

**T.C.
NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**FİBROMİYALJİ HASTALARINDA DEPRESYON,
ANKSİYETE, ANKSİYETE DUYARLILIĞI, KORKU
KAÇINMA İNANIŞLARI VE YAŞAM KALİTESİ
İLİŞKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
Öznur ŞEKER**

**Enstitü Anabilimdalı Dalı : Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Psikoloji**

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Sera ÇETİNGÖK

HAZİRAN - 2019

T.C.
NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

FİBROMİYALJİ HASTALARINDA DEPRESYON,
ANKSİYETE, ANKSİYETE DUYARLILIĞI, KORKU
KAÇINMA İNANIŞLARI VE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Öznur ŞEKER

Enstitü Anabilimdalı Dalı : Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Psikoloji

"Bu tez tarihinde aşağıdaki jüri tarafından oybirliği/oyçokluğu ile kabul edilmiştir."

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi Serap Çelikkaya	Barınalı	
Dr. Öğr. Üyesi Selma Altın	Barınalı	
Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin Karapınar	Barınalı	

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyduğumu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Öznur ŞEKER

16.07.2019



ÖNSÖZ

Bu tezin yazılmasında her zaman yanımda olan ve tez konusundan, oluşturma sürecine kadar beni daima yılmadan yönlendiren, destekleyen kıymetli danışmanım Dr.Öğr. Üyesi Sera ÇETİNGÖK'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Verilerimi toplamam için, Bağcılar Devlet Hastanesi Algoloji kliniğindeki yoğun çalışma şartlarına rağmen tüm yardımları için kıymetli Dr. Halil ÇETİNGÖK'e teşekkür ederim.

Yüksek lisans yapmamda beni yüreklendiren ve hayatımın her alanında, her anlamda yanımda olan annem İnciser ŞEKER, babam Kemal ŞEKER'e ve beni her zaman cesaretlendiren ablalarım ve dostlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Öznur ŞEKER

16.07.2019

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ÖZET	vii
SUMMARY	viii
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: GENEL BİLGİLER	6
1.1. Fibromiyalji Sendromu (Fms).....	6
1.1.2. Fms Tanımı.....	6
1.1.3. Fms Epidemiyolojisi.....	7
1.1.4. Fms Etiyolojisi.....	8
1.2. Psikolojik Açıdan Fms.....	10
1.2.1 Anksiyete Bozukluğu.....	14
1.2.2. Anksiyete Bozukluğu Etiyolojisi.....	15
1.2.3. Anksiyete Duyarlılığı.....	16
1.2.4. Depresyon Tanımı.....	18
1.2.5. Depresyon Etiyolojisi.....	20
1.2.6. Fibromiyalji Ve Depresyon İlişkisi.....	23
1.2.7. Korku Kaçınma İnanışlar.....	23
1.3. Yaşam Kalitesi.....	25
1.3.1. Fibromiyalji Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi.....	26
BÖLÜM 2: YÖNTEM VE GEREÇLER	27
2.1. Katılımcılar.....	27
2.2. Veri Toplama Araçları.....	28
2.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu.....	28

2.2.2. Yaşam Kalitesi Formu (SF36)	29
2.2.3. Korku Kaçınma İnanışlar Anketi (KKİA)	29
2.2.4. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3)	29
2.2.5. Beck Anksiyete Ölçeği	29
2.2.6. Beck Depresyon Ölçeği	30
2.2.7. Vizuel Analog Skala (VAS)	30
2.3. Verilerin Analizi	31
2.4. Araştırmanın Kısıtlılıkları	31
BÖLÜM 3: BULGULAR	32
3.1. Tanımsal Analizler	32
3.2. Çalışma ve Kontrol Gruplarının Sonuçlarının Karşılaştırılması	33
3.2.1. SF 36 Sonuçlarının Karşılaştırılması	33
3.2.2. KKİA Sonuçlarının Karşılaştırılması	34
3.2.3. ADİ-3 Sonuçlarının Karşılaştırılması	35
3.2.4. Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması	35
3.2.5. Beck Depresyon Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması	36
3.2.6. Vizuel Analog Skala (VAS) Sonuçlarının Karşılaştırılması	36
3.3. Değişkenler Arası İlişkiler	37
3.3.1. Fibromiyalji Hastaların ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Formu (SF36) Puanlarının Korku Kaçınma İndeksi (KKİA) Ölçek Puanları İle Olan İlişkisi	37
3.3.2. Fibromiyalji Hastaların ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Formu (SF36) Puanlarının Anksiyete Duyarlılığı İndeksi -3 Puanları İle Olan İlişkisi	38
3.3.3. Fibromiyalji Hastaların ve Kontrol Grubunun SF36 Puanlarının Beck Anksiyete, Depresyon ve VAS Puanları İle Olan İlişkisi	40
3.3.4. Fibromiyalji Hastaların ve Kontrol Grubunun KKİA Ölçek Puanları İle ADİ-3 Beck Depresyon Anksiyete ve VAS Ölçekleri İle Olan İlişkisi	41
3.3.5. Fibromiyalji Hastaların ve Kontrol Grubunun ADİ-3 Puanlarının Beck Anksiyete, Depresyon ve VAS ile Olan İlişkisi	43
3.3.6. Fibromiyalji Hastaların ve Kontrol Grubunun Beck Anksiyete ve Depresyon Puanlarının VAS İle Olan İlişkisi	44

3.3.7. Fibromiyalji Hastaların ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Uygulanan Ölçek Puanlarıyla Olan İlişkisi.....	44
TARTIŞMA	48
SONUÇ VE ÖNERİLER	55
KAYNAKÇA	56
EKLER	68
ÖZGEÇMİŞ	69



KISALTMALAR

FM : Fimromiyalji

FMS : Fibromiyalji Sendromu

AD : Anksiyete Duyarlılığı

ADİ-3 : Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3

SF 36 : Short Form 36 (Kısa Form 36)

KKİA : Korku Kaçınma İnanışları Anketi

BAÖ : Beck Anksiyete Ölçeği

BDÖ : Beck Depresyon Ölçeği

VAS : Vizuel Analog Skala

ACR : American College of Radiology (Amerikan Radyoloji Koleji)

IASP : Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Kontrol ve Hasta Gruplarının Sosyodeografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	32
Tablo 2: Çalışma ve Kontrol Gruplarının SF 36 Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 3: Çalışma ve Kontrol Gruplarının KKİA Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 4: Çalışma ve Kontrol Gruplarının ADİ-3 Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 5: Çalışma ve Kontrol Gruplarının Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 6: Çalışma ve Kontrol Gruplarının Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 7: Çalışma ve Kontrol Gruplarının VAS Puanlarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 8: Fibromiyalji Hastalarının SF36 Puanlarının KKİA Ölçek Puanları İle Olan İlişkisi.....	37
Tablo 9: Kontrol Grubunun SF36 Puanlarının KKİA Ölçek Puanları İle Olan İlişkisi.....	38
Tablo 10: Fibromiyalji Hastalarının SF36 Puanlarının ADİ-3 Puanları İle Olan İlişkisi.....	38
Tablo 11: Kontrol Grubunun SF36 Puanlarının ADİ-3 Puanları İle Olan İlişkisi.....	39
Tablo 12: Fibromiyalji Hastalarının SF36 Puanlarının Beck Anksiyete, Depresyon ve VAS Puanları İle Olan İlişkisi.....	40
Tablo 13: Kontrol Grubunun SF36 Puanlarının Beck Anksiyete, Depresyon ve VAS Puanları İle Olan İlişkisi.....	41
Tablo 14: Fibromiyalji Hastalarının KKİA Ölçek Puanları İle ADI-3 Beck Depresyon Anksiyete ve VAS Ölçekleri İle Olan İlişkisi.....	41
Tablo 15: Kontrol Grubunun KKİA Ölçek Puanları İle ADI-3 Beck Depresyon, Anksiyete ve VAS Ölçekleri İle Olan İlişkisi.....	42

Tablo 16: Fibromiyalji Hastalarının ADİ-3 Puanlarının Beck Anksiyete, Depresyon ve VAS ile Olan İlişkisi.....	43
Tablo 17: Kontrol Grubunun ADİ-3 Puanlarının Beck Anksiyete, Depresyon ve VAS İle Olan İlişkisi.....	43
Tablo 18: Fibromiyalji Hastalarının Beck Anksiyete ve Depresyon Puanlarının VAS İle Olan İlişkisi.....	44
Tablo 19: Fibromiyalji Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerinin Uygulanan Ölçek Puanlarıyla Olan İlişkisi.....	44
Tablo 20: Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Uygulanan Ölçek Puanlarıyla Olan İlişkisi.....	44
Tablo 21: Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Uygulanan Ölçek Puanlarıyla Olan İlişkisi.....	46

Tezin Başlığı: Fibromiyalji Hastalarında Depresyon, Anksiyete, Anksiyete Duyarlılığı, Korku Kaçınma İnanışlar Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

Tezin Yazarı: Öznur ŞEKER

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Sera ÇETİNGÖK

Kabul Tarihi: 16.07.2019

Sayfa Sayısı: vi (ön kısım) + 69 (tez)

Anabilim Dalı: Psikoloji

Bilim Dalı: Psikoloji

Araştırmanın amacı fibromiyalji ile anksiyete duyarlılığı, yaşam kalitesi, depresyon gibi psikolojik puanları arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Araştırmanın örneklemini İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma hastanesi Algoloji Polikliniğinde fibromiyalji tanısı ile izlenen 37 kadın hasta ve fibromiyalji tanısı almamış 37 kadın birey oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri kesitsel olarak incelenerek yürütülmüştür. Olgulara, Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu, Yaşam Kalitesi Formu (SF-36), Korku-Kaçınma İnanışlar Anketi, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Vizuel Analog Skala uygulanmıştır.

Araştırmada edinilen bulgulara göre fibromiyalji tanısı almış hastaların günlük hayatta pek çok fiziksel ve sosyal aktiviteyi yapamadıkları, yaşam kalitelerinin düştüğü belirlenmiştir. Ayrıca literatüre uyumlu olarak fibromiyalji tanısı almış hastaların psikolojik rahatsızlıklara yakın olduğu saptanmıştır. Hasta bireylerin anksiyete, depresyon ve hissettikleri ağrı şiddetinin sosyal işlevsellikleri kontrol grubuna göre daha fazla bozduğu söylenebilir. Hasta grubunda anksiyete, depresyon düzeyinin enerji ve genel sağlık yanında sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık, fiziksel fonksiyon ve duygusal rol güçlüğü gibi daha yaygın alanlarda yaşam kalitesini düşürdüğü tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, Depresyon, Anksiyete Duyarlılığı, Korku Kaçınma İnanışları, Yaşam Kalitesi

Title of the Thesis: Relationship Between Depression, Anxiety, Anxiety Sensitivity, Fear Avoidance Beliefs and Quality of Life in Fibromyalgia Patients

Author: Öznur ŞEKER

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Sera ÇETİNGÖK

Date: 16.07.2019

Number of pages: vi (frontpart) + 69 (thesis)

Department: Psychology

Subfield: Psychology

The paradigm of the research consisted of 37 female patients with fibromyalgia who were followed in İstanbul Bağcılar Training and Research hospital polyclinic of Algology and 37 female without fibromyalgia. The data of the research was conducted by cross-sectional sociodemographic and clinical features form, Quality of life form (SF-36), The fear avoidance beliefs questionnaire, Anxiety sensitivity index-3, Beck anxiety inventory, Beck depression inventory and Visual analog scale was applied to cases.

According to the finding of research, it was determined that the patients who diagnosed with fibromyalgia can not perform many physical and social activities in their daily life and their quality of life decreased. Also, according to the literature, patients with fibromyalgia were found to be close psychiatric disorders. It can be said that anxiety, depression and the severity of pain to social functioning is higher than the control group. In the patient group, it was determined that addition to anxiety, level of depression and public health, also reduces social functioning, mental health, physical function and emotional role difficulty.

Key Words: Fibromyalgia, Depression, Anxiety Sensitivity, Fear Avoidance Beliefs, Quality of Life

GİRİŞ

Ağrı, insanın var olduğu tarih kadar eski olan, fiziksel rahatsızlıklarından biridir ağrı. Fibromiyalji (FM) kas-iskelet sisteminde vücudun hassas noktalarında oluşan ağrı ve beraberinde uyku bozukluğu, yorgunluk ve psikolojik rahatsızlıkları getiren, epidemiyolojik yapısı hakkında çok az bilgi sahibi olduğumuz karmaşık bir ağrı sendromudur.

FM prevalansı popülasyonda genellikle% 2-8'dir (Clauw, 2014: 1547-1555). Topbaş ve arkadaşları Türkiye'de FM prevalansını % 3,6 olarak bildirmişlerdir (Topbaş ve ark. 2005: 140-144).

İlk olarak Smythe ve Moldofsky tarafından, 1970'lerde tanımlanan FM sendromu (Smythe ve Moldofsky, 1977: 928-931) başlangıçta, doku iltihabı olarak görülmüş ve "fibrosit" olarak adlandırılmıştır. Bununla birlikte, hastalığın doku iltihabından ibaret olmadığına dair net kanıtlar bulunduktan sonra, adı "fibromiyalji" olarak değiştirilmiştir. 1990 yılında Amerikan Romatoloji Derneği (ACR) tarafından vücudun hassas noktalarındaki ağrılar tanı kriterleri olarak kabul edilmiştir (Wolfe ve ark., 1990: 160-172). Bu kriterlere göre, hastalar 3 aydan fazla bir süredir 18 hassas noktadan en az 11 tanesinde şiddetli ağrı hissi ve şikâyet duymaları FM için tanı koydurucu olarak kabul edilmiştir.

FM tanısında kullanılacak noktalar: boynun arkası, boynun önü, dirsekler, kalçalar, alt sırt, dizler, üst sırt, omuzlar, göğüs'tür. ACR, 2010 yılında Fibromiyalji tanı kriterlerini güncellenmiştir (Wolfe ve ark. 2010: 600-610). Bu kriterlere göre, semptomlar en az 3 ay boyunca mevcut olmalıdır. Hastada ağrı sendromunu tetikleyebilecek başka bir bozukluk olmamalıdır.

FM'deki ağrı Yaygın Ağrı İndeksi (WPI) ve Semptom Şiddeti Ölçeği (SSÖ) olarak adlandırılan iki ölçümle ölçülür. Teşhis için hasta WPI skoru ≥ 7 , SS ölçek skoru ≥ 5 olmalıdır. Alternatif bir seçenekte ise; WPI skoru 3 ile 6 arasında olmalı ve SS ölçek skoru ≥ 9 olmalıdır. 2010 ACR kriterlerinden önce, tüm FM hastaları genel olarak erkeklerden daha hassas noktalara sahip olan kadınlar olarak belirlenmişti. Bu nedenle kadınlara 9: 1 oranında erkeklerden daha fazla FM tanısı konmaktadır (Firestein ve Kelley, 2013:77).

2010 ACR kriterlerinden sonra kadınların erkeklere oranı 2:1 olmuştur (Clauw, 2014: 1547-1555). FM'nin bilinmemesine neden olan temel nedenlere rağmen, Santral Sinir Sistemindeki (CNS) bozukluklardan kaynaklanan yaygın ağrı bu sendromun temel semptomudur. Bu düzensizlikler, periferik nosisepsiyondan ziyade ağrı hissini arttırmada daha etkilidir. Buna “Merkezileşme Olayı” denir. Bu fenomende hastaya periferik bir uyarıcı uygulandığında, ağrı hissi beklenenden daha fazla gözlenir. Bu merkezileşme stres, aşırı bilişsel yorgunluk, yetersiz uyku ve ruh hali değişiklikleri gibi birçok faktör tarafından tetiklenebilir (Phillips ve Clauw, 2013: 291-302).

FM'si olan hastalar genellikle vücutlarına yayılan kronik ağrıdan muzdariptir. Ayrıca baş ağrısı, dismenore, kronik yorgunluk, irritabl barsak sendromu, uykusuzluk ve diğer ağrı sendromları gibi başka şikayetleri de vardır (Hudson ve Pope, 1994: 839-856). FM belirlenirken bu belirtiler göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca, FM hastalarının yakınlarının da kronik ağrı öyküsü vardır. FM hastalarının birinci derece akrabalarında genellikle FM veya kronik ağrı sendromu vardır (Arnold ve ark. 2004: 1219-1225).

Genetik faktörlerin FM ve kronik ağrı sendromunu tetiklediği varsayılmaktadır (Holliday ve McBeth, 2011: 521-527). Ağrı sendromlarıyla ilişkili genler, etkili nörotransmitterlerin ağrı hissine bağlanmasını düzenler. Ağrı duyarlılığı birkaç gen tarafından düzenlenir (Clauw, 2014: 1547-1555). Bu nörotransmitterlerin değişmiş aktivitesi ağrı duyarlılığında önemli değişikliklere neden olur. Öte yandan, genetik faktörlere sahip çevresel faktörler de bir ağrı sendromu geliştirmede etkilidir.

Hastalar üzerinde stres yaratan faktörler genellikle FM veya kronik ağrı sendromunu tetikleyebilir. Ayrıca, çeşitli enfeksiyonlar (EpsteinBarr virüsü, Lyme hastalığı, Q-ateş gibi), hem FM hem de kronik ağrı sendromunda klasik bir durum olan kronik yorgunluğa neden olabilir (Buskila ve ark., 2008: 41-43). Bu faktörlerin yanı sıra FM, FM hastalarının % 10-30'unda başka bir kronik ağrı sendromu ile birlikte görünebilir (Phillips ve Clauw, 2013: 291-302).

FMS ile uzun yıllardır psikolojik nedenli ağrılar, psikonevrozlar ve kişilik bozuklukları arasında sıkı bir ilişki olduğuna inanılmıştır (Reynolds, 1978: 128-285). Yapılan çalışmalarda FM'nin; depresyon, anksiyete ve stresle olan bağlantısını göstermiştir. Bu bağlamda da FMS'nin yaşam kalitesini ile olan ilişkisi pek araştırmaya konu olmuştur.

