nasıl bir gelişim gösterdiklerine ilişkin bilgiler diyaloglar şeklinde aktarılmaktadır. Aktarılan diyalogların kaçınıcı seansa ve gruba ait olduğuna dair bilgiler de metinde belirtilmektedir.

Ağrı ile ilişkili sorunlar: Bu temada FMS hastalarının en önemli sorun alanlarından birisi olan ağrı yaşantısı ve bedensel duyularla ilişkili kodlar yer almaktadır. Grup terapi sürecindeki gelişim, belirlenen kodlara dair cümleler ve diyaloglarla örneklendirilmektedir.

Beden farkındalığı: Beden farkındalığı kodunda hastaların bedenlerindeki duyuları (ağrı, rahatsızlık, gerginlik) fark edebilmelerine ilişkin konular yer almaktadır. Üç grupta da, sürecinin başlarında katılımcıların bedenlerindeki duyuları fark etmekte

zorlandıkları görülmüştür. Katılımcılar, bedenlerindeki duyuları fark edemediklerini dile getirmekte ve bedenlerine çoğunlukla ağrı olduğunda odaklanmaktadır. Bu kod altında, hastaların değindikleri temel konular terapinin başlarında gerginlik, kendini germe, gerginliği fark edememe olmuştur. Hastalar, ilk seanslarda bedenlerindeki gerginliğin sebebi olarak dışsal olayları gördüklerini ve kaslarını kontrol edemediklerini dile getirmişlerdir. Birinci grubun ikinci seansına ait bir diyalog aşağıda yer almaktadır: T. (G1; 2.S). *Bedeninizdeki gerginliğin ne zaman olduğunu fark ediyorsunuz?*

K2. (G1; 2.S). *Eşimle tartıştığımızda geriliyorum ben, eşimin anlayışsızlığı, bir de bu hastalık geriyor beni.*

K3. (G1; 2.S). *Beni de eşim geriyor, onun benden bir şeyler gizlemesi, dürüst, açık davranmaması geriyor.*

T. (G1; 2.S). *Bazı üyelerimiz eşleriyle sorun yaşadıklarından söz etti. Çevremizdeki yakın ilişkilerde sorunlar olduğunda gerginliğin arttığından. Tüm bu yaşantılar olurken, bedeninizdeki gerginlik nasıl oluyor?*

Katılımcılar, bedenlerindeki gerginliği ağrı çok şiddetlenene kadar fark edemediklerini dile getirmektedirler. Ancak seanslar ilerledikçe katılımcıların gerginliği fark edebilme becerilerinde de artış olduğu görülmüştür. Gerginliğin kaslarıyla ilgili olduğunu fark etmeye başladıkça kaslarındaki gerginliği yönetebileceklerine ilişkin algılarının (özetkinliklerinin) da değiştiği görülmüştür. Bu sürece ilişkin bir örnek

ikinci grubun üçüncü seansında aşağıdaki şekilde görülmektedir:

T (G2; 3.S). *Gerginliğinizi özellikle ne zamanlarda fark ediyorsunuz?*

K4 (G2; 3.S). *Ben ağrıyla fark ediyorum. Ağrılarla beraber kasılmalarım oluyor, kendimi de kasiyorum.*

K5 (G2; 3.S). *Ben bedenimi kendimin gerdiğini bilmiyordum. Şimdi fark ediyorum, bir şeye üzüldüğümde boynumu kaskatı yaptığımı, dişlerimi sımsıkı sıktağımı yakalıyorum.*

T (G2; 3.S). *Hımm, yani bedeninizi gerdiğinizi fark ediyorsunuz.*

K4 (G2; 3.S) *Ağrım olduğunda kendimi geriyorum.*

T (G2; 3.S). *Gerginlik ağrıdan sonra mı başlıyor?*

K3 (G2; 3.S). *Aslında biz hep ağrıya odaklanıyoruz, gerginlik hep var. Ben hep gerginim mesela ama ağrıyana kadar gerginliğimi düşünmüyorum, ağrıyınca gerginlik de artıyor.*

K4 (G2; 3.S). *O zaman gerginliğimiz azalsa ağrı da daha az olacak öyle mi?*

Katılımcıların bedenlerine ilişkin farkındalıkları arttığında ve ağrı olmadan da bedenlerindeki gerginliği fark ettiklerinde, gerginliğe eşlik eden düşünceleri de yakalayabildikleri görülmüştür. Bu sayede danışanların düşünceleri ile bedenlerindeki gerginlikleri arasındaki bağlantıları kurmaları kolaylaşmıştır. Bilişsel süreçler ve beden farkındalığı arasındaki ilişkilere dair bir örnek üçüncü grubun altıncı seansında şöyle görülmektedir:

T (G3; 6.S). *Geçen hafta bedenimiz gerginken acaba aklımızdan neler geçiyor diye konuşmuştuk. Bu hafta bedenindeki gerginliği ve düşüncelerini fark edenler oldu mu?*

K1 (G3; 6.S). *Ben fark ettim. Gelinime kızdım, dükkâna gittim, oturuyordu. Ben gelince "gel anne sen otur" demedi. Niye bu kadar düşüncesiz davranıyor dedim, hastayım biliyor canımın ne kadar acıdığını ama o sırada bile bunu düşünmüyor derken bi bak-tım kaskatı olmuşum.*

T (G3; 6.S). *Sizi ne rahatsız etti?*

K1 (G3; 6.S). *Düşüncesiz davranması... Hani hiçbir şeyi umursamaması, hastalığımı fark etmemesi.*

T (G3; 6.S). *O sırada bedenim kaskatı oldu dediniz, bunu fark edince ne yaptınız?*

K1 (G3; 6.S). *Sen niye söylemiyorsun dedim kendime. Kızım ben oturayım, yorgunum niye demiyorsun dedim.*

K3 (G3; 6.S). *O bende de var işte, karşımdakinin düşün-*

mesini bekliyorum. Ben onlar için her şeyi düşünürken, bu kadar uğraşırken onlar da düşünsün istiyorum, düşüncesizliklerine kızıyorum. Sonra da geri çekiyorum kendimi, artık düşünseler de istemiyorum. Hâlbuki belki de söylemek lazım, söylemedikçe, düşünsünler diye bekledikçe daha kötü oluyoruz.

Bedensel duyuları görmezden gelme: Hastaların bedensel gerginliği fark etmelerine rağmen görmezden geldikleri de görülmüştür. Bu kod, yorgunluğa rağmen fiziksel işleri yapmaya devam etme, bir iş tamamlanana kadar hiç ara vermeme, acıktığında yemek yemeyi öteleme, yüksek taleplere sahip olma konularını içermektedir. Kodlar, bahsi geçen konular çerçevesinde oluşturulmuştur. Bu temaya ilişkin bir örnek üçüncü grubun ikinci seansında görülmektedir: K8 (G3; 2.S). *Bu hafta yine çok ağrım vardı. Misafirlerim geldi, o kadar çok şey yaptım ki.*

T (G3; 2.S). *Yorgun olduğunuzu fark ettiğinizde de devam ediyorsunuz?*

K8 (G3; 2.S). *Yorulduğumu fark etsem de yapmadan duramıyorum. Her şeyi bitirmem gerekiyor, sonra da zaten ağrıdan duramıyorum.*

K3 (G3; 2.S). *Ben de öyleyim, bir işe başladığımda onu bitirene kadar asla rahat edemiyorum. İş bittiğinde ben de bitmiş oluyorum, ağrı kesicilerle birlikte yataakta kıvraniyorum.*

K1 (G3; 2.S). *Bazen tüm gün yemek yemeden geçiyor, acıksam da ara vermeden. Sonra diyorum başkaları için bunları yaparken kendi kendime neler yapıyorum.*

Bedensel duyuları fark edip bu duyuları daha çok dikkate almak grup süreçleri ilerledikçe gelişmiştir. Ancak katılımcıların bir engelle karşı karşıya kaldıklarında zorlandıkları görülmüştür. Bu duruma ilişkin bir örnek birinci grubun dördüncü seansında görülmektedir:

K1 (G1; 4.S). *Ağrımız artsa da evdeki işleri hep biz yapıyoruz diye konuşmuştuk geçen hafta, ben bu hafta dikkat ettim. Ağrım olduğunda bıraktım, kendini çok yoruyorsun dedim.*

T (G1; 4.S). *Tüm bu işleri yaparken bedeninizdeki gerginliği fark ettiniz mi?*

K1 (G1; 4.S). *Hemen değil ama zaten ağrıyla beraber gerginlik de var, önceden o zaman da durmuyordum ama şimdi durdum.*

K5 (G1; 4.S). *Ben de yapmayacağım, kendi kendimi hasta etmeyeceğim diyorum ama bir bakıyorum benden başka düşünen uğraşan yok. Akşam olunca çok yorgun olsam da mecburen yine yemek yapıyorum.*

K2 (G1; 4.S). *Yemek yaparken de yoruluyor musunuz?*
K5 (G1; 4.S). *Bir tane bir şey yapmıyorum ki. Oğlum geliyor şehir dışından, canı dolma istiyor onunla uğraşıyorum. Onun isteği olsun diyorum. Ya da misafir gelince de bir sürü çeşit yapıyorum, ağrıya kulak vermek çok zor...*

Diğer yandan süreç ilerledikçe, katılımcıların çeşitli engellerle karşılaşmalar da bedensel duyularını görmezden gelme düzeylerinin azaldığı görülmüştür.

