



**T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**FİBROMİYALJİLİ BİREYLERDE AĞRI,
UMUTSUZLUK VE SOSYAL DESTEK
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

EBRAR KAPLAN

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Tülay KARS FERTELLİ**

SIVAS-2020

**T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**FİBROMİYALJİLİ BİREYLERDE AĞRI,
UMUTSUZLUK VE SOSYAL DESTEK
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

EBRAR KAPLAN

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Tülay KARS FERTELLİ**

SIVAS-2020

“Fibromiyaljili Bireylerde Ağrı, Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi” adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **İç Hastalıkları Hemşireliği** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Prof. Dr. Hatice TEL AYDIN

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Sevil ŞAHİN

Üye (Danışman)

Dr. Öğr. Üyesi Tülay KARS FERTELLİ

ONAY

Bu tez çalışması, 26/12/219 Tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecinde ve tez çalışmamda bilgi, beceri ve deneyimlerini benimle paylaşarak, araştırmanın planlanması, yürütülmesi ve sonlandırılmasındaki katkısı sabrı ve anlayışı için tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Tülay KARS FERTELLİ'ye;

Araştırmanın uygulanması sırasında bana destek veren Sivas Numune Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği doktor ve personellerine;

Anket uygulamasına gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve kıymetli zamanlarını ayıran tüm fibromiyaljili bireylere;

Hayatımın her anında yanımda olan, beni her konuda cesaretlendiren ve destekleyen annem, babam ve kardeşlerime;

Eğitim sürecinde üzerimde emeği olan kıymetli hocalarıma, desteklerini esirgemeyen arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

FİBROMİYALJİLİ BİREYLERDE AĞRI, UMUTSUZLUK VE SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Ebrar KAPLAN

Yüksek Lisans Tezi

İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Tülay KARS FERTELLİ

2020, 91 sayfa

Bu araştırma, fibromiyaljili bireylerde ağrı, umutsuzluk ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve analitik özellikte olan araştırma 1 Haziran - 1 Kasım 2019 tarihleri arasında Sivas Numune Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniğine başvuran fibromiyalji tanılı ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 227 birey üzerinde yapılmıştır. Çalışma verileri; Birey Tanıtım Formu, Vizüel Analog Skala (VAS), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizi bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Sciences version 22) programı kullanılarak yapılmıştır.

Çalışmada fibromiyaljili bireylerin orta şiddet düzeyinde ağrı (6.91 ± 1.11) ve umutsuzluk (9.02 ± 4.09) yaşadıkları, sosyal destek düzeylerinin ölçek ortalama puanının altında olarak düşük olduğu (40.95 ± 18.97) tespit edilmiştir. Bireylerin sosyodemografik özelliklerinden; yaş, eğitim durumu, hastalık süresi ve kendine göre sağlık algılama durumunun ağrı, umutsuzluk ve sosyal destek düzeylerine etkisi olduğu belirlenmiştir. Ayrıca ağrı ve umutsuzluk arasında pozitif yönde, ağrı ve sosyal destek arasında negatif yönde, umutsuzluk ve sosyal destek arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, ağrı ve sosyal desteğin umutsuzluk düzeyi üzerinde etkili olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak fibromiyaljili bireylerin orta şiddetli ağrı ve umutsuzluk yaşadıkları sosyal destek algılarının düşük olduğu belirlenmiştir. Bireylerin ağrı düzeyleri arttıkça umutsuzluğun arttığı, sosyal destek seviyeleri arttıkça ağrı ve umutsuzluğun azaldığı saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda fibromiyaljili bireylerde ağrı, umutsuzluk ve sosyal destek düzeylerinin düzenli değerlendirilmesi, hemşirelerin

bakımda bu konuları değerlendirmesi ve bu sorunlara yönelik bakımı planlaması, konu ile ilgili eğitim ve danışmanlık programları düzenlenerek farkındalığın artırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, Ağrı, Umutsuzluk, Sosyal Destek



ABSTRACT

EXAMINATION OF PAIN, HOPELESSNESS AND SOCIAL SUPPORT LEVELS IN FIBROMYALGIA INDIVIDUALS

Ebrar KAPLAN

Postgraduate Thesis

Department of Internal Diseases Nursing

Supervisor: Assistant Professor Tülay KARS FERTELLİ

2020, 91 pages

This study was conducted to examine the relationship between pain, hopelessness and social support levels in individuals with fibromyalgia. This descriptive and analytical study was conducted on 227 individuals who were admitted to the Physical Therapy and Rehabilitation Clinic of Sivas Numune Hospital between 1 June and 1 November 2019. The study data were collected using the individual promotion form, the Visual Analog Scale (VAS), the Beck Hopelessness Scale (BUÖ), the Multidimensional Perceived Social Support Scale (CBASDÖ). The data was analyzed using SPSS (Statistical Package for Social Sciences version 22) in a computer environment.

In the study, it was determined that the individuals with fibromyalgia experienced moderate severity level of pain (6.91 ± 1.11) and hopelessness (9.02 ± 4.09) and that their social support levels were lower than the scale average score (40.95 ± 18.97). Sociodemographic characteristics of individuals; age, educational status, duration of illness and self-perception of health effects on pain, hopelessness and social support levels were determined. In addition, there was a positive relationship between pain and hopelessness, a negative relationship between pain and social support, a negative relationship between hopelessness and social support, and pain and social support affected hopelessness.

As a result, it was determined that individuals with fibromyalgia had low perception of social support where they experienced moderate pain and hopelessness. It was found that despair increased as the pain levels of the individuals increased and pain and hopelessness decreased as the social support levels increased. In line with these

results, it is recommended that regular assessment of pain, hopelessness and social support levels in fibromyalgia patients, nurses evaluate these issues in care and planning care for these problems, and raising awareness by organizing training and consultancy programs on the subject.

Keywords: Fibromyalgia, Hopelessness, Despair, Social Support



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1. Fibromiyalji Tanımı	5
2.2. Tarihçesi	5
2.3. Epidemiyolojisi	6
2.4. Etyopatogenezi	7
2.5. Semptom ve Bulguları.....	10
2.5.1. Ağrı.....	10
2.5.2. Yorgunluk-Halsizlik	10
2.5.3. Sabah Tutukluğu.....	11
2.5.4. Uykusuzluk.....	11
2.5.5. Depresyon-Kognitif Bozukluklar	11
2.5.6. Diğer Semptomlar	11
2.6. Tanı	12
2.6.1. Tıbbi Öykü ve Fizik Muayene.....	12
2.6.2. Laboratuvar ve Görüntüleme Yöntemleri	12
2.6.3. Tanı Kriterleri.....	13
2.7. Tedavi.....	16
2.7.1. Non-farmakolojik Tedavi	17
2.8.Hemşirelik Yönetimi	18
2.8.1.Romatoloji ve Hemşirelik.....	18
2.8.2. Fibromiyalji ve Hemşirelik.....	19
2.9.Fibromiyalji, Ağrı ve Hemşirelik Bakımı	20
2.10. Fibromiyalji, Umutsuzluk ve Hemşirelik Bakımı.....	21

2.11. Fibromiyalji, Sosyal Destek ve Hemşirelik Bakımı.....	22
2.12. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırmanın Tipi	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	24
3.5. Veri Toplama Araçları	25
3.5.1. Birey Tanıtım Formu	25
3.5.2. Vizüel Analog Skala (VAS)	25
3.5.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ).....	25
3.5.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	26
3.6. Araştırmanın Ön Uygulaması	27
3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	27
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	27
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	28
4.BULGULAR.....	29
5.TARTIŞMA.....	40
5.1.Fibromiyaljili Bireylerin VAS, BUÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	40
5.1.1. Ağrı.....	40
5.1.2. Umutsuzluk.....	41
5.1.3. Sosyal Destek	42
5.2. Fibromiyaljili Bireylerin Bazı Özellikleri ile VAS, BUÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması	43
5.2.1. Fibromiyaljili Bireylerin Bazı Özellikleri ile VAS Ortalamalarının Tartışılması.....	43
5.2.2. Fibromiyaljili Bireylerin Bazı Özellikleri ile BUÖ Ortalamalarının Tartışılması	44
5.2.3. Fibromiyaljili Bireylerin Bazı Özellikleri ile ÇBASDÖ Ortalamalarının Tartışılması	46
5.3. VAS, BUÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.	47

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
6.1. Sonuçlar.....	50
6.2. Öneriler	51
KAYNAKLAR	52
EKLER	67
Ek. 1. Birey Tanıtım Formu	67
Ek. 2. Vizüel Analog Skala	69
Ek. 3. Beck Umutsuzluk Ölçeği.....	70
Ek. 4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	71
EK. 5. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı	72
EK. 6. Sivas İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi.....	74
EK. 7. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur Formu	75
ÖZGEÇMİŞ	77

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Fibromiyalji ACR 1990 tanı kriterleri (Wolfe ve ark., 1990).....	13
Tablo 2.2. Tanımlanmış Duyarlılık Beklenen 18 Noktanın Anatomik Lokalizasyonu (Wolfe ve ark., 1990)	14
Tablo 2.3. ACR 2010 Tanı Kriterleri (Wolfe ve ark., 2010)	15
Tablo 4.1. Fibromiyaljili Bireylerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri (n=227)	29
Tablo 4.2. Fibromiyaljili Bireylerin Hastalık Özellikleri (n=227).....	30
Tablo 4.3. Bireylerin Semptom Yaşama Sıklığı	31
Tablo 4.4. Fibromiyaljili Bireylerin VAS, BUÖ ve ÇBASDÖ Toplam Puan ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları	32
Tablo 4.5. Fibromiyaljili Bireylerin VAS ve BUÖ Puan Aralığı	33
Tablo 4.6. Fibromiyaljili Bireylerin Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre VAS, BUÖ ve ÇBASDÖ Puanları.....	34
Tablo 4.6 Fibromiyaljili Bireylerin Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerinin VAS, BUÖ ve ÇBASDÖ Puanları ile Karşılaştırılması (devamı).....	35
Tablo 4.7. VAS ile BUÖ ve ÇBASDÖ Puanları Arasındaki İlişki ile İlgili Korelasyon Değerleri	38
Tablo 4.8. VAS, ÇBASDÖ ve BUÖ Puanlarının Yordanmasına İlişkin Lineer Regresyon Analizi.....	38

KISALTMALAR / SİMGELER DİZİNİ

FM	:Fibromiyalji
IASP	:International Association of Science Parks
NANDA	:North American Nursing Diagnosis Association
FTR	:Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
VAS	:Vizüel Analog Skala
BUÖ	:Beck Umutsuzluk Ölçeği
ÇBASDÖ	:Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
SPSS	:Statistical Package Programme for the Social Science
ACR	: American College of Rheumatology
WPI	:Widespread Pain İndex
SS	:Semptom Şiddet Skalası
HLA	:İnsan Lökosit Antijeni
HHA	:Hipotalamik-Hipofizer-Adrenal aks
EULAR	:European League Against Rheumatism-Romatizmaya Karşı Avrupa Ligi
HN	:Hassas Nokta
OSS	:Otonom Sinir Sistemi
EEG	:Elektroensefalografi
EMG	:Elektromiyografi
MRG	:Manyetik Rezonans Görüntüleme
ACTH	:Adrenokortikotropik Hormon
TSH	:Thyroid Stimulating Hormone
ANA	:Anti-nükleer antikor
RF	:Romatoid faktör
PET	:Pozitron Emisyon Tomografi
SPECT	:Bilgisayarlı Tek Foton Emisyon Tomografi
FDA	:Food and Drug Administration

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Fibromiyalji (FM); kronik ve yaygın kas ağrıları ile karakterize olup, parestezi, yorgunluk, uyku bozukluğu, ağrılı hassas noktalar gibi belirtilerin eşlik ettiği etiyolojisi tam olarak bilinmeyen kronik bir romatizmal hastalıktır (İnanıcı, 2011). FM tüm etnik gruplarda, her yaş ve cinsiyette görülmekte olup 40-60 yaş ve kadın cinsiyette en sık görülmektedir (Kösehanogulları ve Yılmaz, 2018). FM'nin genel popülasyonda görülme prevalansı %2-%7 arasında değişmektedir (Garip ve ark., 2016). Amerika Birleşik Devletlerinde 5 milyon kişide FM tanısı olduğu belirtilmiştir (American College of Rheumatology). Ülkemizde Topbaş ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları bir çalışmada 20-64 yaş grubundaki kadınlarda fibromiyalji prevalansı % 3,6 olarak bulunmuştur. Yine yapılan bir çalışmada Türkiye'de 65-80 yaş arası geriatric popülasyonda FM oranı % 31 olarak saptanmıştır (Garip ve ark., 2016). Türkiye'de her yıl 100.000 kişiye FM tanısı konulmakta ve bu sayı giderek artmaktadır (Özkan, 2017).

Her geçen gün insidansı artan FM'ye yol açan tek bir neden veya faktör belirlenmemiştir (Ataoğlu ve ark., 2018). Patogenezinde genetik, enfeksiyon, travma ve stres gibi çeşitli dışsal uyarılar, hormonlar, sinir sistemi ve bağışıklık sistemi problemleri, kas dokusunda mikrosirkülasyon gibi etkenlerin etkili olduğu düşünülmektedir (Buskila ve ark., 2008). Kesin olarak nedeni bilinmeyen FM'nin spesifik tedavisi henüz yoktur, bu yüzden tedavi semptomatiktir. Hastalığın seyri ve tedavi sürecinin etkin yönetilebilmesi için semptomların bilinmesi ve değerlendirilmesi önemlidir (Wolfe ve ark., 2010; Macfarlane ve ark., 2016).

FM'de yaşanan semptomlar halsizlik-yorgunluk, sabah tutukluğu, uyku problemleri, baş ağrısı, irritabl barsak sendromu, kognitif bozukluklar, depresyondur. (Leblebici ve ark., 2015). Fakat en yaygın görülen ve hastaların en temel sorunu olan yakınma ağrıdır (Karaş ve ark., 2017). Hayta ve arkadaşları (2010) FM'li bireylerle yaptıkları çalışmada ağrı yaşama oranını % 86, Leblebici ve arkadaşları (2015) ise % 93 olarak bulmuştur. FM'de ağrının değerlendirilmesi, hastalık şiddetinin saptanması ve takibi, başarılı hastalık yönetimi için gereklidir (Sezgin-Özcan ve ark., 2013). Kontrol altına alınmayan ağrı, yoğunluğu arttıkça bireylerin günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, işlevselliği ve verimliliği azaltmakta, özgüven

kaybına sebep olmakta, sosyal çekilme ve emosyonel bozukluklar gibi birçok probleme yol açmaktadır (Sezgin-Özcan ve ark., 2013; Huang ve ark., 2018; Moretti ve ark., 2016). Ağrı, bireylerde olumsuz düşüncelerin ve her şeyin kötüye gideceği inancının gelişmesine neden olur (Genç, 2015). Bu durum ise kişilerde umutsuzluk duygusunu geliştirir.

Umutsuzluk, bireyin problemlerini çözme şansının kalmadığını hissetmesi, arzuladığı amaçlarına ulaşmak için enerjisinin tükendiğini düşünmesi, yaşamın bir anlamının olmadığını düşünerek yaşamın bittiğini zannetmesi ile birlikte bireyde güvensizlik duygusunun gelişmesi olarak tanımlanmaktadır (Akçay Fırat ve Dedeli 2016). Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Derneği (North American Nursing Diagnosis Association- NANDA) tarafından umutsuzluk bir hemşirelik tanısı olarak onaylanmış olup “bireyin sınırlı ya da hiç alternatif göremediği veya kişisel seçenekler bulamadığı ve kendi yararı için enerji sarf edemediği bir durum” olarak tanımlanmıştır (NANDA, 1986). Kronik hastalıklarda hastalık sürecinin bireylerde umutsuzluğa neden olduğu bilinmektedir (Bahar, 2008). Kronik hastalıklardan olan FM’de, ağrı, yorgunluk ve uykusuzluk gibi yaşamı etkileyen yıpratıcı semptomların sık yaşanması (Karadağ ve ark., 2018; Ericsson ve ark., 2016; Davis ve ark., 2018), aynı zamanda kişiyi günlük hayattan alıkoyarak iş gücü kaybına neden olması (Nazlıkul, 2014), gözle görünür bir deformasyon bulunmamasından ötürü aile, arkadaş ve sosyal çevre tarafından bireylerin sıkıntılarının önemsenmemesi (Wallace ve Wallace, 2002), tedavi sürecinin ise oldukça zor olması (Aşkın ve Özkan, 2017), bireylerde umutsuzluk duygusuna neden olabilmektedir.

Umutsuzluk, hastaların hayata bakış açısını, hastalık ve tedavi sürecine olan inanç ve uyum düzeylerini bozmaktadır (Başaran ve ark., 2016). Oysa hastalık yönetiminde umut önemlidir. Problemin farkında olarak hissedilen gerçekçi bir umut bireylerin var olan sorunları ile etkin baş edebilmesini sağlamaktadır (Bahar, 2008). Geleceğe dönük ümit taşıma ve güven duygusu hastanın baş etmesine yardım eden en önemli faktörlerdendir. Bu durum göz önüne alındığında umutsuzluk düzeyinin belirlenmesi, değerlendirilmesi gereklidir. Literatür incelendiğinde farklı kronik hastalıklarda umutsuzluğun incelendiği çalışmalar bulunmaktadır (Bahar, 2008; Başaran ve ark., 2016; Andersen ve ark, 2018). Fakat FM’li bireylerde umutsuzluğun incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

FM'li bireylerde genel psikolojik sıkıntılarının azaltılması ve hastalık sürecinin başarılı bir şekilde yönetilebilmesinde etkili olan faktörlerden biriside sosyal destektir (Dirik ve ark., 2011). Sosyal destek; sosyal çevreye uyum sağlamada, problemlerin üstesinden gelmede, sağlıklı psikolojiyi sürdürmede en temel faktördür (Güçlü ve ark., 2016). Fiziksel ve psikolojik sağlığı olumlu yönde etkileyen sosyal destek, psikososyal refahın sürdürülmesi ve iyileştirilmesini, saygınlık ve memnuniyetin artmasını ve stresle baş etme gibi olumlu duyguların gelişmesini sağlar (Özvurmaz, 2018). Yaşanan zorluklar aynı derecede yaşanmaya devam etse de bireylerin kendilerini daha güçlü, daha mutlu ve daha iyi hissetmesini sağlayarak daha kaliteli bir yaşam sürmelerine katkı verir (Aydiner- Boylu ve Günay, 2018). FM'de hastalık süreci ile oluşan kısıtlılıklar daha çok desteklenmeye, kabullenilmeye, anlaşılmaya olan ihtiyacı artırmaktadır (Pehlivan ve ark., 2018). Yapılan çalışmalarda FM'li bireylerin yeterince sosyal destek alamadıkları ve yaşadıkları karşısında anlaşılmadıklarını hissettikleri belirlenmiştir. (Bernard ve ark., 2000; Schoofs ve ark., 2004). Kişiyi psikososyal yönüyle dikkate alan, sosyal destek içeren kapsamlı tedavi yaklaşımlarının FM'de yaşam kalitesine önemli katkısı olduğu bildirilmektedir (Huang ve ark., 2018). FM'li bireylerle yapılan çalışmalarda sosyal destek düzeyinin arttıkça bireylerin daha az ağrı yaşadığı (Mesci ve ark., 2015), daha az depresif olduğu, psikolojik sıkıntılarının azaldığı (Dirik ve 2011) ve yaşam kalitelerinin pozitif yönde etkilendiği (Campos ve Vázquez, 2010) saptanmıştır. Uygun baş etme yönteminin belirlenmesi ve desteklenebilmesi için sosyal destek faktörlerinin değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Literatürde FM'de ağrı (Bartley, 2018), sosyal destek (Dirik ve ark., 2011) ve bu iki faktör arasındaki ilişkinin (Gündüz ve ark. 2018) incelendiği çalışmalar bulunmaktadır. Fakat FM'li bireylerde umutsuzluk düzeyinin hiç incelenmediği görülmüştür. Bunun yanısıra ağrı, umutsuzluk ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin birlikte incelenmediği fark edilmiştir. Oysa FM'li bireylerin tedavi sürecindeki uygun hemşirelik bakımının planlaması, hastalığın başarılı bir şekilde yönetilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasında bu üç değişken arasındaki ilişkinin belirlenmesi önemlidir. FM'de geçmek bilmeyen ağrılar ve ağrı şiddetinin artacağı düşüncesi bireylerin umutsuzluğuna neden olabilmekte, ağrı ve umutsuzluk durumuyla baş etmede sosyal destek sisteminin varlığı önem taşımaktadır. Ağrının kontrol altına alınabilmesi, umudun desteklenmesi, bireylerin sosyal destek düzeylerinin

değerlendirilip geliştirilmesi, fonksiyonların optimal seviyeye ulaştırılmasında, önemli sorumlulukları olan sağlık profesyonellerinden biri de hemşirelerdir (Kıyak ve Akdemir, 2008; Babadağ ve Balcı-Alparıslan, 2016; Özkan, 2017). Araştırma; FM’de tedavi sürecinin önemli ekip üyelerinden biri olan hemşirelerin, bireyleri bütüncül olarak ele almasına, bu bireylerde ağrı, umutsuzluk ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesine, aradaki ilişkinin incelenmesine katkı verecektir. Bununla birlikte; kaliteli hemşirelik bakımının planlanmasına, tedavinin kalitesini artıracak önlemler alınmasına ve bireylerin yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma FM’li bireylerde ağrı, umutsuzluk ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Fibromiyalji Tanımı

Fibromiyalji; kronik ve yaygın kas ağrıları ile karakterize, yorgunluk, uyku bozukluğu ve somatik yakınmaların eşlik ettiği, fizik muayenede çok sayıda ağrılı hassas noktaların saptandığı etiyojisi tam olarak bilinmeyen kronik bir romatizmal hastalıktır. (İnanıcı, 2011).