Araştırmanın Konusu

Bu çalışmada, etiolojisinde psikolojik nedenlerinde bulunduğu ve çoğunlukla kadınlarda görülen Fibromiyalji denilen yaygın kas rahatsızlığının bulunduğu hastalarda yaşamlarının kalite düzeyi ve hastalığının psikolojik etkileri bilimsel ölçekler ile değerlendirilmeye çalışılmıştır. Psikolojik faktörler üzerinden değerlendirilen FMS'nin klinik açısından değerlendirilmesinde yardımcı olmak amaçlı anksiyete duyarlılığı ölçülmeye çalışılmıştır. Genel kas ağrısı ile yaşamlarının her alanında etkilendiği klinik görüşmelerde ve araştırmalarda hasta söylemleri ile ortaya konulan rahatsızlığın yaşam kalitesini nasıl etkilediğine dair ölçekler uygulamıştır. Yaşam kalitesi ile anksiyete duyarlılığın etkilenme birlikteliğine bakılmıştır.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde FM tanısı ile takip edilen hasta grubundan 37 kadının, süregelen ağrıları ile devam eden psikolojik sorunları ve bu sorunların arasındaki bağlantı ile yaşam kalitesi seviyelerinin ölçülüp FM hastalığı, anksiyete duyarlılığı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

Araştırmanın Önemi

FMS ile ilgili fiziksel tıp ve rehabilitasyon alanında çalışmalar mevcuttur. Psikiyatrik alanda 'kronik ağrı' ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalar anksiyete bozukluğu ve depresyon odaklıdır. Bildiğimiz kadarıyla şuana kadar ki literatürde anksiyete duyarlılığı ve korku kaçınma inanışları ile FMS'yi ilişkilendiren çalışma ise bulunmamaktadır. FM epidemiyolojik yapısı hakkında hala eksik bilgiler olmasından ve psikolojik kökenli bir hastalık olmasından kaynaklı teşhisleri kolaylaştırma amacıyla bu tez anlamlı ve kıymetli olmaktadır.

Araştırmanın Yöntemi

Çalışma, İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan alınan izin (EK-1) ile Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Algoloji Polikliniğinde FM tanısı ile izlenen hastalar, 2017 yılından itibaren kesitsel olarak incelenerek yürütülmüştür. Araştırmaya, ardışık olarak

çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar dahil edilmiştir. Kontrol grubu yaş ve cinsiyet eşleniği göz önünde bulundurularak çalışmaya eklenmiştir. Olgulara dair edinilen verilerin eksik ya da geçersiz olması durumunda bu olgular veri analizinden çıkartılmıştır. Olgulara, Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, Yaşam Kalitesi Formu (SF-36), Vizuel Analog Skala, Korku-Kaçınma İnanışlar Anketi, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçekleri uygulanmıştır. Araştırmanın amacı doğrultusunda hasta ve kontrol gruplarının sosyodemografik ve klinik özellikli veri formu alınarak olguların kişisel özellikleri, fiziksel ve psikolojik sorunları belirlenmiştir.

Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi, beklenen frekansların karşılanmaması durumunda Fisher Exact Ki Kare ve çok hücreli karşılaştırmalarda farkın kaynağının tespiti için Z testi kullanılmıştır.

Araştırmanın Soruları

1. FMS olan hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasında yaşam kalitesi açısından fark var mıdır?
2. FMS olan hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasında korku kaçınma inanışları açısından fark var mıdır?
3. FMS olan hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasında anksiyete bozukluğu açısından fark var mıdır?
4. FMS olan hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasında depresyon açısından fark var mıdır?
5. FMS olan hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasında anksiyete duyarlılığı açısından fark var mıdır?

Araştırmanın Hipotezleri

1. FMS hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasında yaşam kalitesi açısından ilişki vardır.
2. FMS hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasında korku kaçınma inanışları açısından ilişki vardır.

3. FMS hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasında anksiyete bozukluğu açısından ilişki vardır.
4. FMS hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasında anksiyete duyarlılığı açısından ilişki vardır.
5. FMS hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasında depresyon açısından ilişki vardır.



BÖLÜM 1: GENEL BİLGİLER

1.1. Fibromiyalji Sendromu (Fms)

1.1.2. Fms Tanımı

FM, sağlık durumunun tüm yönlerini etkileyen birçok finansal, fiziksel, psikolojik, bilişsel ve sosyal eksikliğe yol açan yaygın ve yıkıcı bir sendromdur (Bernard, Prince ve Edsall, 2000: 42-50; Wasseem ve Hendrix, 2003; & Bergman, 2005). Sağlık sisteminden farklı tedavi yöntemleri arayan birçok hasta, maliyetlerin artmasına neden olan birden fazla ek sorun kümesi bildirmiştir. FM ile yaşamının insanların yaşamlarını doğrudan etkilemektedir (Wasseem ve Hendrix, 2003; Boonen et al., 2005: 26-32).

ABD’de yapılan bir çalışmada, FM hastalarının toplam sağlık bakım maliyetlerinin, sağlık sigortası veri tabanından rastgele seçilen bir kontrol grubundan üç kat daha yüksek olduğunu göstermiştir. (Berger, Dukes, Martin, Edelsberg ve Oster, 2007: 1498-1508) Pek çok sanayileşmiş ülkede, işle ilgili kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarının, artan talepleri ve yetersiz iş kontrolü ve memnuniyetini ifade eden iş yükü açısından önemli sağlık sorunları olduğu düşünülmektedir (Bergman, 2005: 675-683).

FM’li birçok hasta yürüme, hareket etme ve egzersiz yapmada zorluk yaşadığını bildirmiştir (Schaefer ve ark., 2011:71). Hastaların zihinsel sağlıklarında olduğu kadar fiziksel sağlıklarında da önemli rol oynayan bazı faktörler yakın zamanda araştırılmıştır. Bu araştırmalarda hastaların çoğunun FM başlangıcından sonra depresyon yaşadığı tartışılmaktadır (Offenbaecher, Glatzeder ve Ackenheil, 1998:94-96; Bernard, Prince ve Edsall, 2000: 42-50; Verbunt, Pernot ve Smeets, 2008:8).

Aynı şekilde, FM’li birçok hastanın panik bozukluğu ve kaygı bozukluğu gibi çeşitli psikiyatrik komorbiditelere sahip olduğuna dair kanıtlar vardır (Epstein ve diğerleri, 1999: 57-63; Schaefer ve ark., 2011:71). Ayrıca, araştırmalar, bu hasta grubunda, hastalık yükü nedeniyle FM geliştikten sonra yüksek oranda depresyon sıklığı ve yüksek depresyon prevalansı nedeniyle intihar oranının arttığını göstermiştir (Dreyer, Kendall, Danneskiold-Samsøe, Bartels ve Bliddal, 2010: 3101-3108; 2010; Wolfe, Hassett, Walitt ve Michaud, 2011: 94-101).

Kapsamlı araştırmalar, FM hastalarının, dikkat problemleri, hatırlama, konsantrasyon etme, düşünme ve karar vermede zorluk çekme, bilişsel işlev bozuklukları yaşadığını göstermiştir (Schaefer ve ark., 2011). Yetersiz dikkat süresi, zayıf ya da kısa süreli hafıza, kötüleşen sözel akıcılık ve kelime bilgisi ve zihinsel uyanıklığı FM hastalarının diğer yaygın şikayetleridir (Park, Glass, Minear ve Crofford, 2001: 2125-2133; Miro ve ark., 2011: 799-814).

Ampirik olarak, FM'li hastalarda uyku probleminin ilişkisini araştıran çalışmaların sayısı son yıllarda hızla artmıştır. Spesifik olarak, birkaç hasta, uyku blokajı, nefes darlığı veya baş ağrısı, uyku bozukluğu, gündüz uyuklama ve horlama hissi yaşar. Ayrıca, dokunma, yaygın ağrı ve zayıflatıcı yorgunluk gibi duyuşsal uyaranlara karşı toleransı azaltan semptomlar nedeniyle cinsel yaşamları ciddi şekilde bozulmuştur (Bernard, Prince ve Edsall, 2000: 42-50; Söderberg, Strand, Haapala ve Lundman, 2002: 143-150). İlişkiler göz önüne alındığında, bazı araştırmalar FM'li birçok hastanın sosyal destek eksikliğinden muzdarip olduğunu ve insanların onların zorluklarını anlamadığını hissettiklerini göstermektedir (Bernard, Prince ve Edsall, 2000: 42-50; Schoofs, ve ark. 2004: 364-374). Aslında, yukarıda belirtilen etkilerin tümünü anlamak için biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler dahil edilmelidir.

1.1.3. Fms Epidemiyolojisi

Kronik ağrı, tıbbi uygulamada en sık görülen şikayetlerden biridir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği (IASP), kas-iskelet sistemi ve eklem ağrısı, boyun ve sırt ağrısı, travma ve doğum sonrası ağrı ve kronik baş ağrısı gibi kronik ağrıların (dünya çapında) yetişkin nüfusun yaklaşık %20 (%10–55) etkilediğini tahmin etmektedir. Önemli fiziksel ve psikolojik rahatsızlıkları olan bireyler, ailelere ve topluma önemli bir sosyal ve ekonomik yük olarak kabul edilir (Schoofs ve ark. 2004: 364-374).

Fibromiyalji (FM), kronik yaygın ağrının (CWP) ana nedenlerinden biridir. Santral sinir hassaslaşmasının, FM'nin ana semptomu olan CWP ve genelleştirilmiş hassas noktaların (hiperaljezi) tezahür ettiği bir durumu temsil eder. Yorgunluk, uyku bozuklukları, hafıza ve konsantrasyon zorlukları, irritabl barsak sendromu, baş ağrısı, depresyon gibi diğer ilişkili semptomlar mevcut olabilir. FM'in farklı bir klinik varlık veya CWP spektrumunun bir parçası olup olmadığı tartışmalıdır. Epidemiyolojik çalışmalar, FM

hastalarına yeterli yardım sağlamak için uygun kaynakları hesaplamak amacıyla genel popülasyonlarda veya belirli ortamlarda sorunun boyutunu daha iyi anlamak için önemlidir (Schoofs, ve ark. 2004: 364-374).

FM prevalansı farklı ortamlarda, alanlarda ve ülkelerde ve dört kıtada yapılan pek çok incelenmektedir. Genel ortalama FM prevalansı Yunanistan'da% 0,4'ten Tunus'ta % 9,3, Amerika'da% 3.1, Avrupa'da% 2.5 ve Asya'da% 1.7 iken Türkiye'de bu oran genel olarak % 3,6'dır (Dönmez ve Erdoğan, 2010: 60-64). Yunus ve İnanici (2002), FM tanısı alan hastaların yüzde 90'ının kadın olduğunu belirtmiştir. Ayrıca kadınlarda ortalama sıklık% 4,2 iken erkeklerde% 1,4'dır.

1.1.4. Fms Etiyolojisi

Fibromiyaljinin etiyojisi ve patogenezi hala tam olarak anlaşılammıştır. Santral ve otonom sinir sistemlerinin disfonksiyonu, nörotransmitterler, hormonlar, bağışıklık sistemi, dış stresler, psikiyatrik yönler ve diğerleri gibi bazı faktörler rol oynar gibi görünmektedir. Merkezi sensitizasyon, ana mekanizma olarak kabul edilir ve CNS sinyalinin aracılık ettiği stimülasyona artan yanıtla tanımlanır. Merkezi sensitizasyon, spontan sinir aktivitesinin, genişletilmiş alıcı alanların ve primer afferent lifler tarafından iletilen arttırılmış uyaran tepkilerinin sonucudur (Dönmez ve Erdoğan, 2010: 60-64).

Arttırılmış nöronal mekanizmaların yanı sıra, glial hücre aktivasyonunun omurilikte ağrı iletimini modüle etmeye yardımcı oldukları için fibromiyaljinin patogenezinde de önemli bir rol oynadığı görülmektedir. Çeşitli ağrılı uyaranlarla aktive edilen proinflatuar sitokinler, nitrik oksit, prostaglandinler ve omurilik hipereksitabilitesini uyaran ve uzatan reaktif oksijen türlerini salgırlar. Ayrıca, çeşitli nörotransmitterler merkezi sensitizasyonda yer almaktadır. Serotonin (5-HT), ağrı modülasyonunda önemli bir role sahiptir ve serumda ve beyin omurilik sıvısında (BOS) bu molekülün değiştirilmiş seviyelerini aramaya yönelik birçok çalışma yapılmıştır. Ayrıca, 5-HT'lerin prekürsör triptofanı ve metabolitleri kanda ve BOS ve idrarda çelişkili verilerle ölçülmüştür. Bazı çalışmalarda 5-HT serumda veya CSF'de düşük seviyelerde bulunurken, diğer yazarlar etkilenen hastalar ve serumda kontrol grubu arasında 5-HT düzeyinde istatistiksel fark bulunamamıştır (Bellato ve ark.2012:122-142).

Serotonin ayrıca ruh hali ve uykunun düzenlenmesinde de rol oynar ve bu durum fibromiyalji ile uyku ve zihinsel bozukluklar arasındaki ilişkiyi açıklayabilir. Ayrıca nörotransmitterler de rol oynar (Pall, 2001: 139-145). Norepinefrin, dopamin, P maddesi (sentezi 5-HT ile inhibe edildiğinde fibromiyalji durumlarında tipik olarak yüksek olan), endorfin, ve metenkefalinler hiperaktif gibi gözükse de, bir şekilde bu hastalarda ağrıyı düzenleyememektedir. Bu göstergeler FM popülasyondaki ekzojen opiatların etkinliğinin neden azaldığını açıklayabilir. İşlevsel nörogörüntüleme çalışmaları, beynin bu durumun patogeneziine katılımını desteklemektedir. Tek foton emisyonlu bilgisayarlı tomografi (SPECT), bunun için kullanılan ilk fonksiyonel beyin görüntüleme tekniklerinden biridir (Pall, 2001: 139-145).

Radyoaktif izleyicinin infüzyonundan sonra, bu teknik beyin boyunca bölgesel beyin kan akışının (rCBF) bir ölçüsünü sunarak sinirsel etkinliği yansıtır. Talamus bir ilgi alanı gibi görünüyor. Mountz ve diğ. 7 kontrol grubundaki 10 hastada bazal rCBF seviyelerini karşılaştırmış, ilk grupta bilateral talamusta ve kaudat nükleusta azalmış rCBF göstermiştir.

Harris ve ark. endojen opioid sisteminin görünüşte paradoksal hiperaktivitesini açıklamaya çalışmışlardır. Fibromiyaljiden etkilenen hastalarda belirgin şekilde azalmış bir genel μ opioid reseptörü bağlanma potansiyeli göstermiştir. Sağ ve sol nükleus accumbens ve sol amigdale en önemli rol oynayan bölgelerdir ve sağ dorsal anterior cingulate kortekste de azalma eğilimi görülmüştür. Bu bulgular devam eden ağrı ve bir reseptör aşağı regülasyonuna cevap olarak salınan endojen opioidlerle doluluk oranını yansıtabilir (Pall, 2001: 139-145).

Genetik yatkınlığın FM'de önemli bir faktör olabileceği ve poligenik olduğu düşünülmektedir. Araştırılan çeşitli genler arasında en önemlisi nörotransmitterler ile ilişkilidir. Serotonin taşıyıcı geni, tek bir nükleotid polimorfizmi ile karakterize edilir; fibromiyalji ve psikolojik sıkıntıdan etkilenen hastalarda "S" (kısa) alel daha sık görülür. Katıldığı tahmin edilen diğer genler katekol-Ometiltransferaz geni, dopamin D4 reseptörü geni ve HLA bölgesidir (Häuser, ve ark. 2015:150).

1.2. Psikolojik Açıdan Fms

Literatürde FM'li hastaların yaşam boyu tıbbi hizmet kullanım oranlarının yanı sıra diğer romatizmal hastalıklarla karşılaştırıldığında daha fazla eşlik eden koşullara sahip oldukları bildirilmiştir (Wolfe ve ark. 1997: 1560-1570; Berger ve ark. 2007: 1498-1508). Psikiyatrik komorbiditeler arasında FM hastalarında depresyon tanısı için% 20 ila% 80 arasında değişmektedir (Fietta, Fietta ve Manganelli, 2007: 88-95; Uguz ve ark., 2010: 105-107; Aguglia, ve ark. 2011: 262-266).

FM'de yüksek depresyon oluşumu iki düşünceyi dikkate alınmaktadır. Bunlar paylaşılan patofizyolojik mekanizmalar ve hızlandırıcı faktörler. Paylaşılan önceden belirlenmiş genetik ve çevresel faktörler, tetikleyici bir olaya yanıt olarak depresyon gelişme riskini artırır. Benzer şekilde, olası predispozan elementler fiziksel veya psikososyal stres unsurları ile birleştirildiğinde FM'nin var olma olasılığı daha yüksektir (Gracely, Ceko ve Bushnell, 2011:15).

Bir çok alışmada FM hastalarında ağrı şiddeti ve depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi açıklamak için, sadece ağrı ve depresyon arasındaki patofizyolojik süreçlerinin inelenmesinin yanında, aynı zamanda düzensiz prefrontal ve insüler korteks, hipokampus ve amigdala kaynaklı ağrı eşiğinin azaldığı çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (Vythilingam ve ark. 2004: 101-112; Fitzgerald, ve ark. 2008: 683-695). Her ne kadar sınırlı sayıda çalışma FM'li hastalarda ailelerde büyük duygusal bozuklukların ortaya çıkıp çıkmadığını sorsa da, bazı bulgular (Hudson, ve ark. 1992: 363-367; Offenbaecher, Glatzeder ve Ackenheil, 1998: 96; Raphael, ve ark. 2004: 449-460), depresif ve ağrıyla ilişkili semptomları olan stresli olaylara karşı ailevi duyarlılığın, FM hastalarının değerlendirilmesinde göze çarpan bir sorun olması gerektiğini belirtmektedir.