K1 (G2; 7.S). *Ben bu hafta rahattım. Kendimi bunca yıl ne kadar yorduğumu düşündüm. Ağrım vardı ama gerçekten eskisi gibi değildi. Eşim sürekli bir şey istiyor, gerçekten yapamam dedim. Kendimi artık daha fazla yoramam.*

T (G2; 7.S). *Önceden ne yapardınız?*

K1 (G2; 7.S). *Ağrıya da yapardım, kendimi yormuşum yormamışım bir önemi olmazdı. Şimdi gerçekten çok değiştim, kendime bakıyorum. O zaman ağrım da o kadar şiddetlenmiyor.*

Ağrı yaşantısı: Ağrı yaşantısı kodunda kişilerin ağrıya odaklanma, ağrı endişesi, ağrının gelecekte artacağını düşünme, ağrının varlığını kabullenmekte zorlanma, ağrıdan dolayı kendini suçlama, ağrının geçmesine dayalı tedavi beklentisi ve ağrıdan dolayı sosyal hayattan çekilme konuları yer almaktadır. Bu alt konular, özellikle hastaların ağrıyla baş etme stratejilerine işaret etmektedir. Terapi sürecinin başlarında hastaların özellikle pasif baş etme stratejilerini daha fazla kullandıkları görülmektedir. Birinci grubun üçüncü seansında pasif baş etme stratejilerinden "dinlenme" ve "ağrı endişesi" boyutlarını içeren örnekler şöyledir:

K1 (G1; 3.S). *Tüm hafta o kadar çok ağrım vardı ki başka hiçbir şey yapamadım, sadece yattım. İlerde nasıl dayanacağımı düşünüp korkuyorum.*

K4 (G1; 3.S). *Ağrının daha da kötüleşmesinden korkuyorum, gittikçe dayanılmaz bir hal alıyor, ne yapsak geçmiyor.*

T (G1; 3.S). *Tedaviden beklentiniz ağrınızın tamamen geçmesi mi?*

K4 (G1; 3.S). *Evet, yani tamamen geçmeyecek biliyorum ama en azından azalsın istiyorum dayanamıyorum.*

T (G1; 3.S). *Ağrınızın geçmeyeceğini düşündüğünüzde nasıl hissediyorsunuz?*

K4 (G1; 3.S). *Çok üzülüyorum, hiçbir tedavi işe yarayacak gibi geliyor, hiçbir şey ağrımı geçirmeyecek (ağlamaya başlıyorum).*

Hastaların ağrıları sebebiyle sosyal hayattan dışlandıkları ve çevreleri tarafından sıklıkla eleştirildikleri de özellikle ikinci grupta yer alan danışanlar tarafından dile getirilmiştir. Hastaların nicel ölçümlerde yer alan pasif baş etme boyutundaki "geri çekilme" stratejisini kullandıkları görülmekle birlikte ilerleyen seanslarda pasif baş etme stratejilerinde azalma olduğu gözlenmiştir. Bu duruma ilişkin bir örnek, ikinci grubun dördüncü seansında şöyle görülmektedir:

K6 (G2; 4.S). *Çevremdekiler ağrımı duymak istemiyorlar. Sürekli ağrıdan şikâyet ediyorsun diyorlar.*

T (G2; 4.S). *Onlar bunu söylediğinde siz ne yapıyorsunuz?*

K6 (G2; 4.S). *Ağrımdan bahsetmemeye çalışıyorum ama ne yapabilirim ağrım var ve bunu kabul etmiyorlar, sanki rol yapıyorum gibi davranıyorlar. Önceden ağrıdan dolayı gitmiyordum yanlarına, hem ağrım olduğunda dışarıda olmak zordu hem de eleştirilerini duymak...*

T (G2; 4.S) (grubun diğer üyelerine). *Ağrınız olduğunda sosyal hayattan uzak durmak... Sizin için de olan bir şey mi?*

K5 (G2; 4.S). *Önceden ben de ağrımı dile getirmemeye çalışıyordum. Şuan bilsinler istiyorum. Bazen yardım istiyorum, ben söylemediğimde anlamıyorlar ki zaten. Geçen gün eşime fibromiyaljinin ne olduğunu okumasını söyledim (gülümsüyor). Susmak, içime atmak çözüm olmuyor. Arkadaşlarımdan uzaklaşmak da daha kötü geliyor...*

İlerleyen seanslarda hastaların ağrıları bitmese de ağrıya ilişkin bilişlerinde değişimler olduğu gözlenmiştir. Özellikle tedavinin odağında, ağrıyı yok etme beklentisinden ağrıyı yönetebilmeye doğru bir dönüşüm olduğu görülmüştür. Bu doğrultuda hastaların ağrıya ilişkin özetkinlik düzeylerinde de gelişme olduğu görülmüştür. Bu durumda pasif baş etme stratejilerinin de kullanımının azaldığı fark edilmiştir. Sürece ilişkin bir örnek üçüncü grubun yedinci seansından verilebilir:

K2 (G3; 7.S). *Önceden ağrıyla yaşamak daha zor geliyordu ama aslında ağrıyı düşündükçe çıkılmaz bir yerde olduğumu görüyorum. Ağrı var ve ben onunla yaşıyorum, ağrıyı değil ama gerginliği sonlandırabiliyorum.*

K3 (G3; 7.S). *Başka türlü olmuyor çünkü. Ben ağrıya teslim oluyordum, artık onu kovmaya çalışıyorum. Ağrım var diye dışarı çıkmıyordum, ağrım olacak diye dışarı çıkmıyordum, ağrım artacak diye kor-*

kuyordum. Her şeyle ona bağıydım, hayatım zaten ağrıydı... Artık ağrıyı görmezden gelmeye çalışıyorum, her zaman olmasa da (gülüyor).

Duygusal ve sosyal sorunlar: Bu temada danışanların hastalıkla ilişkili olarak yaşadığı duygusal ve kişilerarası ilişkilerdeki sorunlarına değinilmektedir. Bu tema altında yer alan kodların açıklandığı bölümlerde hem danışanların kodlara dair açıklamalarına hem de terapi sürecindeki farklılaşmaya değinilmektedir.

Kişilerarası ilişkiler ve iletişim sorunları: Bu kod, danışanların yakınlarıyla yaşadıkları zorluklar, beklentiler, beklentileri dile getirmeme, yardım talep etme ve çatışmadan kaçınma konularını içermektedir. Kişilerarası ilişkiler ve iletişim sorunları, ağrıyı başlatıcı ya da sürdürücü olması bakımından büyük önem taşımaktadır. Kişilerarası ilişkilerde yaşanan zorluklar gerginlikle ilişkili olmakta ve bu duruma ilişkin bir örnek, birinci grubun ikinci seansında şöyle görülmektedir:

K5 (G1; 2.S). O kadar yoğun bir haftaydı ki. Çevremdeki insanlar bana sürekli koşturuyorsun, hiç oturmuyorsun diyorlar. Sanki ben yapmayınca başkası mı yapacak ben yapmasam ne olacak, yardım eden de yok.

K4 (G1; 2.S). Evet, bir şeyin ucundan da ben tutayım diyen olmuyor, her şeye tek başıma yetişmeye çalışıyorum.

K1 (G1; 2.S). Ben de öyleyim her zaman herkesin işlerini yapan ben oluyorum.

T (G1; 2.S). Çok fazla işle uğraştığınızı görüyorum. Tüm bu işlerin de fazla geldiğini, çok yorulduğunuzu. Bu işleri yaparken çevresinden yardım isteyen oluyor mu?

...(sessizlik)

K3 (G1; 2.S). Yardım isteyemiyorum, kendisinin görüp yardım etmesi gerekmiyor mu?

Yakın çevresindeki kişilere ilişkin beklentiler, bu beklentileri dile getirmemek ve sonrasında yaşanan olumsuz duygular diğer grup süreçlerinde de görülmüştür. Bu duruma ilişkin başka bir örnek üçüncü grubun dördüncü seansında görülmektedir:

K4 (G3; 4.S). Bir sorun olduğunda hep susuyorum, konuşsam ne olacak, anlamasını bekliyorum, görüyor ama yok değişmiyor.