2.2. Tarihçesi

Fibromiyalji ilk olarak 19'uncu yüzyılda tanımlanmaya başlanmıştır. Hastalığın ilk tanımını Robert Friedrich Froriep 1842'de, kronik romatizmal bir durum olarak ifade etmiştir. 1850'li yıllarda Froriep, hastaların kaslarında basınca hassas olduğunu ve lokal ve sistemik enfeksiyon bulgularının eşlik etmediğini ve bununla birlikte yorgunluk ve uyku düzensizliğinin ise sık görüldüğünü bildirmiştir(Marson ve Pasero, 2008). 1904'te Sir William Gowers, kas ağrıları ve kas romatizmalarının fibröz dokudaki inflamasyondan kaynaklandığını ileri sürmüş, patolog olan Stockman'ın fibröz dokuda ödemli değişiklikler gördüğünü bildirmesiyle patolojik temele dayandığı düşüncesi kabul görülmüş ve fibrositis terimi kullanılmaya başlanmıştır. 1972'de Smythe FM'nin tanımını yaparken bu hastalığa her yerde yaygın rastlandığına dikkati çekmiş, ağrı ve hassas nokta tarifini yapmış ve modern Fibromiyalji tanımının önünü açmıştır. 1976 yılında Kahler Hench fibrozit teriminin yanlış kullanıldığını, hastalıkta inflamatuvar bir süreç bulunmadığını, bu nedenle fibrozit terimi yerine 'fibröz doku ve kasta ağrı' anlamına gelen 'fibromiyalji' teriminin daha doğru olacağını vurgulamıştır (İnanıcı ve Yunus, 2004). 1981 yılında ilk kontrollü klinik çalışma Yunus tarafından yayınlanmıştır. Bu çalışmada 50 primer FM hastasıyla 50 sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılmış, hasta grubunda spesifik bölgelerde ağrılı hassas noktaların olduğu, yaygın kas-iskelet ağrısı, yorgunluk, anksiyete, uyku bozukluğu, irritabl barsak sendromu (İBS), baş ağrısı, subjektif şişlik ve uyuşukluk gibi semptomların hastalığa eşlik ettiği görülmüştür. Semptomların hava durumu ve fiziksel aktivitelerden etkilendiği belirtilmiştir. Ayrıca bu bulgulara göre hastalığı tanımlayan tanı kriterleri önerilmiş ve bu kriterlerin geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Yunus ve ark., 1981).

Amerikan Romatoloji Koleji (ACR) 1990 yılında fibromiyalji için tanı ve sınıflandırma kriterleri yayımlamıştır. Bu kriterler genel kabul görmüş ve herkes

tarafından yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. 1992 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından fibromiyalji ya da fibrositis olarak hastalık tanınmıştır. ACR 1990 kriterlerine göre 3 aydan uzun süreli yaygın ağrı ve tanımlanan 18 hassas noktanın 11'inin pozitif olması fibromiyalji tanısı koydurmaktadır (Wolfe ve ark., 1990) Tanımlanan bu kriterlerin ağrı dışındaki semptomları göz önünde bulundurmaması sebebiyle 2010 yılında yardımcı tanı kriterlerine ihtiyaç duyulmuş yaygın ağrı indeksi (WPI) ve semptom şiddet skalası(SS) içeren yeni kriterler tanımlanmıştır (Wolfe ve ark., 2010). 2013 yılında ise Bennett ve arkadaşları tarafından ağrı açısından daha fazla alanın sorgulandığı ve hastaların semptomlarının daha geniş bir aralıkta derecelendirildiği, ağrı lokalizasyon skoru ve semptom etki sorgulamasını içeren alternatif tanı kriterleri geliştirilmiştir.

2.3. Epidemiyolojisi

FM'nin genel popülasyonda görülme prevalansı %2-%7 arasında değişmektedir (Garip ve ark., 2016). Jones ve arkadaşları (2015) çalışmalarında; 1990, 2010 Amerikan Romatoloji Koleji ve modifiye 2010 sınıflandırma kriterlerinin karşılaştırılması ile genel popülasyonda FM prevalansını sırasıyla; %1.7, %1.2, %5.4 olarak bulmuştur.

2016 yılında yapılan bir sistematik derlemeye göre FM prevalansı; genel popülasyonda % 0.2- 6.6, kadınlarda %2.4- 6.8, kentsel alanlarda % 0.7- 11.4, kırsal alanlarda % 0.1- 5.2 ve özel popülasyonlarda ise 0.6-% 15 olarak belirtilmiştir (Marques ve ark. 2016). Yapılan çalışmalar FM'nin en sık 40-60 yaş arasında görüldüğünü, prevalansın yaşla birlikte arttığını ve 50-79 yaş arasında %7,5-10'lara kadar yükseldiğini göstermektedir (Kösehanogulları ve Yılmaz, 2018).

Wolfe ve ark.nın (1995) çalışmalarında 1990 ACR kriterlerine göre FM prevelansı; kadınlarda %3-5, erkeklerde %0.5-1.6, her iki cins birlikte değerlendirildiğinde %2 oranında görülmektedir. 2010 ACR tanı kriterlerine göre yapılan bir çalışmada ise prevalans kadınlarda %7.7, erkeklerde %4.9, toplam %6.4 olarak saptanmıştır (Vincent ve ark., 2013). Erkeklerde daha az görülmesi hassas noktaların erkeklerde daha az olmasıyla mevcut olandan daha az tanı konmasına bağlanmaktadır (Wolfe, 1995).

Ülkemizde Topbaş ve arkadaşlarının (2005) 20-64 yaş grubundaki 1930 kadın üzerinde yaptıkları bir araştırmada fibromiyalji prevalansı % 3,6 olarak bulunmuştur.

Yine yapılan bir çalışmada Türkiye’de 65-80 yaş arası geriatric popülasyonda FM oranı % 31 olarak saptanmıştır (Garip ve ark., 2016).

2.4. Etyopatogenezi

Son yıllarda FM patogenezi aydınlatmak amacıyla önemli gelişmeler kaydedilmekle birlikte etyolojisi halen bilinmemekte ve patofizyolojisi tam olarak açıklanamamaktadır (Ay, 2015). Genetik ve çevresel faktörler, nöroendokrin bozukluklar, sinir sistemi disfonksiyonları, bağışıklık sistemi problemleri, kas dokusunda mikrosirkülasyon gibi etkenlerin, gelişimine etkili olduğu düşünülmektedir (Ablin ve ark., 2008; Bellato ve ark., 2012). Ayrıca cerrahi operasyon, trafik kazası gibi fiziksel travma ve stres, uyku bozuklukları, Lyme hastalığı, Epstein Barr Virüs, parvovirüs gibi enfeksiyonların hastalığı tetiklediği öne sürülmüştür (Schmidt-Wilcke ve Clauw, 2011).

Genetik Faktörler: FM patogenezi genetik faktörlerin rol oynayabileceği düşünülmüş ancak hastalıkla ilgili kesin bir gen bölgesi tespit edilememiştir. Genetik yatkınlık zemininde enfeksiyon, travmatik etkenlerin ve stresin bu sendromu tetikleyebileceği düşünülmektedir (Buskila, 2009). FM’li hastaların birinci derece akrabalarında FM riskinin 8 kat daha fazla olduğu tespit edilmiş ve güçlü ailesel yatkınlığın olduğu belirtilmiştir (Argoff, 2010).

Yunus ve ark. (1999) 40 aile ile yaptıkları bir çalışmada FM ve İnsan Lökosit Antijeni (HLA) ile ilişkili bir genin rol oynayabileceğini belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada DR4 antijen pozitifliği sağlıklı bireylerde %30 iken FM ‘li bireylerde %64 oranında saptanmıştır. Yapılan son araştırmalar, serotonerjik, dopaminerjik ve katekolaminerjik sistemlerdeki gen polimorfizminin FM etyolojisinde rol aldığını göstermiştir. Ancak bu polimorfiz FM için spesifik değildir, fonksiyonel somatik bozukluk ve depresyon ile de ilişkili olduğu bildirilmiştir (Ay, 2015).

Nöroendokrin Bozukluklar: FM’li hastalarda hastalığın patogenezi açıklamada son yıllarda hipotalamik-hipofizer-adrenal aks (HHA) fonksiyon bozukluğu ile karakterize nöroendokrin bozukluklar üzerinde önemle durulmaktadır. HHA aks ve sempatik sinir sistemi primer strese yanıt sistemleridir ve nöroendokrin sistem olarak adlandırılırlar. FM stres ile ilişkili bir hastalıktır ve FM’de primer strese yanıt sistemleri olan HHA ve sempatik sinir sisteminde karışıklık gözlenmektedir.

FM'de bozulmuş sirkadiyen ritimle ilgili olarak, özellikle akşamları yükselmiş kortizol düzeylerini gösteren çeşitli çalışmalar mevcuttur. Ayrıca kortikotropin salgılayan hormon'unun (CRH) kronik hiposekresyonunun bir sonucu olarak, hem bazalde hem de strese cevap olarak yüksek adrenokortikotropik hormon (ACTH) düzeyleri gösterilmiştir. Bu değişiklikler muhtemelen FMS'de gözlenen düşük serotonin seviyeleri ile ilişkilidir çünkü serotonerjik lifler HPA aks fonksiyonunu düzenlerler (Bellato ve ark., 2012).

Otonom Sinir Sistemi Bozuklukları: FM'de sempatik hiperaktivite, parasempatik hipoaktivite ve strese karşı sempatik cevapta azalma gibi otonom sinir sisteminin etkilendiğini gösteren çeşitli çalışmalar mevcuttur (Goldenberg, 2014). FM'de kronikleşmiş bir otonom sinir sistemi (OSS) hiperaktivitesi vardır ancak strese karşı yetersiz sempatik cevap (OSS hipoaktivitesi) mevcuttur (Bellato ve ark., 2012). Yapılan bir sistemik derlemede FM'li hastalarda kalp hızı değişkenliğinin ve sempatik sinir aktivitesinin yüksek olmasına rağmen stres yapıcılara karşı otonomik yanıtın kontrol grubuna göre az olduğu bildirilmiştir (Meeus ve ark., 2013). FM'de görülen otonomik disfonksiyonun bu hastalıkta görülen baş ağrısı, ortostatik hipotansiyon, irritabl barsak sendromu, dismenore ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Sempatik hiperaktivite anksiyete, uyku bozukluğu, ağrı, yorgunluk ile ilişkili bulunmuştur. Hastalarda egzersiz sonrası ağrıda artış, kas hipoksisi, artmış kas duyarlılığı ve kas dokusu mikrosirkülasyonunun bozulması, periferik sempatik aktivitenin adrenerjik komponentinde hipofonksiyonu sonucu olduğu belirtilmiştir. Ayrıca otonomik disfonksiyona sebep olan nöropeptid-Y düzeyi de FM'li bireylerde yüksek bulunmuştur (Staud, 2008; Bellato ve ark., 2012; Ay, 2015).

Uyku Bozuklukları: FM'li hastalar uykuya dalmada sorun yaşama ve sık sık uykularının bölünmesinden yakınır. Bu durum hastaların sabahları dinlenememiş olarak uyanmalarına neden olur. FM'de uyku bozukluğunun prevalansı %70-99 arasında bildirilmektedir (Theadom ve Copley, 2008; Bradley, 2009; Moldofsky ve ark., 2010.). Uyku sırasında anormal paternlerin olduğu ilk kez Moldofsky ve ark. tarafından (2001) gösterilmiştir. Elektroensefalografilerinde (EEG), normalde uykunun non-REM denilen 4. periyodunda, bioelektrik aktivitede yavaşlama ve amplitüdlerinde azalma gözlenir. FM'li hastalarda ise hızlı aktivite gösteren alfa dalgaları ortaya çıkar ve yavaş aktivite gösteren delta dalgaları içine karışır. Bu anormal patern alfa EEG non-

REM anomalisi olarak isimlendirilir ve göreceli olarak hızlı alfa dalgalarının daha yavaş olan delta dalgaları üzerine süperpoze olması ile karakterizedir. FM'ye eşlik eden uyku bozukluğuna alfa-delta uykusu denir (Sarıkaya ve Özdolap, 2007; İnanıcı, 2011; Goldenberg, 2014).

Kas İşlevlerinde Bozukluklar: Yaygın ve şiddetli kas ağrıları FM'li hastalarda sık karşılaşılan şikâyetlerdendir. Bundan yola çıkarak kasta yapısal bir patoloji olup olmadığı üzerine yapılan birçok araştırma mevcuttur. Nooregaard ve ark. (1995) MRG yardımı ile FM'li hastalarda kas gücü ve kasın enine kesit alanlarını değerlendirmiş, kontrol grubuna göre kas gücünde %30 azalma tespit etmişlerdir. FM'de kasta bir sorun olduğu kesindir ancak şimdiye kadar biyopsiler, elektromiyografi (EMG), MRG, kas enzim düzeyleri ile objektif bir kas defekti gösterilememiştir (Giacomelli ve ark., 2013; Ay, 2015).

İmmün Sistem Değişiklikleri: FM'de immün sistem ile ilgili bir patoloji olabileceği düşünülse kesin bir kanıt gösterilememiştir. (Bellato ve ark., 2012) İmmün sistem aracılı olan IL-1 beta, IL-1Ra, IL-2, IL-6, IL8, TNF- α gibi sitokinlerin ve bazı kemokinlerin seviyelerindeki değişiklikler, FM'de ana semptomların ortaya çıkmasına ve nörojenik inflamasyona neden olarak periferik ve santral sensitizasyonun oluşumuna katkıda bulunmaktadır (Staud, 2015; Littlejohn, 2015). Coenzim Q10 eksikliği IL-1 ve IL-18 seviyelerindeki artış mitokondriyal bozukluklara yol açmaktadır (Giacomelli ve ark., 2013)

Çevresel ve Psikolojik Faktörler: FM'de genetik yatkınlık zemininde çevresel faktörlerin etkisiyle hastalığın geliştiği düşünülmektedir. Mekanik ve fiziksel travmalar, enfeksiyonlar, psikososyal stres FM gelişiminde rol oynamaktadır. HIV, HBV, HCV, parvovirus, koksakivirus, Lyme hastalığı gibi enfeksiyon ajanlarının FM'ye neden olduğu düşünülmektedir (Buskila ve ark., 2008). FM tanısı koyulan hastaların öyküsünde genellikle viral bir enfeksiyon, düşme veya trafik kazası gibi fiziksel travmalar, emosyonel travma olduğu bildirilmiştir. FM psikiyatrik bir hastalık değildir ancak psikolojik faktörler ağrının önemli bir bileşenidir (Ay, 2015). Genetik olarak FM'ye yatkın kişilerde psikolojik faktörler hastalığın gelişimini tetiklemektedir. Dell'Osso ve ark. (2011) yaptıkları bir çalışmada hayat boyunca travmatik olaylara

maruz kalma, post travmatik stres bozukluğu bulgularının FM hastalarında sıklıkla bulunduğu ve semptom şiddetini arttırdığı saptanmıştır.

2.5. Semptom ve Bulguları

FM kronik ve yaygın kas ağrıları ile seyreden, kişinin günlük yaşamını önemli ölçüde etkileyerek yaşam kalitesini düşüren bir sağlık problemidir (Cüzdan-Çoşkun, 2015). Hastaları hekime yönlendiren ilk semptom şiddetli ve dayanılmaz olarak tanımlanan ağrıdır. Bunun yanı sıra en çok görülen semptomlar; yorgunluk-halsizlik, sabah katılığı, uyku bozuklukları, irritabl barsak sendromu, depresyon, anksiyete ve kognitif bozukluklardır. Raynaud fenomeni, dismenore, deride retiküler renk değişiklikleri, pareteziler, huzursuz bacak sendromu, yumuşak dokularda ve eklemlerde subjektif şişlik hissi de görülen semptomlardandır (İnanıcı, 2011; Babadağ ve Alparslan, 2016; Kösehanogulları ve Yılmaz, 2018)

2.5.1. Ağrı

FM'de ağrı %93 oranıyla en çok görülen semptomdur (Lelebici ve ark., 2015). Hastalar tarafından vücudun her tarafında 'yanıcı, batıcı, sızlayıcı' tarzda tariflenmektedir. Ağrının belin alt ve üstünde, vücudun sağ ve sol yarısında, boyun, göğüs ön duvarı, torakal omurga, bel bölgesinde görülmesi hastalığın özelliğidir (Wolfe ve ark., 2010). Uzun süreli inaktivite, mevsimsel değişiklikler, ağır egzersiz ve stres ağrı şiddetini artırmaktadır (Bennett ve ark., 2007). Yaygın ağrı semptomu, işlevsellik ve verimliliği düşürerek FM'de yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır (Huang ve ark., 2018).

2.5.2. Yorgunluk-Halsizlik

Yorgunluk fibromiyalji sendromunda sık görülen klinik bir semptomdur (Doerr ve ark., 2017). FM hastaları fiziksel aktivitelerini yorgun ve bitkin olarak tanımlar. Birçok hastada bu şikayet sabah kalkınca ve gün bitiminde daha fazla olup, genelde tüm gün sürebilir. Ağır egzersizlerle tetiklenebilir ve günlük yaşamda önemli derecede işlev kaybına neden olur. Yorgunluk ve halsizlik durumu ile birlikte hastaların aktiviteleri kısıtlanır ve zamanla sedanter bir yaşam biçimi hakim olur (Cüzdan-Çoşkun, 2015; Ericsson ve ark., 2016; Davis ve ark., 2018).

2.5.3. Sabah Tutukluğu

Tutukluk; FM hastalarında kas ve eklemlerde olabilir ve genelde sabahları daha belirgindir. Yaygın görülen bir semptom olan tutukluk; yalnız ellerde değil tüm vücutta hissedilir ve fonksiyonel kayıp yaratmaz (Buskila ve Neumann, 1997). Bennet ve ark'nın (2007) 2569 fibromiyalji hastası ile yaptığı bir taramada sabah tutukluğu ilk dört semptom arasında sayılmış ve en az ağrı ve uyku bozukluğu kadar hayat kalitesini etkilediği belirtilmiştir.

2.5.4. Uykusuzluk

Uyku bozukluğu FM hastalarının büyük bir kısmında tipik olarak rastlanan bir sorundur. Uykuya başlamakta ve sürdürmede güçlük, geceleri sık uyanma, dinlendirmeyen uyku ve buna bağlı olarak halsizlik ve yorgunluk semptomlarına sık rastlanmaktadır. Hastalar uzun süre uyusalar da dinlenemediklerini ifade etmektedirler (Balbaloğlu, 2018).

2.5.5. Depresyon-Kognitif Bozukluklar

FM hastaları, sıklıkla yaşadıkları şiddetli ağrılar ve yeti yitimi ile ilişkili olarak hastalığın getirdiği sorunlar nedeniyle depresyon, kaygı, somatizasyonda artış ve travma sonrası stres bozukluğu gibi pek çok psikolojik sıkıntılar yaşamaktadırlar (Dirik ve ark., 2011). FM'de psikiyatrik bozukluk eş tanısı sık görülmekte olup en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklar depresyon, somatoform bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluğudur (Sönmez ve ark., 2015). Ülkemizde yapılan iki çalışmada da FMS hastalarının kontrol grubundaki bireylere göre daha sık depresyona girdiği ve daha yüksek düzeyde depresif belirtilerinin olduğu belirlenmiştir (Güven ve ark., 2005, Madenci ve ark., 2007). Ayrıca hastalarda dikkat, zihinsel karışıklık, konuşma bozukluğu başta olmak üzere bilişsel fonksiyonlarla ilgili çeşitli semptomlarda görülebilmektedir (Tesio ve ark., 2015).

2.5.6. Diğer Semptomlar

FM'de değişik oranlarda; gerilim tipi baş ağrısı, migren, kronik yorgunluk sendromu, huzursuz bacak sendromu, irritabl barsak sendromu, subjektif şişlik hissi, dermatomal olmayan parestezi, kadın üretral sendrom, intersitisyel sistit, dismenore, sık idrara çıkma, göğüs ağrısı, çene ağrısı, karın ağrısı, ağız ve göz kuruluğu, raynoud fenomeni,

sicca semptomları, deride hiperaljezi, retiküler deri renk değişikliği, hipermobilité sendromu, mitral valv prolapsusu ve belirgin fonksiyonel yetersizlik ortostatik hipotansiyon ve denge bozuklukları gibi semptomlar görülebilir (Bennett, 2009; Cüzdan- Çoşkun, 2015).

2.6. Tanı

Fibromiyalji için özgün tanı testleri yoktur. Bu nedenle tanı, tıbbi öykü ve fizik muayene ve ACR kriterleri kullanılarak konulmaktadır (Cüzdan-Çoşkun, 2015).