Ayrıca, FM'li kadınlarda depresyon sıklığı prevalansının erkeklere göre daha yüksek olmasına neden olan bir cinsiyet farkı vardır. Farklı seks hormonları, ajanlarda, opiat ve opiat dışı sistemler ve sempatik sistemlerin sonucu olarak depresif kadınlarda düşük ağrı eşiğı ve ağrı toleransı bildirilmiştir (Sierpina ve Carter, 2002). Bu bilgiler ışığında, bir çalışmada, FM'li kadınlarda depresyon şiddeti ile hassasiyet derecesi arasında pozitif

bir korelasyon olduğunu ancak erkekler için olmadığını göstermiştir (Vishne ve ark., 2008: 831-836).

Üstelik, depresif belirtiler ile FM arasındaki eşlik, FM'li olmayan kadınlara kıyasla FM'li kadınlarda üç kat daha yaygındır (Raphael, ve ark., 2006: 117-125). Bazı çalışmalar (Martinez, ve ark. 1995: 167-174; Tander ve diğerleri, 2008: 859-865.; Gormsen, ve ark., 2010:127; Martinez, ve ark. 2013: 460-463) Hastalar ne kadar acı çekerse, rapor ettikleri depresif belirtinin skorlarının o kadar yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

Ayrıca, birçok çalışma (Tander ve ark., 2008: 859-865; Gormsen ve ark., 2010: 127), depresif belirtilerin hastalarda yaşam kalitesinin kötü olması ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu bulmuştur. Ayrıca, fibromiyalji şikayeti bulunan denekler, depresif belirtileri arttıkça, görsel analog skalalarda anlamlı derecede daha yüksek ağrılar yaşamaktadır.

Fiziksel FM belirteçleri olmadığından ve hastalar gözle görülür bir deformasyona sahip olmadıklarından, aileleri, arkadaşları ve işverenleri çoğu zaman çeşitli eksikliklerden muzdarip olduklarına inanmakta zorlanırlar. Bununla birlikte, bazı FM hastaları eğitim veya kariyer hedeflerini sürdüremezler ve topluluk faaliyetlerine katılamazlar. Bu “çaresizlik ve umutsuzluk” koşulu, depresyonun bileşenleri olan değersizlik duygusuna ve özgüven kaybına katkıda bulunabilir (Wallace ve Wallace, 2002:148-150).

Beklenmeyen ve kontrol edilemez bir durum olarak, FM hastaları hareketle uyarılan ağrıdan ziyade çoğunlukla kendiliğinden ağrı bildirmişlerdir. Dahası, reaktif depresyonla sonuçlanan ağrı kesici eksikliği çekmişlerdir (Gracely ve ark., 2011: 271-284). Son zamanlarda yapılan bir araştırma (Madenci, ve ark. 2006: 19-21) artan ağrı süresinin de depresif belirtilerin artmasına neden olduğunu bulmuştur. Juvenil primer fibromiyalji sendromu (JPFS) olan çocukları içeren bir çalışmada, semptomların başlangıcına rağmen, uygun bakımı almayı geciktirdiğinde çocukların depresyon seviyesinin arttığı görülmüştür. Sonuç olarak, JPFS grubunun daha uzun ağrı süresi gelecekte olumsuz psikososyal işleyişe neden olmaktadır (Kashikar-Zuck, ve ark., 2002: 412-419).

FM hastaları arasında depresyonun doğasını anlamak için ağrıya ilişkin bilişsel işlemlerinin de göz önünde bulundurulması gerekir. Aslında, son kanıtlar hastanın yaşadığı algılanan ağrı arttıkça FM'li kişinin depresif semptomlarının seviyesi arttığını ortaya koymaktadır. Bu ilişkinin altında yatan mekanizma, ağrı uyarıcılarına karşı abartılı bir olumsuz yönelim ile karakterize edilen “yıkıcı” olarak adlandırılan depresyon ile ilgili bilişsel bir tarz ile açıklanabilir (Kashikar-Zuck, ve ark., 2002: 412-419).

Bununla birlikte, depresyonun bilişsel bir tarz mı yoksa bir kişilik değişkeni mi olduğuna dair mevcut bir tartışma vardır. Klinisyenler, FM hastaları için yaşam olaylarının kolayca duygusal sıkıntıya dönüştürülmesini sağlayan bazı kişilik özelliklerini tanımlar. Bazı araştırmalar (Fietta, Fietta ve Manganelli, 2007: 88-95), FM'li bireylerin düşük benlik saygısı, mükemmeliyetçilik, mağduriyet ve kaçınma dahil olmak üzere kişilik değişkenlerine bağlı olarak depresyona eğilimli olabileceğini öne sürmektedir. Benlik saygısı duygusu, birinin eylemleri ya da sevgisi ve başkaları tarafından kabulü gibi dış deneyimlere dayandığında; düşük benlik saygısı, depresif bilişler ile anlamlı şekilde ilişkilidir (Roberts ve Monroe, 1992: 804).

Bu bağlamda, bir araştırma araştırmasında (Johnson, ve ark.1997: 578-584), bu yeterliliğe bağımlı özgüvenin, depresyonlu FM hastalarında depresif olmayan FM grubundan daha muhtemel görüldüğünü görülmüştür. FM hastalarının en az yarısı iyi bakımlı, organize ve kontrol sahibi olmak gibi mükemmeliyetçi eğilimler göstermiştir. Bununla birlikte, tetikleyici bir olay (yani, travma veya aile baskıları) dengelerini bozabilir. Mevcut yaşam tarzlarını sürdürmekte güçlük çekmenin bir sonucu olarak, kendilerini depresyona götüren başarısızlık, reddedilme veya suçlu hissetme olasılıkları yüksektir (Wallace ve Wallace, 2002:122).

Cloninger (1993) kişiliği mizaç ve karakterden oluşan iki boyut olarak tanımlamıştır. Mizaç ve Karakter Envanteri'ne göre, FM hastalarının çoğunda yüksek “Zarardan Kaçınma” (HA) olan bir mizaç türü vardır; bu, ceza veya hayal kırıklığını önlemek için inhibe veya pasif davranışlarla, önleyici uyarıların sinyallerine aşırı duyarlı olma eğiliminde olduğu anlamına gelir (Gencay-Can ve Can, 2012: 27-31).

Bu sonuçlar FM hastalarının sorunları inkar etme ve onlarla etkili bir şekilde başa çıkma eğiliminde olma eğilimine dikkat çekmektedir (Anderberg, ve ark. 1999: 353-359). Ayrıca, bulgular FM hastalarında HA puanının daha fazla olduğunu, depresyon şiddetinin daha fazla yaşadığını göstermiştir (Kaya, Erden, Kayar ve Kıralp, 2010: 105-10; Gencay-Can ve Can, 2012: 27-31).

Karakteristik bir özellik olarak, düşük düzeyde “öz-yönlülük” puanları, kişisel etkinin bilinmezliği, geleceğe yönelik hedeflerin eksikliği, pasiflik ve çaresizlik duygusuyla koşulları suçlama eğilimine işaret etmektedir. Kişilik özelliklerinden biri olarak nevroitikliğin acıya karşı uyanıklık üzerinde bir etkisi olması muhtemeldir. Aslında, nevroitiklik, bedensel duyumlar deneyiminin artmasıyla bağlantılı olmuştur. Yani, nevroitik bireylerin iç fiziksel duyumları ve küçük ağrıları tanımlamaları daha olasıdır. Açıklamak gerekirse, yüksek derecede nevroitik insanlar tehdit edici olarak düşük bir ağrı şiddetini algılamakta ve sonuç olarak ağrıyla ilgili olumsuz düşünceleri arttırmaktadır (Goubert, Crombez ve Damme, 2004: 234-241).

Özellikle, kayda değer kanıtlar (Martinez, ve ark. 2011: 380-391), çoğu FM hastasının genel olarak daha yüksek nörotisizm skorları rapor ettiğini göstermiştir. Ayrıca, orta ila yüksek nevroitiklik düzeyleri arasındaki fark, düşük ila orta nevroitiklik düzeyleri arasındaki farktan daha düşüktür. Nörotisizm ile depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğu açıktır. Kişiliğin, doğrudan ağrının etkisinden ziyade ağrıyla başa çıkmada kullanılan başa çıkma stratejileri üzerindeki etkisi nedeniyle, nevroitik kişilikleri olan FM hastalarının ağrılı uyarıların anlamını yorumlamalarını engelleme olasılığı daha yüksektir (Malin ve Littlejohn, 2011:41).

Mevcut çalışmaların sonuçlarından kaynaklanan bir başka önemli sorun da, ağrı ve depresyonun duygusal ifadesinin önemidir. FM'li hastalar arasında, duygusal olarak engelleyici stratejilerin yoğunluğu etkileyen faktörler ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ağrı yoğunluğunun etkisi, depresyon üzerinde olumsuz etkileri olabilecek aleksitimi ile idare edilebilir. Çeşitli çalışmalar (Puente, ve ark. 2013: 305-320) bunun FM hastalarının sağlıklı kontrollere göre daha yüksek aleksitimi skorlarına sahip olmasının kanıtı olduğunu göstermiştir.

FM hastalarının kaygısızlaştırıcı niteliklerinin, duygularını açıkça deneyimlemelerini önlemektedir. Son kanıtlar, içselleştirilmiş ve bastırılmış öfkenin, acıyı ve depresyonu oluşturduğunu göstermiştir (Sayar, Gulec ve Topbas, 2004: 441-448). Bu nedenle, FM de dahil olmak üzere kronik ağrı hastalarının öfke veya düşmanlıklarını bastırma eğiliminde olmaları göz önünde bulundurulduğunda, ağrı ve depresyona karşı hassasiyetin artmasına neden olabilir (Okifuji, Turk ve Curran, 1999: 1-12). Sonuç olarak, FM hastaları ile yapılan çalışmalar ağrı şiddetinin, nevrozluğun ve duygusal ifadenin hastanın depresyonunun öngörülmesinde önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır.

1.2.1 Anksiyete Bozukluğu

Anksiyete bozukluğu, sürekli endişe ve endişe duyguları ile karakterize bir hastalıktır. Endişe genellikle gerçek durumlarla orantılı değildir, bir insanın günlük yaşamının çoğu alanında bulunur ve kontrol edilmesi zor olarak deneyimlenir. Anksiyete ve endişe içeriği bir dizi farklı olayı veya durumu kapsayabileceği ve anksiyetenin fiziksel belirtilerinin spesifik olmadığı ve tehdide verilen normal bir cevabın bir parçası olduğu için genelleştirilmiştir.

Anksiyete bozukluğu olan bireyler, kendilerini doğaya karşı duyarlı olarak tanımlamaktadır ve endişe etme eğilimleri genellikle çocukluktan veya erken ergenlik döneminden beri mevcuttur. Yaygın anksiyete bozukluğu olan bireylerin yaşadığı anksiyete belirtileri, · huzursuz, kolayca yorulma, konsantre olmakta zorlanmak ya da zihnini boşaltmamak, sinirlenmek, uyumakta zorluk çekmektir. Anksiyete bozukluğu toplumdaki en yaygın psikolojik bozukluklarından biridir. Son zamanlarda yapılan bir araştırmada, 12 aylık bir dönemde, her 100 kişiden 3'ünde genel bir anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmiştir (Barlow, 2000: 1247).

Genellikle erken yetişkinlik başlangıç zamanıdır ve birinci basamakta hastalık sık görülür. Anksiyete bozukluğu kalıcı bir endişe ve endişe durumu olarak nitelendirilmektedir. Genellikle Anksiyete bozukluğu, “duyusal uyanıklık” durumdur (Shelton, 2004:4). Yaygın kaygı yaşayan insanların çoğu, kendileri tarafından kabul edilen tehlike olarak yorumlanan belirsizlik veya belirsiz durumlara karşı düşük tolerans gösterirler; bu nedenle endişelenmek için birçok nedenler öne sürerler (Ladouceur ve

ark. 1997: 933-941). Anksiyete bozukluğu olan insanlar kendi duygularını anlamada zorluk çekmekte ve duygusal düzensizlikten muzdarip olmaktadır.

Bir araştırmada (Mennin ve ark., 2005: 284-302), Anksiyete bozukluğu olan kişilerin Anksiyete bozukluğu olmayan insanlardan daha yoğun duygular yaşadıklarını göstermiştir. Anksiyete bozukluğu olan insanlar duygularını tanımlama ve açıklama konusunda yetersiz kalırlar. Ayrıca olumsuz bir durumdan sonra kendilerini bu durumdan çıkarma konusunda sorun yaşadıklarını da bildirilmektedir. Anksiyete bozukluğu olan kişiler ile, Anksiyete bozukluğu olmayan kişiler karşılaştırıldığında problem çözme ve belirsizlik durumlarını tolere etme konusunda daha fazla güçlkle karşılaştıkları görölmektedir (Ladouceur ve ark, 2000: 933-941).

Genelleştirilmiş kaygı semptomları olan insanlar kendilerini gergin, kilitlenmiş, gevşeyemeyen, endişeli, kaygılı, kötü öfkeli, patlamaya hazır ve tahammül edemeyen biri olarak görürler. Konsantre olma gerginlik nedeniyle zorlaşır ve dikkatleri başka bir nesneye hızla kaydırmakta yetersizdir. Aşırı ve devam eden tehdit nedeniyle hiper uyanık olma eğilimindedirler. Olumsuz bir duruma karşı uyanıktırlar ve bir kapıyı çalmak gibi sıradan, tehlikeli olmayan uyaranlar tarafından dehşete düşerler (Ruscio, 2002). Ayrıca kaygı işgücü ve beceri kaybına neden olmuştur (Özcan ve Uğuz, 2006: 276-285; Öztürk ve Uluşahin, 2008:225). Bireylerin sosyal işleyişi ve iş verimliliği olumsuz ve büyük ölçüde kaygıdan etkilenmektedir (Ladouceur ve ark, 2000: 933-941).

1.2.2. Anksiyete Bozukluğu Etiyolojisi

Yukarıda bahsedildiği gibi, anksiyete bozukluklarının etiyolojisi genellikle bir grup olarak kavramsallaştırılmıştır. Genetik araştırmalar, bir grup olarak kaygı bozukluklarının, ebeveynlerinde kaygı bozukluğu geçmişi olan çocuklarında daha çok yaygın olduğunu ve genetik bağın, korku ve kaygı düzeyindeki değişkenliğin üçte birini oluşturduğunu düşünmektedir (Albano ve ark., 2003: 128-161). Benzer olarak, araştırmalar, monozigotik ikizlerin, anksiyete belirtileri gösterme ihtimallerinin, dizotik ikizlere göre daha fazla olduğunu göstermektedir.

Anksiyete öyküsü olan hastaların amigdala ve amigdala yakınlarına bağlı olarak temporal lob bölgelerinde değişiklik gösterdiği bulunmuştur. Ek olarak, kaygıya duyarlı olanların sağ hipokampusta daha küçük bölgesel gri madde hacminin yanı sıra sol ön

prefrontal kortekste, özellikle kadınlarda daha küçük bölgesel beyin hacmini gösterdiği bulunmuştur (Yamasue ve ark., 2008). Bazı çalışmalar, sol amigdalanın anksiyete bozukluğu olan hastalarda sağ amigdaladan daha küçük olduğunu göstermiştir (Kim ve Gorman, 2005: 335-347).

Menzies ve ark. (2008) OKB hastalarının sağ inferior parietal bölgedeki beyaz maddede artışlar ve sağ medial frontal bölgede bir azalma gösterdiğini bulmuşlardır. Bu bulgular özellikle heyecan vericidir çünkü klinik olmayan birinci derece akrabalar da aynı değişiklikleri ortaya çıkardı, muhtemelen bozukluğun kalıtsal bir zayıflığının bir parçası olabilecek genetik beyin değişikliklerine işaret etmektedir.

Anksiyete bozukluklarının patofizyolojisinde amigdala aşırı reaktivitesini belirleyen hipotezlerle uyumlu olarak birçok çalışmanın bulguları sürekli olarak yüksek düzeyde kaygı düzeyine sahip bireylerin yüksek bazolateral amigdala aktivitesi gösterdiğini ortaya koymaktadır (Basında Savitz ve Drevets). Örneğin, GAD'lı hastalar, dorsal rapelustan kaynaklanan serotonerjik fonksiyonun hipoaktif görünmesine rağmen, korteks, talamus, amigdala ve hipotalamus arasında korteks, talamus, amigdala ve hipotalamus arasında aşırı dolaşımılık ve kortekserjik nöronların aşırı aktivitesi sergilerler. Ek olarak, locus coeruleustan kaynaklanan noradrenerjik nöronların aşırı aktivitesi, GAD'de belirtilen beyin alanlarında aşırı uyarılmalara neden olabilir (Nutt, 2001). Her ne kadar serotonin, locus coeruleus'un aktivasyonunu inhibe edebildiği ve bu nedenle amigdalanın norepinefrin aktivasyonunu azaltabilmesine rağmen, Anksiyete bozukluğu olan hastaların iki nörotransmitterin uygun bir dengesi göstermediği görülmektedir (Kim ve Gorman, 2005: 335-347).

1.2.3. Anksiyete Duyarlılığı

Anksiyete duyarlılığı “kaygı / korku deneyiminin hastalık, utanç veya ek kaygıya yol açtığı inancından oluşan bilişsel bireysel fark değişkeni” olarak tanımlanmaktadır (Reiss, ve ark. 1986: 1-8.). Reiss ve arkadaşları (1986), anksiyete duyarlılığını “korku korkusu” veya “endişe korkusu” olarak tanımlamıştır. Yüksek Anksiyete duyarlılığı olan insanlar, kaygı ile ilişkili semptomların (örneğin bayılma, titreme), düşük Anksiyete duyarlılığı olan insanlara kıyasla zararlı somatik, sosyal veya psikolojik sonuçlara sahip olduğuna inanma eğilimindedir. Bu nedenle, yüksek Anksiyete

duyarlılığı olan insanlar genellikle kaygı ile ilgili duyumlara yol açan durumlardan kaçınırlar. Öte yandan, düşük Anksiyete duyarlılığı olan insanlar kaygı belirtilerinin hoş olmadığını fakat zararsız olduğunu düşünürler (Reiss, ve ark. 1986: 1-8.).