K5 (G3; 4.S). Ben söylüyorum ama söylediğimi yapmıyor. En dayanamadığım şey bir şeylerin benden gizlenmesi. Eşim gizliyor. Gizleme, benden bir şeyler

saklama diyorum ama vazgeçmiyor, illaki kendi kafasına göre hareket ediyor, onu değiştiremiyorum.

İlerleyen seanslarda kişilerin diğerlerinden beklentilerinin değiştiği ve kendilerini daha açık ifade ettikleri görülmüştür. Bu duruma ilişkin bir örnek ikinci grubun altıncı seansında görülmektedir:

T (G2; 6.S). Çevrenizdeki kişilere dair istekleriniz, beklentileriniz hakkında konuşmuştuk. Bu beklentiler ve bedensel gerginliğiniz arasında ilişki kurmuştuk önceki haftalarda.

K4 (G2; 6.S). Bunu kabullenmekte çok zorlanıyorum aslında ancak kendi beklentilerimde direktikçe daha çok üzülüyorum.

T (G2; 6.S). Peki, beklediğiniz gibi olmadığında ne yapıyorsunuz?

K4 (G2; 6.S). Artık bırakmaya çalışıyorum, isteklerim olmayabilir.

Duygu farkındalığı ve duyguları dile getirme: Bu kod altında hastaların duygu tanıma/tanımlama, duyguları ifade etme, duyguya uygun yüz ifadesi sergileme gibi alanlarda yaşadıkları güçlükler dikkat çekmektedir.

Seans içerisinde özellikle danışanların gerginliklerine eşlik eden duygulara odaklanılmıştır. Özellikle ilk seanslarda katılımcıların olumsuz yaşantıları anlatırken donuk bir yüz ifadesine sahip oldukları ve duygu ifadelerinin sınırlı olduğu görülmüştür. İkinci grubun ikinci seansında bu duruma ilişkin bir örnek şöyledir:

K2 (G2; 2.S). Bedenim mahvoldu yine bu hafta, ağırlarım çok şiddetliydi.

T (G2; 2.S). Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

K2 (G2; 2.S). Çok kötüyüm.

T (G2; 2.S). Kötü derken, mesala neler hissediyorsunuz?

K2 (G2; 2.S). Ne bileyim, kötü işte... Ne denebilir ki.

Duygular tanımlanmaya başlandıkça "suçluluk", "çaresizlik" gibi duyguların ön plana çıktığı görülmüştür. Üçüncü grubun beşinci seansında bu duyguların açığa çıktığı görülmektedir:

K2 (G3; 7.S). Belki de kendimi suçluyorum bu ağırlar için, neden bitmiyor artık, niye bu kadar güçsüzün diyorum kendime.

T (G3; 7.S). Bunları söylediğinizde nasıl hissediyorsünüz?

K2 (G3; 7.S). Çok suçlu... çaresiz... elimden gelse değiştirmez miyim, yapacak da bir şeyim yok ki...

İlerleyen seanslarda katılımcılar kendi yapabildiklerine odaklandıkça yaşadıkları duygularda da değişme

olduğu görülmektedir. Bu duruma ilişkin bir örnek, birinci grubun yedinci seansında görülmektedir:

K2 (G1; 7.S). Ağrımın bitmeyeceğini düşünmek çok üzüyor beni. (gözleri doluyor). Çaresiz de hissediyorum kendimi, hiçbir şey yapamayacağımı düşünüyorum.

T (G1; 7.S). Ağrı için hiçbir şey yapamıyor musunuz?

K2 (G1; 7.S). Yani artık aslında gevşeme egzersizi yapıyorum, gevşetiyorum kendimi... İyi geliyor bana.

T (G1; 7.S). Çaresizlik duyguları demiştiniz, bu durumda o duygular nasıl etkileniyor acaba?

K2 (G1; 7.S). Aslında çaresiz de değilim, evet ağrım var ama elimden geleni de yapıyorum.

Üstlenilen sorumluluklar: Katılımcıların içselleştirdiği toplumsal cinsiyet rollerinin ağır düzeylerdeki artışla ilişkili olduğu görülmüştür. Seanslarda sıklıkla katılımcıların eşleriyle rol paylaşımlarının eşit olmadığı, başta ev işleri olmak üzere pek çok konuda yalnız kaldıkları gündeme gelmiştir. Bu nedenle ev işleri, çocuk bakımı, geniş/çekirdek aile içerisinde ilişkilerde düzeni sağlama gibi sorumluluklar bu koda dikkate alınan konu başlıklarıdır. Bu duruma ilişkin bir örnek üçüncü grubun dördüncü seansında şöyle görülmektedir:

K3 (G3; 4.S). Eşim bana sürekli arkasını toplamam gerektiğini, benim işimin bu olduğunu söylüyor. Bir gün elinde tek bir şeyle eve gelmiyor, evde ekmek olup olmadığını bile sormuyor, evde ekmek yoksa beni almaya gönderiyor.

K4 (G3; 4.S). Bir kadın olarak yetersiz görüyorlar işte bizi. Yaptığım ev işlerini ya da yemekleri sürekli eleştirip beceriksiz olduğumu söyleyip duruyor.

Benzer bir durum birinci grubun üçüncü seansında da görülmektedir:

K2 (G1; 3.S). Ev işleri çok yoruyor, ağrılarla daha fazla yoruyor...

K1 (G1; 3.S). Yardım etseler bu kadar kötü olmayacağız, çok bencil davranıyorlar. Bu kadar yükün bizim üzerimizde olması çok zorluyor, tüm bunları bu ağrılarla yapamıyorum, yaptıkça gerginliğim artıyor...

Katılımcılar diğerlerinin beklentilerini kabul etmekle ilgili sorgulamalarla birlikte üstlendikleri sorumluluklar konusunda da esneme göstermiştir. Buna ilişkin bir örnek ikinci grubun sekizinci seansında görülmektedir:

K1 (G2; 8.S). Ben artık gerçekten kendime odaklanıyorum, hep başkalarını kendi önüme koymuşum. Onlar daha önemli olmuş, onların istekleri, söyledikleri...

T (G2; 8.S). Buna ilişkin bir örnek verir misiniz? Başkalarının isteklerine karşı nasıl yanıt veriyorsunuz?

K1 (G2; 8.S). Yapmıyorum, önceden onların isteklerini hep kabul ederdim, şimdi kendin yap diyorum. Her istediğin olmak zorunda değil diyorum, benim de her istediğim olmuyor ki...

Grup terapi sürecine uyum: Danışanların grup içerisinde aktif olması ve tedavide önerilenleri yerine getirebilmesi oldukça önemlidir. Bu bağlamda bu tema içerisinde danışanların grup sürecine bağlılıkları ve terapistlerce gerçekleştirilen önerileri uygulamaya yönelik motivasyonları değerlendirilmiştir. Ayrıca bir grubun parçası olmak, yaşanan sorunlarda ortaklık kurmak gibi evrensel değerler kişilerin iyilik hallerine de etki etmektedir. Danışanların bu tema altında yer alan kodlara yönelik ifadelerine ve süreç içerisindeki değişimlerine ilerleyen bölümlerde yer verilecektir.

Gevşeme egzersizini uygulama: Grup psikoterapi sürecinde gevşeme egzersizlerinin tamamlayıcı bir müdahale olarak kullanılması hedeflenmiştir. Bu nedenle bu koda danışanların bu tekniğe ve tekniği uygulamaya dair düşüncelerine yer verilmiştir. Önceleri katılımcıların gevşeme egzersizlerini uygulamakta zorlandıkları görülmüştür. Bu duruma ilişkin bir örnek, ikinci grubun ikinci seansında görülmektedir:

K6 (G2; 2.S). Önce egzersizi yapmadığımı söyleyeyim, ağrım çok oluyor yapamıyorum hiçbir şey.

K7 (G2; 2.S). Ben bu hafta iki kez yaptım ama ağrım yine de bitmedi, hatta ağrının daha da arttığı zamanlar oldu.

T (G2; 2.S). Sanırım gevşeme egzersizini yapmadan önceki beklentiler, ağrının geçmesine dönük. Yaparken de ağrının artmamasını bekliyor, arttığında da bıraktığınızı duyuyorum.

Gevşeme egzersizinin rasyoneli üzerinde durulduktan sonra, katılımcıların egzersizleri uygulama sıklıklarının arttığı dikkat çekmiştir. Ayrıca bu durumun hastaların tedaviye aktif katılımlarını ve ağrıya ilişkin öz etkinliklerini de olumlu etkilediği görülmüştür. Duruma ilişkin bir örnek, üçüncü grubun yedinci seansından verilebilir:

K8 (G3; 7.S). Aslında egzersizleri yaptığımda rahatlıyorum, ağrım tamamen geçmiyor ama geçmesini de beklemiyorum artık.

T (G3; 7.S). Egzersizleri yapma amacınızı hatırlatır mısınız?