2.6.1. Tıbbi Öykü ve Fizik Muayene

Öyküde hastanın yaşı, mesleği, psikososyal durumu, uyku düzeni, aktivite durumu, alışkanlıkları, travma, cerrahi veya hastalıklarının sorgulanması altta yatan faktörler açısından yönlendirici olabilmektedir (Çakır, 2015).

Fizik muayenede en tipik bulgu; digital palpasyonla saptanan hassas noktalar. Ağrı eşliğinin düşmesi ile beraber yaygın ağrının ortaya konulabilmesi için hassas nokta tanımı ortaya konmuştur. Hassas noktalar; FM hastalarının vücutlarında genellikle kasta veya kas-tendon birleşme yerinde bası uygulandığında ağrı oluşturulabilen bölgeleri ifade etmektedir. FM'li hastada bir bölgenin pozitif hassas nokta olarak tanımlanabilmesi için, o noktaya 4 kg'lık bir basınçla bastırıldığında hastanın ağrı hissetmesi gereklidir. Parmak palpasyonu esnasında pratik olarak muayene eden kişinin tırnak yatağının beyazlaşması yaklaşık 4 kg'lık basınç uygulandığı anlamına gelir. Muayene sırasında eklem şişliği, hassasiyeti, kızarıklığı ve ısı artışına mutlaka bakılmalıdır (Wolfe ve ark., 1990, Yunus ve ark., 2000). Hastaların ayırıcı tanısına yönelik ayrıntılı romatolojik ve nörolojik muayeneleride yapılmalıdır (Cüzdan-Çoşkun, 2015).

2.6.2. Laboratuvar ve Görüntüleme Yöntemleri

Tanı koymada laboratuvarın yeri kısıtlıdır. İstenen tetkikler genelde ayırıcı tanıda düşünülen hastalıkları dışlamaya yöneliktir. Tam kan sayımı, tam biyokimya, sedimentasyon, C-reaktif protein, TSH (Thyroid Stimulating Hormone) ilk aşamada istenecek tetkiklerdir. Ayırıcı tanıda düşünülen hastalıklara yönelik olarak ANA (Anti-nükleer antikor), RF (Romatoid faktör) gibi diğer laboratuvar tetkikleri de istenebilir (İnanıcı, 2011).

Günümüzde FM'li hastalara uygulanan primer görüntüleme yöntemleri arasında Pozitron Emisyon Tomografi (PET), Bilgisayarlı Tek Foton Emisyon Tomografi (SPECT) ve fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme (f MRG) sayılabilir. SPECT ve PET ile yapılan çalışmalar, kaudat nükleus ve talamusta azalmış kan akımını, amitriptilin tedavisi sonrasında ise talamus kan akımında artışı göstermiştir (Adıgüzel ve ark., 2004; Schmidt-Wicke ve ark., 2007).

2.6.3. Tanı Kriterleri

Tablo 2.1. Fibromiyalji ACR 1990 tanı kriterleri (Wolfe ve ark., 1990)

1. Yaygın vücut ağrısı:	Vücudun sol ve/veya sağ yarısında, bel seviyesi yukarısında ve/veya aşağısında aksiyel iskelet de dahil üç aydan uzun süren ağrı
2. Hassas Nokta Ölçümü:	Başparmak ya da işaret parmağı palpasyonu ile yaklaşık dört kg'lık kuvvet uygulanmalıdır. 18 hassas noktadan en az 11' inin ağrılı olması

FM tanısı için ACR 1990 kriterleri (Tablo 2.1.), hassas nokta (HN) muayenesini esas alarak kabul görmüş, ve kullanılmaya başlanmıştır. ACR 1990 kriterlerine göre 3 aydan uzun süreli yaygın ağrı ve tanımlanan 18 hassas noktanın (Tablo 2.2.) 11'inin pozitif olması fibromiyalji tanısı koydurmaktadır. HN değerlendirmesinde uygulanan kuvvete alınan ağrı yanıtı 0-10 (0 ağrısız basınç hissi, 10 işkence şeklinde ağrıyı temsil eder) arasında değerlendirilir. Ağrı yanıtı en az 2 düzeyinde ise olduğunda anlamlı kabul edilir. ACR 1990 kriterlerinin duyarlılığı %84.4, özgünlüğü %81.1 olarak bildirilmiştir (Wolfe ve ark., 1990)

Tablo 2.2. Tanımlanmış Duyarlılık Beklenen 18 Noktanın Anatomik Lokalizasyonu
(Wolfe ve ark., 1990)

Oksiput	Bilateral suboksipital kas insersiyosu
Alt servikal	Bilateral, servikal 5-7 vertebraların intertransvers bölgelerin önü
Trapez	Bilateral, trapezius kası üst sınırının orta noktası
Supraspinatus	Bilateral, spina skapula medial sınırında supraspinatus kası origosu
İkinci kosta	Bilateral, ikinci kostokondral bileşke, üst kenarın laterali
Lateral epikondil	Bilateral, lateral epikondillerin 2 cm distali
Gluteal	Bilateral, kalça üst dış kadranda kasın ön kıvrımını
Büyük torakanter	Bilateral torakanterik çıkıntı posterioru
Diz	Bilateral, eklem çizgisi proksimalindeki medial yağ yastıkçığı

FM hastalarının yaklaşık %25'lik kısmında HN bulunmaması, ACR 1990 kriterlerinin ağrı dışındaki semptomları göz önünde bulundurmaması sebebiyle yardımcı tanı kriterlerine ihtiyaç duyulmuştur. ACR 2010 yılında Yaygın Ağrı İndeksi (WPI) ve Semptom Şiddet Skalası (SS) içeren yeni kriterler yayınlamıştır. 2010 ACR kriterlerinin (Tablo 2.3.) amaçları; FM tanı kriterlerini basitleştirmek, HN muayenesine gerek duyulmadan kullanımını yaygınlaştırmak, bilişsel fonksiyon bozukluğu, yorgunluk uyku bozukluğu gibi ağrı dışındaki çok sayıda semptomun önemini vurgulamaktır. Ayrıca yeni kriterler ile objektif olarak hastalık şiddetini ölçmek ve henüz tanı kriterlerini karşılamayan hastaların uzun süreli izlenebilmesini sağlamak amaçlanmıştır. Yeni kriterlerde ölçüm WPI ve SS ile yapılır (Wolfe ve ark., 2010).

Tablo 2.3. ACR 2010 Tanı Kriterleri (Wolfe ve ark., 2010)

1) Yaygın ağrı indeksi (Widespread pain index-WPI):				
Hasta son bir hafta içinde aşağıdaki bölgelerden ağrı hissettiği bölgelerin sayısını gösterir.				
(Skor 0-19 arasında)				
Sağ çene	Sağ üst kol	Sağ kalça	Sağ bacak	Karın
Sol çene	Sol üst kol	Sol kalça	Sol bacak	Sırt
Sağ omuz	Sağ ön kol	Sağ uyluk	Boyun	Bel
Sol omuz	Sol ön kol	Sol uyluk	Göğüs	
2) Semptom şiddeti ölçeği (Symptom severity scale-SSS):				
(1, 2, 3 ve 4'ün toplamıdır.)				
1)Yorgunluk				
2)Dinlenmeden uyanma				
3)Kognitif semptomlar				
Hasta yukarıdaki her 3 semptom için, son bir hafta içerisindeki şiddetini aşağıdaki skalayı kullanarak gösterir:				
0 = Sorun yok				
1 = Hafif problem, önemsiz, genellikle hafif				
2 = Orta derecede problem, genelde olan ve/veya orta seviyede var olan				
3 = Şiddetli, yaygın, devamlı, yaşamı rahatsız eden problemler				
4) Somatik Semptomlar: Kas ağrısı, huzursuz barsak sendromu, yorgunluk, düşünme veya hatırlama problemi, kas güçsüzlüğü, baş ağrısı, karın ağrısı/krampı, hissizlik/uyuşma, baş dönmesi, uykusuzluk, depresyon, kabızlık, mide ağrısı, bulantı,				

sinirlilik, göğüs ağrısı, güneşe hassasiyet, duyma problemi, çabuk morarma, saç dökülmesi, bulanık görme, ateş, ishal, ağız kuruluğu, kaşıntı, hırıltı, raynaud fenomeni, kulak çınlaması, kusma, mide yanması, ağız ülserleri, tat almada değişiklik/kayıp, nöbet, nefes darlığı, iştah kaybı, döküntü, sık idrara çıkma, mesane spazmları, idrar yaparken ağrı, ürtiker

Hasta genel olarak somatik semptomları göz önünde bulundurarak, hangilerinin olduğunu gösterir:

0 = Semptom yok

1 = Birkaç semptom var

2 = Orta sayıda semptomlar

3 = Bir çok semptom

Fibromiyalji tanısı için hasta aşağıdaki 3 kriteri karşılamalıdır:

- 1) Yaygın ağrı indeksi (WPI) > 7 ve semptom şiddeti ölçeği (SSS) skoru >5 veya WPI = 3-6 ve SSS skoru > 9
- 2) Semptomlar en az 3 aydır benzer düzeyde olmalı.
- 3) Hastada ağrıyı açıklayabilecek başka bir durum olmamalı.

2.7. Tedavi

FM'nin etyopatogenezindeki belirsizlik tedavisini zorlaştırmakta ve günümüzde halen altın standart bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Farmakolojik ve non-farmakolojik çeşitli tedavi yaklaşımları hastalarda semptomları azaltmakta ve fonksiyonel kapasitelerini artırarak yaşam kalitelerini artırmaktadır (Genç, 2015; Koçyiğit ve ark., 2016).

Romatizmaya Karşı Avrupa Ligi (European League Against Rheumatism-EULAR) 2016 FM tedavi klavuzuna göre:

Öncelikle erken tanı gereklidir. Fibromiyaljiyi tam anlamak ağrı, fonksiyon ve psikososyal durumu kapsamlı şekilde değerlendirmeyi gerektirir. FM anormal ağrı işlenmesi ve diğer ikincil özelliklerin olduğu kompleks ve heterojen bir durum olarak tanınmalıdır. Genel olarak FM tedavisinde basamaklı yaklaşım olmalıdır.

Fibromiyalji tedavisi tedavinin risk ve yararları arasındaki dengeyi sağlayarak yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlamalıdır. Bu da çoğunlukla non-farmakolojik ve farmakolojik tedavi modalitelerinin kombinasyonuyla multidisipliner yaklaşım gerektirir. Bu tedaviler ağrı şiddeti, fonksiyon, hastalıkla ilişkili durumlar (depresyon gibi), yorgunluk, uyku bozukluğu, hastanın tercihleri ve komorbiditelerine göre hastayla birlikte karar verilerek uygulanmalıdır. İlk tedavi non-farmakolojik tedaviler üzerine odaklanmalıdır (Macfarlane ve ark., 2016).

2.7.1. Non-farmakolojik Tedavi

FM'de non-farmakolojik tedavi yöntemleri ile bireylerin fiziksel fonksiyonları ve aktivite düzeylerini artırmak, kronik ağrıyı azaltmak, genel sağlığın korunması ve iyileştirilmesi hedeflenmektedir. Bu yöntemler içerisinde en fazla kullanılan ve en etkili tedavi yöntemleri; hastanın aktif katılımını gerektiren farklı içeriklerde eğitim ve bilişsel-davranışsal programlar, fiziksel egzersiz, tamamlayıcı ve alternatif tıptır (Genç, 2015).

Eğitim: Bireylere FM tanısı ile ilgili gerekli bilgiler verilmeli, yaşamı tehdit eden bir hastalık olmadığı açıklanmalıdır. Bireylerin hastalık hakkında bilgi sahibi olması tedaviye uyumlarını artırmaktadır. FM'de eğitimden beklenen hastanın öz yeterlilik ve öz yönetimini birlikte geliştirerek hastalık semptomlarıyla başa çıkabilecek hasta bilincini geliştirmek, yetersizlik gibi olumsuz algıları pozitif duygulara dönüştürmektir (Genç, 2015).

Bilişsel Davranış Terapisi: FM'de medikal tedaviye bilişsel davranış tedavisinin eklenmesi, psikiyatrik semptomların düzelmesi, ağrı ile başa çıkma becerilerinin kazanılması açısından yarar sağlamaktadır (Genç, 2015).

Egzersiz: Aerobik egzersizler FM'li bireylerde hassas nokta sayısının azalması ve ağrı eşliğinin düzelmesine neden olmaktadır. Egzersiz ile birlikte fiziksel fonksiyonlarda, semptom şiddetinde, genel sağlık düzeyi ve duygudurum üzerinde düzelmeye sağlanmaktadır (Genç, 2015).

Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi: FM tedavisinde bir çok tamamlayıcı ve alternatif tedavi modeli büyük örneklerde çalışılmamış olmakla birlikte, akupunktur, masaj, nutrisyonel destek ve fitoterapinin semptomlar üzerinde etkili olduğu bildirilmektedir. Özellikle farmakolojik tedaviyi uzun süre kullanan ve yan etkileri ortaya çıkan hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamaları giderek artmaktadır (Genç, 2015)

2.7.2. Farmakolojik Tedaviler

FM'de spesifik bir tedavi olmaması nedeniyle kullanılan ilaçlar daha çok ağrı ve diğer semptomlara yöneliktir. Farmakolojik tedavide amitriptilin gibi trisiklik antidepresanlar, SSRI (selektif serotonin geri alım inhibitörleri), duloksetin ve milnasipran gibi SNRI'lar (serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri) ve monoamin oksidaz inhibitörleri kullanılmaktadır. FDA (Food and Drug Administration- Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) tarafından onaylı ilaçlar pregabalin, duloksetin ve milnasipran'dır. Bunların dışında birçok ilaç kullanımı hakkında da yayınlar mevcuttur. (Aşkın ve Özkan, 2017)

2.8. Hemşirelik Yönetimi

2.8.1. Romatoloji ve Hemşirelik

Romatoloji, kas-iskelet sisteminin yanı sıra diğer organ ve sistemleri de etkileyebilen, inflamatuvar ya da inflamatuvar olmayan dejeneratif birçok hastalığın tanı ve tedavisi ile uğraşan iç hastalıkları bilim dalıdır. Romatoloji bilim dalının çok yönlü olması, alt yapı gerektirmesi, hastalıkların yavaş ilerlemesi, oluşum mekanizmaları ile tanı kriterlerinin yeterli olmaması, izlem sistemlerinin yokluğu, pek çok hastalığa ve özellikle ilaç tedavilerine yönelik araştırmaların eksik kalması nedeniyle farklı disiplinler tarafından ele alınmasına neden olmuştur. Hemşirelik mesleğinin günümüzde sağlığa ve hastalığa bakışı, yaklaşımı ve rolleri değişmekte ve özel bir dal olarak romatoloji hemşireliği gelişimi tıpta romatolojinin gelişimi ile paralellik göstermektedir. Bu bağlamda romatolojide multidisipliner ekip üyesi olarak hemşirenin rolü de değişmektedir. Hemşirelerin, romatoloji hastalarının bakımında bireyin öznelliğini dikkate alması, hastalık sürecinden çok sağlığa odaklanması, birey ve ailesini bir bütün olarak değerlendirmesi beklenmektedir (Akdemir ve ark., 2010).

Romatoloji hastalıkları kronik durumlardır ve hastaların farklı zamanda farklı tipte bakım gereksinimleri olabilmektedir. Hemşirelik bakımında temel amaç birey için olası en sağlıklı yaşamı sağlamaktır. Romatoloji hastasının hemşirelik bakımı; günlük yaşam aktivitelerine destek olma, ağrı ve stres yönetimi, masaj, doku bütünlüğünü sürdürme ve hasta eğitimi gibi temel uygulamalardan, eklem içi enjeksiyon, intravenöz ilaç tedavi yönetimi gibi yüksek teknik aktiviteleri içerebilmektedir (Akdemir ve ark., 2010; Ovayolu, 2016).

2.8.2. Fibromiyalji ve Hemşirelik

FM tedavisinden sorumlu ekip üyelerinden biri de hemşirelerdir. Hemşireler eğitim ve danışmanlık rollerini kullanarak FM tedavisinde etkin bir rol almaktadır (Kıyak ve Akdemir, 2008).

FM'deki hemşirelik bakımındaki ana amaç; hastanın semptomlarının azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması olmalıdır. Hastadan alınan detaylı bir öykü ve fiziksel değerlendirme ile sorunlar saptanmalı ve bu sorunlara yönelik uygun hemşirelik bakım planı hazırlanmalı ve gerekli uygulamalar yapılmalıdır (Babadağ ve Balcı-Alparıslan, 2016).

FM hastalarında ağrı, yorgunluk, uykusuzluk, depresyon gibi semptomlar görülmektedir. Hemşire, FM'de görülen semptomların kontrolünde ilaç dışı birtakım tedbirlerin alınmasını sağlayarak hastanın fonksiyonlarını optimal seviyeye ulaştırmada ve yaşam kalitesini artırmada profesyonel destek sağlar. Eğitim aktiviteleri, hastanın yaşam kalitesini arttırmaya yönelik aktivitelerin planlanması ve destekleyici terapilerin sağlanması semptom yönetimindeki başlıca hemşirelik girişimlerindedir. Hemşire; hastayı gözlemleyerek ağrı, yorgunluk ve uyku semptomlarına yönelik aktivite gücünü değerlendirmeli, hastalara zaman yönetimi ve aktivite-egzersiz-dinlenme planlamaları ile ilgili rehberlik etmeli ve hastaların motivasyonlarını artırmalıdır (Kıyak ve Akdemir, 2008; Fernández, 2015; Babadağ ve Balcı-Alparıslan, 2016).

Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi FM tedavisinde de hasta eğitimi önemli bir yer tutmaktadır. Hastaya, hastalığı hakkında bilgi verilerek güven sağlanmalıdır. Ağrılarının çok olmasına rağmen bu durumun kendilerinde herhangi bir doku hasarına

yol açmayacağı, hayatı tehdit eden bir durum olmadığı, sakatlığa, deformiteye neden olmayacağı hastalara anlatılmalıdır (Kıyak ve Akdemir, 2008).

2.9.Fibromiyalji, Ağrı ve Hemşirelik Bakımı

Ağrı; Uluslararası Ağrı Çalışma Birliği (International Association of Science Parks-IASP) tarafından “vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan hoş gitmeyen duyusal ve emosyonel bir duyum ve davranış şekli” olarak tanımlanmıştır. Her insanın yaşamının bir döneminde mutlaka karşılaştığı ağrı, kişiden kişiye farklılık gösteren, ağrıyı yaşayan kişi dışında bireylerin anlayamayacağı subjektif bir deneyimdir (Çelik ve ark., 2018). Ağrı, insanoğlunun yaşadığı en karmaşık sağlık sorunlarından biri olup, bireyin günlük yaşam aktivitelerini engelleyen ve yaşam kalitesini etkileyen önemli bir sorundur (Özveren ve ark., 2016)

Fibromiyaljide en yaygın görülen ve hastaların en temel sorunu olan yakınma ağrıdır (Karaş ve ark., 2017). Ağrı, hastayı hekime yönlendiren ana nedenlerden biridir. Yolcu ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada FM hastalarının acil servislere başvurma nedenleri arasında ağrı şikayetinin en fazla olduğu bildirilmiştir.

Kronik ve yaygın ağrı semptomu FM’de yaşam kalitesinin bozulmasına neden olan temel nedenlerdendir (Karadağ ve ark., 2018). Kontrol altına alınmayan ağrı, yoğunluğu arttıkça bireylerin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemekte, işlevselliği ve verimliliği azaltmakta, özgüven kaybına sebep olmakta, sosyal çekilme ve emosyonel bozukluklar, gibi birçok probleme yol açmaktadır (Özcan ve ark., 2013; Huang ve ark., 2018; Cüzdan-Çoşkun, 2015; Moretti ve ark., 2016).). Yapılan çalışmalarda hastaların fazla ağrı şiddeti bildirdiklerinde fiziksel ve zihinsel yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu, kaygı, depresyon gibi psikolojik sıkıntıların da arttığı bildirilmektedir (Scheidt ve ark., 2014; Bartley ve ark., 2018; Huang ve ark., 2018). Nitekim ağrı; hastalık şiddetinin saptanması, takibi ve tedavi süreci için kontrol altına alınması gereken FM’nin en önemli semptomlarından biridir.

FM’de ağrının etkin bir şekilde yönetilebilmesi, kontrol altına alınabilmesi ve ağrı tedavisinin gerçekleşmesinden sorumlu önemli ekip üyelerinden birisi hemşirelerdir (Kıyak ve Akdemir, 2008). Hemşirelerin bu süreçteki rolü; ağrıyı artıran ya da azaltan faktörleri, ağrının niteliklerini, ağrı yönetimini etkileyen unsurları bilerek hastanın ağrısının giderilmesine katkıda bulunmaktır (Çelik ve ark., 2018).

Farmakolojik tedavinin uygulanması, tedavi etkinliğinin gözlemlenmesi, ve hastanın bilgilendirilmesi hemşirenin sorumluluklarındandır. Hemşire non-farmakolojik ağrı tedavi yöntemleri ve rahatlatıcı teknikler için hastayı bilgilendirir, hastanın destek sistemlerini harekete geçirerek ağrı ile baş etmede yeterli desteğin sağlanmasına katkıda bulunabilir (Çöçelli ve ark., 2008; Özveren ve ark., 2016).