1940'larda, Anksiyete duyarlılığı ve ilgili kavramlar teorik bakış açılarıyla ele alınmıştır. Bununla birlikte, bilişsel panik atak teorileri, kaygı ve kaygı ile ilgili bozuklukların bilişsel kuramlarının geliştirilmesinden sonra Anksiyete duyarlılığının teorik ve klinik önemi kabul edilmiştir. 1985 yılında, Reiss ve McNally bir korku beklentisi modeli önermişlerdir. Bu teoriyi, Anksiyete duyarlılığının neden korku, endişe, panik ve kaçınma davranışına neden olabileceğini açıklamak için geliştirilmiştir. Dolayısıyla, beklenti teorisi Anksiyete duyarlılığı için önemli bir teorik bağlam sağlamıştır.

Beklenti teorisine göre, "beklentiler" (korkulan nesneye rastlandığında ne olacağını düşünür, örneğin, "uçuş sırasında panik atak geçirmeyi bekliyorum") ve "hassasiyetler" (neden beklenen olaydan korkuyor?) teorik olarak insan korkularının temelini oluşturur (Reiss, 1991). Ek olarak, beklenti teorisi ortak (sıradan) korkularla temel korkular arasındaki ayrımı yapmıştır. Ortak korkular, örneğin, zararsız hayvanların korkusu, yükseklik korkusu. Bununla birlikte, temel korkular, çoğu insan için içgüdüsel olarak uyandırıcı uyaran korkularıdır (Reiss, 1991). Gerçekten de, Reiss'e (1991) göre temel korkular, geniş kapsamlı uyaranlardan korkmaya neden olurken, ortak korkular değildir.

Korku edinmenin üç temel korkunun (duyarlılıklar) bir işlevi olduğunu belirtmiştir:

- Yaralanma / hastalık duyarlılığı;
- Olumsuz değerlendirme korkusu; ve
- Kaygı duyarlılığı.

Temel korkuların birçok ortak korkuyu daha da kötüleştirebileceğini öne sürmüştür. Örneğin, kişi endişeli hissetmekten korkuyorsa yılandan (ortak korku) korkuyor olabilir (Anksiyete duyarlılığı). Taylor (1998), Anksiyete duyarlılığının, bireyler arasında dereceye göre değişen, tüm kişilerde var olan istikrarlı bir kişilik özelliği olduğunu ileri sürmüştür. Anksiyete duyarlılığındaki bireysel farklılıklar, sosyal öğrenme deneyimleri, panik atak öyküsü, sosyal utanç veya hastalıktan kaçınma ihtiyacı ve fizyolojik aşırı reaktivite gibi çeşitli kaynaklardan kaynaklanmaktadır (Reiss ve ark. 1986:1-8).

Anksiyete duyarlılığının özellikle panik ataklar ve alkol / uyuşturucu kullanımı gibi kaygı bozuklukları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Zinbarg, Barlow ve Brown, 1997: 277; Taylor, Koch ve McNally, 1992: 249-259).

Anksiyete duyarlılığının daha geniş kişilik alanıyla olan ilişkisi hakkında çok az şey bilinmektedir. Bununla birlikte, bazı psikometrik araştırmalar, AS'nin genellikle nevrotiklik veya negatif etkililik olarak adlandırılan daha yüksek dereceli bir faktörün alt bileşeni olduğunu göstermiştir (örneğin, Rapee ve Medoro, 1994). Anksiyete duyarlılığı önlemlerinin Büyük Üç ve Büyük Beş'in boyutlarıyla ilişkisini inceleyen araştırmalar (yani, Arrindell, 1993; Zinbarg & Barlow, 1996; Cox, 3 Borger, Taylor, Fuentes ve Ross, 1999), genellikle Büyük Anksiyete duyarlılığın ölçütleri, her türlü olumsuz duygusal durumu deneyimleme eğilimini yansıtan Olumsuz Duygusallığın (veya Eysenck'in şeması, Neuroticism'deki) daha yüksek dereceli boyutu ile önemli ölçüde ilişkilidir.

Benzer şekilde, Lilienfeld (1997)'de Anksiyete duyarlılığının negatif duygusallığın üst düzey psikolojik faktörüyle pozitif ilişkili olduğunu, ancak olumlu duygusallık veya kısıtlama ile ilgili olmadığını göstermiştir. Anksiyete Duyarlılığı Endeksi (ASI) (Reiss ve diğerleri, 1986), Anksiyete duyarlılığını değerlendirmek için en sık kullanılan ölçektir. Taylor (1996), Anksiyete duyarlılığının en az üç düşük dereceli faktörden oluşan çok faktörlü bir yapıya sahip olduğunu ileri sürmüştür. Anksiyete duyarlılığının maddeleri genel olarak üç alanı değerlendirmektedir: somatik duyumlardan korkma (fiziksel endişe), bilişsel duyumlardan korkma (psikolojik endişe) ve kamusal olarak gözlemlenebilir duyumlardan korkma (sosyal endişe).

1.2.4. Depresyon Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), her yıl 800.000 tamamlanmış intiharı depresyonla ilişkilendirilmektedir. DSÖ'nün 2015 raporlarına göre, depresyon tanısı alan insanların sayısı 300 milyondan fazladır ve bu da dünyadaki toplam nüfusun% 4,4'üne eşittir. Depresyon prevalansı, özellikle düşük gayri safi milli hasılaya sahip ülkeler arasında, yıllar içinde artmaktadır. Yoksulluk, işsizlik ve sevgili birinin kaybı, yakın ilişkilerde sorunlar ve fiziksel hastalıklar gibi olumsuz yaşam olayları, birinin depresyondan muzdarip olabileceği risk faktörlerinden bazılarıdır (Kaya, 2007:11-20).

Zihinsel Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabında (DSM) depresyonun ana belirtileri günün çoğu için depresif bir ruh hali, tüm faaliyetlerde veya neredeyse tüm faaliyetlerde ilgi kaybı ve azalan zevk, diyet yapmadığınızda kilo alma veya kilo verme gibi sorunları yemek; çok fazla uyku veya uykusuzluk gibi uyku sorunları, konsantre olma veya düşünme süreçlerinde zorluklar, benlik ve ölüm düşünceleri hakkında olumsuz düşünceler, ve psikomotor ajitasyon olarak tanımlanmaktadır (Kaya, 2007:11-20).

Birey, daha önce zevk aldığı şeylere olan ilgisini kaybeder. Bu durum aynı zamanda anhedonia denir. İştah da değişebilir ve yemekte artışa veya azalmaya neden olabilir. Ağırlık değişiklikleri istemeden gerçekleşir. İştah değişimlerinin yanı sıra, uyku kalitesi ve uyku süresi etkilenecektir. Birey uyku problemleriyle karşılaşabilir. Bireyin bilişsel yetenekleri de etkilenebilir. Konsantrasyon, dikkati devam ettirme, hatırlama ve karar verme gibi bilişsel işlevsellik bozulur. Kendine ve dünyaya yönelik sürekli düşünceler ve olumsuz atıflar da artabilir (Beck, 1973:3).

Birey ölüm hakkında düşünceleri olabilir, kendine zarar vermeye veya intihara teşebbüs edebilir. Değersizlik ve suçluluk duygusu bunlara eşlik edebilir ve kendisinin ya da etrafındaki dünyanın olumlu özelliklerini gözden kaçırmaya neden olabilir. Literatürde, depresyon, kökleri ve nedenleri hakkında birçok farklı teori vardır. Birincil ve baskın teoriler arasında, psikanalitik depresyon teorisi vardır.

Freud'a (1917) göre, depresyon iç yönelimli saldırganlığın sonucudur. Değerli ilişkideki kayıp veya red sonucudur. Kişi kendini kayıp nesne ile özdeşleştirir ve reddetme veya kaybetme konusunda kızgın hisseder. Buna karşılık, kaybedilen kişiye karşı saldırganlığın, kendini depresyona karşı korumasız bırakan kendine yansıtılması. Klein (1960) ise, özellikle yaşamın ilk yıllarında ebeveyn-çocuk ilişkisinde yoksunluk sonucu depresyonu açıklamaktadır (Klein,1960:509). Bowlby (1988), bakıcı ve çocuk arasındaki sürekli bağlanma bozulmasının, çocuk için ciddi olumsuz zihinsel sağlık sonuçları ile sonuçlandığını belirtmektedir.

Davranışsal depresyon kuramları, uyumsuz eylemlerin depresyon başlangıcındaki öğrenme ve kondisyonlama üzerindeki etkisini gösterir. Skinner'ın davranış teorisine (1953) göre, depresyon, diğer davranışlar kadar öğrenilmiş bir şeydir ve pozitif olarak

güçlendirilmiş davranışların kaybıyla birlikte gelir. Peter Lewinsohn (1985), depresyonun bireyin çevresel stres faktörleriyle başa çıkmak için yeterli beceriye sahip olmadığı durumlarda ortaya çıktığını açıklar.

Stresörle karşı karşıya kaldıktan sonra, birey kendisini depresif hissetmesini sağlayan düşük pozitif donatı alır. Eğer kişi depresif semptomları nedeniyle çevresinden olumlu bir şekilde pekiştirirse, onu tekrar etmesine neden olabilir ve uyumsuzluk davranışını pekiştirebilir. Davranışsal depresyon teorisi böylece depresyonu çevresel faktörlere bir cevap olarak açıklamaya çalışır. Endojen depresyon ve bilişin depresif durumlar üzerindeki etkisi gibi her türlü depresyonu açıklayamamaktadır.

Bilişsel depresyon teorileri, çocukluktaki olumsuz olayların depresyondaki kırılganlığı artırabileceğini vurgulamaktadır. Beck'e (1967) göre stresli yaşam olayları yaşamak disfonksiyonel tutumu olan kişinin depresif semptomlar göstermesine neden olabilir. Olumsuz deneyimler nedeniyle birey, ben, dünya ve gelecek hakkında olumsuz düşünceler geliştirir. Beck (1967)'e göre ise "bilişsel üçlü" olarak adlandırılan bir süreçtir. Olumsuz düşünceleri olan insanlar, olumsuz deneyimleri abartır ve düşüncüyü kutuplaştırmaya meyillidir. Bu, iyi deneyimleri en aza indirir. Beck, üzüntünün "bir kayıp algısı olduğunda uyarıldığını" ve "genel sonucun geri çekileceğini" belirtmektedir (Beck, 1985: 191).

1.2.5. Depresyon Etiyolojisi

Depresyon hala kesin bir etiyoloji gerektiren oldukça karmaşık bir hastalıktır. Ayrıca ciddi sonuçları olan yaygın bir hastalıktır. Son araştırmalar Batı dünyasındaki nüfusun% 30 -% 40'ının yaşamlarında en az bir kez şiddetli depresyon yaşadığını göstermektedir. Şiddetli depresyon depresyondaki kişinin sosyal yaşamını, uyuma ve yemek yeme alışkanlıklarını, genel sağlığı, aynı zamanda aileyi ve dostları etkiler.

Depresyon, dünya çapında önemli bir morbidite nedenidir ve toplum için çok maliyetlidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde intihar eden kişilerin% 60'ında depresyon ya da başka bir ruh hali bozukluğu vardır. Diğer ciddi hastalıklarla olan ilişkisi nedeniyle; diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar ve etiyoloji eksikliği, en az% 30'luk yanlış tanı yüzdesi ile ilişkilidir. Açıkçası, güvenilir teşhisler başarılı bir tedavi için çok önemlidir, ancak böyle bir güvenilirliğin uygun etiyolojiye dayanması gerekir.

Major depresyonun, kısmen, aşırı aktif bir hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksenini tarafından oluşturulduğuna inanılmaktadır, ancak daha önce HPA eksenini tarafından üretilen hormon seviyeleri ve modeli temelinde depresyonun saptanması için objektif belirteçler oluşturma girişimleri vardır. Araştırmalar, sırasıyla anterior hipofiz ve salgılanan bezler tarafından salgılanan adrenokortikotropik hormonun (ACTH) ve hormon kortizolün değişen seviyelerinin ve kalıplarının, depresyon patogenezinde yer aldığını ve HPA ekseninin bilişsel olarak ortaya çıktığını göstermektedir. Birkaç grup, depresyon ile ilgili objektif belirteçler oluşturmaya çalışmıştır: Ultradian salınım paterni (yaklaşık 1 - 2 saatte bir puls ile karakterize edilir), ortalama kortizol ve ACTH konsantrasyonu ve yaklaşık olarak daha ileri yöntemler entropi önerilmiştir. Hala depresyon tanısı için tatmin edici bir nicelik ölçütü henüz ortaya çıkmamıştır.

Depresyon etiyolojisinde ve seyrinde karmaşık bir biyolojik süreçler kümesi ortaya çıkmıştır. Ayrıca araştırmalar her zaman bu tür süreçlerin depresyonun nedensel faktörlerin, korelasyonların veya sonuçlarının altında olup olmadığını açıklayamamıştır. Bunlar, birbiriyle ilişkili genetik açık mekanizmaları, beyin yapısı ve fonksiyonu, nörotransmitter ve nöroendokrin süreçleri ve bağışıklık sistemi süreçlerini içerir. Bu alanların her birinde olduğu gibi, bu biyolojik mekanizmalar arasındaki etkileşimlerin ve depresyon riskini arttıran çevresel ve kişisel faktörlerin araştırılmasında da ilerlemeler kaydedilmiştir.

Depresyonun heterojenliği ışığında, bugüne kadar ki araştırma kanıtlarının depresyonun başlangıcı ve seyri ile ilgili tek bir biyolojik süreç kümesi üzerinde birleşemediği şaşırtıcı değildir. Bununla birlikte, kanıtlar beyindeki, merkezi sinir sistemindeki ve çevre bölgedeki işleyişin birçok önemli yönünün rolünü destekler. Bu çeşitli araştırma hatları boyunca bir tema, biyoloji ile strese maruz kalma arasındaki etkileşimin, özellikle kronik veya tekrar eden stresin, etiyoloji ve depresyon seyri içerisinde göz önüne alınmasının önemidir.

Depresyonun, hem genetik hem de çevresel süreçleri etkileyen bir olgudur. İkiz çalışmaların gözden geçirilmesi erişkinlerde majör depresyon riskinin yaklaşık üçte birinin bireyler arasındaki genetik farklılıklardan kaynaklandığını ortaya koymaktadır (Sullivan, Neale ve Kendler, 2000: 1552-1562). Bu rakam, şizofreni veya bipolar

bozukluk gibi diğerk bazı psikolojik bozukluklardan önemli ölçüde daha düşüktür (McGuffin ve ark. 2003: 1187-1192).

Benzer şekilde, majör depresyon gelişme riski, depresyonla birinci dereceden akraba olanlar için yaklaşık 2.5-3 kat artarken, yüksek derecede tehdit edici bir yaşam olayına sahip olmak olaydan sonraki birkaç ay içinde riski 5 ila 16 kat arttırır (Sullivan, Neale ve Kendler, 2000: 1552-1562). Genetik etkiler cinsiyet ve gelişim evresi tarafından değiştirilmiş gibi görünmektedir ve sadece iç biyolojik ve psikolojik özellikleri değil, aynı zamanda kişinin çevre üzerindeki etkilerinin doğasını da etkileyebilir (Kendler, Gardner ve Prescott, 2003: 1193-1202).

Birkaç genetik polimorfizm strese cevaben artan depresyon riski ile ilişkilendirilmiştir. Bunlardan en önemlisi serotonin sisteminin genleridir. (5-HT) Nörotransmitter serotonin; duygular, uyku, sirkadiyen ritim, termoregülasyon, iştah, saldırganlık, cinsel davranış, ağrı hassasiyeti ve sensorimotor reaktivite (örneğin, Lucki, 1998; Neumeister, Young ve Strastny) gibi çok çeşitli fizyolojik fonksiyonlara etki eder. 5-HT konsantrasyonlarının azalması, 5-HT taşıyıcısının bozulmuş alım fonksiyonu, 5-HT reseptörü bağlanma değişikliğinin ve triptofan tükenmesinin azalması gibi merkezi 5-HT sistemindeki eksiklikler, birçok psikolojik sorun ve psikiyatrik bozukluklarla bağlantılı olmuştur (Kendler, Gardner ve Prescott, 2003: 1193-1202).

Bir dizi çalışma, genetik polimorfizmlerin serotonin ile ilişkili genlerdeki depresyon etiolojisindeki rolünü araştırmıştır. Şu anda, serotonin taşıyıcı (5-HTTLPR) geni en umut verici olanıdır. Önemli olarak, Caspi ve ark. (2003) ve Kendler ve ark. (2005), 5-HTTLPR kısa alelinin bir veya iki kopyasına sahip bireylerin, stresli yaşam olaylarına cevap olarak, uzun alel için homozigot olanlara göre daha fazla depresif semptom ve yüksek majör depresif bozukluk oranları yaşadığını bulmuşlardır. Bu çalışmalar, depresyon üzerindeki genetik etkilerin yalnızca strese maruz kalma koşulları altında gözlenebileceği yönündeki belirtileri bakımından özellikle dikkat çekicidir (Uher ve McGuffin, 2008:131). Stresli yaşam olaylarına cevap olarak depresyonda yer alan serotonin taşıyıcı polimorfizminin etkileri, strese yanıt olarak disfonksiyonel duygusallık olarak davranışsal olarak gösterilebilir.