K8 (G3; 7.S). *Amaç ağrıyı geçirmek değil gerginliği fark edebilmektir. Gevşemek değil, gerginlik ve gevşeme arasındaki farkı ayırt etmek, edebiliyorum artık.*

Sonraki seanslarda hastaların ayrıca egzersizleri bir baş etme yöntemi olarak da kullandıkları görülmüştür. Birinci grubun sekizinci seansından bir örnek şöyledir:

K5 (G1; 8.S). *Artık egzersizleri daha düzenli yapıyorum, ağrım bitsin diye değil, kendim rahatlıyorum, gevşiyorum, ne kadar geriyormuşum kendimi şimdi daha iyi anlıyorum, inşallah ağrılarım da zamanla azalır.*

K3 (G1; 8.S). *Ben bir şeye üzüldüğümde de yapıyorum, bedenim titriyor, geriliyor. Diyorum ki az da gevşeteyim kendimi.*

Şimdi ve burada: Bu kodda özellikle hastaların grup sürecinde kalmakta (dikkatini grupta paylaşılanlara vermekte) ve grup içerisinde yaptıkları paylaşımlar sırasındaki duygu, düşünce ve bedensel belirtileri arasındaki ilişkileri fark etmekte yaşadıkları zorluklara dikkat edilmiştir. Grup terapi sürecinde de bunlar özelinde çalışılmıştır. Seans esnasında bedensel farkındalığa ilişkin bir diyalog örneği birinci grubun ikinci seansında şöyle görülmektedir:

K4 (G1; 2.S). *Ağrımın geçmeyeceğini düşününce çok üzülüyorum, hiçbir tedavi işe yaramayacak gibi geliyor, hiçbir şey ağrımı geçirmeyecek (ağlamaya başlıyor).*

T (G1; 2.S). *Şuanda bedeniniz nasıl?*

K4 (G1; 2.S). *Ağrılarım o kadar arttı ki bugün. Konuşmak iyi mi kötü mü bilmiyorum, çok gerginim.*

Bazı danışanların grupta yapılan paylaşımlardan koştukları ve kendi zihinlerine odaklandıkları görülmüştür. Bu duruma ilişkin bir örnek üçüncü grubun altıncı seansında görülmektedir:

K3 (G3; 6.S). *Bu hafta çocuğuma çok üzüldüm, işitme kaybı var. Gelecekte nasıl olacağını, evlenip evlenemeyeceğini düşünüyorum... Benden sonra nasıl olacak hayatı diye düşünmek çok üzüyor beni, çaresiz kalıyorum, kimseye güvenemiyorum, gözüm arkada kalıyor (ağlamaya başlıyor)...*

(Biraz sessizlik sonrası)

K2 (G3; 6.S). *Ben başka bir şey sormak istiyorum, eşime kızdığım da çok sigara içiyorum bununla ilgili napa bilirim, bunu da konuşmak istiyorum burda.*

K1 (G3; 6.S). *Benim de eşimle sorunlarım var, bunları da konuşmak iyi olur. O da beni üzüyor çünkü...*

T (G3; 6.S). *K3 kendisi için çok zorlayıcı olan bir yaşantı paylaştı... Grup olarak sonrasında farklı konulara atlanıldığını görüyorum. Acaba ne oldu da grupta yapılan bu paylaşıma odaklanılmakta zorluk yaşandı? (Sessizlik) K2 (G3; 6.S). Kendi aklımızdakini sormak, konuşmak istedik galiba... Dinlerken bile zorlandım ben, tam hatırlamıyorum ne anlattığımı...*

Kişiler gevşeme egzersizlerini düzenli uyguladıkça seans içinde de kendi bedenlerine ilişkin farkındalıkları artmıştır. İkinci grubun altıncı seansından bu duruma ilişkin bir diyalog şöyledir:

K3 (G2; 6.S). *K4 konuşurken bedenimi çok gerdiğimi fark ettim, kendimi gevşetmeye çalıştım. Üzüldüğümüzde kasıyoruz kendimizi demek.*

K1 (G2; 6.S). *Ben de gerildim, artık bedenimde gerginliği daha iyi anlayabiliyorum. Burada konuşulanlar bazen benim zorlanmama sebep olsa da aslında konuştuğumuzda bir çıkış bulabiliyoruz. Kendimi germeden de konuşmayı öğreniyorum.*

T (G2; 6.S). *Hepimizi zorlayan bir paylaşım oldu, tam şuanda bedenlerimizin gevşemeye ihtiyacı var gibi geliyor. Kısa bir nefesli gevşeme egzersizi yapalım?*

Evrensellik: Bu kod altında hastaların kendi yaşadıkları sorunları yaşayan farklı kişiler olduğunu da görmelerine ve bu sorunlara eşlik eden diğer ortak durumları fark etmelerine odaklanılmıştır. Bu kodun grup terapinin etkinliğindeki rolü de gözlenmiştir. Birinci grubun beşinci seansından bir örnek şöyledir:

K2 (G1; 5.S). *Bizim sorunumuz kendimizi hep ihmal etmekteyiz. Bakıyorum hepimizde benzer şeyler var. Hep çözümü dışarıdan beklemişim, başkalarının yaptıklarının değişmesini istemişim. Şimdi görüyorum ki onlar değil ben değişince geçecek bu hastalık.*

Benzer bir farkındalık ikinci grubun altıncı seansında da görülmektedir:

K7 (G2; 6.S). *Benim kendime yıllardır yaptığımı K3 de yapıyor görüyorum. Biz küsüp içimize atıp hiçbir şey söylemeden insanların değişmesini bekliyoruz ama öyle olmuyor. Yıllardır başkalarından bekledim çözümü ama şimdi durup kendim için bir şeyler yapıyorum. Buraya gelmek bile bunlardan biri.*

Evrensellik ilkesi bir grup üyesinin ağrıya eşlik eden bir sorununu başka bir üyenin yaşamasiyla da karşımıza çıkmaktadır. Üçüncü grubun dördüncü seansından bir örnek şöyledir:

K4 (G3; 4.S). *Benim ağrılarım eşimle cinsel ilişkide de artıyor, sonra düşündüm belki kendimi o sırada da çok kasıyorum dedim... Olur mu böyle sorunlar, normal mi yoksa bende mi oluyor sadece?*

T (G3; 4.S). *Ne dersiniz benzer bir sorunu yaşayan başkaları var mı?*

K3 (G3; 4S). *Bende de oluyor, çok hem de... Artık zaten ağrım olacak diye ilişkiye girmek de istemiyorum...*

Grup etkisi: Grup terapi sürecinin etkisinin değerlendirildiği bu kod kapsamında bazı üyeler grubun ağrılarının azalmasına fayda sağladığını söylerken pek çok üye ağrının bitmediğini ancak artık kendisinin ağrılarını daha iyi yönettiğini ifade etmiştir. Danışanlar, ağrı ve gerginlik arasındaki ilişkiyi daha çok kurarak yaşam olaylarıyla birlikte kaslarını gerdikçe ağrılarının da arttığını keşfetmişlerdir. Süreç ilerledikçe gerginliği ve bedensel ihtiyaçları daha erken fark edip bu ihtiyaçları gidermeye odaklanmışlardır. Grup etkisine ilişkin bir örnek ikinci grubun sekizinci seansında görülmektedir:

K1(G2; 8.S). *Belki biraz geç kaldım, şuana kadar hep kendimi bıraktım. Eşimin, çevremin dediklerine göre kendimi üzdüm, hırpaladım. Bedenim hep geriliyor muş, ben hep gerginim derdim aslında hakikaten öyleymiş. Gerginliğimi artık fark ediyorum, ağrılarım bazen çok artıyor bazen daha az oluyor ama gerginliğimi fark edince gevşetmeye çalışıyorum. Artık daha rahatım.*

Birinci grubun sekizinci seansında da benzer ifadeler görülmektedir:

K7 (G1; 8.S). *Burada gerilmenin sadece ağrılarımı artırdığını ama azaltmadığını öğrendim. Gerginliğimi azaltabileceğimi, bunun benim elimde olduğunu öğrendim, meğer kendimi ben geriyormuşum. İnsanlara hayır demek benim elimde, aynı bedenimi gevşetmek gibi... Kendime inancım arttı, ağrım var ancak ben onunla başedebilirim, buna inanmayı öğrendim.*

Özellikle gruba katılmanın kendilerine fayda sağladığına ilişkin bir örnek üçüncü grubun yedinci seansından verilebilir:

K4 (G3; 7.S). *İyiki buraya gelmişim, aslında ilk başlarda ağrınızı geçirmek gibi bir amacımız yok deyince çok umutsuzluğa kapılmıştım ama şimdi daha iyiyim. Ağrı oluyor, yine olacak ama ben onun karşısında o kadar çaresiz değilim.*

K8 (G3; 7.S). *Buraya gelip sizlerle tanışmak, yalnız olmadığımı görmek bile çok iyi geldi bana. Bazen birinin yaptığı şeyi düşünüp "o yaptı, ben de yapabilirim" dedim kendime.*

Tartışma

Bu çalışmada, gevşeme egzersizi odaklı bilişsel davranışçı grup psikoterapisinin FMS hastalarıyla uygulanabilirliği ve etkinliğinin sınanması hedeflenmiştir. FMS tanısı ile tedavi gören kişilerden oluşan üç farklı psikoterapi grubundan elde edilen bilgiler, hem nicel hem de nitel veriler kullanılarak analiz edilmiştir. Nicel analiz sonuçlarında, hastaların ölçüm alınan değişkenlerin hemen hepsinde bir gelişme kaydetmelerine rağmen; bu gelişmenin, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür (bkz. Tablo 4). Ayrıca hastaların ağrı şiddetlerinde de yine anlamlı düzeyde olmasa da azalma olduğu gözlenmiştir. Nicel ölçümle değerlendirilen değişkenlerde, ön test ve son test sonucunda anlamlı bir farklılaşma gözlenmediği için değişimin etki büyüklüğü hesaplanamamıştır.