2.10. Fibromiyalji, Umutsuzluk ve Hemşirelik Bakımı

Umut; Türk Dil Kurumu tarafından yayımlanan Güncel Türkçe Sözlük'te "ummaktan doğan duygu, ümit" olarak tanımlanmakta olup, geleceğe yönelik olumlu beklentilere sahip olma duygusunu belirtir (TDK, 2019). Umudun karşıtı olan umutsuzluk ise; kişinin gelecekle ilgili olumsuz, kötümser bir tutum içinde olması ve geleceğe dair motivasyonunu kaybetmesidir (Bahar, 2008). Umutsuzluk; 1986 yılında Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği (North America Nursing Diagnosis Association- NANDA) tarafından bir hemşirelik tanısı olarak onaylanmış ve 'bireyin sınırlı ya da hiç alternatif göremediği veya kişisel seçenekler bulamadığı ve kendi yararı için enerji sarf edemediği bir durum olarak tanımlanmıştır. Amerikan Hemşireler Derneği (American Nurses Association- ANA) güçsüzlük ve çaresizlik ile birlikte umutsuzluğu da hemşirelik olgusu olarak belirlemiştir (ANA 1998).

Kronik hastalıklarda hastalık sürecinin bireylerde umutsuzluğa neden olduğu bilinmektedir (Bahar, 2008). Kronik hastalıklardan olan FM'de, ağrı, yorgunluk ve uykusuzluk gibi yaşamı etkileyen yıpratıcı semptomların sık yaşanması (Karadağ ve ark., 2018; Ericsson ve ark., 2016; Davis ve ark., 2018), aynı zamanda kişiyi günlük hayattan alıkoyarak iş gücü kaybına neden olması (Nazlıkul, 2014), gözle görünür bir deformasyon bulunmamasından ötürü aile, arkadaş ve sosyal çevre tarafından bireylerin sıkıntılarının önemsenmemesi (Wallace ve Wallace, 2002), tedavi sürecinin ise oldukça zor olması (Aşkın ve Özkan, 2017), bireylerde umutsuzluk duygusuna neden olabilmektedir.

Umutsuzluk, hastaların hayata bakış açısını, hastalık ve tedavi sürecine olan inanç ve uyum düzeylerini bozmaktadır (Başaran ve ark., 2016). Oysa hastalık yönetiminde umut önemlidir. Problemin farkında olarak hissedilen gerçekçi bir umut bireylerin var olan sorunları ile etkin baş edebilmesini sağlamaktadır (Bahar, 2008). Kronik hastalıklarda bireylerin umut düzeyleri yükseldikçe sağlık durumlarının

iyileştiği bildirilmektedir (Torun ve ark., 2007). Umut, bireyin içindeki motivasyonu cesaretlendiren önemli bir etkidir ve hastalık durumunda karamsarlık, çaresizlik duygularını önler. Geleceğe dönük ümit taşıma ve güven duygusu hastanın baş etmesine yardım eden en önemli faktörlerdendir (Bahar, 2008).

Hemşireler, umutsuzluk yaşayan bireylerin sorunları ile baş etmeleri için profesyonel yardımda bulunabilmelidir. Hemşirenin bu yaklaşım içinde olması, bireylerin problem çözme ve karar verme isteklerinin gelişmesine yardımcı olacaktır (Bahar, 2008; Arslantaş ve ark., 2010). Hemşire bakım vereceği hastanın, kişisel bilgilerini ve özelliklerini, hastanın içsel ve dışsal destek faktörlerini, baş etme mekanizmalarını nasıl ve ne kadarını kullanabileceğini belirlemeli ve girişimlerini ona göre planlamalıdır (Başaran ve ark., 2016). Umutsuzluğa neden olan faktörler belirlenerek, güven verici hasta hemşire iletişimi ile hastanın pozitif yönleri desteklenmelidir (Bahar, 2008).

2.11. Fibromiyalji, Sosyal Destek ve Hemşirelik Bakımı

Sosyal destek; sosyal çevreye uyum sağlamada, problemlerin üstesinden gelmede, sağlıklı psikolojiyi sürdürmede en temel faktördür (Güçlü ve ark., 2016). Fiziksel ve psikolojik sağlığı olumlu yönde etkileyen sosyal destek, psikososyal refahın sürdürülmesi ve iyileştirilmesini, saygınlık ve memnuniyetin artmasını ve stresle baş etme gibi olumlu duyguların gelişmesini sağlar (Özvurmaz, 2018). Yaşanan zorluklar aynı derecede yaşanmaya devam etse de bireylerin kendilerini daha güçlü, daha mutlu ve daha iyi hissetmesini sağlayarak daha kaliteli bir yaşam sürmelerine katkı verir (Aydiner- Boylu ve Günay, 2018).

Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığın getirdiği problemlerle baş etmesinde sosyal destek sisteminin varlığı önemli bir unsurdur. İnsanların umutsuzluklarının yanı sıra sosyal destek durumları da psikososyal iyilik hallerini yakından etkilemektedir. Sosyal destek, hastalara duygusal rahatlık vermekte, sorunları ile başa çıkma yolları sağlamakta ve günlük yaşamda ve kriz anında stresin olumsuz etkilerine karşı bireyleri korumaktadır (Dirik ve ark., 2011).

FM'de hastalık süreci ile oluşan kısıtlılıklar daha çok desteklenmeye, kabullenilmeye, anlaşılmaya olan ihtiyacı artırmaktadır (Pehlivan ve ark., 2018). FM'li bireylerde genel psikolojik sıkıntıların azaltılması ve hastalık sürecinin başarılı bir

şekilde yönetilebilmesinde etkili olan faktörlerden biriside sosyal destektir (Dirik ve ark., 2011).Yapılan çalışmalarda FM'li bireylerin yeterince sosyal destek alamadıkları ve yaşadıkları karşısında anlaşılmadıklarını hissettikleri belirlenmiştir. (Bernard ve ark., 2000, Schoofs ve ark., 2004). Kişiyi psikososyal yönüyle dikkate alan, sosyal destek içeren kapsamlı tedavi yaklaşımlarının FM'de yaşam kalitesine önemli katkısı olduğu bildirilmektedir (Huang ve ark., 2018). FM'li bireylerle yapılan çalışmalarda sosyal destek düzeyi arttıkça bireylerin daha az ağrı yaşadığı (Mesci ve ark., 2015), daha az depresif olduğu, psikolojik sıkıntıların azaldığı (Dirik ve ark., 2011) ve yaşam kalitelerinin pozitif yönde etkilendiği (Campos ve Vázquez, 2010) saptanmıştır. Hemşirelik bakım planında hasta için uygun baş etme yönteminin belirlenebilmesi ve desteklenebilmesi açısından, bireylerin sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi, etkileyen faktörlerinin değerlendirilmesi hastalık ve tedavi sürecinde önem taşımaktadır.

2.12. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi

FM'li bireylerin yaygın olarak yaşadığı ağrı problemi emosyonel durumlarını olumsuz etkilemekte, tükenmişlik ve umutsuzluğa neden olarak yaşam kalitesinin bozulmasını sağlayabilmektedir. Yaşam kalitesinin korunmasında ve artırılmasında bireyin desteklenmesinde, başarılı hastalık yönteminin sağlanmasında önemli sorumlulukları olan sağlık profesyonellerinden biri de hemşirelerdir. Hemşirelerin en genel amaç olarak bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek için; ağrının kontrol altına alınabilmesi, umudun desteklenmesi, bireylerin sosyal destek düzeylerinin değerlendirilip geliştirilmesi, fonksiyonların optimal seviyeye ulaştırılması gerekir (Kıyak ve Akdemir, 2008; Babadağ ve Balcı-Alparıslan, 2016; Özkan, 2017). Bu nedenle ağrı, umutsuzluk ve sosyal destek değişkenleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, bireylere yönelik bütüncül bakımın ve uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması, bakımın kalitesini artıracak önlemler alınması ve yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi açısından oldukça önemlidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma fibromiyalji hastalarında ağrı, umutsuzluk ve sosyal destek düzeylerini incelemek amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Sivas Numune Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR) servisi ve polikliniğinde yapılmıştır. Hastane Sivas ili Şehir merkezinde bulunmaktadır. FTR servisi hastanenin C blok 7. katında yer almakta olup, 28 yatak kapasitesine sahiptir. Klinikte 12 hemşire, 8 doktor ve 4 personel görev almaktadır. FTR polikliniği hastanenin C blok zemin katında bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Sivas Numune Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon kliniğine 1 Mayıs 2019 - 1 Kasım 2019 tarihleri arasında başvuru yapmış araştırmaya alınma kriterlerine uyan fibromiyalji tanılı hastalar oluşturmuştur. 1 Ocak 2018 - 1 Ocak 2019 tarihleri arasında kliniğe başvuran hasta sayısının tekrarlı başvurular alınmadığında 9600 olduğu tespit edilmiştir. 9600 kişinin olduğu FM'li bireyler evreni için örnekleme yapılmıştır. Çalışmada %27 oranında, 0.35 yanılma payında örneklem hacmi 220 olarak hesaplanmıştır. Hatalı ve eksik soru formu olabileceği ihtimaline karşın örnekleme 227 birey dahil edilmiştir.

Evreni oluşturan bireylerden; ACR 2010 tanı kriterlerine göre en az bir yıl önce FM tanısı alan, VAS skalasına göre ağrı puanı 1 ve üzeri olan, 18 yaş ve üzeri olan, görme ve işitme ile ilgili duyu kaybı olmayan, sözel iletişim kurabilen, psikiyatrik bir tanı almamış olan, soruları yanıtlayabilecek bilişsel yeterliliğe sahip olan, gönüllü olarak araştırmayı kabul eden bireyler araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Bu özelliklere uymayanlar, FM dışında kas iskelet sistemi hastalığı olanlar, inflamatuvar romatizmal hastalığı olan bireyler örneklem dışında tutulmuştur.

3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı Değişken: Araştırmanın bağımlı değişkenleri; ağrı, umutsuzluk ve sosyal destek düzeyidir.

Bağımsız Değişken: Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyodemografik özellikler, hastalık süresi, eşlik eden kronik hastalık gibi hastalık özellikleridir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Birey Tanıtım Formu (Ek 1), Vizüel Analog Skala (Ek 2), Beck Umutsuzluk Ölçeği (Ek 3) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek 4) kullanılmıştır.

3.5.1. Birey Tanıtım Formu

Örnekleme oluşturan FM'li bireylerin özelliklerine ilişkin bilgi elde edebilmek amacıyla literatüre dayalı olarak araştırmacı tarafından düzenlenen Birey Tanıtım Formu cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, sosyal güvence, hastalık süresi gibi bireysel değişkenleri içeren 13 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Vizüel Analog Skala (VAS)

Bireylerin ağrı şiddetini belirlemek amacıyla VAS kullanılmıştır. Bireylerin hissettikleri ağrıyı gösteren 10 cm'lik skala üzerinden işaretlemeleri istenir. 1'den 10'a kadar numaralandırılmış şekil üzerinde 1 en düşük ağrı, 10 ise en yüksek ağrı şiddetini temsil etmektedir. Alınan puanlara göre 0 ağrı yok, 1-4 hafif ağrı, 5-6 orta şiddetli ağrı, 7-10 şiddetli ağrı seviyesi olarak belirlenir.

3.5.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), Beck ve arkadaşları tarafından 1974 yılında umutsuzluk derecesini objektif olarak sayılarla belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte gelecek hakkındaki olumsuz beklentilerin ölçüsünü değerlendiren toplamda 20 soru bulunmaktadır. Sorulara evet/hayır şeklinde cevap verilmektedir. Maddelerin 11 tanesinde "Evet", 9 tanesinde "Hayır" seçeneği 1 puan almaktadır. Bunlardan 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20. sorulara verilen yanıt evet ise 1 puan; 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19. sorulara verilen cevaplar hayır ise 1 puan verilmektedir. Bunların aksi verilen cevaplarda ise "0" puan verilmektedir. Ölçek üç alt boyutta incelenmektedir; 1, 3, 7, 11, ve 18. maddeleri "Gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler" alt boyutunu, 2, 4, 9, 12, 14, 16, 17 ve 20. maddeleri "Motivasyon kaybı" alt boyutunu, 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19.

maddeleri ise “Umut” alt boyutunu oluşturmaktadır. Ölçekte en düşük puan 0, en yüksek puan 20 olup toplam puan umutsuzluk puanı olarak kabul edilmektedir. Alınan puanlara göre 0-3 puan arası minimal, 4-8 puan arası hafif, 9-14 puan arası orta, >15 puan şiddetli umutsuzluk seviyesi olarak belirlenir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ilk olarak Seber, Dilbaz, Kaptanoğlu ve Tekin tarafından 1993 yılında yapılmıştır. Daha sonra Durak ve Palabıyıköglü tarafından 1994 yılında tekrarlanmış, ölçeğin geçerliliğine, güvenilirliğine ve faktör yapısına ilişkin daha ayrıntılı bilgiler elde edilmiştir. Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı Seber ve arkadaşlarının çalışmasında 0.86; Durak ve Palabıyıköglü’nün çalışmasında ise 0.85’dir (Seber ve ark., 1993, Durak ve Palabıyıköglü, 1994). Bu çalışmada Cronbach Alpha katsayısı 0.81 olarak bulunmuştur.

3.5.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Amerika Birleşik Devletleri’nde Zimet ve ark. tarafından, 1988 yılında geliştirilmiştir. Ölçek; üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, kısa bir ölçektir. ÇBASDÖ, 12 maddeden oluşmaktadır. Her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Uygulayıcı katılmadığı cümleye en az 1, katıldığı cümleye de en fazla 7 puan verebilmektedir. Ölçek aynı zamanda, üç farklı alanda algılanan sosyal desteği ölçmektedir. Bunlar; aile, arkadaş ve özel bir insan alanlarına ait alt ölçeklerdir. Her bir alt ölçek dört soru ile değerlendirilmektedir. 1. 2. 5. ve 10. soru özel bir insan, 3. 4. 8. ve 11. soru aile, 6. 7. 9. ve 12. sorular da arkadaştan alınan sosyal desteği ölçmektedir. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe güvenilirliği ve yapı geçerliği, ilk olarak Eker ve ark.(1995) tarafından yapılmıştır. Gözden geçirilmiş formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yine Eker ve ark. (2001) tarafından üç örneklem üzerinde tekrar yapılmış, Cronbach alfa 0.80 ile 0.95 arasında bulunmuş, destek kaynaklarının tutarlılık gösterdiği ve ölçeklerin iç tutarlılığının kabul edilebilir olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada Cronbach Alpha katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur.

3.6. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması beş bireyle yapılmıştır. Ön uygulamada formların uygulanmasında yaşanabilecek problemler değerlendirilmiştir. Formlarda uygulamaya ilişkin bir problem olmadığı belirlenmiştir.

3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapılacağı hastane yönetiminden gerekli yazılı izin ve ilgili kurumdan etik onay alınmıştır. Araştırmanın kriterlerini sağlayan, araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Onam sonrası hastane ortamında fibromiyaljili hastaların tanıtıcı bilgileri yüz yüze görüşülerek ve klinik kayıtlar kullanılarak elde edilmiştir. Bireylere VAS, BUÖ, ÇBASDÖ araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek ayrı bir odada uygulanmıştır. Bireyler ile sadece bir görüşme yapılmıştır. Formların uygulanması ortalama 20-25 dakika sürmüştür.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında SPSS 22.0 (Statistical Package Programme for the Social Science) paket programında değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel ölçütlerin (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, min., max.) yanı sıra niceliksel normal dağılıma uyan boyutlarda ikili gruplarda; Bağımsız gruplarda t testi, normal dağılıma uymayan boyutlarda Mann Whitney U testi uygulanmıştır. İki'den fazla grup olduğunda normal dağılıma uyanlarda Tek Yönlü Varyans Analizi, grup içindeki farkın nerden kaynaklandığını bulmak için LSD Post Hoc testi, normal dağılıma uymayanlarda Kruskal Wallis testi, grup içindeki farkın nerden kaynaklandığını bulmak için Dunnett T3 Post Hoc testi kullanılmıştır. Ağrı, umutsuzluk ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Ağrı ve sosyal destek puanlarının umutsuzluk puanlarını yordama gücünü anlamak amacıyla lineer regresyon analizi uygulanmıştır. Modelde otokorelasyon olup olmadığını anlamak için Durbin-Watson (D-W) testine bakılmıştır. D-W değeri 1,552 olarak bulunmuş ve bulunan bu değer 2'ye yakın olduğu için otokorelasyon olmadığı söylenebilir. Çoklu bağlantı sorunu için ise tolerans değerlerine bakılmış ve tüm tolerans değerlerinin (1- R²)'den büyük olduğu görülmüştür.

Otokorelasyon ve çoklu bağlantı sorunlarının olmadığı bulunmuş ve regresyon analizi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak belirlenmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın ilgili kurumda yürütülebilmesi için araştırma öncesi Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 17.04.2019 tarihinde 2019-04/19 karar numaralı etik kurul izni (EK-5) ve araştırmanın yapılacağı hastane yönetiminden (EK-6) yazılı izin alınmıştır. Çalışmaya katılacak bireylere; araştırmanın amacı, bireysel verilerin gizli tutulacağı ve sadece bu araştırma için kullanılacağı, yalnızca çalışmayı kabul edenlerin alınacağı bilgisi verilmiştir. Gerekli açıklamalardan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır (EK-7).

4.BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan 227 FM’li bireyden elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular sunulmuştur.

Tablo 4.1. Fibromiyaljili Bireylerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri (n=227)

Sosyodemografik Özellikleri		n	%
Yaş ortalaması	$\bar{X} \pm SS: 47.48 \pm 11.75$		
Yaş	20-29 yaş	14	6.2
	30-39 yaş	47	20.7
	40-49 yaş	67	29.5
	50 yaş üzeri	99	43.6
Cinsiyet	Kadın	212	93.4
	Erkek	15	6.6
Medeni Durum	Evli	183	80.6
	Bekar	44	19.4
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	10	4.4
	İlkokul	111	48.9
	Ortaokul	49	21.6
	Lise ve üzeri	57	25.1
Yaşanılan yer	İl	195	85.9
	İlçe-köy	32	14.1
Meslek	Ev hanımı	184	81.1
	Memur	14	6.2
	İşçi	29	12.8
Gelir durumu	Gelir giderden az	61	26.9
	Gelir gidere eşit	166	73.1
Birlikte yaşanılan kişi	Eşiyle yaşayan	23	10.1
	Eş ve çocuklar	204	89.9
Sosyal güvence	Var	224	98.7
	Yok	3	1.3

FM’li bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1.’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde bireylerin yaş ortalamasının 47.48 ± 11.75 (Min:20, Max:76), % 43.6’sının 51 yaş üzeri, % 93.4’ünün kadın, % 80.6’sının evli, % 48.9’unun ilkokul mezunu, % 85.9’unun ilde yaşıyor, % 81.1’inin ev hanımı, % 73.1’inin geliri giderine eşit, % 89.9’unun eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşıyor, % 98.7’sinin sosyal güvencesinin var olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2. Fibromiyaljili Bireylerin Hastalık Özellikleri (n=227)

		n	%
Hastalık süresi	1-5 yıl arası	159	70.0
	6-10 yıl arası	68	30.0
Eşlik eden kronik hastalık durumu	Evet	47	20.7
	Hayır	180	79.3
Şu anki sağlığını algılama durumu	İyi	95	41.9
	Orta	86	37.9
	Kötü	46	20.3

Fibromiyaljili bireylerin hastalık özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.2.'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde bireylerin % 70'inin hastalık süresinin 1-5 yıl arası olduğu, % 79.3'ünün fibromiyalji hastalığına eşlik eden kronik bir hastalığı olmadığı, % 41.9'u şu anki sağlık algılama durumunu iyi olarak algıladığı görülmektedir.

Tablo 4.3. Bireylerin Semptom Yaşama Sıklığı

	Çok sık		Genellikle		Kısmen		Nadiren		Hiç	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vücutta Ağrı	102	44.9	109	48.0	16	7.0	0	0	0	0
Baş Ağrısı	113	49.8	64	28.2	40	17.6	9	4.0	1	0.4
Yorgunluk -Halsizlik	125	55.1	93	41.0	9	4.0	0	0	0	0
Sabah Tutukluğu	101	44.5	61	26.9	57	25.1	8	3.5	0	0
Uykusuzluk	54	23.8	43	18.9	89	39.2	36	15.9	5	2.2
İrritabl Bağırsak Sendromu	37	16.3	21	9.3	53	23.3	99	43.6	17	7.5
Sinirlilik ve Gergin Hissetme Durumu	65	28.6	32	14.1	94	41.4	34	15.0	2	0.9
Depresif Hissetme Durumu	48	21.1	35	15.4	95	41.9	46	20.3	3	1.3

Bireylerin Fibromiyalji’de görülen semptomları yaşama sıklığı tablo 4.3.’te verilmiştir. Tablo incelendiğinde; bireylerin % 44.9’unun vücut ağrısını, % 49.8’inin baş ağrısını, % 55.1’inin yorgunluğu, % 44.5’inin sabah tutukluğunu, % 23,8’inin uykusuzluğu, % 16.3’ünün iritabl bağırsak sendromunu, %28.6’sının sinirlilik ve gergin hissetme durumunu, % 21.1’inin depresif hissetme durumunu sık yaşadığı görülmektedir.