Beyin fonksiyonları, genler ve nörotransmitter sistemleri arasındaki karmaşık işlemlerin bir örneği olarak, Hariri ve ark. (2005), 5-HTTLPR geninin farklı polimorfizmine sahip bireylerin, korkulu ve kızgın yüzlerin algılanmasını içeren bir amigdala aktivasyon görevine nasıl cevap verdiklerini keşfetmek için nörogörüntüleme tekniklerini kullanmıştır. 5-HTTLPR geninin kısa alel formuna sahip normal, hiç depresyonda olmayan bireylerin, diğer gruplarla karşılaştırıldığında, duygu uyandıran uyaranlara yanıt olarak amigdala hiperreaktivitesi gösterdiğini buldular. Sonuçlar, serotonin taşıyıcı polimorfizminin beyin procuyla bağlantılı olduğunu göstermektedir (Uher ve McGuffin, 2008:131).

1.2.6. Fibromiyalji Ve Depresyon İlişkisi

FM hastaları genellikle depresif belirtilere sahip olma eğilimindedir. FM hastalarının% 90'ı ayrıca depresif semptomlar gösterirken, % 62-86'sı majör depresif bozukluk (MDB) gösterir. Depresyonu FM ile ilişkilendirmeye yönelik artan bir ilgi vardır ve her iki sendromun farmakolojik tedavisi, aynı aktif serotoninerjik ve amitriptilin, duloksetin ve milnasipran gibi noradrenerjik bileşenlerden oluşur (Uher ve McGuffin, 2008:131).

1.2.7. Korku Kaçınma İnanışlar

Kronik ağrısı olan hastalarda görülen kaçınma öğrenme kavramı 1980'lerin başında ortaya konmuştur ve olumsuz sonuçları önlemek için yapılan davranışları tanımlamaktadır. O zamandan beri, korkudan kaçınma modeli psikolojik faktörlerin ağrı deneyimini nasıl etkilediğini açıklamak için kullanılmıştır. Özellikle bel ağrısı çeken hastaları tanımlamak için kullanılmış, ancak diğer kronik kas-iskelet sistemi şikayetleriyle birlikte kullanılmıştır. Model, ağrı hakkında olumsuz, yıkıcı inançları geliştiren, onları korku döngüsüne, etkinlikten kaçınma ve sonuçta ortaya çıkan kullanma ve sıkıntıya götüren hastaları tarif eder. Bu şekilde, ağrı, yaralanma veya yeniden düzenlenme korkusunun acının kendisinden daha engelleyici olabileceği söylenir (Waddell, ve ark.,1993:157-168).

Bu tip bir korku olan kinesifofobi, ağrılı yaralanma veya yeniden yaralanmalara karşı savunmasızlık duygusundan kaynaklanan irrasyonel ve zayıflatıcı bir fiziksel hareket korkusu olarak tanımlanmaktadır. Bir ağrı deneyiminden sonra görülen alternatif ve

başarılı başa çıkma mekanizması korku içermez, ancak bir hastanın acısıyla yüzleşmesine bağlıdır (Uher ve McGuffin, 2008:131).

Kas iskelet sistemi hastalıkları tüm toplumlarda hem sağlık bakımı hem de toplam sosyal maliyetler üzerinde yüksek etkisi olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. 25 yaşın üzerindeki erkeklerin% 41'i ve kadın nüfusunun% 48'inin en az bir kas-iskelet sistemi hastalığı olduğunu bildirmiştir. Bununla birlikte, yaygın kas ağrısı ile karakterize bir ağrı sendromu olan fibromiyalji, günlük yaşamdaki en yüksek etkiye neden olan hastalıktır. Altta yatan fibromiyalji mekanizması hala tanımlanamadığından, özellikle fibromiyaljili hastaların sağlık sorunlarının yaşam kalitelerine etkilerinin algısını tam anlamıyla değerlendirmek zordur (Waddell, ve ark.,1993:157-168).

Son on yılda, ağrı ile ilişkili araştırmaların odağı biyomedikal bir bakış açısıyla, biyomedikalın yanı sıra psikolojik ve sosyal faktörlerin de etkisinin olduğu bütünsel bir bakış açısına kaydırılmıştır. Biyopsikososyal faktörlerin entegre olduğu ağrıya bağlı yük için belirgin bir açıklayıcı model korkudan kaçınma modelidir. Bu modele göre, ağrıyla ilgili feci düşünceler, ağrıdan kaçınma davranışına bağlı olarak ağrıya bağlı korkuların artmasına neden olabilir. Depresyon ve kötüye kullanma (yani, bir hareketsizlik hali) evrimleşebilir, ki bu da ağrı toleransının azalması ve daha yüksek bir rahatsızlık düzeyi ile ilişkilidir. Her ne kadar fibromiyalji hastalarında yaralanma korkusu yapısı olsada, söz konusu hastaların yaralanma korkusu puanları daha düşüktür ve korkunun sakatlık üzerindeki etkisi, diğer ağrı sendromlarında korkunun etkisine göre daha düşük görünmektedir (işle ilgili üst ekstremitte bozuklukları, CLBP, osteoartrit gibi) (Waddell, ve ark.,1993:157-168).

Korkudan kaçınma modeline ek olarak, kronik ağrıdaki engeli açıklamak için alternatif modeller önerilmiştir. Hasenbring, kaçınma stratejilerini başa çıkma mekanizması olarak kullanan hastalara ek olarak, ağrılı diğer hastaların ısrarcı stratejiler kullanarak ağrıyla başa çıkma eğiliminde olacağı varsayımında bulunmuştur. Bu hastalar aktivitelerin performansını sürdürürler ve ağrılarını görmezden gelirler ve kaslarını aşırı kullanırlar (aşırı kullanım), bu da kas hiperaktivitesine neden olur. Uzun süreli kas hiperaktivitesi sonunda kronik ağrıya neden olabilir ve kasların uzun süreli yanlış gerilmesi, sonunda ağrının kronikleşmesine neden olabilir. Hasenbring'in hipotezine

göre, özellikle fibromiyalji ve kronik yorgunluk sendromu olan hastalarda, aşırı aktif bir yaşam tarzını teşvik eden yüksek düzeyde bir "eylem eğilimi"nin, başlangıç rolü oynadığını öne sürmüştür. Van Houdenhoven'e göre, yüksek başarı motivasyonu, obsesif-kompulsif özellikler, mükemmeliyetçilik, "işkolik" gibi kişilik özellikleri ve kendini feda etme eğilimleri, kaygı ve depresyonu önlemenin başa çıkma yolu olarak aşırı aktif bir yaşam tarzı ile ilişkili görünmektedir. Aşırı aktif bir yaşam tarzı olan insanlar, aşırı yükleme riski daha yüksek olabilir. Bu kişiler, örneğin ağrı ya da fonksiyonel kısıtlamalar nedeniyle, favori başa çıkma stratejileri olarak aşırı kabiliyetten yoksun bırakılırsa psikolojik sıkıntı seviyesi artabilir. Van Houdenhoven'e göre, özellikle endişe ve depresyonun fibromiyaljideki engellilik düzeyi üzerinde önemli bir etkisi olduğu görülmektedir (Waddell, ve ark.,1993:157-168).

1.3. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramı üzerinde çalışan araştırmacıların öncüsü Thorndike (1939), yaşam kalitesini sosyal çevrenin insan üzerindeki etkisi olarak tanımlamıştır. Ferrans'a (1990) göre, yaşam kalitesi "kendisi için önemli olan yaşam alanlarından memnuniyet veya memnuniyetsizlikten kaynaklanan bir refah duygusu" olarak tanımlanabilir. Yaşam aynı zamanda "bireyin değerlerinin, amaçlarının ve ihtiyaçlarının yeteneklerini veya yaşam tarzlarını gerçekleştirerek kazanmalarını sağlaması" olarak tanımlanmıştır (Felce ve Perry, 1995:51-74).

Borthwick-Duffy (1992), yaşam kalitesini, birinin yaşam koşullarının kalitesi, yaşam koşullarından memnuniyetini ve hem yaşam koşullarının hem de memnuniyetinin bir kombinasyonu olan üç farklı eksen üzerinden anlatmıştır (Blunden, 1988). Bu boyutlardan fiziksel refah, kullanma yeteneğini ifade eder. Maddi refah, konut, gelir, mal, yemek, mahalle, güvenlik, ulaşım gibi çeşitli faktörleri içerir. Sosyal refah ise, aile, arkadaşlar ve tanışma gibi kişiler arası ilişkileri içerir. Bilişsel refah temelde kişinin kendi yaşam doyumunu algısını gösterir ve sosyoekonomik faktörleri, sosyal etkileşimlerin seviyesini ve yaşam koşullarını içerir (Felce ve Perry, 1995: 51-74).

1.3.1. Fibromiyalji Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

Fibromiyaljili hastalar, diğer kronik hastalıklar veya genel popülasyondan daha düşük bir yaşam kalitesine sahiptir. "Fibromiyalji, kronik yaygın bir ağrı durumu olmanın ötesinde karmaşık bir boyutsal bozukluk olarak anlaşılmalıdır.

Burckhardt ve diğ. yaptıkları araştırmada fibromiyaljili hastalarda sağlıklı deneklerden daha düşük yaşam kalitesi gözlenmiştir. Gerçekten de, FM'li hastalar için yaşam kalitesi değeri, insüline bağımlı diabetes mellitus veya kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalara benzerdir (Felce ve Perry, 1995: 51-74).

FM tedavisi semptom yönetimi ile sınırlıdır. İlaç tedavisi, ağrıyı en aza indirmek, depresyonu hafifletmek ve uykuyu iyileştirmek için sıklıkla kullanılır ancak sınırlı başarı sağlar ve istenmeyen yan etkiler getirir. Çoğu hasta, ilaç tedavisinin sınırlamaları nedeniyle alternatif tedavi biçimlerine yönelmiştir ancak çoğu hasta denediği hiçbir şeyin semptomlarını tamamen azaltamadığını bildirmiştir. Yukarıda bahsedilen tedavi problemleri nedeniyle, FM'li insanlar bu hastalığın yönetiminin yaşamayı ve geniş bir belirtilerle başa çıkmayı öğrenme ile sınırlı olduğunu kabul etmelidir. Bu semptomlar arasında yaygın ağrı, yorgunluk, uyku bozuklukları, depresyon, anksiyete, irritabl barsak sendromu, çoklu kimyasal duyarlılık sendromu, adet öncesi sendromu, sertlik, bilişsel veya hafıza bozukluğu ve huzursuz bacak sendromu bulunur. Son yıllarda FM'nin nedeniyle ilgili çeşitli hipotezler geliştirilmiştir. Bunlar, FM'nin başka bir hastalık, stres veya yaralanma gibi bir katalizör tarafından tetiklenmesiyle genetik bir yatkınlığı içerir (Burckhardt ve ark. 1993: 475-479).

FM'nin karmaşık ve bilinmeyen etiyolojisi, çok çeşitli semptom ve bulguları ve çoklu komorbiditeleri gibi özellikleri, etkili tedavilerin belirlenmesini özellikle zorlaştırır. Ayrıca bu sendromla yaşamak hastalık yükünü artırır. Tüm bu sorunlardan dolayı yaşam kalitesi büyük ölçüde etkilenmektedir. Sonuç olarak en iyi terapötik yaklaşımlar konusunda henüz bir fikir birliği yoktur ve FM tedavisi klinisyenler için bir zorluk teşkil etmektedir. Klinik araştırmalar, farmakolojik tedavinin tek başına FM için en iyi yaklaşım olmadığını ve farmakolojik tedavileri ile birlikte farmakolojik olmayan tedavileri içeren entegre bir biyopsikososyal yaklaşımın bu hastalarda sonuçları iyileştirdiğini ortaya koymaktadır (Burckhardt ve ark. 1993: 475-479).

BÖLÜM 2: YÖNTEM VE GEREÇLER

Bu bölümde araştırmanın katılımcıları, veri toplama araçları ve veri analizinde kullanılan yöntemler hakkında bilgi verilecektir.

2.1. Katılımcılar

Veriler eski ya da yeni FM tanısı almış kadın hasta grubu ve kontrol grubundan oluşmaktadır. Hasta grubu katılımcıları, 2017-2018 yılları arasında İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Algoloji bölümüne çeşitli zamanlarda başvuran ve tedavi olan; 18-70 yaş arası kadın hastadan oluşmaktadır. Kontrol grubu 2017-2018 yılları arasında İstanbul'da FM tanısı almamış, hasta grubunun yaş aralığında olan kadın katılımcılardan oluşmaktadır. Araştırmaya 37 kadın hasta ve 37 sağlıklı kadın katılmıştır. İşlemler, katılımcılar bilgilendirilerek ve gönüllülükleri esas alınarak uygulanmıştır.

Hasta Grubu İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

- 18-70 yaş arası
- Araştırmaya katılmayı kabul ettiğine dair bilgilendirme formu imzalayan
- Kadın
- FM tanısı ile tedavisi devam etmekte olan
- Uygulanan ölçekleri anlayamayacak düzeyde bilişsel kısıtlılığı olmayan ve okuryazar olan

Hasta Grubu İçin Dışlama Ölçütleri:

- 18 yaş altı ve 70 yaş üstü
- Erkek
- FM tanısı almaması
- Okuma yazma bilmeyen
- Mental Retardasyon olması
- Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan

Kontrol Grubu İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

- 18-70 yaş arası
- Araştırmaya katılmayı kabul ettiğine dair bilgilendirme formu imzalayan
- Kadın
- FM tanısı almamış olan
- Uygulanan ölçekleri anlayamayacak düzeyde bilişsel kısıtlılığı olmayan ve okuryazar olan

Kontrol Grubu İçin Çalışmaya Dışlama Ölçütleri:

- 18 yaş altı ve 70 yaş üstü
- Erkek
- FM tanısı alması
- Okuma yazma bilmeyen
- Mental Retardasyon olması
- Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan

2.2. Veri Toplama Araçları

Çalışmada, Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu yanında, Sosyodemografik Bilgi Formu, Yaşam Kalitesi Forumu (SF36), Korku Kaçınma İnanışlar Anketi (KKİA), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3), Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Vizuel Analog Skala (VAS) kullanılmıştır.

2.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Fibromiyalji ile ilgili yapılan araştırmalarda sorulan demografik formlar dikkate alınarak hastalara 14 soru yöneltilmiştir. (EK2) Sosyodemografik bilgi formunda hastalara ve kontrol grubuna yaşı, cinsiyeti, mesleği, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği, çalışma durumu soruları ve genel kas, eklem ağrılarının başladığı yıl, nedeni ile kullanmakta olduğu bir ilaç olup olmadığı, hastalığın başlamadan önce yaşanan stres etmeni olup olmadığı, daha öncesinde psikiyatriye başvurup başvurulmadığı, daha önce veya halen psikiyatrik bir ilaç kullanım durumu ve bilinen başka bedensel rahatsızlığın bulunup bulunmadığına ilişkin sorular yöneltilmiştir.

2.2.2. Yaşam Kalitesi Formu (SF36)

SF 36, anketi fiziksel ve sosyal fonksiyonlar ile mental sağlığı değerlendiren 36 madde ve 8 alt başlıktan oluşan bir araçtır. Bu alt başlıklar sırasıyla Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Güçlüğü, Emosyonel Rol Güçlüğü, Enerji, Ruhsal Sağlık, Sosyal İşlevsellik, Ağrı ve Genel sağlıktır.

1992 yılında Ware ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Koçyiğit ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin 1, 6, 7, 8, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b, 11d maddeleri ters çevrilerek puanı hesaplanmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmekte ve 0 kötü sağlık durumunu belirtirken, 100 iyi sağlık durumuna göstermektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında alt ölçeklerin Cronbach alfa değerleri 0.73-0.76 arasında bulunmuştur (Özarslan, 2013).

2.2.3. Korku Kaçınma İnanışlar Anketi (KKİA)

1994 yılında Waddel ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş 16 soruluk bir anket olan Korku kaçınma inanışları anketi (KKİA) fiziksel aktivite ile iş aktivitesi olmak üzere iki alt başlığı bulunur. Ana amacı aktivite nedenli korku ve kaçınma inanışının bel ağrısı ve oluşturduğu sakatlık üzerine etkisini göstermektir. Artmış korku kaçınma inanışı ile bel ağrısına bağlı kronik dizabilite arasında güçlü bir ilişki olduğu temeline dayanır.

2.2.4. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3)

Bir olaydan ya da durumdan korkma, kaçınma güdüsüne anksiyete duyarlılığı olarak tanımlanır. Anksiyete duyarlılığını değerlendirmek için en sık kullanılan ölçek olan ADİ-3, Reiss ve McNally tarafından ilk kez 1985 yılında geliştirilmiştir. AD yazarlara göre “korkmaktan korkmak” ya da “anksiyeteden korkmak” olarak tanımlanan bireysel değişken ve bilişsel bir yapıdır. Üç alt ölçekten (fiziksel, bilişsel ve sosyal) ve toplam 18 maddeden oluşan ADİ-3’ün ülkemizde de geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2010 yılında Mantar, Yemez ve Alkın tarafından yapılmıştır.

2.2.5. Beck Anksiyete Ölçeği

1988 yılında Beck tarafından öğrencilerin kaygı seviyelerinin ölçülmesi amacıyla Beck Anksiyete Ölçeği geliştirilmiştir. . 21 maddeden oluşan ölçekte, 0-3 arasında

değişen puanların verildiği Likert tipi değerlendirme aracıdır. Verilen yanıtların puanlanması; “hiç yanıtı için 0 puan”, “hafif düzeyde (beni pek etkilemedi) yanıtı için 1 puan”, “orta düzeyde (hoş değildi ama katlanabildim) için 2 puan” ve “ciddi düzeyde (dayanmakta çok zorlandım) yanıtı için 3 puan” verilerek yapılmaktadır.

Toplam puan hesaplanırken, ölçekte bulunan maddelere verilen yanıtlar toplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 iken ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63’tür. Toplam puanın yüksek olması anksiyete şiddetindeki artışı göstermektedir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1993 yılında Ulusoy tarafından yapılmıştır. Güvenirlik konusunda, iç tutarlılık çalışmasında Envanterin Cronbach Alfa içi tutarlılık katsayısı 177 bulunmuştur. Türkçe versiyonun test-tekrar test güvenilirliği katsayısı 57 bulunmuştur.