Nitel analiz sonuçlarına göre grup sürecinden çıkan temalar "ağrı ile ilişkili sorunlar", "duygusal ve sosyal sorunlar" ve "grup terapi sürecine uyum" olmak üzere üç başlıkta yer almaktadır. Danışanların bazı alanlarda kaydettikleri ilerleme hem nicel hem nitel bağlamda açıklanabildiği gibi bazı ilerlemelerin anlaşılabilmesi için nitel verinin niceli desteklemesi ihtiyacı görülmektedir. Bu doğrultuda bulgular, nitel ve nicel analiz sonuçlarının uyumu açısından bir arada tartışılmaktadır.

İlk tema olan "ağrı ile ilişkili sorunlar" temasının altında yer alan kodlar; beden farkındalığı, bedensel duyuları görmezden gelme ve ağrı yaşantısıdır. Bu temayla uyumlu olarak nicel veri setinde ağrı şiddeti, ağrıyla ilişkili özetkinlik inançları ve baş etme stratejileri değerlendirilmektedir. Beden farkındalığı kodunda danışanların öncelikle süreç içerisinde ağrı şiddeti değişimleri değerlendirilmiştir. Danışanların ağrı şiddetindeki değişim hem nicel hem nitel analiz sonucunda ortaya konmuştur. Aynı kod içerisinde danışanların özetkinliklerindeki gelişim dikkat çekmiştir. Danışanların sürecin başında gerginliği fark edemedikleri ve gerginlik ile ağrı arasındaki ilişkiyi kurmakta zorlandıkları görülmüştür. Ancak ilerleyen seanslarda bu ilişki kuruldukça ağrının kontrol edilebilirliği ile ilgili inançlarında artış olduğu nitel analiz sonucunda vurgulanmıştır. Bununla paralel olacak şekilde nicel

analiz bulgularında da danışanların özetkinlik düzeylerinde, anlamlılık göstermese de artış olduğu dikkat çekmiştir. Aynı temanın diğer kodları olan bedensel duyuları görmezden gelme ve ağrı yaşantısında, danışanların ağrıyla baş etmede kullandıkları yöntemleri detaylandıkları görülmektedir. Aktif baş etme stratejilerinden biri olan uzaklaşma dışında, diğer baş etme stratejileri alt ölçek puanlarındaki değişim, nitel analizle paralellik göstermektedir. Örneğin; birinci grubun üçüncü seansında pasif baş etme stratejilerinden “dinlenme” ve “ağrı endişesi” açısından değişimler dile getirilmektedir. Yine ikinci grubun dördüncü seansında değinilen konular içinde özellikle pasif baş etmelerin azaldığı ortaya konulmaktadır.

“Duygusal ve sosyal sorunlar” temasında, kişiler arası ilişkiler ve iletişim sorunları, duygu farkındalığı ve duyguları dile getirme ve üstlenilen sorumluluklar kodları yer almaktadır. FMS hastalarının çoğunda görülen duygu farkındalığındaki eksiklik danışanların yaşadığı psikolojik zorlanmalar üzerinde etkili olmaktadır.^[13] Duygu ifadesine ek olarak kişilerarası ilişkilerdeki sorunlar ve üstlenen sorumluluklar kodları, danışanların sosyal alanda yaşadığı zorlanmaları içermektedir. Bu kodlarda belirtilen ilerlemelerin, danışanların psikolojik iyiliklerine etki ettiği düşünülmektedir. Nicel veride psikolojik belirtilerin alt boyutlarında ilerleme kaydettikleri görülse de bu ilerleme anlamlılık göstermemektedir. Öte yandan nitel analiz bulgularına bakıldığında, danışanların duygu farkındalığının arttığı, kendilerine dair olumlu algılarının, özetkinliklerinin ve ağrı yönetimlerinin geliştiği görülmektedir.

Danışanların tedavi motivasyonlarına odaklanan son tema olan “grup terapi sürecine uyum” gevşeme egzersizini uygulama, şimdi ve burada, evrensellik ve grup etkisi kodlarından oluşmaktadır. Bu temada yer alan ilk kodda motivasyonel bir teknik olarak kullanılan gevşeme egzersizinin uygulanma sıklığı ve egzersizin rasyonelinin hayata entegrasyonu üzerinde durulmaktadır. Şimdi ve burada, evrensellik ve grup etkisi kodları ise grup terapide kişilerarası işbirliğinin kurulmasında kritik öneme sahiptir.^[18] Bu temada yer alan kodlar doğrudan nicel veri ölçümleriyle ilişkilendirilmese de bir grubun parçası olmanın tüm ölçümleri etkileyebileceği düşünülmektedir. Özet olarak, karma yöntemle analiz edildiğinde nicel ve nitel analiz sonuçlarının birbi-

riyle paralellik gösterdiği ve birbirini desteklediği söylenebilir. Özellikle nicel analizlerde anlamlı düzeyde gösterilemeyen değişimlerin, nitel verilerle birlikte anlamlılık kazandığı söylenebilir.

Literatürde FMS hastalarıyla nitel yöntemle analiz edilen bir grup psikoterapi müdahalesine rastlanmakla birlikte bu çalışmadan çıkan temaların FMS'nin klinik yapısına uygun olduğu görülmüştür. Örneğin; FMS literatüründe sıklıkla vurgulanan güzel aldırma (la bel indifference) kavramı^[50] grup seanslarında farklı kodlar altında kendini göstermiştir. Hastaların duygularını tanımlamakta ve dile getirmekte zorluk yaşadıkları pek çok seansta ortaya çıkmıştır. Benzer şekilde, FMS hastalarında bedene dönük müdahalelerin gün geçtikçe artmasıyla tutarlı olarak hastaların beden farkındalığında zorluk yaşadıkları ve gevşeme egzersizinin kullanımıyla beden farkındalığının arttığı görülmüştür. Son olarak, kişilerarası ilişki problemleri de FMS'nin klinik özelliklerine sıklıkla eşlik etmektedir. Eski kaynaklı olsa da Turk, Okifuji, Sinclair ve Starz'ın (1998)^[51] FMS hastalarının psikososyal özelliklerini ayırt etmeyi hedefledikleri çalışmalarında görüldüğü gibi hastaların bir alt grubu özellikle kişilerarası ilişkilerde zorluklar yaşamakta ve iletişim sorunları bu yaşanan zorlukları da artırmaktadır. Bu bilgilerle tutarlı olarak bu çalışmada ele alınan kodların, FMS hastalarının özelliklerini yansıttığı söylenebilir.

Bu çalışma, FMS hastalarına uygulanan standart bilişsel davranışçı grup psikoterapisi müdahalelerinden farklı olarak gevşeme egzersizine de odaklanmıştır. Özellikle, hastaların pasif baş etme stratejileri ve semptom düzeylerindeki azalmanın; özetkinliklerindeki artmanın da gevşeme egzersizi bağlamında değerlendirilebileceği düşünülmüştür. Bu bulgu, Sertel-Berk'in^[26] çalışmasında ifade ettiği gibi gevşeme egzersizinin motivasyonel özelliği ile paralellik göstermektedir. Özellikle medikal tedaviye alışkın olan bir hasta grubu için hem kendi tedavi sürecinin sorumluluğunu almak hem de tedaviye başlanıldığı andan itibaren bir fayda görmek, sürecin gidişatına önemli bir katkı sağlamaktadır. Bedensel değişimle başlayan süreç, düşünce-duygu-davranış bağlantılarının kurulması açısından da motive edici olmuştur. İlk seanstan itibaren bu etkiyi gören hastaların, tedavi uyumlarının artmasında gevşeme egzersizinin motivasyonel rolünün etkili olduğu düşünülmektedir. Gevşeme egzersizinin motivasyonel yönü,

farklı çalışmalarda da görülmekte ve hastaların sözel memnuniyetine yansımaktadır.^[22,52] Bu doğrultuda özellikle kronik ağrı gruplarına dönük müdahalelere tamamlayıcı ve motivasyonel bir teknik olarak gevşeme egzersizinin dâhil edilmesi önerilmektedir.