Tablo 4.4. Fibromiyaljili Bireylerin VAS, BUÖ ve ÇBASDÖ Toplam Puan ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

	n	Min	Max	$\bar{X} \pm SS$
VAS	227	4	10	6.91±1.11
BUÖ toplam	227	0	18	9.02±4.09
Beck Gelecek alt boyutu	227	0	5	2.13±1.39
Beck Motivasyon alt boyutu	227	0	8	5.11±2.19
Beck Umut alt boyutu	227	0	8	1.77±1.58
ÇBASDÖ toplam	227	12	84	40.95±18.97
Özel bir insandan algılanan sosyal destek	227	4	28	8.86±7.99
Aileden algılanan sosyal destek	227	4	28	20.41±6.93
Arkadaşlardan algılanan sosyal destek	227	4	28	11.69±8.94

VAS: Vizüel Analog Skala, **BUÖ:** Beck Umutsuzluk Ölçeği, **ÇBASDÖ:** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Bireylerin, ağrı, umutsuzluk ve sosyal destek puanlarına ilişkin puan ortalamaları Tablo 4.4.'de verilmiştir. Ağrı puan ortalaması 6.91±1.11 olarak, ağrı düzeyi orta şiddetli düzeyde belirlenmiştir. Umutsuzluk toplam puan ortalamasının 9.02±4.09 ve orta şiddetli düzeyde olduğu belirlenmiş olup, gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler alt boyutu puan ortalamasının 2.13±1.39, motivasyon alt boyutu puan ortalamasının 5.11±2.19, umut alt boyutu puan ortalamasının 1.77±1.58 olduğu ve en yüksek umutsuzluk puanının motivasyon alt boyutunda olduğu saptanmıştır. Sosyal destek toplam puan ortalamasının 40.95±18.97 olarak ortalama ölçek puanının altında olduğu belirlenmiş, özel bir insandan algılanan sosyal destek alt boyutu puan ortalamasının 8.86±7.99, aileden algılanan sosyal destek alt boyutu puan ortalamasının 20.41±6.93, arkadaşlardan algılanan sosyal destek puan ortalamasının 11.69±8.94 olduğu ve en yüksek sosyal destek alt boyutu puanının aileden algılanan sosyal destek puanı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.5. Fibromiyaljili bireylerin VAS ve BUÖ Puan Aralığı

VAS Puan Aralığı	n	%
Hafif Ağrı (1-4 puan)	3	1.3
Orta Şiddetli Ağrı (5-6)	76	33.5
Şiddetli Ağrı (7-10)	148	65.2
BUÖ Puan Aralığı		
Minimal umutsuzluk (0-3 puan)	18	7.9
Hafif umutsuzluk (4-8 puan)	86	37.9
Orta şiddetli umutsuzluk (9-14 puan)	96	42.3
Şiddetli umutsuzluk (15-20 puan)	27	11.9

VAS: Vizüel Analog Skala, **BUÖ:** Beck Umutsuzluk Ölçeği

Fibromiyaljili bireylerin ağrı ve umutsuzluk puan aralığı Tablo 4.5'te verilmiştir. VAS puan aralığına baktığımızda bireylerin %65.2'sinin şiddetli ağrı, %33.5'inin orta şiddetli ağrı, %1.3'ünün hafif ağrı yaşadığı görülmektedir. Tablodaki BUÖ puan aralığına göre bireylerin %11.9'unda şiddetli umutsuzluk, %42.9'unda orta şiddetli umutsuzluk, %37.9'unda hafif umutsuzluk, %7.9'unda minimal umutsuzluk olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.6. Fibromiyaljili Bireylerin Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre VAS, BUÖ ve ÇBASDÖ Puanları

		VAS	BUÖ	ÇBASDÖ
		X±S.s	X±S.s	X±S.s
Cinsiyet	Kadın	2.63±0.512	8.92±4.143	41.30±19.358
	Erkek	2.73±.458	10.47±3.021	36.00±11.464
	TEST	U=1318.500 p=0.251	U=1216.500 p=0.128	U=1373.500 p=0.378
Yaş	20-30 yaş	6.71±1.069	7.07±3.812	41.29±20.296
	31-40 yaş	6.36±1.169	7.40±3.090	46.36±18.133
	41-50 yaş	6.79±1.149	8.45±4.135	44.67±21.226
	51 yaş üzeri	7.28±.937	10.45±4.071	35.82±16.341
	TEST	KW=25.733 p=0.000	KW=23.398 p=0.000	KW=13.192 p=0.004
	Fark	4>2-3 3>2	4>1-2-3	2-3>4
Medeni Durum	Evli	2.61±.511	8.62±4.020	42.45±19.600
	Bekar	2.75±.488	10.70±3.998	34.70±14.669
	TEST	t=-1.668 p=0.100	t=-3.095 p=0.002	t=2.931 p=0.004
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	7.60±.699	11.60±5.400	29.40±12.695
	İlkokul	7.18±1.122	9.97±4.019	37.86±17.458
	Ortaokul	6.76±1.090	8.18±4.106	44.69±20.210
	Lise ve üzeri	6.40±.961	7.44±3.246	45.77±19.962
	TEST	KW=24.054 p=0.000	KW=20.147 p=0.000	KW=10.310 p=0.016
	Fark	1>2-3 2>3-4	1>2-3 2>3-4	3-4>1-2
Yaşanılan yer	İl	2.64±.513	8.71±4.043	42.36±19.199
	İlçe-köy	2.66±.483	10.94±3.918	32.34±15.060
	TEST	t=-0.210 p=0.834	t=-2.904 p=0.004	t=3.344 p=0.002
Meslek	Ev hanımı	6.98±1.094	9.29±4.136	39.80±18.642
	Memur	6.14±.864	5.21±2.607	55.21±22.807
	İşçi	6.83±1.227	9.17±3.526	41.38±16.738
	TEST	KW=8.501 p=0.014	KW=12.886 p=0.002	KW=5.573 p=0.062
	Fark	1>2	1-3>2	-
Gelir durumu	Gelir giderden az	2.67±.507	10.79±3.908	33.75±13.659
	Gelir gidere eşit	2.63±.510	8.37±3.975	43.60±19.967
	TEST	t=0.599 p=0.550	t=4.073 p=0.000	t=-4.212 p=0.000

Tablo 4.6 Fibromiyaljili bireylerin Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerinin VAS, BUÖ ve ÇBASDÖ Puanları ile Karşılaştırılması (devamı)

		VAS	BUÖ	ÇBASDÖ
		X±S.s	X±S.s	X±S.s
Birlikte yaşanılan kişi	Eşyle yaşayan	2.65±.487	11.22±3.704	33.35±17.416
	Eş ve çocuklar	2.64±.512	8.77±4.067	41.81±18.982
	TEST	U=2239.500 p=0.711	U=1558.000 p=0.008	U=1672.000 p=0.024
Sosyal güvence	Var	2.64±.509	9.02±4.112	41.04±19.075
	Yok	2.67±.577	9.33±2.517	34.00±2.646
	TEST	U=251.500 p=0.437	U=315.500 p=0.856	U=305.500 p=0.787
Hastalık süresi	1-5 yıl	6.75±1.083	8.42±3.891	43.46±19.152
	6-10 yıl	7.28±1.104	10.44±4.223	35.09±17.281
	TEST	t=-3.323 p=0.001	t=-3.502 p=0.001	t=3.234 p=0.002
Kronik hastalık	Var	7.00±1.083	9.60±4.552	38.04±18.791
	Yok	6.89±1.123	8.87±3.962	41.71±18.991
	TEST	t=0.608 p=0.544	t=1.080 p=0.281	t=-1.182 p=0.239
Kendine göre şu anki sağlığını algılama durumu	İyi	6.52±1.090	7.13±3.471	46.88±20.449
	Orta	7.01±1.023	9.40±3.724	38.76±18.633
	Kötü	7.54±1.005	12.24±3.778	32.80±11.222
	TEST	F=15.522 p=0.000	F=31.456 p=0.000	F=10.242 p=0.000
	Fark	2>1 3>1-2	2>1 3>1-2	1>2-3 2>3

p<0.05, KW= Kruskal Wallis testi, U= Mann-Whitney U testi, t= Bağımsız grup t testi, F= Varyans analizi

Fibromiyaljili bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre VAS, BUÖ ve ÇBASDÖ puanları Tablo 4.6’da verilmiştir.

Tablo incelendiğinde, bireylerin cinsiyetlerine göre VAS, BUÖ ve ÇBASDÖ puanları açısından aralarındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Bireylerin yaşlarına göre VAS, BUÖ ve ÇBASDÖ puanları açısından aralarındaki farklılıklara ait tüm KW değerleri $p<0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. 50 yaş ve üzerindeki bireylerin, diğer yaş grubundaki bireylere göre VAS ve BUÖ puanlarının daha yüksek, 50 yaş ve üzerindeki bireylerin diğer yaş grubundaki bireylere göre ÇBASDÖ toplam puanları daha düşük belirlenmiştir.

Bireylerin medeni durumlarına göre BUÖ ve ÇBASDÖ puanları açısından aralarındaki farklılıklara ait tüm t değerleri $p<0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Bekar bireylerin BUÖ puanlarının evli olanlara göre daha yüksek olduğu, evli bireylerin ÇBASDÖ puanlarının bekar olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bireylerin eğitim durumlarına göre, VAS, BUÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları açısından aralarındaki farklılıklara ait tüm KW değerleri $p<0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Okur-yazar olmayan bireylerin, diğer gruplardaki bireylere göre VAS ve BUÖ puanları daha yüksek, eğitimi ortaokul, lise ve üstü olan bireylerin okuryazar olmayan ve eğitimi ilkokul olan bireylere göre ÇBASDÖ puanları daha yüksek bulunmuştur.

Bireylerin yaşadıkları yere göre, BUÖ ve ÇBASDÖ puanları açısından aralarındaki farklılıklara ait tüm t değerleri $p<0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. İlçede yaşayan bireylerin BUÖ puanlarının ilde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu, ilde yaşayan bireylerin ÇBASDÖ puanlarının ilçede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bireylerin mesleklerine göre, VAS ve BUÖ puanları aralarındaki farklılıklara ait tüm KW değerleri $p<0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Ev hanımı olan bireylerin, memur olan bireylere göre VAS puanları daha yüksek, ev hanımı ve işçi olan bireylerin memur olan bireylere göre BUÖ puanları daha yüksek bulunmuştur.

Bireylerin gelir durumlarına göre BUÖ puanları, ÇBASDÖ puanları açısından aralarındaki farklılıklara ait tüm t değerleri $p<0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur.. Geliri giderinden az olan bireylerin BUÖ puanlarının geliri giderine denk olanlara göre daha yüksek olduğu, geliri giderine denk olan bireylerin ÇBASDÖ puanlarının geliri giderinden az olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bireylerin birlikte yaşadıkları kişilere göre BUÖ ve ÇBASDÖ puanları açısından aralarındaki farklılıklara ait tüm U değerleri $p<0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yalnız ve eşiyile birlikte yaşayan bireylerin BUÖ puanlarının eşi ve çocuklarıyla

yaşayanlara göre daha yüksek olduğu, eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan bireylerin ÇBASDÖ puanlarının yeşile yaşayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bireylerin sosyal güvence durumlarına göre VAS, BUÖ ve ÇBASDÖ puanları açısından aralarındaki farklara ait tüm U değerleri $p>0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur.

Bireylerin hastalık süresine göre VAS, BUÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları açısından aralarındaki farklara ait t değerleri $p<0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Hastalık süresi 6-10 yıl olan bireylerin hastalık süresi 1-5 yıl olan bireylere göre VAS, BUÖ puanlarının daha yüksek olduğu, hastalık süresi 1-5 yıl olan bireylerin hastalık süresi 6-10 yıl olan bireylere göre ÇBASDÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bireylerin hastalığa eşlik eden kronik hastalık olma durumlarına göre VAS, BUÖ, ÇBASDÖ puanları açısından aralarındaki farklara ait tüm t değerleri $p>0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur.

Bireylerin kendine göre şu anki sağlığını algılama durumuna göre, VAS, BUÖ, ÇBASDÖ puanları açısından aralarındaki farklara ait tüm KW değerleri $p<0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Kendine göre şu anki sağlığını orta olarak algılayan bireylerin, iyi algılayan bireylere göre, sağlığını kötü olarak algılayan bireylerin, iyi ve orta olarak algılayan bireylere göre VAS ve BUÖ puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun yanı sıra sağlığını iyi algılayan bireylerin kötü ve orta olarak algılayan bireylere göre; sağlığını orta olarak algılayan bireylerin ise sağlığını kötü olarak algılayan bireylere göre ÇBASDÖ algılama puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.7. VAS ile BUÖ ve ÇBASDÖ Puanları Arasındaki İlişki ile İlgili Korelasyon Değerleri

Değişkenler		1	2	3
VAS	r			
	p	-		
BUÖ	r	0.275*	-	
	p	0,000		
ÇBASDÖ	r	-0.177*	-0.735*	
	p	0.007	0.000	-

(*) p<0.001 düzeyinde önemli, **VAS:** Vizüel Analog Skala, **BUÖ:** Beck Umutsuzluk Ölçeği, **ÇBASDÖ:** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

VAS ile BUÖ ve ÇBASDÖ puanları arasında ilişki olup olmadığını anlamak amacıyla Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır (Tablo 4.7). Tablo korelasyon katsayılarına bakılarak incelendiğinde, VAS ile BUÖ, puanları arasındaki Korelasyon değerlerinin düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı olduğu ($r = 0.275$) bulunmuştur. Bunun yanısıra ÇBASDÖ ve VAS arasında düşük düzeyde ($r = -0.177$), ÇBASDÖ ve BUÖ arasında yüksek düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki ($r = -0.735$) bulunmuştur.

Sonuç olarak VAS puanları arttıkça BUÖ puanlarının da arttığı, ÇBASDÖ puanlarının da azaldığı söylenebilir. Ayrıca ÇBASDÖ puanları arttıkça BUÖ puanlarının azaldığı belirlenmiştir.

Tablo 4.8. VAS, ÇBASDÖ ve BUÖ Puanlarının Yordanmasına İlişkin Lineer Regresyon Analizi

Değişken	B	Standart Hata	Beta	t	p
Sabit	11,641	1.305		8.920	.000
VAS	0.511	0.169	0.139	3.022	0.003
ÇBASDÖ	-0.188	0.028	-0.871	-6.824	0.000
R=0.752 R ² =0.566					
F _(5, 221) =72.398 p=0.000					

VAS: Vizüel Analog Skala, **ÇBASDÖ:** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

VAS ve ÇBASDÖ puanlarının BUÖ puanını yordama gücünü anlamak amacıyla lineer regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 4.8). Tablo incelendiğinde, sosyal destek ve ağrı değişkenleri bireylerin umutsuzluk puanları ile anlamlı bir ilişki vermektedir ($R=0.752$, $R^2=0.566$, $p<0.05$). Sosyal destek ve ağrı değişkenleri umutsuzluğun varyansının % 57'sini açıklamaktadır. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde ağrının şiddetli olmasının umutsuzluğu artırdığı yönde, sosyal destek düzeyinin yüksek olmasının umutsuzluluğu azalttığı yönde yordadığı söylenebilir.



5.TARTIŞMA

Bu bölümde çalışma kapsamına alınan toplam 227 Fibromiyaljili bireyden elde edilen bulguların, aşağıdaki maddeler doğrultusunda literatür bilgileriyle karşılaştırılmalarına ve tartışmalarına yer verilmiştir.

- Fibromiyaljili Bireylerin VAS, BUÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması
- Fibromiyaljili Bireylerin Bazı Özellikleri ile VAS, BUÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması
- VAS, BUÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

5.1.Fibromiyaljili Bireylerin VAS, BUÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

5.1.1. Ağrı

FM, kronik yaygın kas-iskelet ağrısı ile karakterize olup yorgunluk, uyku problemleri, anksiyete ve depresyonun eşlik ettiği hastalıktır (Nazlıkul, 2019). Son zamanlarda sıklığı giderek artmakla birlikte FM; sosyal ve fiziksel hayatı kısıtlamakta, yaşam kalitesini önemli ölçüde olumsuz etkilemektedir (Dügeroğlu, 2018). Yaygın ağrı semptomu yaşam kalitesinin bozulmasındaki ana nedenlerden biridir (Karadağ ve ark., 2018). Yapılan çalışmalar FM'de ağrının en çok görülen semptom olduğunu göstermekte (Hayta ve ark. 2010; Lelebici ve ark. 2015), ayrıca yüksek ağrı şiddeti ile birlikte halsizlik-yorgunluk, huzursuzluk, tükenmişlik, sosyal izolasyon, anksiyete, depresyon gibi problemlerinde daha fazla olduğunu bildirmektedir (Bartley ve ark., 2018; Huang ve ark., 2018). Ağrı şiddetinin belirlenmesi; FM'li bireylerin değerlendirilmesi, hastalık şiddetinin saptanması ve semptomların kontrol altına alınması açısından önem taşımaktadır (Sezgin-Özcan ve ark., 2013; Dailey ve ark., 2016). Ağrı değişkenliği ve etkileyen süreçlerin daha iyi anlaşılması, ağrının kontrolünde hedefe yönelik tedavileri kolaylaştırabilmektedir (Bartley, 2018).

Bu çalışmada FM'li bireylerin ağrı düzeyi orta şiddetli (VAS 6.91±1.11) bulunmuştur. Benzer şekilde ülkemizde (Garip ve ark., 2015; Gündüz ve ark., 2019) ve

yurtdışında (Dailey ve ark., 2016; Merriwether ve ark., 2018) yapılan çalışmalarda ağrı düzeyinin orta şiddetli olduğu belirlenmiştir.

Bunun yanı sıra FM'li bireylerin ağrı düzeyinin çok şiddetli (Nazlıkul ve ark., 2019; Karadağ ve ark., 2018; Kesikburun ve ark., 2018; Sezgin-Özcan ve ark., 2013) olduğunu gösteren çalışmalarda bulunmaktadır. Bahsedilen çalışmalarla bu çalışma sonuçları arasındaki fark duygusal bilişsel ve duyuşsal bileşenleri içerebilen karmaşık bir sürecin son ürünü olan ağrının, bireysel ve kültürel özelliklerden etkilenmesi olabilir (Mystakidou ve ark., 2007).

Karadağ ve ark. (2018)'nin örneklemini incelendiğinde FM'li bireylerdeki yaş ortalamasının (53.04 ± 10.3) bu çalışmadaki FM'li bireylerin yaş ortalamasından (47.48 ± 11.75) yüksek olduğu görülmüştür. Nitekim yaşın ilerlemesi ile birlikte hassas noktaların artması, hissedilen ağrı şiddetini artırmaktadır. Bunun yanı sıra FM'de ağrının bireysel farklılıklardan ve psikolojik faktörlerden etkilendiği de bildirilmektedir (Dailey ve ark., 2016).

5.1.2. Umutsuzluk

Umut yaşama anlam katan, olmadığında psikolojik sorunlara yol açabilen, dinamik, çok boyutlu bir süreç ve temel insan tepkisidir. Bireyin içindeki motivasyonu cesaretlendiren önemli bir etkidir (Arslantaş ve ark., 2010). Ancak hastalıklar, bireyin denge ve uyumuna zarar vererek bireylerin geleceğe ilişkin umut ve beklentilerini etkileyebilmekte, umutsuzluk duygusunu yaşamalarına neden olabilmektedir (Doğan ve Kelleci, 2004). Kronik hastalıklar hastaların umutsuzluk düzeyini yükseltmektedir. Yapılan çalışmalar kronik hastalığı olan bireylerde umutsuzluğun arttığını göstermektedir (Başaran ve ark., 2016; Karakurt ve ark., 2018). Yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen bir kronik hastalık olan FM'de geçmek bilmeyen ağrılar, halsizlik, yorgunluk ve uykusuzluk durumunun kişiyi günlük yaşamdan alıkoymasını (Karadağ ve ark., 2018; Ericsson ve ark., 2016; Davis ve ark., 2018), tedavi sürecinin zorluğu (Arnold ve Clauw, 2017) gibi etkenler bireylerin umutsuzluk yaşamalarına neden olabilmektedir. Umutsuzluk; hastaların hayata bakışlarını, tedavi sürecine olan inançlarını ve uyumlarını etkilemesi ve birçok psikiyatrik bozukluğun temelini oluşturması bakımından önemlidir (Başaran ve ark., 2016).

FM'de psikiyatrik bozuklukların sağlıklı bireylere göre daha fazla olduğu bildirilmektedir (Gündüz ve ark., 2019). Buna karşın FM'li bireylerde umutsuzluk düzeyinin araştırılmadığı görülmektedir. FM'li bireylerde umutsuzluk düzeyinin değerlendirildiği ilk araştırma olan bu çalışmada bireylerin umutsuzluğun orta düzeyde (9.02 ± 4.09) olduğu bulunmuştur. BUÖ ölçeğindeki alt boyutlar incelendiğinde bireylerde en çok motivasyon boyutunun etkilendiği saptanmıştır. Literatürde FM'li bireyde umutsuzluk düzeyinin araştırıldığı başka bir çalışma olmadığı için sonuçlar başka çalışmalar ile karşılaştırılamamıştır. Benzer şekilde literatürde bazı kronik hastalıklarda; Başaran ve ark. (2016) hemodiyaliz hastalarında, Kılınç ve ark. (2016) kalp yetersizliği hastalarında, Karakurt ve ark. (2018) kalp hastalığı olanlarda, Korkmaz ve ark. (2019) kronik kalp yetmezliği hastalarında, Ravindran ve ark. (2019) kanser hastalarında orta düzeyde umutsuzluk yaşandığını bulmuşlardır. Nitekim kronik hastalıklarda hastalık ve tedavi süreci ile birlikte bireylerdeki umutsuzluk seviyesinin arttığı görülmektedir (Başaran, 2016).