2.2.6. Beck Depresyon Ölçeği

1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan Beck Depresyon Ölçeği depresyon tanısı koymak hem şiddetini ölçmek hem de tedaviye bağlı değişimleri takip etmek için kullanılmıştır. Ölçek 1989 yılında Hisli ve üniversite öğrencileri tarafından Türkçeye uyarlanması yapılmıştır.

21 maddeden oluşan ölçeğin maddeleri klinik gözlem ve verilere dayanarak hazırlanmıştır. Maddelerde duygu durumu, kötümserlik, başarısızlık duygusu, doyumsuzluk, suçluluk duygusu, cezalandırılma durumu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal içe dönüklük, kararsızlık, bedensel imge, çalışabilirliğin kitlenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk, bitkinlik, iştahın azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar, cinsel dürtü kaybı yer almaktadır. Ölçekte her madde 0-3 arası puanlanmaktadır. Maddeler hafiften şiddetliye doğru sıralanmaktadır. Toplam puanın yüksek olması depresyon şiddetindeki artışı göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı ise .86 olarak bulunmuştur.

2.2.7. Vizuel Analog Skala (VAS)

Ağrın şiddetini tek boyutta ölçen VAS geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır. 10 cm’lik bir çizginin iki ucuna ağrı şiddet tanımları yazılır ve bu çizgi üzerinde ağrı şiddet durumunun nereye

uygun olduğunu bir işaret ile hasta tarafından belirtilir. Bir uca ağrı için hiç ağrı yok, diğer uca çok şiddetli ağrı yazılır ve hasta o anki durumunu bu çizgi üzerinde işaretler. VAS'a göre hiç ağrı yok 0 puan, şiddetli ağrı 10 puan olarak derecelendirilir. Ağrının hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan kısmın uzunluğu hastanın ağrı şiddetini belirtir. Ağrı şiddeti için bu aralıklar; 3'ten küçükse hafif ağrı, 3-6 aralığındaysa orta şiddetli ağrı, 6'dan büyük bir dereceyse şiddetli ağrı olarak belirtilmiştir.

2.3. Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken istatistiksel analizler için SPSS 24 for Mac kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart sapma, frekans) kullanıldı.

Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi, beklenen frekansların karşılanmaması durumunda Fisher Exact Ki Kare ve çok hücreli karşılaştırmalarda farkın kaynağının tespiti için Z testi kullanıldı.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Parametrik varsayımların karşılandığı değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t test, parametrik varsayımların karşılanmadığı durumlarda ise Mann Whitney U test kullanıldı.

Çalışmada nitel ve nicel ilişkilerin incelenmesinde normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Spearman's rho kullanıldı.

Anlamlılık $p < 0.05$ ve $p < 0.01$ düzeyinde değerlendirilmiş olmakla birlikte gerekli olan yerlerde Bonferroni düzeltmesi kullanılmış olup anlamlılık değerleri bu düzeltmeye göre belirlenmiştir.

2.4. Araştırmanın Kısıtlıkları

Araştırma, İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2017-2018 yılları arasında Algoloji bölümüne tedavi olan; 18-70 yaş arası kadın hastalar ile sınırlandırılmıştır. Bununla birlikte kontrol grubunda yaş ve cinsiyet eşleniği güdülmüş fakat eğitim eşleniği sağlanamamıştır.

BÖLÜM 3: BULGULAR

3.1. Tanımsal Analizler

Çalışmanın tüm ölçeklerinin değerlendirme ve karşılaştırılmaları bu bölümde verilmiştir.

Tablo 1.
Kontrol ve Hasta Gruplarının Sosyodeografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Kontrol (n:37)	Hasta (n:37)		
N=74		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	T	P
Yaş		45.08±10.53(43)	45.97±9.95(46)	-0.374	0.709
		N(%)	N(%)	χ^2	P
+Cinsiyet	Kadın	37(100)	37(100)		1.000
	Erkek	-	-		
+Medeni Durum	Bekar	6(16.2)	1(2.7)	11.452	0.002*
	Evli	25(67.6)	36(97.3)		
	Dul/Boşanmış	6(16.2)	0(0.0)		
+Eğitim Durumu	İlkokul	9(24.3)	27(73.0)	24.503	<0.001**
	Ortaokul	5(13.5)	0(0.0)		
	Lise	8(21.6)	8(21.6)		
	Üniversite ve Üstü	15(40.5)	2(5.4)		
+Meslek	Ev Hanımı	17(45.9)	3 4(91.9)	23.793	<0.001**
	Memur	0(0.0)	1(2.7)		
	İşçi	8(21.6)	2(5.4)		
	Öğretmen	12(32.4)	0(0.0)		
+Çalışma Durumu	Çalışıyor	20(54.1)	2(5.4)	22.669	<0.001**
	Çalışmıyor	17(45.9)	34(91.9)		
	Emekli	0(0.0)	1(2.7)		
+Aylık Gelir	Yok	0(0.0)	1(2.7)	22.271	<0.001**
	660-1499	5(13.5)	17(45.9)		
	1500-2999	16(43.2)	18(48.6)		
	>3000	16(43.2)	1(2.7)		
+Alışkanlık	Yok	27(73.0)	31(83.8)	1.806	0.398
	Sigara	9(24.3)	6(16.2)		
	Alkol	1(2.7)	0(0.0)		

Student t Test, +Fisher Exact Ki Kare, *p<0.05

Çalışmaya katılan fibromiyalji hastalarıyla kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu ve aylık gelir değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. ($p<0.01$) Farkın kaynağının tespiti için Bonferroni düzeltilmeli Z testi yapılmıştır.

Hasta grubunda evli olanların oranı kontrol grubundan yüksek, bekar ve dul-boşanmış olanların oranı da istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. ($p<0.05$)

Eğitim durumu değişkeni açısından, kontrol grubundaki üniversite ve ortaokul mezunlarının oranının hasta grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek, ilkokul mezunlarının oranını ise düşük olduğu görülmektedir. ($p<0.05$)

Meslek değişkeni açısından da hasta grubunda ev hanımı olanlarının oranı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek, işçi ve öğretmen olanların oranı da düşüktür. ($p<0.05$)

Benzer şekilde, çalışma durumu değişkeninde de hasta grubunda çalışmayanların oranı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. ($p<0.05$)

Aylık gelir değişkeninde de kontrol grubunda aylık geliri >3000 olanların oranı hasta grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek, 660-1449 gelir düzeyinde de düşüktür. ($p<0.05$) Bu karşılaştırmaya ilişkin bulgular Tablo 1’de gösterildiği gibidir.

3.2. Çalışma ve Kontrol Gruplarının Sonuçlarının Karşılaştırılması

3.2.1. SF 36 Sonuçlarının Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi formunda, katılımcıların fiziksel, sosyal ve ruhsal tüm yaşam fonksiyonlarının karşılaştırılması yapılmıştır. Tablo 2’de elde edilen bulgular verilmiştir.

Tablo 2.
Çalışma ve Kontrol Gruplarının SF 36 Sonuçlarının Karşılaştırılması

	Kontrol (n:37)	Hasta (n:37)		
N=74	Ort+Ss (Medyan)	Ort+Ss (Medyan)	U/t	P
Fiziksel Fonksiyon	75.54±24.26(85)	47.56±21.59(50)	267.00	<0.001**

Fiziksel Rol Güçlüğü	65.54±39.68(75)	13.51±31.50(0)	225.00	<0.00 1**
Emosyonel Rol Güçlüğü	56.75±35.88(67)	33.33±44.44(0)	457.50	0.010
Enerji	50.00±20.44(45)	24.86±23.87(15)	312.50	<0.00 1**
Ruhsal Sağlık	66.92±15.39(64)	46.48±21.55(48)	323.00	<0.00 1**
Sosyal İşlevsellik	68.24±19.84 (75)	50.00±30.47(50)	443.00	0.008
Ağrı	71.95±23.99 (78)	32.43±25.00 (30)	180.50	<0.00 1**
Genel Sağlık	59.05±17.43 (60)	31.75±20.18 (35)	6.226	<0.00 1**

Mann- Whitney U test, ¹Student t test **p<0.006

Fibromiyalji hasta grubu ve kontrol grubunun SF 36 puanları karşılaştırılmıştır. Çok değişkenli analiz varsayımlarından normal dağılım karşılanmadığından tek değişkenli analizler kullanılmış olup tip 2 hatayı azaltmak adına elde edilen p değerinin anlamlılığı Bonferroni düzeltmesine göre değerlendirilmiştir. Bu ölçekte Bonferroni düzeltmeli p değeri(0.05/karşılaştırma sayısı; 0.05/8) 0.006 olarak bulunmuştur.

Buna göre; emosyonel rol güçlüğü ve sosyal işlevsellik puanları dışında tüm SF 36 alt ölçeklerinde hasta grubunun aldığı puanlar, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür.(p<0.006)

3.2.2. KKİA Sonuçlarının Karşılaştırılması

Tablo 3’de katılımcıların ağrı problemleri sonucu fiziksel aktivite ve işten kaçınma sonuçları verilmiştir.

Tablo 3.
Çalışma ve Kontrol Gruplarının KKİA Sonuçlarının Karşılaştırılması

	Kontrol (n:37)	Hasta (n:37)		
N=74	Ort+Ss (Medyan)	Ort+Ss (Medyan)	U	P
Fiziksel	7.92±9.58(4)	21.26±8.80(22)	213.00	<0.00 1**
İş Bölümü	3.64±6.16(0)	24.73±17.95 (27)	221.50	<0.00 1**

Mann- Whitney U test **p<0.025

Fibromiyalji hasta grubu ve kontrol grubunun KKİA puanları karşılaştırılmıştır. Çok değişkenli analiz varsayımlarından normal dağılım karşılanmadığından tek değişkenli

analizler kullanılmış olup tip 2 hatayı azaltmak adına elde edilen p değerinin anlamlılığı Bonferroni düzeltmesine göre değerlendirilmiştir. Bu ölçekte Bonferroni düzeltmeli p değeri(0.05/karşılaştırma sayısı; 0.05/2) 0.025 olarak bulunmuştur.

Buna göre; hasta grubunun hem fiziksel hem de iş bölümü altölçeklerinden aldığı puanlar, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir(p<0.025).

3.2.3. ADİ-3 Sonuçlarının Karşılaştırılması

Aksiyete Duyarlılığı İndeksine göre elde edilen veriler Tablo 4'tedir.

Tablo 4.
Çalışma ve Kontrol Gruplarının ADİ-3 Sonuçlarının Karşılaştırılması

		Kontrol (n:37)	Hasta (n:37)		
N=74		Ort+Ss (Medyan)	Ort+Ss (Medyan)	U	P
Fiziksel Belirtiler		17.37±11.05(17)	17.78±8.53(19)	615.50	0.455
Bilişsel Belirtiler		15.18±6.31(13)	20.48±8.78 (19)	429.50	0.006
Toplumsal Belirtiler		10.27±4.48 (9)	13.24±6.20(12)	496.00	0.041

Mann-Whitney U test, **p<0.016

Fibromiyalji hasta grubu ve kontrol grubunun ADİ-3 puanları karşılaştırılmıştır. Çok değişkenli analiz varsayımlarından normal dağılım karşılanmadığından tek değişkenli analizler kullanılmış olup tip 2 hatayı azaltmak adına elde edilen p değerinin anlamlılığı Bonferroni düzeltmesine göre değerlendirilmiştir. Bu ölçekte Bonferroni düzeltmeli p değeri(0.05/karşılaştırma sayısı; 0.05/3) 0.016 olarak bulunmuştur.

Buna göre; hasta grubunun ADİ-3 Bilişsel Belirtiler puanları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.(p<0.016)

3.2.4. Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması

Beck Anksiyete ölçeğine göre elde edilen veriler Tablo 5'tedir.

Tablo 5.
Çalışma ve Kontrol Gruplarının Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması

		Kontrol (n:37)	Hasta (n:37)		
N=74		Ort+Ss (Medyan)	Ort+Ss (Medyan)	U	p
Beck Anksiyete		11.70±8.91(10)	24.56±14.70(20)	296.50	<0.001**

Mann- Whitney U test **p<0.01

Fibromiyalji hasta grubu ve kontrol grubunun Beck Anksiyete puanları karşılaştırılmıştır.

Buna göre; hasta grubunun Beck Anksiyete Ölçeği puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. (p<0.05)

3.2.5. Beck Depresyon Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması

Tablo 6'da katılımcı grupların Beck Depresyon ölçeği puan karşılaştırma verileri bulunmaktadır.

Tablo 6.
Çalışma ve Kontrol Gruplarının Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

		Kontrol (n:37)	Hasta (n:37)		
N=74		Ort+Ss (Medyan)	Ort+Ss (Medyan)	U	p
Beck Depresyon		9.78±9.38(8)	21.13±10.55 (19)	240.00	<0.00

Mann- Whitney U test **p<0.01

Fibromiyalji hasta grubu ve kontrol grubunun Beck Depresyon Ölçeği puanları karşılaştırılmıştır.

Buna göre; hasta grubunun Beck Depresyon Ölçeği puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.(p<0.05)

3.2.6. Vizuel Analog Skala (VAS) Sonuçlarının Karşılaştırılması

Tablo 7'de ağrı ölçeğine (VAS) göre çalışma ve kontrol grupları puan karşılaştırmasında elde edilen veriler vardır.

Tablo 7.
Çalışma ve Kontrol Gruplarının VAS Puanlarının Karşılaştırılması

	Kontrol (n:37)	Hasta (n:37)		
N=74	Ort+Ss (Medyan)	Ort+Ss (Medyan)	U	p
VAS	2.54±2.57(2)	7.37±1.87(7)	111.00	<0.00 1**

Mann- Whitney U test **p<0.01

Fibromiyalji hasta grubu ve kontrol grubunun VAS puanları karşılaştırılmıştır.

Buna göre; hasta grubunun VAS puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. (p<0.05)

3.3. Değişkenler Arası İlişkiler

3.3.1. Fibromiyalji Hastaların ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Formu (SF36)

Puanlarının Korku Kaçınma İndeksi (KKİA) Ölçek Puanları İle Olan İlişkisi

Tablo 8.
Fibromiyalji Hastalarının SF36 Puanlarının KKİA Ölçek Puanları İle Olan İlişkisi

		KKİA Fiziksel	KKİA İş Bölümü
Fiziksel Fonksiyon	R	-,605**	-0,252
	P	<0,001	0,150
Fiziksel Rol Güçlüğü	R	-0,023	0,105
	P	0,891	0,554
Emosyonel Rol Güçlüğü	R	-0,1	0,023
	P	0,555	0,898
Enerji	R	-0,17	-0,229
	P	0,315	0,193
Ruhsal Sağlık	R	-0,127	-0,032
	P	0,455	0,856
Sosyal İşlevsellik	R	-0,053	-0,002
	P	0,756	0,992
Ağrı	R	-0,05	-0,324
	P	0,767	0,061
Genel Sağlık	R	-0,079	-0,002
	P	0,643	0,992

Spearman's rho korelasyon, **p<0.01

Fibromiyalji hastalarının KKİA Fiziksel puanları SF 36 fiziksel fonksiyon, puanları ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.(p<0.01) Diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 9.
Kontrol Grubunun SF36 Puanlarının KKİA Ölçek Puanları İle Olan İlişkisi

		KKİA Fiziksel	KKİA İş Bölümü
Fiziksel Fonksiyon	r	-,365*	-0,153
	p	0,026	0,367
Fiziksel Rol Güçlüğü	r	-0,212	0,112
	p	0,208	0,509
Emosyonel Rol Güçlüğü	r	0,142	0,11
	p	0,403	0,518
Enerji	r	-0,059	0,028
	p	0,73	0,868
Ruhsal Sağlık	r	0,267	,343*
	p	0,11	0,037
Sosyal İşlevsellik	r	0,127	0,311
	p	0,453	0,061
Ağrı	r	-,492**	-0,284
	p	0,002	0,089
Genel Sağlık	r	-,512**	-0,209
	p	0,001	0,215

*Spearman's rho korelasyon, , *p<0.05, **p<0.01*

Kontrol grubunun KKİA Fiziksel puanları SF ağrı, genel sağlık ($p<0.01$), ve fiziksel fonksiyon ($p<0.05$) puanları ile negatif yönde ,statistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.

KKİA iş bölümü puanları SF 36 ruhsal sağlık ($p<0.05$) puanları ile negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.

3.3.2. Fibromiyalji Hastaların ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Formu (SF36) Puanlarının Anksiyete Duyarlılığı İndeksi -3 Puanları İle Olan İlişkisi

Tablo 10.
Fibromiyalji Hastalarının SF36 Puanlarının ADİ-3 Puanları İle Olan İlişkisi

		Fiziksel Belirtiler	Bilişsel Belirtiler	Toplumsal Belirtiler
Fiziksel Fonksiyon	r	-,375*	-,381*	-,365*
	p	0,022	0,02	0,026
Fiziksel Rol Güçlüğü	r	-0,043	-0,295	0,085
	p	0,799	0,076	0,617
Emosyonel Rol Güçlüğü	r	-0,200	-,566**	-0,303
	p	0,235	<0,001	0,068
Enerji	r	-,452**	-,566**	-,454**
	p	0,005	<0,001	0,005
Ruhsal Sağlık	r	-,466**	-,703**	-,452**
	p	0,004	<0,001	0,005
Sosyal İşlevsellik	r	-0,168	-,370*	-0,088

	p	0,32	0,024	0,603
Ağrı	r	-0,282	-,345*	-0,238
	p	0,09	0,036	0,157
Genel Sağlık	r	-,565**	-,550**	-,408*
	p	<0,001	<0,001	0,012

*Spearman's rho korelasyon, , *p<0.05, **p<0.01*

Fibromiyalji hastalarının ADİ-3'fiziksel belirtiler puanları SF 36 enerji, ruhsal sağlık, genel sağlık (p<0.01) ve fiziksel fonksiyon, (p<0.05) puanları ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.