Çalışmaların sonuç değişkenlerinden bir diğeri ise psikolojik iyilik halinin anksiyete, depresyon ve somatizasyon bağlamında ele alınmasıdır. Çalışmanın bulgularında, katılımcıların anlamlı düzeyde olmasa da psikolojik semptom düzeyinde düşüş yaşadığı görülmüştür. Literatürde FMS hastalarında gevşeme egzersizinin depresyon^[53,54] ve anksiyete^[52,54] belirtilerinde azalmaya etki ettiğine işaret eden çalışmalar bulunmaktadır. Anksiyete belirtilerine benzer olsa da bir baş etme yöntemi olarak ele alınan ağrı endişesi ağrıya odaklı bir kaygıdır. Ağrı endişesi, kaygı kaçınma modeli ile açıklanan bir kısır döngü ile ağrı uyumunu olumsuz etkileyen bir faktör olarak ele alınmaktadır.^[55] Kişiler, ağrıya ilişkin endişeleri arttıkça ağrı oluşturacak etkinliklerden kaçmakta ve bu kaçınma davranışları, hem ağrı şiddeti hem de ağrıya bağlı işlevsellik açısından olumsuz etki etmektedir.^[56,57] Nitel analiz bulgularında, seanslar ilerledikçe hastaların ağrıya bağlı endişelerinde azalma olduğu görülmüş ve bu bulgular özellikle ağrı yaşantısı temasında değerlendirilmiştir. Ayrıca gevşeme egzersizi hastaların bedenlerine odaklanma becerilerinin artması, gerginliği fark edebilme ve kasları gevşetebilme aracılığıyla ağrıyı kabullenmeyi de artırmaktadır. Menzies ve arkadaşları^[53] tarafından FMS hastalarıyla yürütülen bir çalışmada, gevşeme odaklı müdahalelerin en önemli etkisinin ağrı kabulünün artması aracılığıyla ağrı endişesinde düşme olduğuna işaret edilmektedir. Söz edilen çalışmayla da tutarlı olarak bu çalışmada hastaların beden farkındalıklarının artması, bedendeki gerginliği fark edebilmeleri, ağrı kabulünün artırması ve tedavide aktif rol üstlenmeleri açısından gevşeme egzersizinin motivasyonel ve tamamlayıcı bir yöntem olduğu ve hastaların psikolojik iyiliklerine fayda sağladığı görülmüştür.

Müdahale sonrasında hastaların nicel analizlerde anlamlı bir fark olmamakla birlikte gelişme kaydettikleri diğer başlıklar, özetkinlik ve baş etme stratejileridir. Katılımcıların ağrıya özgü özetkinliklerinde ve aktif baş etme stratejilerinden olan "uzaklaşma" ve "ağrıyı dönüştürme" alt boyutları dışındaki tüm alanlarda gelişme kaydettikleri görülmüştür. Yapılan

müdahale sonrasında hastaların özellikle pasif baş etme yöntemlerini daha az kullanmaya başladıkları görülmüştür. Ağrı hastalarıyla yürütülen müdahale çalışmaları, olumsuz ağrı sonuçları ile pasif baş etme stratejilerinin daha güçlü ilişki gösterdiğine ve müdahale sonrasında özellikle pasif baş etme yöntemlerinde gelişme olduğuna işaret etmektedir.^[37,58,59] Literatürde pasif baş etmenin aksine aktif baş etme ile sonuç değişkenlerin ilişkisi tutarlı sonuçlar vermemekte ve bu durum aktif baş etmenin bağlama daha duyarlı olmasıyla açıklanmaktadır.^[37,60] Mevcut çalışmada, aktif baş etme alt boyutlarından "ağrı dönüştürme" stratejisi müdahale sonrasında neredeyse aynı değerde kalırken, "uzaklaşma" stratejisinde azalma olduğu görülmüştür. Bu sonuca ilişkin bir diğer açıklama ise müdahalede gevşeme egzersizi kullanılmasıdır. Gevşeme egzersizi, hastaların bedenlerine daha fazla odaklanmalarını artırarak ağrıdan uzaklaşma stratejilerini azaltmış olabilir.

FMS hastalarıyla yürütülen gevşeme odaklı müdahalelerin ağrıya özgü özetkinlik düzeyinde gelişme kaydettiğine işaret eden çalışmalar bulunmakla birlikte^[53] bazı çalışmalarda da ağrı özetkinliğinde kaydedilen gelişmenin anlamlı düzeyde olmadığı görülmektedir.^[22] Ağrının varlığında yaşamlarına devam edemeyeceklerine ilişkin inançlar, kişilerin işlevselliklerinin azalmasına ve ağrıya bağlı engelliliklerinin de artmasına etki etmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmamakla birlikte yapılan müdahalenin, hastaların ağrıya rağmen hem sosyal yaşamları hem de iş hayatlarını sürdürebileceklerine dair inançları artırdığı seans akışında da görülmektedir. Özetkinlikte kaydedilen gelişme de ağrıya uyum sağlamak ve ağrıyı daha etkili yönetmek açısından bilgi verici olmaktadır.

Müdahale sonrasında, hastaların ağrı şiddetlerinde de kısmi bir azalma olduğu görülmekte ve seanslarda da bazı hastalar, ağrı şiddetlerinin daha az olduğunu bildirmektedir. FMS'nin temel semptomu olan ağrı, hem kendi başına hem de sonuçlarıyla kişilerin hayatında önemli bir stres kaynağı olmaktadır. Lazarus ve Folkman'ın (1984)^[61] Transaksiyonel Stres ve Başa Çıkma Modeli, ağrının bilişsel olarak kavramsallaştırılmasında önemli bir bakış açısı sunmaktadır. Modele göre stres, kişinin uyarının anlamını değerlendirdiği birincil ve bu uyarın karşısındaki kendi baş etme yöntemlerini değerlendirdiği ikincil değerlendirmelere göre oluşmaktadır. Ağrıya uyumda,

hastaların ağrı ve ağrıyla ilişkili stres kaynağına ilişkin birincil değerlendirmeleri, ağrıları üzerindeki kontrol algılarına diğer bir deyişle özetkinliklerine ve baş etme yöntemlerine göre şekillenmektedir.^[62] Bu doğrultuda bu çalışmada katılımcıların ağrıyı bir sinyal olarak görmeleri ile birincil değerlendirmelerinin değişmesi ilk hedef olarak belirlenmiştir. Diğer yandan özetkinlik ve pasif baş etme stratejilerinde gelişme kaydetmelerinin ikincil değerlendirmeler aracılığıyla ağrı yönetimine katkıda bulunduğu görülmüştür.

Bu çalışmanın çeşitli sınırlılıkları da mevcuttur. Çalışmanın en önemli sınırlılığı katılımcı sayısının az olmasıdır. Bu bir yanıyla örneklemin temsil ediciliğine önemli bir engel oluştururken bir yanıyla da analizlerdeki test yöntemine etki etmektedir. Çalışmaya katılan danışanların sayısı, otuzun altında kaldığı için analizlerde parametrik test kullanılamamıştır. Öte yandan, nicel analiz bulguları bağlamında değişimin gösterilmesi için yeterli katılımcı sayısının olmaması ön test ve son test arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmamasına etki etmiş olabilir. Bu durumun müdahalenin etkisini gösterebilmek açısından bir sınırlılık olduğu düşünülmektedir. Bir diğer önemli sınırlılık, örneklemin kontrollü ve rastgele yöntemle oluşturulmamasıdır. Çalışmanın bir diğer sınırlılığı, müdahalenin etkinliğinin daha açık gösterilmesinde önemli bir rolü olan kontrol grubunun olmamasıdır. Kontrol grubundaki kişilere de müdahale sonuçları değerlendirildikten sonra müdahale uygulamak etik olarak gereklidir. Psikoterapistler, çalışmanın tamamlanmasının ardından yeni bir müdahale için zamansal olarak uygun olmadıklarından çalışmaya bekleme listesinden oluşan bir kontrol grubu dâhil edilememiştir. Yapılan müdahalenin etkisinin objektif bir şekilde değerlendirilebilmesi açısından önem arz eden kontrollü çalışma deseninin eksikliğini telafi etmek için bu çalışmada karma yöntem kullanılmıştır. Gelecek çalışmalarda kontrol gruplarının dâhil edildiği çalışmaların planlanması önerilmektedir. Çalışmanın bir diğer sınırlılığı, iki takip görüşmesinde katılımcı sayılarının yeterli olmaması sebebiyle ölçüm alınamaması ve takip görüşmelerinin analizlere dâhil edilememesidir.