Bunun yanısıra literatürde bu çalışma sonucuyla farklı olarak Akçay-Fırat ve Dedeli (2016) miyokart infarktüsü geçiren hastalarda, Mollaoğlu ve ark. (2016)'da hemodiyaliz hastalarında hafif şiddetli düzeyde umutsuzluk saptamışlardır. Çalışmaların farklı hastalıklarda yapılmasının yanı sıra örneklemi incelendiğinde bu çalışmadan farklı olarak söz konusu çalışmalarda örnekleminde erkek cinsiyetin daha fazla olduğu görülmektedir. FM'li bireylerin daha çok kadın cinsiyetteki bireylerden oluşması, kadınların erkeklere göre daha duygusal ve hassas olmalarının bu çalışma sonuçları arasındaki farkta etkili olduğu düşünülebilir. Nitekim kronik hastalığı nedeni ile aile içindeki rol ve sorumluluklarını yerine getiremeyen kadınların bir yandan sosyal yaşamları, diğer yandan psikolojik durumlarının etkilendiği bildirilmektedir (Bahar, 2008).

5.1.3. Sosyal Destek

Sosyal destek; bireylerin yaşamın zorlayıcı yönleriyle başa çıkmasında, stresin olumsuz etkilerine karşı direnç göstermesinde, sosyal çevreye uyum sağlamada ve sağlıklı psikolojiyi sürdürmede önemli bir faktördür (Güçlü ve ark., 2016). Fiziksel ve ruhsal sağlığı olumlu yönde etkilemektedir (Kaçan-Softa ve ark., 2016). Bunun yanı sıra kronik hastalığı olan bireylerin hastalığın getirdiği problemlerle baş etmesinde sosyal

destek sisteminin varlığı önemli bir etkidir (Güçlü ve ark., 2016). FM’de kişiyi psikososyal yönüyle dikkate alan, sosyal destek içeren kapsamlı tedavi yaklaşımlarının hastalık ve tedavi sürecine olumlu katkıları olduğu bilinmektedir (Huang ve ark., 2018).

Bu çalışmada ÇBASDÖ puan ortalaması 40.95 ± 18.97 olarak bulunmuş ve ortalamanın altında olduğu saptanmıştır. Gündüz ve ark. (2019) ’nın çalışmasında fibromiyaljili kadınlarda sosyal destek düzeyinin sağlıklı kadınlara göre daha düşük olduğu (FM: 33.6 ± 13.2 , Sağlıklı: 43.4 ± 11.6) bulunmuştur. Başka bir çalışmada da FM’li bireylerin sosyal destek düzeylerinin ortalama değerin altında (44.37 ± 17.30) olduğu saptanmıştır (Dirik ve ark., 2011). Nitekim FM’li bireylerin yaşadıkları semptomlar, günlük yaşamları sınırlar, sosyal aktivitelerini kısıtlar. Aynı zamanda kronik ağrı ve eşlik eden psikiyatrik bozukluklar, bireylerin çevresindeki yakınlarıyla emosyonel iletişim ve etkileşimlerini kurma ve sürdürme yeteneklerini etkiler. Bu durumun sosyal izolasyonun artmasına ve sosyal destek algısının azalmasına neden olduğu belirtilmektedir (Gündüz ve ark., 2018).

5.2. Fibromiyaljili Bireylerin Bazı Özellikleri ile VAS, BUÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

5.2.1. Fibromiyaljili Bireylerin Bazı Özellikleri ile VAS Ortalamalarının Tartışılması

Bu çalışmada 50 yaş ve üzeri bireylerin diğer yaş grubundaki bireylere göre ağrı şiddetlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Literatürde; Gürer ve ark. (2006) yaşın ilerlemesi ile birlikte FM’li bireylerde hassas nokta sayısı ve bu noktalarda hissedilen ağrı derecesinin arttığını belirlemiştir. Przekop ve ark. (2010)’da FM’de ileri yaş ile ağrı şiddetinin ilişkili olduğunu bulmuştur.

Çalışmada eğitim durumu düşük olan hastaların ağrı şiddetinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde Demirbağ ve ark. (2018) FM’li bireylerle yaptıkları çalışmalarında eğitim durumu yüksek olan hastalarda ağrı şiddetinin daha düşük olduğunu saptamıştır. Yine Przekop ve ark. (2010)’da FM’de düşük eğitim düzeyiyle ağrı şiddetini negatif ilişkili bulmuştur.

Ayrıca çalışmada hastalık süresi 6-10 yıl arasında olan bireylerin hastalık süresi 1-5 yıl arasında olan bireylere göre VAS puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Benzer şekilde Sönmez ve ark. (2015) kadın fibromiyalji hastalarında yaptıkları çalışmada ağrı puanı ve hastalık süresi arasında pozitif ilişki saptamıştır.

5.2.2. Fibromiyaljili Bireylerin Bazı Özellikleri ile BUÖ Ortalamalarının Tartışılması

Umutsuzluk ve bazı değişkenler arasındaki bulgular incelendiğinde, bu çalışmada 50 yaş ve üzeri hasta grubunun BUÖ puan ortalamasının diğer yaş grubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu ve bu farklılığın anlamlı olduğu görülmektedir. Literatürde farklı örneklem gruplarında kronik hastalıklarda (Bayramova, 2004; Başaran ve ark., 2016; Karakurt ve ark., 2018) hastanede yatanlarda (Arslantaş ve ark., 2010), ebeveynlerde (Özyazıcıoğlu ve Tüfekçi, 2009), infertil bireylerde (Kargın ve Ünal, 2011) umutsuzluğun araştırıldığı çalışmalarda yaş ile birlikte umutsuzluk düzeyinin arttığı saptanmıştır. İlerleyen yaş ile birlikte umutsuzluk düzeyinin artmasında; yaşanan fiziksel yetersizlikler, ağrı, yorgunluk gibi kronik hastalık semptomlarının artması, hastalığa ve tedavi sürecine uyumun azalması gibi etmenlerin etkili olduğu belirtilmektedir (Başaran ve ark., 2016). Öte yandan üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada yaş ile umutsuzluk arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmadığı bildirilmiştir. (Uz-Baş ve Kabasakal, 2013).

Bu çalışmada bekar bireylerde umutsuzluk puanının evli olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde literatürde Bahar (2008) ve Kılınç ve ark. (2016) çalışmalarında da bekar olan hastaların umutsuzluk düzeyinin yüksek olduğu bulmuşlardır. Bekar hastaların sorunlarıyla tek başlarına mücadele etmek zorunda olmaları ve eş/partner desteğinin olmamasının bu sonuçta etkili olduğu belirtilmektedir (Bahar, 2008). Bu çalışmadan farklı olarak Şahin ve ark. (2013) kanser hastaları ile yaptığı çalışmada evli bireylerdeki umutsuzluk oranını yüksek bulmuştur. Literatürdeki bazı çalışmalarda ise medeni durum ile umutsuzluk arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir (Özer ve ark., 2009; Biçer ve Bayat, 2012; Başaran ve ark., 2016).

Eğitim durumu ile BUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bir fark bulunmuş, eğitim durumu seviyesi yükseldikçe umutsuzluğun azaldığı saptanmıştır. Benzer şekilde olan bazı çalışma bulguları ile bu araştırmanın bulguları uyumlu sonuçlar göstermektedir (Bahar, 2008; Özer ve ark., 2009; Başaran ve ark.,

2016; Sürücü ve ark., 2017; Karakurt ve ark., 2018). Bu sonuçta; eğitim düzeyinin yükselmesiyle birlikte kişilerin araştırıcı ve sorgulayıcı tutumlarının artması, daha verimli ve üretken olmaları ile geleceğe yönelik umutlarının daha fazla olduğunu düşündürmektedir (Başaran ve ark., 2016). Eğitim düzeyi düşük olan bireylerinde sosyal statüleri, rolleri ve ekonomik koşulların yetersizlikleri nedeniyle umutsuzluklarının daha yüksek olabileceği belirtilmektedir (Bahar, 2008).

Bireylerin yaşadıkları yer ile umutsuzluk puanları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. İl merkezinde yaşayan bireylerin umutsuzluk puanlarının ilçe/köyde yaşayan bireylere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. İl merkezinde yaşam standartları, sosyal imkânların fazla olması, sağlık kaynaklarına ulaşımın kolay olması gibi faktörlerin bu sonuçta etkili olduğu düşünülebilir. Benzer şekilde kanserli hastalarda umutsuzluğun incelendiği bir çalışmada köyde yaşayan hastaların umutsuzluk puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur (Pehlivan ve ark., 2012). Bu çalışmanın sonucundan farklı olarak kronik hastalığı olan bireylerle yapılan bir çalışmada yaşanan yerleşim yerinin umutsuzluk puanı üzerinde etkili olmadığı bildirilmiştir (Güneş ve Öner, 2009).

Gelir düzeyi umutsuzluğu etkileyen önemli bir faktördür (Karakurt ve ark., 2018) Çalışmada geliri düşük olan bireylerin geliri yüksek olanlara göre umutsuzluk düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde hastanede yatan hastalarla (Arslantaş ve ark., 2010), infertil kadınlarla (Keskin ve Gümüş, 2014) ve kalp yetmezliği hastalarıyla (Karakurt ve ark., 2018) yapılan bir çalışmalarda da benzer sonuç bulunmuştur. Gelir durumunun iyi olmasıyla ekonomik sıkıntıların daha az olması, yaşam ve sosyal standartlarının daha iyi olmasının, tedavi ve sağlık hizmetlerine daha rahat ulaşabilmelerini bu sonuçta etkili olabileceği düşünülmektedir.

Ayrıca bu çalışmada hastalık süresi 6-10 yıl olan bireylerin hastalık süresi 1-5 yıl olan bireylere göre BUÖ puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Şahin ve ark. (2013)' nın kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada da benzer şekilde hastalık süresi uzadıkça umutsuzluk puanının arttığı saptanmıştır. Bu sonuca göre hastalık süresinin uzamasının bireylerde iyileşmeye olan inancı azaltarak, umutsuzluğa neden olduğu düşünülebilir.

5.2.3. Fibromiyaljili Bireylerin Bazı Özellikleri ile ÇBASDÖ Ortalamalarının Tartışılması

Çalışmada bireylerin sosyodemografik özellikleri ile ÇBASDÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; 50 yaş ve üzeri yaş grubunda sosyal destek puanının azaldığı saptanmıştır. Benzer şekilde Yağmur ve Oltuluoğlu (2012), Özkaraman ve Culha (2015), Softa ve ark. (2016), Yıldırım ve Işık (2017) çalışmalarında, yaş arttıkça sosyal destek puanının azaldığını belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada yaş ile sosyal destek arasında ilişki bulunmamıştır (Stein ve Bruce 2015). Yaş ile birlikte bireyin bağımlı hale gelmesi sosyal ilişkilerinin zayıflaması ve yalnız kalmalarının sosyal destek düzeylerini olumsuz yönde etkilediği düşünülebilir.

Medeni durum ve sosyal destek ilişkisi incelendiğinde evli olan bireylerin bekar bireylere göre sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde meme kanseri olan hastalar (Thompson ve ark., 2017) ve zihinsel engelli çocuğu olan aileler (Deveci ve Ahmetoğlu, 2018) ile yapılan çalışmalarda evli olanların sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Evli olan bireylerin eş desteğinin bu sonuçta etkili olduğu düşünülebilir. Waieland ve Baker (2010), çalışmalarında eş desteğinin, sosyal destek açısından etkili olduğunu bildirmiştir.

Eğitimin sosyal desteği etkileyen bir faktör olduğu yapılan çalışmalarda bulunmuştur (Yağmur ve Oltuluoğlu, 2012; Özkaraman ve Culha, 2015; Stein ve Bruce, 2015; Softa ve ark., 2016; Yıldırım ve Işık, 2017). Bu çalışmada da literatürdeki bahsedilen çalışmalara benzer sonuç olarak eğitim durumu ile sosyal destek arasında anlamlı ilişki bulunmuş, eğitim seviyesi arttıkça sosyal destek puanlarının arttığı belirlenmiştir. Eğitim seviyesinin artmasıyla bilgi ve destek sağlayacak kaynaklara ulaşmanın, bilinçlenmenin, sağlık ve sosyal imkânların öğrenilmesinin artmasının bu sonuca neden olduğu düşünülebilir. Öte yandan bir çalışmada ise eğitim durumu ile sosyal destek puanları arasında ilişki olmadığı bulunmuştur (Pehlivan ve ark., 2018).

Çalışmada bireylerin yaşadıkları yere göre algıladıkları sosyal destek puanı arasında ilişki olduğu bulunmuş, il merkezinde yaşayan bireylerin ilçe/köyde yaşayan bireylere göre sosyal destek algılarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sarı ve ark. (2011) hastanede yatan hastalarla yaptıkları bir çalışmada ilde yaşayanların algıladıkları sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Benzer şekilde kronik

hastalığı olan bireylerin aileden algıladıkları sosyal destek düzeylerini inceleyen bir çalışmada il merkezinde yaşayan hastaların sosyal destek algılarını yüksek olduğu belirlenmiştir (Güneş ve Öner, 2009). Başka bir çalışmada ise bireylerin yaşadıkları yere göre algıladıkları sosyal destek puanları arasında ilişki bulunamadığı belirtilmiştir (Dayapoğlu ve Tan, 2009).

Bu çalışmada gelir durumu iyi olan bireylerin, geliri giderinden az olanlara göre sosyal destek puanlarının daha iyi olduğu saptanmıştır. Bu sonucun literatürde farklı kronik hastalıklarda konuyla ilgili farklı örneklem gruplarında yapılan benzer çalışmalarla da uyumlu olduğu belirlenmiştir (Altıparmak, 2009; Arslantaş ve ark., 2010; Agostini ve ark., 2015; Kaçan-Softa ve ark., 2016; Deveci ve Ahmetoğlu, 2018). Gelir durumu iyi olanların ekonomik sorunlara yol açan stresörlere daha az maruz kalması ve gelir durumunun iyi olmasının sosyal ve sağlık imkânların artmasına olanak sağlaması ile ilgisi olduğu belirtilmektedir (Arslantaş ve ark., 2010).

Ayrıca bu çalışmada hastalık süresi 6-10 yıl olan bireylerin, hastalık süresi 1-5 yıl olan bireylere göre sosyal destek puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuçta hastalık süresinin artmasıyla algılanan sosyal desteğin azaldığı görülmektedir. Literatürde de benzer bir şekilde yapılan bir çalışmada hastalık süresi ile algılanan sosyal destek puanının negatif ilişkili olduğu bildirilmiştir (Arslantaş ve ark., 2010).

5.3. VAS, BUÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışmadan elde edilen sonuca göre FM'li bireylerin ağrı şiddeti ile umutsuzluk düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuç FM'li bireylerde ağrı şiddeti ile birlikte umutsuzluk düzeyinin de arttığını göstermektedir. Bartley ve ark. (2018) benzer olarak ağrının depresif ruh hali ve anksiyete durumu ile de ilişkili olduğu emosyonel durumu negatif etkilediğini saptamıştır. Huang ve ark. (2018) daha şiddetli ağrı bildiren FM hastalarının fiziksel ve zihinsel yaşam kalitelerinin daha kötü olduğunu bildirmiştir. Sonuç olarak ağrı ile birlikte günlük aktivitelerin azalması; yetersizlik duygularının artmasına sosyal izolasyona, özgüveninin azalmasına, kaygı, depresyon ve birçok psikolojik sıkıntılara neden olmaktadır. Yaşanan psikolojik sorunlar olumsuz düşüncelerin ve her şeyin kötüye gideceği inancının gelişmesine neden olurken bireylerde umutsuzluk duygusunu geliştirmektedir. (Genç, 2015).

Ayrıca bu çalışma sonucunda FM'li bireylerin ağrı şiddeti ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasında ters yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu sonuç doğrultusunda bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri azaldıkça ağrı şiddetlerinin arttığı görülmektedir. Gündüz ve ark. (2018)'da FM'li Türk kadınlarda yaptığı çalışmada algılanan sosyal desteğin azalmasının, artan ağrı ile ilişkisi olduğunu bulmuştur. Benzer şekilde Freitas ve ark. (2017) Brezilyalı fibromiyaljili kadınlarda yaptığı çalışmada sosyal desteğin semptomlara etkisini incelemiş, sosyal destek düzeyi düşük olanların daha yoğun ağrı yaşadığını bulmuştur. Nitekim sosyal destek, ağrı şiddetinin azalması ve ağrı ile baş etmede olumlu etkilere sahiptir (Gündüz ve ark., 2018). Öte yandan bu sonuç, hemşirelerin ağrıyla baş etmede sosyal destek algısını artırıcı girişimleri değerlendirmesi, bakımında kullanması gerektiğini göstermesi bakımından önemlidir.

Çalışmadan elde edilen bir diğer sonuçta; bireylerin umutsuzluk puanları ile algılanan sosyal destek puanları arasında ters yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Sonuca göre algılanan sosyal destek puanları arttıkça, umutsuzluk puanlarının azaldığı görülmektedir. Literatürde benzer şekilde Dirik ve ark. (2011) FM'li bireylerle yaptıkları çalışmada hastaların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin artıkça daha düşük düzeyde psikolojik sıkıntılar yaşadıklarını saptamıştır. Benzer şekilde; Pehlivan ve ark. (2012) çalışmalarında kanserli Türk hastalarında umutsuzluk, yalnızlık ve aileden algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi incelemiş algılanan sosyal destek düzeylerinin yüksek olduğu durumlarda; kanser hastalarının umutsuzluk düzeylerinin daha az olduğunu saptamıştır. Öztunç ve ark. (2013) meme kanserli hastalarda sosyal destek ve umutsuzluk ilişkisini incelemiş ve meme kanserli hastaların umutsuzluğunun sosyal desteklerinin artmasıyla azaldığını bulmuştur. Tan ve ark. (2005) ise hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkiyi değerlendirmiş, diyaliz hastalarının en fazla ailelerinden sosyal destek aldıklarını ve aileden algılanan sosyal destek puanının artması ile umutsuzluk puanının azaldığını tespit etmişlerdir. Tham ve ark. (2019)'da çalışmalarında sosyal desteğin artmasıyla umutsuzluğun azaldığını saptamıştır. Nitekim sosyal destek, kronik hastalığı olan hastalar için iyi bir baş etme kaynağıdır (Gündüz ve ark., 2018).