ADİ-3 Bilişsel belirtiler puanları SF 36 emosyonel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, genel sağlık (p<0.01), sosyal işlevsellik, fiziksel fonksiyon ve ağrı (p<0.05) puanları ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.

Benzer şekilde; ADİ-3 Toplumsal belirtiler puanları SF 36 enerji, ruhsal sağlık, (p<0.01) fiziksel fonksiyon ve genel sağlık (p<0.05) puanları ile negatif yönde ,statistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.

Tablo 11.
Kontrol Grubunun SF36 Puanlarının ADİ-3 Puanları İle Olan İlişkisi

		Fiziksel Belirtiler	Bilişsel Belirtiler	Toplumsal Belirtiler
Fiziksel Fonksiyon	R	-0,148	-0,164	-0,216
	P	0,381	0,331	0,199
Fiziksel Rol Güçlüğü	R	-0,251	-0,284	-0,26
	P	0,134	0,088	0,12
Emosyonel Rol Güçlüğü	R	-,451**	-0,263	-,331*
	P	0,005	0,116	0,045
Enerji	R	-,439**	-,482**	-,511**
	P	0,007	0,003	0,001
Ruhsal Sağlık	R	-0,256	-,413*	-0,245
	P	0,126	0,011	0,143
Sosyal İşlevsellik	R	-,333*	-0,24	-,347*
	P	0,044	0,153	0,035
Ağrı	R	-0,246	-,449**	-,552**
	P	0,142	0,005	<0,001
Genel Sağlık	R	-,368*	-,717**	-,654**
	P	0,025	<0,001	<0,001

*Spearman's rho korelasyon, , *p<0.05, **p<0.01*

Kontrol grubunun ADİ-3'fiziksel belirtiler puanları SF 36 emosyonel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık (p<0.01) ve genel sağlık (p<0.05) puanları ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.

ADİ-3 Bilişsel belirtiler puanları SF 36'nın enerji, ağrı, genel sağlık ($p<0.01$) ve ruhsal sağlık ($p<0.05$) ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.

Benzer şekilde; ADİ-3 Toplumsal belirtiler puanları SF 36 fiziksel fonksiyon, enerji, ağrı, genel sağlık ($p<0.01$), ve emosyonel rol gücülüğüyle sosyal işlevsellik ($p<0.05$) puanları ile negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.

3.3.3. Fibromiyalji Hastaların ve Kontrol Grubunun SF36 Puanlarının Beck Anksiyete, Depresyon ve VAS Puanları İle Olan İlişkisi

Tablo 12.
Fibromiyalji Hastalarının SF36 Puanlarının Beck Anksiyete, Depresyon ve VAS Puanları İle Olan İlişkisi

		Beck Anksiyete	Beck Depresyon	VAS
Fiziksel Fonksiyon	r	-0,025	-,382*	-0,078
	p	0,883	0,02	0,647
Fiziksel Rol Gücülüğü	r	-,430**	-0,298	-,469**
	p	0,008	0,073	0,003
Emosyonel Rol Gücülüğü	r	-0,293	-,412*	-0,237
	p	0,079	0,011	0,158
Enerji	r	-0,285	-,484**	-0,231
	p	0,087	0,002	0,169
Ruhsal Sağlık	r	-0,309	-,596**	-0,078
	p	0,062	<0.001	0,648
Sosyal İşlevsellik	r	-,483**	-,453**	-,425**
	p	0,002	0,005	0,009
Ağrı	r	-,479**	-,437**	-,493**
	p	0,003	0,007	0,002
Genel Sağlık	r	-0,283	-,343*	-0,209
	p	0,089	0,038	0,214

*Spearman's rho korelasyon, , * $p<0.05$, ** $p<0.01$*

Fibromiyalji hastalarının Beck Anksiyete Ölçeği puanları SF 36 fiziksel rol gücülüğü, sosyal işlevsellik ve ağrı ($p<0.01$) puanları ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.

Beck Depresyon ölçeği puanları enerji, sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık ($p<0.01$), fiziksel fonksiyon, emosyonel rol gücülüğü ve genel sağlık puanları ile negatif yönde ($p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.

VAS ölçekleri SF 36 fiziksel rol gücülüğü, sosyal işlevsellik ve ağrı ($p<0.01$) puanları ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.

Tablo 13.
Kontrol Grubunun SF36 Puanlarının Beck Anksiyete, Depresyon ve VAS Puanları İle Olan İlişkisi

		Beck Anksiyete	Beck Depresyon	VAS
Fiziksel Fonksiyon	r	-0,307	-,399*	-,573**
	p	0,064	0,014	<0,001
Fiziksel Rol Güçlüğü	r	-0,300	-,355*	-,673**
	p	0,071	0,031	<0,001
Emosyonel Rol Güçlüğü	r	-0,036	-0,155	-,437**
	p	0,833	0,359	0,007
Enerji	r	-0,263	-,573**	-,490**
	p	0,115	<0,001	0,002
Ruhsal Sağlık	r	-0,161	-,367*	-0,117
	p	0,34	0,025	0,492
Sosyal İşlevsellik	r	0,137	-0,104	-0,146
	p	0,42	0,54	0,39
Ağrı	r	-,558**	-,561**	-,725**
	p	<0,001	<0,001	<0,001
Genel Sağlık	r	-,714**	-,685**	-,674**
	p	<0,001	<0,001	<0,001

*Spearman's rho korelasyon, , *p<0.05, **p<0.01*

Kontrol grubunun Beck Anksiyete Ölçeği puanları SF 36 ağrı ve genel sağlık (p<0.01) puanları ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.

Beck Depresyon ölçeği puanları enerji, ağrı, genel sağlık (p<0.01), fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü ve ruhsal sağlık puanları ile negatif yönde (p<0.05) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.

VAS puanları SF 36'nın ruhsal sağlık ve sosyal işlevsellik dışında kalan tüm altöçekleri ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir. (p<0.01)

3.3.4. Fibromiyalji Hastaların ve Kontrol Grubunun KKİA Ölçek Puanları İle ADI-3 Beck Depresyon Anksiyete ve VAS Ölçekleri İle Olan İlişkisi

Tablo 14.
Fibromiyalji Hastalarının KKİA Ölçek Puanları İle ADI-3 Beck Depresyon Anksiyete ve VAS Ölçekleri İle Olan İlişkisi

		KKİA Fiziksel	KKİA İş Bölümü
ADI-3Fiziksel Belirtiler	R	0,243	0,296
	P	0,147	0,09
ADI-3 Bilişsel Belirtiler	R	0,236	-0,033
	P	0,16	0,853
ADI-3 Toplumsal	R	0,229	0,127

Belirtiler	P	0,173	0,473
Beck Anksiyete	R	0,006	0,061
	P	0,97	0,731
Beck Depresyon	R	0,201	0,152
	P	0,234	0,39
VAS	R	0,204	,430*
	P	0,226	0,011

*Spearman's rho korelasyon, *p<0.05*

Fibromiyalji hastalarının KKİA İş Bölümü puanları VAS, puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir. (p<0.05) Diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 15.
Kontrol Grubunun KKİA Ölçek Puanları İle ADI-3 Beck Depresyon, Anksiyete ve VAS Ölçekleri İle Olan İlişkisi

		KKİA Fiziksel	KKİA İş Bölümü
ADI-3Fiziksel Belirtiler	r	0,147	-,358*
	p	0,384	0,029
ADI-3 Bilişsel Belirtiler	r	,451**	0,011
	p	0,005	0,948
ADI-3 Toplumsal Belirtiler	r	,450**	0,072
	p	0,005	0,671
Beck Anksiyete	r	,502**	,501**
	p	0,002	0,002
Beck Depresyon	r	,441**	0,229
	p	0,006	0,172
VAS	r	,380*	0,063
	p	0,020	0,71

*Spearman's rho korelasyon, *p<0.05, **p<0.001*

Kontrol grubunun KKİA Fiziksel puanları ADI-3 Bilişsel belirtiler, toplumsal belirtiler, Beck Anksiyete, Beck Depresyon (p<0.01) ve VAS ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.

KKİA İş Bölümü puanları Beck Anksiyete puanları ile pozitif yönde(p<0.01), ADI-3 Fiziksel Belirtiler puanlarıyla negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir. (p<0.05) Diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

3.3.5. Fibromiyalji Hastaların ve Kontrol Grubunun ADİ-3 Puanlarının Beck Anksiyete, Depresyon ve VAS ile Olan İlişkisi

Tablo 16.
Fibromiyalji Hastalarının ADİ-3 Puanlarının Beck Anksiyete, Depresyon ve VAS ile Olan İlişkisi

		Fiziksel Belirtiler	Bilişsel Belirtiler	Toplumsal Belirtiler
Beck Anksiyete	r	,365*	,424**	,345*
	p	0,026	0,009	0,036
Beck Depresyon	r	,463**	,573**	,531**
	p	0,004	<0,001	0,001
VAS	r	0,261	0,114	0,036
	p	0,118	0,503	0,834

*Spearman's rho korelasyon, , *p<0.05, **p<0.01*

Fibromiyalji hastalarının ADİ-3' fiziksel belirtiler puanları Beck Depresyon (p<0.01) ve Beck Anksiyete (p<0.05) puanları ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.

ADİ-3 Bilişsel belirtiler puanları Beck Depresyon ve Beck Anksiyete puanları ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir. (p<0.01)

ADİ-3' toplumsal belirtiler puanları Beck Depresyon (p<0.01) ve Beck Anksiyete (p<0.05) puanları ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.

Tablo 17.
Kontrol Grubunun ADİ-3 Puanlarının Beck Anksiyete, Depresyon ve VAS İle Olan İlişkisi

		Fiziksel Belirtiler	Bilişsel Belirtiler	Toplumsal Belirtiler
Beck Anksiyete	R	-0,008	,400*	0,306
	P	0,964	0,014	0,066
Beck Depresyon	R	0,305	,748**	,490**
	P	0,066	<0,001	0,002
VAS	R	,495**	,465**	,472**
	P	0,002	0,004	0,003

*Spearman's rho korelasyon, , *p<0.05, **p<0.01*

Kontrol grubunun ADİ-3' fiziksel belirtiler puanları VAS puanları ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir. (p<0.01)

ADİ-3 Bilişsel belirtiler puanları Beck Anksiyete (p<0.05) Beck Depresyon ve VAS puanları ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir. (p<0.01)

ADI-3'topluumsal belirtiler puanları Beck Depresyon ve VAS puanları ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.($p<0.01$)

3.3.6. Fibromiyalji Hastaların ve Kontrol Grubunun Beck Anksiyete ve Depresyon Puanlarının VAS İle Olan İlişkisi

Tablo 18.
Fibromiyalji Hastalarının Beck Anksiyete ve Depresyon Puanlarının VAS İle Olan İlişkisi

		Beck Anksiyet	Beck Depresyon
VAS	R	0,246	0,142
	P	0,142	0,402

*Spearman's rho korelasyon, , * $p<0.05$, ** $p<0.01$*

Fibromiyalji hastalarının Beck Depresyon ve Beck Anksiyete puanlarıyla VAS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. ($p>0.05$)

Tablo 19.
Kontrol Grubunun Beck Anksiyete ve Depresyon Puanlarının VAS İle Olan İlişkisi

		Beck Anksiyet	Beck Depresyon
VAS	R	,419**	,460**
	P	0,01	0,004

*Spearman's rho korelasyon, ** $p<0.01$*

Kontrol grubunun Beck Depresyon ve Beck Anksiyete puanları ile VAS puanları arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$).

3.3.7. Fibromiyalji Hastaların ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Uygulanan Ölçek Puanlarıyla Olan İlişkisi

Tablo 20.
Fibromiyalji Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerinin Uygulanan Ölçek Puanlarıyla Olan İlişkisi

		Yaş	Gelir	Eğitim Durumu
Fiziksel Fonksiyon	r	-0,115	0,162	0,228
	p	0,496	0,338	0,174
Fiziksel Rol Güçlüğü	r	-0,254	0,04	-0,008
	p	0,129	0,813	0,963
Emosyonel Rol Güçlüğü	r	-0,061	-0,015	-0,025
	p	0,721	0,929	0,884

Enerji	r	-0,092	-0,181	0,243
	p	0,588	0,284	0,147
Ruhsal Sağlık	r	0,082	-0,077	0,245
	p	0,628	0,652	0,145
Sosyal İşlevsellik	r	-0,09	0,084	0,097
	p	0,595	0,62	0,566
Ağrı	r	-0,075	-0,159	0,108
	p	0,661	0,348	0,525
Genel Sağlık	r	-,384*	-0,063	0,186
	p	0,019	0,71	0,27
KKİA Fiziksel	r	0,291	-0,112	-,463**
	p	0,081	0,508	0,004
KKİA İş Bölümü	r	0,013	,405*	-0,124
	p	0,944	0,017	0,483
AD I-3Fiziksel Belirtiler	r	0,179	0,172	-0,300
	p	0,289	0,308	0,072
ADI-3 Bilişsel Belirtiler	r	0,132	0,03	-0,221
	p	0,435	0,860	0,189
ADI-3 Toplumsal Belirtiler	r	0,11	0,111	-0,248
	p	0,518	0,514	0,139
Beck Anksiyete	r	-0,053	0,234	0,028
	p	0,757	0,163	0,868
Beck Depresyon	r	-0,053	0,234	-0,160
	p	0,757	0,163	0,343
VAS	r	0,013	0,017	-0,048
	p	0,938	0,922	0,780

*Spearman's rho korelasyon, *p<0.05*

Fibromiyalji hastalarının yaşları SF36 genel sağlık puanları ile negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.(p<0.05)

Ayrıca gelir durumu KKİA iş bölümü puanlarıyla pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir. (p<0.05) Diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Eğitim durumu KKİA fiziksel ile negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.(p<0.01)

Tablo 21.
Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Uygulanan Ölçek Puanlarıyla Olan İlişkisi

		Yaş	Gelir	Eğitim Durumu
Fiziksel Fonksiyon	R	-,563**		,440**
	P	<0.001		0,006
Fiziksel Rol Güçlüğü	R	-0,309	-0,198	0,198
	P	0,062	0,135	0,24
Emosyonel Rol Güçlüğü	R	0,017	0,424	-0,101
	P	0,919	0,143	0,552
Enerji	R	-0,245	0,002	0,229
	P	0,144	0,991	0,172
Ruhsal Sağlık	R	-0,147	-0,172	-0,058
	p	0,386	0,308	0,734
Sosyal İşlevsellik	r	-0,137	-0,184	-0,073
	p	0,417	0,275	0,668
Ağrı	r	-,491**	-0,06	0,308
	p	0,002	0,726	0,063
Genel Sağlık	r	-,502**	-0,102	,342*
	p	0,002	0,547	0,039
KKİA Fiziksel	r	,441**	0,148	-,427**
	p	0,006	0,381	0,008
KKİA İş Bölümü	r	0,234	-0,222	-,404*
	p	0,164	0,186	0,013
AD I-3Fiziksel Belirtiler	r	0,137	,367*	-0,042
	p	0,42	0,025	0,807
ADI-3 Bilişsel Belirtiler	r	,413*	0,264	-0,278
	p	0,011	0,114	0,096
ADI-3 Toplumsal Belirtiler	r	0,322	0,197	-0,156
	p	0,052	0,242	0,357
Beck Anksiyete	r	0,273	0,076	-0,253
	p	0,102	0,655	0,131
Beck Depresyon	r	,452**	-0,024	-,394*
	p	0,005	0,887	0,016
VAS	r	,449**	0,138	-,396*
	p	0,005	0,416	0,015

*Spearman's rho korelasyon, *p<0.05*

Kontrol grubunun yaşları SF36 fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık puanları ile negatif yönde ($p<0.01$), KKİA fiziksel, Beck Depresyon, VAS ($p<0.01$) ve ADI-3 Bilişsel Belirtiler ($p<0.05$) puanlarıyla da pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.

Ayrıca gelir durumu ADI-3 Fiziksel Belirtiler puanlarıyla pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir. ($p<0.05$) Diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Eğitim durumu değişkeni açısından, eğitim durumu SF 36 fiziksel fonksiyon ($p<0.01$) ve genel sağlık ($p<0.05$) ile pozitif yonde, KKIA fiziksel ($p<0.01$), KKIA iş bolumu, Beck Depresyon ve VAS puanlarıyla ($p<0.05$) negatif yonde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gostermektedir.



TARTIŞMA

Fibromiyalji genel popülasyonun yaklaşık %2-3'ünü etkileyen kronik bir ağrı sendromudur (White, vd. 1999; Wolfe, vd. 1995). Hastaların yaklaşık %90'ı kadındır (Wolfe, 1993). Fibromiyalji'nin nedeni tam olarak bilinmemektedir (Bennet, 1999). Ancak genel olarak santral duysal aktivitede ki disregulasyonun neden olduğu tahmin edilmektedir (Staud, Domingo, 2001). Tanısında objektif bir görüntüleme veya laboratuvar testi bulunmamakta olup genel olarak klinik belirteçlere göre tanı konur (Staud, Domingo, 2001). Temel semptomu kronik yaygın ağrı olmakla birlikte ağrıya eşlik eden çok sayıda semptomu barındırmaktadır. Bunlar arasında halsizlik, güçsüzlük, unutkanlık, sabah tutukluğu, uyku bozukluğu ve birtakım psikolojik komobiditeler sayılabilir (Wolfe vd. 1990). Sonuç olarak Fibromiyalji sağlıkla ilişkili hayat kalitesini önemli oranda olumsuz etkileyen rahatsızlıklardan biridir (Mas vd. 2008). Ancak ağrı dışında pek çok fiziksel ve ruhsal komponente sahip olan fibromiyaljinin sadece lokomotor sisteme odaklanılarak değerlendirilmesi ve sadece ağrıya indirgenmesi hastalığın çok boyutluluğunu inkar etmek anlamına gelmektedir. Bu açıdan bakıldığında fibromiyaljinin psikolojik yansımaları ve etkilenimlerinin hastalık gidişatında önemli bir yere sahip olduğu düşünülebilir. Biz çalışmamızda bu ilişkiyi araştırmak üzere fibromiyalji hastalarını sağlıklı gönüllülerle karşılaştırdık ve bu amaçla bir takım ölçeklerden yararlandık. Bunlar SF 36 (Short form 36), KKİA (Korku Kaçınma İndeksi Anketi), ADI-3 (Anksiyete Depresyon İndeksi 3), BAÖ (Beck Anksiyete Ölçeği), BDÖ (Beck Depresyon Ölçeği) ve VAS (Vizuel Analog Skala)'dır. Çalışmamızda hem fibromiyalji hastaları ile kontrol grubu arasında bu ölçekler açısından anlamlı fark olup olmadığına ve hem de ölçeklerin alt parametreleri açısından fibromiyalji hastalarında bir korelasyon olup olmadığını araştırdık.