Bu çalışmanın önemli bir katkısı, hem grup dinamiklerinin doğasından yararlanması hem de BDT'de gevşeme egzersizini motivasyonel ve tamamlayıcı bir teknik olarak kullanmasıdır. Sıklıkla kendilerini

izole hissedilen ve çevreleri tarafından yanlış değerlendirildiklerini dile getiren hastalar için bir grubun parçası olmak, benzer duygu ve düşünceleri ifade edebilmek destekleyici olmaktadır. Hastaların duygu ve düşüncelerini aktarmalarına uygun tepkilerle yaklaşan bir terapist, hastaların empati becerilerinin gelişmesinde onlara rol model olmaktadır.^[14,43] Bunun yanında, hastaların bedenlerine odaklanmaları ve gerginlik-gevşeme arasındaki farkı ayırt etmeleri ile birlikte hem hastalığa hem de kişilerarası ilişkilere ilişkin işlevsel olmayan bilişlerini ve davranışlarını ele alma fırsatı doğmuştur.

Çalışmadan elde edilen verilerin analizi karma yöntemle gerçekleştirilmiştir. Karma yöntemin tercih edilmesinde temelde iki faktör rol oynamaktadır. Bunlardan ilki, seanslarda odaklanılan ve değişimde önemli rol oynayan bileşenlerin ölçeklerle değerlendirilmesinin zorluğudur. Mevcut çalışmada da hastaların ağrıya ilişkin özetkinliklerinde artış olduğu ve ağrıyla baş etmede pasif baş etme stratejilerini daha az kullandıkları görülmekle birlikte nicel analizlere göre değişimin anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür. Bir diğer tercih sebebi ise sekiz seans gibi kısa süreli müdahalelerde danışanların hastalık yaşantılarında olmasa da bakış açılarında önemli değişimler yaşanıyor olmasıdır. Ancak sadece yaşantıdaki değişime odaklanan nicel yöntemlerin, değişimin doğasını açıklamada yetersiz kalacağı düşünülmektedir. Bu nedenle bu çalışmanın karma yöntemle ele alınmasının müdahalenin kısa ve uzun vadedeki etkisini açıklamada daha fazla fayda sağladığı düşünülmektedir.

Bu çalışma, FMS hastalarıyla gevşeme egzersizi temelli bilişsel davranışçı grup psikoterapisi uygulamasını içeren ve hem nicel hem de nitel yöntemi kapsayan karma yöntemle yürütülen bilinen ilk çalışmadır. Bu doğrultuda FMS'nin klinik görünümünü göstermesi açısından çalışmanın literatürde önemli bir yer alacağı düşünülmüştür. FMS, uzun süreli ağrı şikâyetlerinin ve ağrıya eşlik eden zorlanmaların biyopsikososyal olarak ele alınması gereken bir hastalıktır.^[3] Bu nedenle bu hastaların psikososyal iyi oluşlarını arttıracak müdahaleler en az geleneksel medikal tedaviler kadar önemlidir. Bu çalışmadan elde edilen üç temanın, özde FMS ve genelde kronik ağrı literatürü için yeni bir yaklaşıma işaret ettiği düşünülebilir. Söz konusu temalar, hem Bilişsel Model hem de Transaksiyonel Model bileşenleriy-

le uyumlu gözükmetedir. Kişilerin iyi oluşlarındaki ilerlemenin ağrı yönetimlerine de fayda sağlaması, fiziksel gelişimleri açısından da umut vadetmektedir. Diğer yandan beden-zihin etkileşimine odaklanan gevşeme egzersizinin müdahaleye dâhil edilmesinin, kronik ağrı hastalarının fiziksel iyileşmesine de fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Sonuç olarak, bu temalar ağrı yaşantısına ilişkin biyopsikosozyal yaklaşım ilkelerine uygun gözükmetedir. FMS'nin hem bireysel hem de sağlık sistemindeki olumsuz etkileri göz önünde bulundurulduğunda; müdahalelerde kısa süreli, bir seferde birden çok bireye hizmet veren, maliyeti düşük ve etkinliği çalışmalarla gösterilmiş yöntemlerin daha çok kullanılması gerekli görülmektedir. Yukarıda söz edilen avantajları da düşünüldüğünde, FMS hastalarına yönelik kısa süreli grup psikoterapilerinin yaygınlaştırılması önem arz etmektedir.^[63-65] Gelecek çalışmalarda, gevşeme odaklı bilişsel davranışçı grup müdahalesinin FMS hastalarında etkili bir yöntem olarak kullanılabilceği ancak bu etkinliğin kontrollü ve rastgele oluşturulmuş geniş bir örnekleme sınanmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Yazar(lar) ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir ilgi çakışması (conflict of interest) yoktur.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Kaynaklar

- Lawrence RC, Felson DT, Helmick CG, Arnold LM, Choi H, Deyo RA, et al; National Arthritis Data Workgroup. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part II. Arthritis Rheum 2008;58(1):26-35. [CrossRef]
- Mas AJ, Carmona L, Valverde M, Ribas B, the EPISER Study Group. Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: Results from a nationwide study in Spain. Clin and Exp Rheum 2008;26:519-26.
- Walitt B, Katz RS, Bergman MJ, Wolfe F. Three-Quarters of Persons in the US Population Reporting a Clinical Diagnosis of Fibromyalgia Do Not Satisfy Fibromyalgia Criteria: The 2012 National Health Interview Survey. PLoS One 2016;11(6):e0157235. [CrossRef]
- Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. Semin Arthritis Rheum 2016;46(3):319-29. [CrossRef]
- Traynor LM, Thiessen CN, Traynor AP. Pharmacotherapy of fibromyalgia. Am J Health Syst Pharm 2011;68(14):1307-19. [CrossRef]
- Bernardy K, Füber N, Köllner V, Häuser W. Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome - a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. J Rheumatol 2010;37(10):1991-2005. [CrossRef]
- Glombiewski JA, Sawyer AT, Gutermann J, Koenig K, Rief W, Hofmann SG. Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis. Pain 2010;151(2):280-95. [CrossRef]
- Lami MJ, Martínez MP, Sánchez AI, Miró E, Diener FN, Prados G, et al. Gender Differences in Patients with Fibromyalgia Undergoing Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia: Preliminary Data. Pain Pract 2016;16(2):E23-34.
- Temeloğlu Şen E, Hocoğlu A, Sertel Berk Ö. Group Psychotherapy With Fibromyalgia Patients: A Systematic Review. Arch Rheumatol 2019;34(4):476-91. [CrossRef]
- Turkylmaz AK, Kurt EE, Karkucak M, Capkin E. Sociodemographic characteristics, clinical signs and quality of life in patients with fibromyalgia. Eurasian J Med 2012;44(2):88-93.
- Thieme K, Turk DC, Flor H. Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. Psychosom Med 2004;66(6):837-44. [CrossRef]
- Iacob E, Donaldson G, Neikrug A, Nakamura Y, Okifuji A. Self report ecological momentary assessment in patients with fibromyalgia to examine temporal relationships between pain with mood, fatigue, and sleep. The J of Pain 2016;17(4):121. [CrossRef]
- Sahar K, Thomas SA, Clark SP. Adjustment to Fibromyalgia: The Role of Domain-Specific Self-Efficacy and Acceptance. Aust J of Psy 2016;68(1):29-37. [CrossRef]
- Thorn BE, Kuhajda MC. Group cognitive therapy for chronic pain. J Clin Psychol 2006;62(11):1355-66. [CrossRef]
- James LD, Thorn BE, Williams DA. Goal specification in cognitive-behavioral therapy for chronic headache pain. Beh Ther 1993;24:305-20. [CrossRef]
- Keefe FJ, Beaupre PM, Gil KM, Rumble ME, Aspnes A. Group therapy for patients with chronic pain. In: Gatchel RJ, Turk DC, editors. Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
- Morris MJ, Rowe BF, Stauff JL. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Management of Symptoms in Rheumatoid Arthritis Patients. Cedarville: The Research and Scholarship Symposium Poster Presentation; 2017.
- Anderson FJ, Winkler AE. An integrated model of group psychotherapy for patients with fibromyalgia. Int J Group Psychother 2007;57(4):451-74. [CrossRef]
- Sherman AC, Mosier J, Leszcz M, Burlingame GM, Ulman KH, Cleary T, et al. Group interventions for patients with cancer and HIV disease: Part I: Effects on psychosocial and functional outcomes at different phases of illness. Int J Group Psychother 2004;54(1):29-82. [CrossRef]
- Cramer H, Lauche R, Langhorst J, Dobos G, Paul A. Characteristics of patients with internal diseases who use relaxation techniques as a coping strategy. Complement Ther Med 2013;21(5):481-6. [CrossRef]
- Meeus M, Nijs J, Vanderheiden T, Baert I, Descheemaeker F, Struyf F. The effect of relaxation therapy on autonomic functioning, symptoms and daily functioning, in patients