Bu çalışmadan elde edilen bulgular, FM'de hastalık süreçlerini etkileyen ağrı, umutsuzluk duygusu ve algılanan sosyal destek sistemleri arasında önemli ilişkiler

olduğunu göstermektedir. Sosyal desteğin, FM’li bireylerde zihinsel ve fiziksel sağlığa katkıda bulunduğu bilinmektedir (Freitas ve ark., 2017).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Fibromiyaljili bireylerde ağrı, umutsuzluk ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

1. Bu çalışmada FM'li bireylerin VAS puanı 6.91 ± 1.11 olarak belirlenmiş olup orta şiddetli ağrı yaşadıkları bulunmuştur (**Tablo 4.4**).
2. Bu çalışmada bireylerin BUÖ toplam puanı 9.02 ± 4.09 olarak bulunmuş, orta şiddetli düzeyde umutsuzluk yaşadıkları belirlenmiştir. BUÖ alt boyutlarından; gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler alt boyutu puan ortalaması 2.13 ± 1.39 , motivasyon alt boyutu puan ortalaması 5.11 ± 2.19 , umut alt boyutu puan ortalaması 1.77 ± 1.58 olarak bulunmuştur (**Tablo 4.4**).
3. Bu çalışmada bireylerin ÇBASDÖ toplam puanı 40.95 ± 18.97 olarak ölçek puan ortalamasının altında bulunmuş ve sosyal destek algılarının düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. ÇBASDÖ alt boyutlarından; özel bir insandan algılanan sosyal destek alt boyutu puan ortalaması 8.86 ± 7.99 , aileden algılanan sosyal destek alt boyutu puan ortalaması 20.41 ± 6.93 , arkadaşlardan algılanan sosyal destek puan ortalamasının 11.69 ± 8.94 olarak belirlenmiştir (**Tablo 4.4**).
4. Bu çalışmada FM'li bireylerin sosyodemografik özelliklerinden; yaş, eğitim durumu, meslek, hastalık süresi, sağlık algılama durumu ile VAS puanı arasında, yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan yer, gelir düzeyi birlikte yaşanılan kişiler, hastalık süresi ve sağlık algılama durumu ile BUÖ ve ÇBASDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$) (**Tablo 4.6**).
5. Bu çalışmada fibromiyaljili bireylerin ağrı ve umutsuzluk puanları arasında pozitif yönde, ağrı ve sosyal destek puanları arasında negatif yönde, umutsuzluk ve sosyal destek puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p < 0.001$) (**Tablo 4.7**).
6. Bu çalışmada FM'li bireylerde ağrı ve sosyal destek değişkenlerinin umutsuzluk puanları ile anlamlı bir ilişki verdiği ($R=0.752$, $R^2=0.566$,

$p<0.05$), ağrı ve sosyal desteğin umutsuzluk üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu tespit edilmiştir ($F_{(5, 221)} = 72,398$ $p=0,000$) (**Tablo 4.8**).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- FM’li bireylerde tedavi sürecinin etkinliği için; ağrı, umutsuzluk ve sosyal destek düzeylerinin düzenli olarak değerlendirilmesi,
- FM’nin başarılı yönetilebilmesi için ağrı, umutsuzluk ve sosyal destekte azalma gibi sorunların çözümünde, bu sorunlar arasındaki ilişki düşünülerek gerekli girişimlerinin planlanması, uygulanması değerlendirilmesi,
- Hemşireler arasında konuyla ilgili farkındalık oluşturulması, bu konuda hizmet içi eğitim, seminer, konferans gibi bilinçlendirme çalışmalarının yapılması,
- FM’li bireylerin yaşadıkları ağrı, umutsuzluk ve sosyal destekte azalma gibi sorunlarla baş etmeleri için danışmanlık ve rehberlik hizmeti verilmesi,
- Hemşirelerin FM’li bireylerde ağrı, umutsuzluk ve sosyal destek düzeylerini incelenmesi için daha geniş örneklerle ve izlem çalışmalarının planlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Ablin, J., Neumann, L., Buskila, D. (2008). Pathogenesis of fibromyalgia-A review. *Joint Bone Spine* 75(3):273-279 DOI: 10.1016 / j.jbspin.2007.09.010
- Adıgüzel,O., Kaptanoğlu, E., Tutgut, B., Nacitarhan, V. (2004). The possible effect of clinical recovery on regional cerebral blood flow deficits in fibromyalgia: a prospective study with semiquantitative SPECT. *South Med J* 2004;97(7):651-655
- Agostini, F, Neri E, Salvatori P, et al. (2015). Antenatal Depressive Symptoms Associated with Specific Life Events and Sources of Social Support Among Italian Women. *Maternal And Child Health Journal* 2015;19(5): 1131-41.
- Akçay-Firat, F., Dedeli, Ö. (2016). Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Umutsuzluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2016;7(14):153-161. doi: 10.5543/khd.2016.7279
- Akdemir, N., Akyar, İ., Görgülü, Ü. (2010). Dünyada ve Ülkemizde Romatoloji ve Romatoloji Hemşireliği. *Turkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2010;2(1):48-56
- Altıparmak, S. (2009). Huzurevinde yaşayan bireylerin yaşam doyumu sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *F.Ü. Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 23(3): 159-164.
- American Nurses Association (ANA). Ame-rican Nurses Association: Standards of Clinical Nursing Practice, 2 nd ed. Washington, DC. American Nurses Publishing;1998.
- Andersen I.C., Thomsen T.G., Bruun P., Bødtger U., Hounsgaard L. (2018). Between hope and hopelessness: COPD patients' and their family members' experiences of interacting with healthcare providers – a qualitative longitudinal study. *Scand J Caring Sci*; 2018; 32; 1197–1206. doi: 10.1111/scs.12565
- Anderson RJ, McCrae CS, Staud R, Berry RB, Robinson ME. Predictors of clinical pain in fibromyalgia: examining the role of sleep. *J Pain*. 2012;13:350–8. doi: 10.1016/j.jpain.2011.12.009.
- Argoff, CE.(2010). Fibromyalgia: Overview of etiology, pathophysiology, treatment, and management. *Pain Medicine News* 2010; 46-50

- Arnold, LM., Clauw, DJ. (2017). Challenges of implementing fibromyalgia treatment guidelines in current clinical practice. *Postgrad Med.* 2017 Sep;129(7):709-714. doi: 10.1080/00325481.2017.1336417.
- Arslantaş, H., Adana, F., Kaya, F., Turan, D. (2010). Yatan Hastalarda Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyi ve Bunları Etkileyen Faktörler. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* (2010) Cilt 18 - Sayı 2: 87-97
- Aşkın, A., Özkan, A. (2017). Fibromiyaljide Farmakolojik Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi.* 26(1):124-141. doi:10.17827/aktd.280530
- Atalay, SG. (2018). The Association of IGF Patients with Fibromyalgia Syndrome. *Ankara Med J*, 2018;(3):410 -1 with Clinical DOI: 10.17098/amj.448386 -8 DOI:
- Ataoğlu, S., Ankaralı, H., Ataoğlu, A., Ankaralı, S., Ataoğlu, B., Ölmez B.(2018). Fibromiyalji Hastalarında Travmatik Yaşantıların Hastalığa Etkisi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 10(2):134-143
- Avşar, G., Koç, F., Aslan, G. (2016). Madde Bağımlısı Hastalarda Sosyal Destek ve Benlik Saygısı. *ACU Sağlık Bil Derg* 2016(1):44-49.
- Ay, S. (2015). Fibromiyalji Sendromunun Patogenezi. *Türkiye Klinikleri J PM&R Special Topics* 2015;8(3)
- Aydiner-Boylu, A., Günay, G. (2018). Yaşlı Bireylerde Algılanan Sosyal Desteğin Yaşam Doyumu Üzerine Etkisi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi.* 7(2); 1351-1363
- Babadağ, B. ve Alparslan Balcı, G.(2016). Fibromiyalji ve D vitamini İlişkisi: Hemşirelik Bakımı. *HSP*, 3(3): 226-233
- Bahar, A. (2008). Kronik Hastalıklarda Umutsuzluk Düzeyinin Belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi.* Ocak-Nisan 2008 sayfa 38-43
- Balbaloğlu, Ö. (2018). Fibromiyalji ve Uyku Bozukluğu. *Bozok Tıp Derg* 2018;8(Uyku Hastalıkları Özel Sayısı):96-99
- Bartley, E., Robinson, M., Staud, R. (2018). Pain and Fatigue Variability Patterns Distinguish Subgroups of Fibromyalgia Patients. *The Journal of Pain.* Vol 19, No 4 (April): pp 372-381

- Başaran, D., Şahin, Ö., Kaban, F., Ecdar, T. (2016). Hemodiyaliz Hastalarının Umutsuzluk Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2016 (1)
- Bayramova,N., Karadakovan, A. (2004). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Umutsuzluk Durumlarının İncelenmesi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt: 7, Sayı: 2
- Bellato E, Marini E, Castoldi F, et al. (2012). Fibromyalgia syndrome: etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Pain Research and Treatment* 2012;2012:426130. doi: 10.1155 / 2012/426130
- Bennett R, Friend R, Marcus D, Bernstein C, Han BK, Yachoui R, Deodhar A, Kaell A, Bonafede P, Chino A, Jones KD. Criteria for the Diagnosis of Fibromyalgia: Validation of the Modified 2010 Preliminary ACR Criteria and the Development of Alternative Criteria. *Arthritis Care & Research*. 2014;10:1002.
- Bennett RM, Jones J, Turk DC, Russell IJ, Matallana L. An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. *BMC Musculoskelet Disord*. 2007;8:27.
- Bennett RM. Clinical manifestations and diagnosis of fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am*. 2009;35(2):215-232.
- Bernard, A. L., Prince, A., ve Edsall, P. (2000). Quality of life issues for fibromyalgia patients. *Arthritis Care and Research*, 13(1), 42–50.
- Biçer. S., Bayat. M., (2012). Diyaliz tedavisi alan bireylerin umut-umutsuzluk ve sosyal destek düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2012; 7:19.
- Bradley LA. Pathophysiology of fibromyalgia. *Am J Med*. 2009;122(12 Suppl):S22-30.
- Buskila D, Atzeni F, Sarzi-Puttini P. Etiology of fibromyalgia: the possible role of infection and vaccination. *Autoimmun Rev*. 2008;8(1):41-43.
- Buskila D, Neumann L. Fibromyalgia syndrome (FM) and nonarticular tenderness in relatives of patients with FM. *J Rheumatol*. 1997;24(5):941-944.
- Buskila,D. (2009). Developments in the scientific and clinical understanding of fibromyalgia. *Arthritis Res Ther*. 2009;11(5):242. doi: 10.1186/ar2720.

- Campos R.P., Vázquez M. I. R. (2010). Health-related quality of life in women with fibromyalgia: clinical and psychological factors associated. *Clinical Rheumatology*. DOI 10.1007/s10067-011-1870-7
- Cerón Lorente, L., García Ríos, MC., Navarro Ledesma, S., Tapia Haro, RM., Casas Barragán, A., Correa-Rodríguez, M., Aguilar Ferrándiz, ME. (2019). Functional Status and Body Mass Index in Postmenopausal Women with Fibromyalgia: A Case-control Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Nov 16;16(22). doi: 10.3390/ijerph16224540
- Clauw, DJ. (2014). Fibromyalgia: a clinical review. *JAWA* 2014;311(15):1547-1555
- Cüzdan-Çoşkun, N. (2015). Fibromiyalji Sendromunda Klinik Tanı Ayırıcı Tanı. *Türkiye Klinikleri J PM&R Special Topics* 2015;8(3)
- Çakır, T. (2015). Fibromiyalji Sendromunda Tanı Kriterleri. *Türkiye Klinikleri J PM&R Special Topics* 2015;8(3):22-27
- Çakırbay, H., Cebi, A., Cebi, E., M. Karkucak, M., Capkin, E. (2006). Türk Kadınlarda Fibromiyalji Risk Faktörleri. *Ağrı Kliniği Cilt 18, 2006 - Sayı 3*. <https://doi.org/10.1163/156856906778026211>
- Çelik, S. , Baş BK., Korkmaz, ZN., Karaşahin,H., Yıldırım, S. (2018). Hemşirelerin Ağrı Yönetimi Hakkındaki Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi, Cilt 14, Sayı 1, 2018*. DOI: 10.5350/BTDMJB.20160905103604
- Çöçelli, L., Bacaksız, BD., Ovayolu, N. (2008). Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi* 2008; 14:53-58
- Dailey et al. (2016). Perceived function and physical performance are associated with pain and fatigue in women with fibromyalgia. *Arthritis Research & Therapy* (2016) 18:68 DOI 10.1186/s13075-016-0954-9
- Davis, F., Gostine, M., Roberts, B., Risko, R., Cappelleri, J., Sadosky, A. (2018). Interpreting the Effectiveness of Opioids and Pregabalin for Pain Severity, Pain Interference, and Fatigue in Fibromyalgia Patients. *Pain Practice, Volume 18, Issue 5, 2018* 611–624. DOI. 10.1111/papr.12651
- Dayapoğlu, N., Tan, M. (2019). İnmeli Hastaların Aileden Aldıkları Sosyal Destek. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2009; 12: 4*.

- Dell'Osso L, Carmassi C, Consoli G, Conversano C, Ramacciotti CE, Musetti L, Massimetti E, Pergentini I, Corsi M, Ciapparelli A, Bazzichi L. Lifetime post-traumatic stress symptoms are related to the health-related quality of life and severity of pain/fatigue in patients with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol*. 2011;29(6 Suppl 69):S73-78.
- Demirbağ, BC., Bulut, A. (2018). Demographic characteristics, clinical findings and functional status in patients with fibromyalgia syndrome. *J Pak Med Assoc*. 2018 Jul;68(7):1043-1047
- Deveci, M., Ahmetoğlu, E. (2018). Zihin Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyinin İncelenmesi. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*. 2018: 04 (02)
- Dinç, A., Gürkan, A. Hemodiyaliz hastalarının umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. 3. Uluslararası – 10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, 7-10 Eylül 2005, izmir, 2005.
- Dirik, G., Sertel, P., Kartal, M.(2011). Fibromyalji Sendromlu Hastaların Yaşadıkları Psikolojik Sıkıntılar ile Sosyal Destek, Öz Yeterlik ve Yeti Yitimi İlişkisi. *Düzce Tıp Dergisi* 13(1): 45-52
- Doerr, JM., Fischer, S., Nater, UM., Strahler'in J. (2017). Influence of stress systems and physical activity on different dimensions of fatigue in female fibromyalgia patients. *J Psychosom Res*. 93:55-61. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2016.12.005
- Doğan, S., Kelleci, M. (2004). Fiziksel Hastalık Nedeniyle Hastanede Yatan Bireylerin Bazı Tanı Gruplarına Göre Umutsuzluk Düzeyleri. *istanbul Oniversitesi F.N.1-1.Y.O. Dergisi Cilt 13, Sayı 52*
- Durak A., Palabıyıkıoğlu R.(1994). Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması. *Kriz derg* 311-319
- Düğeroroğlu, H. (2019). Fibromiyaljitanısı konulan hastalarda komorbid hastalıkların görölme sıklığı. . *Ortadogu Tıp Derg* 2019; 11(2): 131-135. doi.org/10.21601/ortadogutipdersisi.448880

- Eker, D., Arkar, H. ve Yıldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.
- Eker, D., ve Arkar, H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği' nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği [Factorial Structure, Validity, and Reliability of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support]. *Türk Psikoloji Dergisi*,10(34), 17-25.
- Ekici, G., Akbayrak, T.(2007). Primer Fibromiyalji Sendromlu Hastalarda Ağrının, Depresyon ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesine Etkilerinin İncelenmesi. *Fizyoterapi ve Rehabilitasyon* 2007;18(2):59-64
- Ericsson, A., Palstam, A., Larsson, A., Löfgren, M., Bileviciute-Ljungar, I., Bjersing, J., Gerdle, B., Kosek, E., Mannerkorpi, K. (2016). Resistance exercise improves physical fatigue in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Ericsson et al. Arthritis Research & Therapy* 18:176. DOI10.1186/s13075-016-107
- Fernández GER. (2015). Therapeutic setting: Nursing care for patients with fibromyalgia. *International Journal of Nursing Didactics* 2015; 5(01): 27-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.15520/ijnd.2015.vol5.iss01.35.28-30>
- Freitas, RPA., Andrade, SC., Spyrides, MHC., Micussi, MTABC., Sousa, MBC. (2017). Impacts of social support on symptoms in Brazilian women with fibromyalgia. *Rev Bras Reumatol Engl Ed.* 2017 May - Jun;57(3):197-203. doi: 10.1016/j.rbre.2016.07.001.
- Garip, Y., Öztaş, D., Güler, T.(2016). Prevalence of Fibromyalgia in Turkish Geriatric Population and its Impact on Quality of life. *Ağrı*, 28(4): 165-170
- Garip, Y., Öztaş, D., Bozkurt-Tuncer, Ö.,Telci, Ş. (2015). Alexithymia in Fibromyalgia Patients and Its Impact on the Quality of Life. *İstanbul Med J* 2015; 16: 137-40
- Genç A.(2015). Fibromiyalji Sendromunda Nonfarmakolojik Tedavi Yöntemleri. *Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics* 2015;8(3):36-44

- Giacomelli, C., Sernissi, F., Puttini, S., Franco, MD., Atzeni, F., Bazzichi, L. (2013). Fibromyalgia: a critical digest of the recent literature. *Clin Exp Rheumatol* 2013; 31(79): 153-157
- Goldenberg DL. Pathogenesis of fibromyalgia. 2014. www.update.com
- Güçlü, S., Değirmen, N., Uncu, B. (2016). The Relationship Between Social Support, Anxiety and Self-Perception in Adults. *Journal on Health Sector, of Current Researches* 6 (1), 13-22.
- Gündüz, N., Erzincan, E., Polat, A. (2019). The Relationship of Intimate Partner Violence With Psychiatric Disorders and Severity of Pain Among Female Patients With Fibromyalgia. *Arch Rheumatol.* 2019 Jan 28;34(3):245-252. doi: 10.5606/ArchRheumatol.2019.7090.
- Gündüz, N., Üşen, A., Aydın Atar, E. (2018). The Impact of Perceived Social Support on Anxiety, Depression and Severity of Pain and Burnout Among Turkish Females With Fibromyalgia. *Arch Rheumatol.* 2018 Eylül 4;34(2):186-195. doi:10.5606/ArchRheumatol.2019.7018
- Güneş, Z., Öner, H. (2009). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Aileden Algıladıkları Sosyal Destek ve Ümitsizlik Durumları. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* (2009) Cilt 17 - Sayı 1: 24-31
- Güven AZ, Kul Panza E, Gündüz OH: Depression and psychosocial factors in Turkish women with fibromyalgia. *Eur Med Phys.* 41:309-313, 2005.
- Hayta, E., Doğan, Ö., Ceyhan-Doğan, S., Akdeniz, T., Şencan, D., Karakaşlı, S., Hizmetli, S. (2010). Fibromiyalji Tanısı Konan 100 Kadın Olgunun Klinik Özellikleri. *Cumhuriyet Tıp Derg* 2010; 32: 74-79K
- http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5baf50b1b01195.50557644 Erişim Tarihi: 29.09 2019
- <https://www.rheumatology.org/Learning-Center/Statistics/Prevalence-Statistics> Erişim Tarihi: 29.09.2018
- Huang ER., Jones KD., Bennett RM., Nagayama GC., Lyons KS. (2018). The role of spousal relationships in fibromyalgia patients' quality of life. *Psychology, Health & Medicine*, 23:8, 987-995, DOI: 10.1080/13548506.2018.1444183

- Inanic,i F., Yunus, MB.(2004). History of fibromyalgia: past to present. *Curr Pain Headache Rep* 2004;8(5):369-78.
- İnanıcı, F. (2011). Fibromiyalji Sendromu. Beyazova, M., Kutsal YG. Editörler. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*. 2. Baskı. Ankara Güneş Tıp Kitabevi; 2365-77
- Jones, GT., Atzeni, F., Beasley, M., Fließ, E., Sarzi-Puttini, P., Macfarlane, GJ. (2015).The prevalence of fibromyalgia in the general population: a comparison of the American College of Rheumatology 1990, 2010, and modified 2010 classification criteria. *Arthritis Rheumatol*. 2015;67(2):568-575.
- Kaçan-Softa, H., Bayraktar, T., Uğuz, C. (2016). Yaşlı Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Sistemleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. *YSAD-EIRJ* 2016 / 9(1):1-12
- Karadağ,A., Canbaş, M., Parlak, M. (2018). Balneoterapinin Fibromiyalji Hastalarında Ağrı ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Mustafa Kemal Üniv Tıp Derg* 2018; 9(35):114-120 Doi: 10.17944/mkutfd.391345
- Karahan, AY., Küçüksen, S., Yılmaz, H., Salli, A., Gungor, T., Sahin, M. (2014). Effects of rehabilitation services on anxiety, depression, care-giving burden and perceived social support of stroke caregivers. *Acta Medica (Hradec Kralove)*. 2014;57(2):68-72.
- Karakurt, P., Aşilar, RH., Yıldırım, A., Memiş, Ş. (2018). Determination of Hopelessness and Quality of Life in Patients with Heart Disease: An Example from Eastern Turkey. *J Relig Health*. 2018 Dec;57(6):2092-2107. doi: 10.1007/s10943-017-0456-3.
- Karaş, H., Akgün-Yıldırım, E., Küçükgöncü, S., Yakut, U. (2017). Kadın Fibromiyalji Hastalarında Çocukluk Çağı Travmaları, Disosiyatif Yaşantılar ve Depresyonun Ağrı ile İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 30:86-94
- Kargin, M., Ünal, S. (2011). İnfertil bireylerde umutsuzluğun belirlenmesi. *New/Yeni Symposium Journal*, 49(1), 54-60.

- Kesikburun, B., Gülgönül, N., Emel Ekşioğlu, E., Çakıcı, A. Fibromiyaljili Kadınlarda Akupunkturun Ağrı, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Üzerine Etkisi. *Ankara Med J*, 2018;(4):545 -51 DOI: 10.17098/amj.497367
- Keskin, B., Babacan-Gümüş, A. (2014). İnfertilite: Umutsuzluk Perspektifinden Bir İnceleme. *Journal of Psychiatric Nursing* 2014;5(1):9-16
- Kılınç, G., Yıldız, E., Kavak, F. (2016). Kalp yetersizliği hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk arasındaki ilişki. *Journal of Cardiovascular Nursing* August 2016; 7(13):114-126. DOI: 10.5543/khd.2016.96158
- Kıyak E., Akdemir N. (2008). Fibromiyalji Tedavisinde Hemşirenin Rolü. *İç Hastalıkları Dergisi* 2008; 15(3): 153-158
- Koçyiğit, BF., Gür, A., Altındağ, Ö., Akyol, A., Gürsoy, S. (2016). Comparison of education and balneotherapy efficacy in patients with fibromyalgia syndrome: A randomized, controlled clinical study. *Agri* 2016;28(2):72-78. doi: 10.5505/agri.2015.77699
- Korkmaz, H., Korkmaz, S., Çakar, M. (2019). Suicide risk in chronic heart failure patients and its association with depression, hopelessness and self esteem. *J Clin Neurosci*. 2019, Ekim 68: 51-54. doi: 10.1016/j.jocn.2019.07.062.
- Kösehanogulları, M. ve Yılmaz, N.(2018). Fibromiyalji Sendromu ve Nöropatik Ağrı. *Aegean J Med Sci*,1:26-31
- Lelebici, B., Adam, M., Doruk, P. (2015). Yaşlı ve Genç Erişkin Fibromiyalji Sendromlu Hastaların Klinik Özellikleri *TürkiyeKlinikleri J MedSci* 35(1)
- Littlejohn G. Neurogenic neuroinflammation in fibromyalgia and complex regional pain syndrome. *Nat Rev Rheumatol*. 2015;11(11):639-648.
- Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, Choy E, Kosek E, Amris K, Branco J, Dincer F, Leino-Arjas P, Longley K, McCarthy GM, Makri S, Perrot S, Sarzi-Puttini P, Taylor A, Jones GT. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(2):318-328.
- Madenci E, Herken E, Keven S, Yağız E, Gürsoy S: Fibromiyalji sendromlu hastalarda aleksitimi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 27:32-35, 2007.

- Marques, AP., Santo, ASDE., Berssaneti, AA., Matsutani, LA., Yuan, SLK. (2017). Prevalence of fibromyalgia: literature review update. *Rev Bras Reumatol Engl Ed.* 2017 Jul - Aug;57(4):356-363. doi: 10.1016/j.rbre.2017.01.005
- Marson P., Pasero G. (2008). Evoluzione storica del concetto di fibromialgia: le tappe principali Historical evolution of the concept of fibromyalgia: the main stages. *Reumatismo*, 2008; 60(4):301-304
- Meeus M, Goubert D, De Backer F, Struyf F, Hermans L, Coppieters I, De Wandele I, Da Silva H, Calders P. Heart rate variability in patients with fibromyalgia and patients with chronic fatigue syndrome: a systematic review. *Semin Arthritis Rheum.* 2013;43(2):279-287.
- Merriwether, TR., Frey Kanun, LA., Rakel, BA., Zimmerman, MB., Dailey, DL., Vance, CGT., Golchha, M., Geasland, KM., Chimenti, R., Crofford, LJ., Sluka, KA. (2018). Physical activity is related to function and fatigue but not pain in women with fibromyalgia: baseline analyses from the Fibromyalgia Activity Study with TENS (FAST). *Arthritis Res Ther.* 2018 Aug 29;20(1):199. doi: 10.1186/s13075-018-1671-3.
- Mesci, E., Mesci, N., Yıldırım, P., İçağasıoğlu, A. (2015). Fibromiyaljili Kadınlarda Yanlızlık Hissi ve Yaşam Doyumu Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi* 4;2:23-28
- Moldofsky HK. Disordered sleep in fibromyalgia and related myofascial facial pain conditions. *Dent Clin North Am.* 2001;45(4):701-13.
- Moretti, EC., et al. (2016). Effects of pompage associated with aerobic exercises on pain, fatigue, and sleep quality in female patients with fibromyalgia: a pilot study. *Fisioter Pesqui.* 2016;23(3):227-33. DOI: 10.1590/1809-2950/12972123032016
- Mystakidou et al. (2007). The Relationship of Subjective Sleep Quality, Pain, and Quality of Life in Advanced Cancer Patients. *SLEEP*, Vol. 30, No. 6. <https://doi.org/10.1093/sleep/30.6.737>
- Nazlıkul H. (2014). Fibromiyalji Sendromu. *Bilimsel Tamamlayıcı Tıp, Regülasyon ve Nöralterapi Dergisi* Cilt 8, Sayı 2 : 2014

- Nazlıkul, H. (2019). Fibromiyaljili Hastalarda Akupunkturun Ağrı ve Yorgunluk Üzerine Etkisi. *Bilimsel Tamamlayıcı Tıp, Regülasyon ve Nöralterapi Dergisi*. Cilt 13, Sayı
- Norregaard, J., Bülov, PM., Vestergaard, PP., Thomsen, C., Danneskiold, SB. (1995). Muscle strengt, voluntary, activation and cross sectional muscle area in patients with fibromyalgia. *Br J Rheumatol* 1995;34(10)925-931
- North America Nursing Diagnosis Association (NANDA) (2009). *Nursing Diagnosis: Definitions and Classificasion*, Wiley Blackwell publication, Indianapolis.
- Ovayolu, N. (ed.), Ovayolu, Ö. (ed). (2016). *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi . 394-432
- Özçetin, A. (2014). Fibromiyalji; Bir Psikiyatrik Bozukluk mu, Yoksa Birliktelik mi? *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2014;4(3): 34-44
- Özer, F., Beydağ, D., Cengiz, Ş., Kiper, S. (2009). Hemodiyalize giren hastaların umutsuzluk düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009; 4:10.
- Özer, Ü., Selimoğlu, E., Badur, E., Uygun, E., Karşıdağ, Ç. (2018). Fibromiyalji Olgularında Aile İçi Fiziksel ŞiddetİN Ağrı Şiddeti, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri İle İlişkisi. *Nobel Medicus cilt 11 sayı 1*
- Özkan, N. (2017). *Fibromiyalji Sendromunda Bütüncül Yaklaşım*. *Bilimsel Tamamlayıcı Tıp, Regülasyon ve Nöralterapi Dergisi Cilt 11 Sayı 1*
- Özkaraman A, Culha I, Fadiloglu ZC, et al. (2015). Relationships Between Social Support and Social İmage Concerns in Turkish Women With Breast Cancer. *Asian Pac J Cancer Prev* 2015;16(5):1795-802.
- Öztunç, G., Yeşil, P., Paydaş, S., Erdoğan, S.(2013). Social support and hopelessness in patients with breast cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14(1):571-8.
- Özveren, H., Faydalı, S., Özdemir,S. (2016). Hemşirelerin ağrının farmakolojik olmayan yöntemlerle kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Turk J Clin Lab* 2016: 7(4): 99-105.
- Özvurmaz, S.(2018).Yaşlı Bireylerin Yalnızlık Düzeyleri ve Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*2(3);1-8

- Özyazıcıoğlu, N., Güdücü-Tüfekçi, F. (2009). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebekleri Bakım Alan Annelerin Kaygı ve Umutsuzluk Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2009; 12: 4
- Pehlivan, S., Ovayolu, O., Ovayolu, N., Sevinc, A., Camci, C. (2012). Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. Kanserde Destekleyici Bakım Nisan 2012, Cilt 20, Sayı 4 , s 733–739. doi: 10.1007 / s00520-011-1137-5.
- Pehlivan, S., Özgür, YF., Yıldız, H., Dalkılıç, HE., Pehlivan, Y. (2018). Romatolojik Hastalıklarda Sosyal Destek ve Bakım Veren Yükü. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 44(1) 19-25
- Przekop P, Haviland MG, Morton KR, Oda K, Fraser GE. (2010). Correlates of perceived pain-related restrictions among women with fibromyalgia. Pain Med. 2010;11:1698–706. doi: 10.1111/j.1526-4637.2010.00988.x.
- Sarı, D., Khorshid, L., Eşer, İ. (2011). Hastaneye Yeni Yatan Hastaların Algıladığı Sosyal Destek ile Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 27 (2) : 1-9, 2011.
- Sarıkaya, S., Özdolap, Ş. Kutsal, YG (ed.) (2007). Eklem Dışı Romatizmal Hastalıklar. Temel Geriatri 1. Baskı. Ankara Güneş Tıp Kitabevi. 871-82
- Sayılır, S. Fibromiyalji Sendromunda Semptom Şiddeti ve Kognitif Fonksiyonların Obezite ile İlişkisi. (2016). Turk J Osteoporos, 22:129-31. DOI: 10.4274/tod.44366
- Scheidt, CE., Mueller-Becsangèle, J., Hiller, K., Hartmann, A., Goldacker, S., Vaith, P., Waller, E., Lacour, M. (2014). Self-reported symptoms of pain and depression in primary fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. Nord J Psychiatry 2014;68:88-92.
- Schmidt-Wilcke T, Clauw DJ. (2011). Fibromyalgia: from pathophysiology to therapy. Nat Rev Rheumatol 2011;7(9):518-27.

- Schmidt-Wilcke, T., Luerding, R., Weigand, T., Jürgens, T., Schuierer, G., Leinisch, E., et al. Striatal grey matter increase in patients suffering from fibromyalgia-a voxel-based morphometry study. *Pain* 2007;132 Suppl 1:S 109-116
- Schoofs, N., Bambini, D., Ronning, P., Bielak, E., ve Woehl, J. (2004). Death of a lifestyle: The effects of social support and healthcare support on the quality of life of persons with fibromyalgia and/or chronic fatigue syndrome. *Orthopaedic Nursing*, 23(6), 364–374.
- Seber G., Dilbaz N., Kaptanoğlu C., Tekin D. (1993). Umutsuzluk Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Kriz Derg* 139-142
- Sezgin Özcan, D., Aras, M., Köseoğlu, B., Şentürk Güven, Ş. (2013). Fibromiyalji Sendromlu Kadın Hastalarda Yaşam Kalitesi ve İlişkili Durumlar. *Türk Osteoporoz Dergisi* 19: 42-47
- Sönmez, İ., Köşger, F., Karasel, S., Tosun, Ö. (2015). Kadın fibromiyalji hastalarında hastalık algısının ağrı ve depresyonla ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 16:329-336. doi: 10.5455/apd.1419805631
- Staud R. (2015). Cytokine and immune system abnormalities in fibromyalgia and other central sensitivity syndromes. *Curr Rheumatol Rev*. 2015;11(2):109-115.
- Staud R. Heart rate variability as a biomarker of fibromyalgia syndrome. *Fut Rheumatol*, 3(5):475-483.
- Stein ER, Bruce WS.(2015). Social Support Attenuates The Harmful Effects of Stress in Healthy Adult Women. *Social Science & Medicine* 2015;146:129-36.
- Şahin, ZA., Tan, K., Polat, H. (2013). Hopelessness, depression and social support with end of life Turkish cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14(5):2823-8.
- Tan, M., Okanlı, A., Karabulutlu, E., Erdem, N. (2005). Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek ve Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt: 8, Sayı: 2, 2005
- Tesio V, Torta DM, Colonna F, Leombruni P, Ghiggia A, Fusaro E, Geminiani GC, Torta R, Castelli L. Are fibromyalgia patients cognitively impaired? Objective and subjective neuropsychological evidence. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2015;67(1):143-150.

- Tham, SG., Ibrahim, S., Avı, IM., Kapur, N., Gooding, P. (2019). Examining the mechanisms by which adverse life events affect having a history of self-harm, and the protective effect of social support. *J Affect Disord.* 2019 Nov 11. pii: S0165-0327(19)32116-0. doi: 10.1016/j.jad.2019.11.037
- Theadom A, Cropley M. Dysfunctional beliefs, stress and sleep disturbance in fibromyalgia. *Sleep Med.* 2008;9(4):376-81.
- Thompson, T, Pérez, M., Kreuter, M., Margenthaler, J., Colditz, G., Jeffe, DB. (2017). Corrigendumto“Perceived social support in African American breast cancer patients: Predictors and effects”. *Soc.Sci.Med.*192(2017)134–142
- 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):140-4
- Tuna, HM., Olgun ,N. (2014). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2010;17(1):41-52.
- Uz-Baş, A., Kabasakal, Z. (2013). Öğretmen Adaylarında Umutsuzluk ve Algılanan Sosyal Destek. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi.* Şubat 2013 Cilt:2 Sayı:1
- Vincent, A., Lahr, BD., Wolfe, F., Clauw, DJ., Whipple, MO., Oh, TH., Barton, DL., St Sauver, J. (2013). Prevalence of fibromyalgia: a population-based study in Olmsted County, Minnesota, utilizing the Rochester Epidemiology Project. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2013;65(5):786-792.
- Waieldand, N. ve Baker, L. (2010). The role of marital quality and spousal support in behaviour problems of children with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(7):620–633. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01293.x
- Wallace, D. J. ve Wallace, J. B. (2002). *All about Fibromyalgia: A Guide for Patients and Families.* New York: Oxford University Press. p. 148–150
- Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB, Yunus MB. (2010) The American Collage of

- Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research*. 2010 May 62(5):600-610.
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. (1990). Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*. 1990;33(2):160-72.
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell ,JJ., Hebert, L. (1995).The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum*. 1995;38(1):19-28. DOI: 10.1002 / art.1780380104
- Yağmur Y, Oltuluoğlu H. (2012).Social Support and Hopelessness in Women Undergoing Infertility Treatment in Eastern Turkey. *Public Health Nursing* 2012;29(2):99-104.
- Yıldırım, H. Işık, K.(2017). Çalışmayan Evli Kadınların Sosyal Destek Düzeyleri ile Yaşam Doyumları Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. *Konuralp Tıp Dergisi* 2017;9(2):47-51
- Yolcu, S., Balbaloğlu, Ö., Beceren, NG., Tomruk, Ö. (2014). Emergency service visits of fibromyalgia patients. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*. 2014; 5 (4): 539-543. doi: 10.5799/ahinjs.01.2014.04.0453
- Yunus MB, İnanıcı F, Aldag JC, Mangold RF. Fibromyalgia in men: comparison of clinical features with women. *J Rheumatol* 2000; 27: 485-90.
- Yunus, MB., Khan, MA., Rawlings, KK., Green, JR., Olson, JM., Shah, S.(1999). Genetic linkage analysis of multicase families with fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol*. 1999;26(2):408-412.
- Yunus, MB., Masi, AT., Calabro, JJ. (1981).Primary Fibromyalgia (fibrositis): Clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin.Arthritis Rheum*. 1981;11: 151-171.

EKLER

Ek. 1. Birey Tanıtım Formu

Birey No:

Görüşmenin Yapıldığı Tarih:

- 1) Cinsiyet: 1.Kadın () 2.Erkek () .
- 2) Yaş:
1. 20 yaş altı, 2. 20-29 arası, 3.30-39 arası, 4. 40-49 arası, 5.50 yaş ve üzeri,
- 3) Medeni Durum: 1. Evli () 2. Bekar ()
- 4) Eğitim Durumu: 1.Okur Yazar Değil () 2. Okur-yazar () 3. İlkokul ()
4. Ortaokul () 5. Lise () 6.Yüksekokul ()
- 5) Yaşanılan Yer: 1.İl () 2.İlçe () 3.Köy ()
- 6) Meslek: 1.Ev Hanımı () 2.Memur () 3.Öğrenci ()
4.İşçi ()
5.Serbest meslek ()
- 7) Aylık Gelir Düzeyi: 1.Gelir giderden az () 2.Gelir gidere eşit/fazla ()
- 8) Evde Birlikte Yaşanılan Kişiler: 1.Yalnız () 2.Eşi ile () 3.Eş ve çocuklar ()
- 9) Sosyal Güvence: 1.Var () 2.Yok ()

Hastalık Değişkenleri

- 10) Hastalık Süresi: 1. 1 yıldan az () 2. 1-5 yıl arası () 3. 6-10 yıl arası ()
4. 10 yıl üzeri ()

- 11) Eşlik Eden Kronik Hastalık: 1.() Evet ise;..... 2.Hayır ()

12) Kendinize Göre Şu An Ki Sağlığınızı Nasıl Görmektesiniz

1. Çok İyi ()
2. İyi ()
3. Orta ()
4. Kötü ()
5. Çok Kötü ()

13) Aşağıdaki sorunları ne sıklıkta yaşadığınızı işaretleyiniz.

YAŞANAN SEMPTOM	Çok sık	Genellikle	Kısmen	Nadiren	Hiç
Vücutta Ağrı					
Baş Ağrısı					
Yorgunluk-Halsizlik					
Sabah Tutukluğu					
Uykusuzluk					
İrritabl Bağırsak Sendromu					
Sinirlilik ve Gergin Hissetme Durumu					
Depresif Hissetme Durumu (Hüzünlü, Çökkün, Morali Bozuk.....)					

Ek. 2. Vizüel Analog Skala

Yaşadığınız ağrının şiddetini aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyiniz.

(1 en düşük, 10 en yüksek ağrı puanıdır.)

Ağrı yok

Şiddetli ağrı



Ek. 3. Beck Umutsuzluk Ölçeği

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Size uygun olanlar için "Evet", uygun olmayanlar için ise "Hayır" sütununun altındaki kutuyu işaretleyiniz.

	EVET	HAYIR
1.Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.		
2.Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.		
3.İşler kötüye giderken bile her şeyin böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.		
4.Gelecek 10 yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.		
5.Yapmayı en çok sevdiğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.		
6.Benim için önemli konularda ilerde başarılı olacağımı umuyorum.		
7.Geleceğimi karanlık görüyorum.		
8.Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.		
9.İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.		
10.Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.		
11.Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu gibi gözüküyor.		
12.Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.		
13.Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		
14.İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor		
15.Geleceğe büyük inancım var		
16.Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.		
17.Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam imkansız gibi.		
18.Gelecek bana bulanık ve belirsiz gözüküyor.		
19.Kötü günlerden çok iyi günler bekliyorum.		
20.İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok. Nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.		

Ek. 4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1’den 7’ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesine işaretleyiniz. 1 ‘kesinlikle hayır’ 7 ‘kesinlikle evet’ olacak şekilde numaralandırma yapılmıştır. Size göre doğruya en yakın rakamı işaretleyiniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız.

	1	2	3	4	5	6	7
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.							
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.							
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.							
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							

EK. 5. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı



CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Fibromiyaljili Bireylerde Ağrı, Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi
-----------------------	--

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2019-04/19	Tarih: 17.04.2019		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmannın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Muhittin Sönmez</i>
Prof. Dr. Yalçın Karagöz	Biyoistatistik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Yalçın Karagöz</i>
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Hatice Özer</i>
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Ercan Özdemir</i>
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Gülay Yıldırım</i>
Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Binnur Bağcı</i>
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ataş	Farmasötik Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Mehmet Ataş</i>
Dr. Öğr. Üyesi Engin Altınkaya	İç hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Engin Altınkaya</i>
Dr. Öğr. Üyesi Melih Ülgey	Protetik Diş Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Melih Ülgey</i>

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:



**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Fibromiyaljili Bireylerde Ağrı, Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi
-----------------------	--

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Tülay Kars Fertelli			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:

EK. 6. Sivas İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi



T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SİVAS NUMUNE HASTANESİ

Sayı : 93848782/799
Konu : Anket Çalışması Talebi- Ebrar KAPLAN

SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Ebrar KAPLAN "Fibromyaljili Bireylerde Ağrı, Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi " başlıklı Bilimsel Araştırma kapsamındaki anket çalışmasını kişisel verilerin korunması ve bilgi güvenliği kurallarına uyulması kaydıyla 01.06.2019-30.11.2019 tarihleri arasında hastanemizde uygulaması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Op. Dr. Emin Ertan TEMİZÖZ

Başhekim

EK. 7. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur Formu



SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın ...

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Fibromiyaljili (kas romatizması) Bireylerde Ağrı, Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi” ‘dir.

Bu araştırmanın amacı, Fibromiyaljili bireylerde ağrı, umutsuzluk ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi ve aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu ankette ağrı durumunuz, umutsuzluk düzeyiniz ve sosyal destek faktörleriniz ile ilgili ne düşündüğünüzü belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır. Bu sorular yazılı bir anket ile sorulacaktır. Bu anketlerde yer alan sorular ile sizlerin ağrıya bağlı olarak umutsuzluk düzeyiniz ve sosyal destek faktörlerinizle ilişkisinin nasıl olduğu olumlu ya da olumsuz) belirlenecektir. Bu bilgiler gizli tutulacaktır. Bu soruları sadece bir kez doldurmanız istenecektir. Bunun dışında sizden başka bir şey istenmeyecektir. Araştırmada yer alacak sizin gibi gönüllülerin sayısı en az 220’dir. İlk görüşmede olmak üzere sizinle bir kez görüşülecektir. Çalışma yaklaşık 6 ay sürecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen, ölçeği/soruları objektif olarak doldurmanız ve araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermek ve sonuçlarını zamanında araştırmacıya ulaştırmaktır.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararlar size uygulanacak ölçek doğrultusunda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyinizi öğrenme fırsatı bulacaksınız. Ayrıca bu çalışma sonuçları ile Fibromiyaljili bireylerin ağrı, umutsuzluk ve sosyal destek düzeyleri belirlenerek, uygun hemşirelik bakımının planlanması, gerekli girişimler ile bireylerin yaşam kalitesinin artırılmasına katkı sağlanacaktır. Araştırmadan bir neden göstermeden ayrılabilirsiniz.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, size fiziksel hiçbir müdahale yapılmayacaktır. Sizlerden sadece yaş, cinsiyet gibi tanıtıcı bilgilerin yer aldığı Birey Tanıtım Formu (13 soru), Ağrı skalası (ağrı şiddetini değerlendiren çizelge), Beck Umutsuzluk Ölçeği (umutsuzluk düzeyini değerlendiren 20 soru), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (sosyal destek düzeyini değerlendiren 12 soru) doldurmanız istenecektir. Bu formları siz sadece bir kez cevaplayacaksınız. Ölçeğin doldurulması yaklaşık 20-25 dakika sürecektir.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05457440775 numaralı telefondan araştırmacı Ebrar KAPLAN’ a başvurabilirsiniz.

Ayrıca bu araştırma kapsamında muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri gibi hiçbir işlem istenmeyecek ve uygulanmayacaktır. Bu nedenle bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan herhangi bir ücret alınmayacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi

bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarılabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

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

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı Ebrar KAPLAN
Doğum Yeri ve Tarihi Tokat-1993
Medeni Hali Bekar
Yabancı Dil İngilizce
İletişim Adresi Sivas Numune Hastanesi
E-posta Adresi ebrarkaplan93@gmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise Tokat Atatürk Lisesi, 2011
Lisans Cumhuriyet Üniversitesi 2016
Ünvan Hemşire

İş Tecrübesi

Sivas Numune Hastanesi Nefroloji Servis Hemşireliği, 2017-2019
Sivas Numune Hastanesi Kardiyoloji Servis Hemşireliği, 2019-