- with chronic fatigue syndrome or fibromyalgia: a systematic review. *Clin Rehabil* 2015;29(3):221–33. [CrossRef]
22. Onieva-Zafra MD, Parra-Fernández ML, Fernandez-Martinez E. Benefits of a home treatment program using guided imagery relaxation based on audio recordings for people with fibromyalgia. *Holist Nurs Pract* 2019;33(2):111–20.
 23. Benson H, Klipper MZ. *The Relaxation Response*. New York, NY: HorperTorch; 1976.
 24. Jacobson E. *Progressive relaxation: A physiological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychology and medical practice*. USA: University of Chicago Press; 1938.
 25. Ost LG. Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. *Behav Res Ther* 1987;25(5):397–409. [CrossRef]
 26. Sertel-Berk HÖ. Klinik kavramlar ve yorumlar: Psikolojik bakış açısıyla kronik ağrı. *Agri* 2002;14(2):45–7.
 27. Bernik M, Sampaio TP, Gandarela L. Fibromyalgia comorbid with anxiety disorders and depression: combined medical and psychological treatment. *Curr Pain Headache Rep* 2013;17(9):358. [CrossRef]
 28. Castelli L, Tesio V, Colonna F, Molinaro S, Leombruni P, Bruzone M, et al. Alexithymia and psychological distress in fibromyalgia: prevalence and relation with quality of life. *Clin and Exp Rheum* 2012;30(6):70–7.
 29. Gormsen L, Rosenberg R, Bach FW, Jensen TS. Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. *Eur J Pain* 2010;14(2):127.e1–8. [CrossRef]
 30. American Psychological Association. *Publication manual of the American Psychological Association*. 6th ed. Washington, DC: APA; 2010.
 31. Wolfe F, Walitt BT, Katz RS, Häuser W. Symptoms, the nature of fibromyalgia, and diagnostic and statistical manual 5 (DSM-5) defined mental illness in patients with rheumatoid arthritis and fibromyalgia. *PLoS One* 2014;9(2):e88740.
 32. Nicholas MK. The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. *Eur J Pain* 2007;11(2):153–63. [CrossRef]
 33. Beal CC, Stuijbergen AK, Brown A. Predictors of a health promoting lifestyle in women with fibromyalgia syndrome. *Psychol Health Med* 2009;14(3):343–53. [CrossRef]
 34. Eccleston C, Crombez G, Aldrich S, Stannard C. Worry and chronic pain patients: a description and analysis of individual differences. *Eur J Pain* 2001;5(3):309–18. [CrossRef]
 35. Jackson T, Wang Y, Wang Y, Fan H. Self-efficacy and chronic pain outcomes: a meta-analytic review. *J Pain* 2014;15(8):800–14. [CrossRef]
 36. Verkaik R, Busch M, Koeneman T, van den Berg R, Spreeuwenberg P, Francke AL. Guided imagery in people with fibromyalgia: a randomized controlled trial of effects on pain, functional status and self-efficacy. *J Health Psychol* 2014;19(5):678–88. [CrossRef]
 37. Riddle DL, Jensen MP, Ang D, Slover J, Perera R, Dumenci L. Do Pain Coping and Pain Beliefs Associate With Outcome Measures Before Knee Arthroplasty in Patients Who Catastrophize About Pain? A Cross-sectional Analysis From a Randomized Clinical Trial. *Clin Orthop Relat Res* 2018;476(4):778–86. [CrossRef]
 38. Tan G, Teo I, Anderson KO, Jensen MP. Adaptive versus maladaptive coping and beliefs and their relation to chronic pain adjustment. *Clin J Pain* 2011;27(9):769–74. [CrossRef]
 39. O’Cathain A, Murphy E, Nicholl J. Why, and how, mixed methods research is undertaken in health services research in England: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res* 2007;7:85. [CrossRef]
 40. Glesne C. *Nitel Araştırmaya Giriş*. Ankara: Anı Yayıncılık; 2012.
 41. Creswell JW. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Method Approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2003.
 42. Creswell JW ve Plano-Clark VL. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. 2nd Ed. Los Angeles: Sage Publications; 2011.
 43. Yalom ID. *Grup Psikoterapisinin Teori ve Pratiği*. (Translation Editor, Tangör A, Karaçam Ö). İstanbul: Nobel Tıp Yayıncılık; 1992.
 44. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire*. *JAMA* 1999;282(18):1737–44.
 45. Bryant RA. Memory for Pain and Affect in Chronic Pain Patients. *Pain* 1993;4(3):347–51. [CrossRef]
 46. Yazici Güleç M, Güleç H, Simşek G, Turhan M, Aydın Sünbül E. Psychometric properties of the Turkish version of the Patient Health Questionnaire-Somatic, Anxiety, and Depressive Symptoms. *Compr Psychiatry* 2012;53(5):623–9.
 47. Nicholas MK, McGuire BE, Asghari A. A 2-item short form of the Pain Self-efficacy Questionnaire: development and psychometric evaluation of PSEQ-2. *J Pain* 2015;16(2):153–63. [CrossRef]
 48. Kraaimaat FW, Evers AW. Pain-coping strategies in chronic pain patients: psychometric characteristics of the pain-coping inventory (PCI). *Int J Behav Med* 2003;10(4):343–63.
 49. Hocaoglu A, Sertel-Berk HÖ, Ketenci A. Ağrıyla Başetme Envanteri’nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Agri* 2019;31:32–41.
 50. Young SA. *Somatic Symptom and Related Disorders: A Primer for Primary Care Providers*. Lisbon: Continuing Medical Education Conference Paper; 2017.
 51. Turk DC, Okifuji A, Sinclair JD, Starz TW. Differential responses by psychosocial subgroups of fibromyalgia syndrome patients to an interdisciplinary treatment. *Arthritis Care Res* 1998;11(5):397–404. [CrossRef]
 52. Chen YL, Francis AJ. Relaxation and imagery for chronic, nonmalignant pain: effects on pain symptoms, quality of life, and mental health. *Pain Manag Nurs* 2010;11(3):159–68. [CrossRef]
 53. Menzies V, Lyon DE, Elswick RK Jr, McCain NL, Gray DP. Effects of guided imagery on biobehavioral factors in women with fibromyalgia. *J Behav Med* 2014;37(1):70–80.
 54. Suri K, Pandey M. Effect of jacobson progressive muscle relaxation (JPMR) on psychopathological problems in chronic non-malignant pain patients, *Ind J of Health and Well*

- 2018;9(4):630–33.
55. Kroska EB. A meta-analysis of fear-avoidance and pain intensity: The paradox of chronic pain. *Scand J Pain* 2016;13:43–58. [\[CrossRef\]](#)
56. Lethem J, Slade PD, Troup JD, Bentley G. Outline of a Fear-Avoidance Model of Exaggerated Pain Perception-I. *Beh Res and Ther* 1983;21(4):401–8. [\[CrossRef\]](#)
57. Simons LE, Kaczynski KJ. The Fear Avoidance model of chronic pain: examination for pediatric application. *J Pain* 2012;13(9):827–35. [\[CrossRef\]](#)
58. Ferreira-Valente MA, Ribeiro JL, Jensen MP, Almeida R. Coping with chronic musculoskeletal pain in Portugal and in the United States: a cross-cultural study. *Pain Med* 2011;12(10):1470–80. [\[CrossRef\]](#)
59. Jensen MP, Turner JA, Romano JM. Changes after multidisciplinary pain treatment in patient pain beliefs and coping are associated with concurrent changes in patient functioning. *Pain* 2007;131(1-2):38–47.
60. Ferreira-Valente MA, Pais-Ribeiro JL, Jensen MP. Associations between psychosocial factors and pain intensity, physical functioning, and psychological functioning in patients with chronic pain: a cross-cultural comparison. *Clin J Pain* 2014;30(8):713–23. [\[CrossRef\]](#)
61. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.
62. Thorn BE. *Cognitive therapy for chronic pain: A step-by-step guide*. New York: Guilford Press; 2004.
63. Collado A, Gomez E, Coscolla R, Sunyol R, Solé E, Rivera J, et al. Work, family and social environment in patients with Fibromyalgia in Spain: an epidemiological study: EPIFFAC study. *BMC Health Serv Res* 2014;14:513. [\[CrossRef\]](#)
64. Thompson JM, Luedtke CA, Oh TH, Shah ND, Long KH, King S, et al. Direct medical costs in patients with fibromyalgia: Cost of illness and impact of a brief multidisciplinary treatment program. *Am J Phys Med Rehabil* 2011;90(1):40–6.
65. Verhaak PMF, Kerssen JJ, Dekker J, Sorbi MJ, Berzing JM. Prevalence of Chronic Benign Pain Disorder Among Adults: A Review of the Literature. *Pain* 1998;77:231–39. [\[CrossRef\]](#)