SF 36 anketi fiziksel ve sosyal fonksiyonlar ile mental sağlığı değerlendiren ve 8 alt başlıktan oluşan bir araçtır (Ware, Sherbourne 1992). Bu alt başlıklar sırasıyla Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Güçlüğü, Emosyonel Rol Güçlüğü, Enerji, Ruhsal Sağlık, Sosyal İşlevsellik, Ağrı ve Genel sağlıktır. Picavet ve arkadaşları Hollanda toplumunda kronik ağrıya neden olan pek çok farklı hastalığa (vertebral disk hernisi, gut, tekrarlayan yaralanmalar, epikondilit, osteoporoz, diz ve kalça osteoartritleri, Whiplash

yaralanmaları, romatoid artrit) sahip hastaları SF 36 ile değerlendirmişler (Picavet, Hoeymans 2004). Çalışma sonunda diğer ağrılı hastalar kıyaslandığında Fibromiyalji hastalarının fiziksel rol güçlüğü dışındaki bütün parametreler açısından en düşük puanı aldıkları görülmüştür (Picavet, Hoeymans 2004). Bergman ve arkadaşları benzer bir çalışmayı İsveç toplumunda fibromiyalji hastaları ile genel popülasyona uygulamış ve sonrasında SF 36'nın tüm alt başlıklarında fibromiyalji hastalarının daha düşük puan aldığını saptamışlardır (Bergman, 2005). Bizim çalışmamızda da Emosyonel rol güçlüğü ve sosyal işlevsellik dışındaki 6 alt başlıkta fibromiyalji hastaları kontrol grubundan anlamlı oranda daha düşük puanlar aldılar. Emosyonel rol güçlüğü ve sosyal işlevsellik açısından da sırasıyla P değeri 0.010 ve 0.008 bulunmuş olup benferroni düzeltmeli istatistiki anlamlılık sınırına ($P<0.006$) çok yakın sonuçlar alınmıştır. Buskila ve arkadaşları benzer bir çalışmada fibromiyaljisi olan hastaları cinsiyetlerine göre iki gruba ayırıp SF36 ile bakmışlar ve erkek fibromiyalji hastalarının kadın fibromiyaljililerden daha düşük skorlara sahip olduğunu görmüşler (Buskila vd. 2000). Bu sonuç kadın fibromiyalji hastalarından çok daha nadir görülmekle birlikte erkek fibromiyaljili hastaların çok daha ağır bir klinik, daha yüksek VAS skorları, tedaviye daha dirençli olma durumuyla uyumlu olarak hayat kalitesi açısından kadınlardan daha kötü bir durumda oldukları gerçeğiyle uyumludur (Arout vd. 2018). Bizim çalışmamızda hasta ve kontrol grubundaki bireylerin tamamının kadın cinsiyette olması nedeniyle bunu değerlendiremedik. Sadece fibromiyalji tanısı olanlar dışında bilinen bir kronik ağrı nedenine ek olarak fibromiyaljiye sahip olanların da SF 36 ile değerlendirildiklerinde daha kötü skorlara sahip oldukları, daha yalın bir ifade ile söylenecek olursa kronik ağrılı duruma fibromiyaljinin eklenmesinin SF 36 skorlarını daha da düşürdüğü görülmüştür (Ifergane vd. 2005, Alarcon vd. 2004). Örneğin Ifergane ve arkadaşları (Ifergane vd. 2005) migren+fibromiyalji birlikteliğine sahip olanların sadece migreni olanlardan; Alarcon ve arkadaşları (Alarcon vd. 2004) SLE+fibromiyalji birlikteliğine sahip olanların sadece SLE'ü olanlardan daha düşük SF 36 skorlarına sahip olduklarını göstermişlerdir. Wolfe romatoid artrit eklenen fibromiyalji ve Marcus başağrısına eklenen fibromiyaljinin de SF 36 skorlarını önemli oranda düşürdüğünü saptamışlardır (Wolfe, Michaud, 2004; Marcus, 2005). Sonuç olarak tek başına veya bilinen başka kronik ağrı durumlarına eklenen fibromiyalji hastaların SF 36 değerlerini

düşürmekte ve hayat kalitelerini olumsuz olarak etkilemektedir. Bu sonuçlar bizim ulaştığımız sonuçlar ile de uyumludur.

Korku kaçınma inanışları anketi (KKİA) ilk defa 1994 yılında Waddel ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş 16 soruluk bir ankettir ve fiziksel aktivite ile iş aktivitesi olmak üzere iki alt başlığı bulunur (Waddel vd. 1993). Ana amacı aktivite nedenli korku ve kaçınma inanışının bel ağrısı ve oluşturduğu sakatlık üzerine etkisini göstermektir. Artmış korku kaçınma inanışı ile bel ağrısına bağlı kronik dizabilite arasında güçlü bir ilişki olduğu temeline dayanır. Waddel daha çok bel ağrısı üzerine kurgulamış iken sonrasında farklı durumlara da uygulanmıştır. Cleland ve arkadaşları bel ağrısı nedeniyle fizik tedavi alan hastalarda korku kaçınma inanışları anketi ile elde edilen skorun tedavi başarısızlığını öngörmeye önemli bir belirteç olduğu sonucuna varmışlardır (Cleland vd. 2008). Tezcan ve arkadaşları ise romatoid artrit hastalara ait KKİA sonuçlarını el osteorriti ve fibromiyalji tanısı olan hastaların sonuçları ile karşılaştırmışlar (Tezcan vd. 2007). Abartılı bilişsel ağrı yanıtının hastalarda korku ve anksiyete yarattığını ve bunun da davranışa yansımaları olacağı öngörüsüyle kronik farklı ağrı sendromları arasında fark olup olmadığına bakmışlar. Çalışmalarının sonucunda KKİA ile yapmış oldukları değerlendirmede romatoid artrit, el osteoartriti ve fibromiyalji hastaları açısından benzer sonuçlara ulaşıldığını saptamışlardır. Biz de çalışmamızda hayat kalitesinde ciddi düşüslere neden olan kronik bir yaygın ağrı durumu olan fibromiyaljinin hastalarda korku ve kaçınma inanışına neden olup olmadığını sağlıklılardan oluşan kontrol grubu ile karşılaştırdık. Çalışmamızın sonucunda gerek fiziksel aktivite ve gerekse iş aktivitesi açısından hastaların KKİA'nde fibromiyaljisi olmayanlara göre oldukça yüksek skorlar elde ettiklerini gördük. Ağrının indüklediği korku nedeniyle ortaya çıkan aktiviteden kaçınma davranışı ağrıyı daha da şiddetlendirmekte ve hatta kronikleşmesine katkıda bulunmaktadır (Turk vd. 2010). Bu nedenle Turk ve Wilson'a göre ağrılı hastaların değerlendirilmesinde korku ve kaçınma davranışı da mutlaka sorgulanmalı ve ağrı tedavisinde biyolojik faktörler kadar bu davranışlarda farkedilmeli, yüzleştirilmeli ve düzeltilmelidir (Turk vd. 2010). Bu perspektif doğrultusunda Palstam ve arkadaşları 67 fibromiyalji hastasına 15 hafta boyunca haftada iki seans olmak üzere progresif dayanıklılık egzersizi yaptırmışlar (Palstam vd. 2016). Çalışmalarında düzenli egzersizin ağrı ilişkili dizabilite üzerindeki

etkisini araştırmışlar ve sonuç olarak egzersizin dizabilite üzerine çok olumlu etki yaptığı sonucuna varmışlar. Araştırmacılar oluşan bu farkın egzersiz programı sonrası KKİA ile baktıkları korku kaçınma davranışındaki iyileşmeye bağlı olduğuna kanaat getirmişlerdir (Palstam vd. 2016).

Fibromiyalji hastalarında psikolojik açıdan gözden kaçırılmaması gereken önemli noktalardan biri de anksiyete durumudur (Krag vd. 1994). Yunus ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada fibromiyalji hastalarının yaklaşık %70'i kendilerini anksiyöz olarak tanımlarken %68'i anksiyete ve strese bağlı olarak semptomlarının kötüleştiği bildirilmiştir (Yunus vd. 1981). Singh ve arkadaşlarının çalışmasında ise fibromiyalji hastaları ve kontrol grubu arasında sırasıyla anksiyete %87.5 ve %23.6 oranlarında ve depresyon %72.5 ve %5 oranlarında saptanmış ve sonuç olarak fibromiyalji hastalarında anksiyete ve depresyonun çok daha sık olarak ortaya çıktığını göstermişlerdir (Singh, Kaul, 2018). Pernambuco ve arkadaşları da anksiyete ve depresyon açısından fibromiyalji hastaları ve sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırmışlar. Bunu Beck anksiyete leği ve Beck depresyon leği ile yapmışlar ve çalışma sonucunda fibromiyalji hastalarında anksiyete ve depresyon sıklığının istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla olduğunu görmüşlerdir (Pernambuco vd. 2017). Fibromiyalji semptomatolojisi sadece ağrıyı içermemekte, ağrı yanında gcszlk, uyku bozukluğu, unutkanlık gibi belirtileri de içermektedir. Bu açıdan bakıldığında tüm bu belirtileri etkileyebilecek anksiyete ve depresyon gibi komorbid psikolojik durumlar fibromiyalji kliniğininin ve genel olarak semptomların daha ağır geçmesine neden olabilme potansiyeli taşımaktadır ve asla göz ardı edilmemelidir. Biz de çalışmamızda bu birlikteliğin literatür ile uyumlu olup olmadığına baktık. Fibromiyalji hastaları ve sağlıklı gönüllüleri Anksiyete duyarlılığı indeksi, Beck anksiyete leği ve Beck depresyon leği ile değerlendirdik. Çalışmamızın sonucunda her üç değerlendirme testinde de fibromiyalji hastalarının kontrol grubundan daha yüksek puanlar aldıklarını saptadık. Her ne kadar literatür de çok farklı test ve anketler bu amaçla kullanılmış olsa da hemen hepsi bizim vardığımız sonuca işaret etmekte olup bu açıdan sonuçlarımız literatür ile uyumludur.

Bunlar arasında özellikle Anksiyete duyarlılığı indeksi (ADİ-3) fibromiyalji hastalarında çok çalışılmamış bir ölçek olarak karşımıza çıkmaktadır. Anksiyete duyarlılığı (AD), “zararlı fiziksel ve/veya toplumsal sonuçları olduğuna inanılan

anksiyeteye bağlı duyum ve belirtilere karşı aşırı bir korku” olarak nitelendirilmiştir. İlk kez Reiss ve McNally (1985) tarafından tanımlanmıştır ve “korku beklentisi modeli”nin temelini oluşturmaktadır (Reiss, McNally, 1985). Bu modele göre, insanlardaki korku yaratan bir olaydan ya da durumdan kaçınma güdüsünün temelinde “anksiyete beklentisi ve anksiyete duyarlılığı” olarak adlandırılan süreçler rol oynamaktadır. Anksiyete beklentisi kişinin belirli bir durumda anksiyete ya da korku yaşayacağı beklentisidir. Anksiyete duyarlılığı ise kişinin yapısında bulunan, süreklilik gösteren temel bir korku olup, çeşitli anksiyete bozukluklarına yatkınlık yarattığı öne sürülmüştür (Reiss, McNally, 1985). Anksiyete duyarlılığı bireylerin kalıtsal olarak anksiyeteyi ne kadar rahatsız edici olarak algıladıklarına ve anksiyete yaşantısının sonuçlarına ilişkin inançlarına göre farklılık gösterir. Bu tanım panik bozukluğundaki katastrofik yanlış yorumlama ve beklenti modelini bütünleştirerek oluşturulmuştur (Starcevic, Berle, 2006). Anksiyete duyarlılığı yüksek olan kişiler, aniden ortaya çıkan, görece daha şiddetli ve açıklanamayan fiziksel anksiyete belirtilerini yanlış bir şekilde tehlikeli olarak yorumlamaya yatkın olup sıklıkla kaçınma eğilimindedirler. Çalışmamızda Anksiyete duyarlılığı İndeksinin üç alt başlığından sadece bilişsel belirtiler açısından kontrol grubu ile anlamlı fark görülürken fiziksel ve toplumsal belirtiler açısından fark saptanmamıştır. SF 36 ile baktığımız hayat kalitesi ile ADİ-3 testinin sonuçları arasında korelasyona baktığımızda ise hasta grubunda ADİ-3 açısından fiziksel belirtiler, bilişsel belirtiler ve toplumsal belirtilere olan duyarlılık arttıkça enerji, ruhsal sağlık, genel sağlık ve fiziksel fonksiyon açısından yaşam kalitesi azalmaktadır. Bu ortaklıklar yanında yine hasta grubunda bilişsel belirtilere olan duyarlılık arttıkça emosyonel rol güçlüğü, sosyal işlevsellik ve ağrı açısından yaşam kalitesi azaldığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre fiziksel ve toplumsal belirtilerin belirlediğı ve düşürdüğü yaşam kalitesi boyutları tıpatıp aynıyken bilişsel belirtiler daha kapsamlı bir yaşam kalitesi düşüşüne neden olmaktadır. ADİ-3 açısından hasta ve kontrol grubu arasında ki esas farkın bilişsel belirtilerde ortaya çıktığı düşünülürse buna sekonder oluşan yaşam kalitesi düşüşünün fibromiyalji hastaları açısından önemi açıktır.

Kronik ağrıya neden olan hastalık ve semptomların çoğu belli bir zaman zarfında anksiyete ve depresyona neden olmaktadır. Bu açıdan bakıldığında fibromiyaljiye eşlik eden anksiyete ve depresyon kronik ağrının bir sonucu mu yoksa ağrıdan bağımsız bir

birliktelik mi söz konusu olmaktadır sorusu akla gelmektedir. Bu nedenle diğer kronik ağrı nedenlerine sahip hastalara bakılmış ve anksiyete-depresyon açısından fibromiyaljili bireylerden farkları var mı diye bakılmıştır. Örneğin Beyezal ve arkadaşları 68 migren hastasını incelemişler ve bunların 28 (%32.6)'inde fibromiyajinin de komorbid olarak bulunduğunu saptamışlar (Beyazal, 2018) . Sadece migreni olan hastalar ile migrene ek olarak fibromiyalji semptomları da olan hastaları Beck anksiyete ve Beck depresyon ölçeklerini kullanarak karşılaştırmışlar (Beyazal, 2018). Sonuç olarak fibromiyaljisi de olan migren hastalarının fibromiyaljisi olmayanlara nazaran çok daha yüksek oranda anksiyete ve depresyona ve migren sıklığı-şiddeti açısından daha ağır bir kliniğe sahip olduklarını göstermişlerdir.

Genel olarak literatürde fibromiyaljili hastalardaki ağrı şiddetinin hastaya ait anksiyete-depresyon durumlarıyla direk ilişkili olduğu görüşü ağırlıktadır. Örneğin Çeliker ve arkadaşları fibromiyalji hastalarında ağrı yoğunluğunun hastaların anksiyete düzeyi ve depresyonuyla korele olduğunu göstermişlerdir (Celiker vd. 1997). Ağrı subjektif ve ölçülemeyen bir semptomdur. Klinik pratikte karşılaştırabilmek ve yazıya dökülebilmek amacıyla bazı ağrı değerlendirme yöntemlerinden faydalanılır. Bunlar arasında gerek klinik pratikte ve gerekse literatürde en sık kullanılanı Vizuel Analog Skala (VAS)'dır (Crawford vd. 2011). Biz de çalışmamızda hastaların ağrı şiddetlerini VAS skorunu kullanarak değerlendirdik ve bekleneceği üzere fibromiyalji hastalarında VAS skorları anlamlı oranda yüksek bulundu. Biz ayrıca hastaları değerlendirmekte kullandığımız diğer psikolojik testlerin sonuçlarıyla hastalara ait VAS skorları arasında korelasyon olup olmadığını inceledik. Beck anksiyete ve depresyon ölçekleri ile VAS skorlarına baktığımızda kontrol hastalarında pozitif bir korelasyon olduğunu görürken fibromiyalji hastalarında böyle bir ilişkinin bulunmadığını saptadık. Ojeda ve arkadaşlarının kronik ağrılı hastalarda bilişsel fonksiyonları etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmalarında nöropatik ağrılı, kas-iskelet sistemi ağrılı, fibromiyajili hastalara ve sağlıklı gönüllülere bakmışlar ve özellikle fibromiyalji hastalarında ağrının yoğunluğu ile depresyon arasında yakın bir ilişki olduğunu saptamışlardır (Ojeda vd. 2018). Uçar ve arkadaşları da Beck Depresyon ölçeği (BDÖ) yardımıyla fibromiyalji hastalarını sağlıklı gönüllüler ile karşılaştırmışlar ve hastaların VAS skorları ile BDÖ sonuçları arasında pozitif yönlü anlamlı bir korelasyon olduğunu saptamışlardır (Ucar vd. 2015).

Hasta ve kontrol gruplarında ayrı ayrı olmak üzere çalışmamızda uygulamış olduğumuz testlerin kendi aralarında korelasyonlarına da bakıldı. Hasta grubunda bilişsel belirtilere olan duyarlılık arttıkça emosyonel rol güçlüğü, sosyal işlevsellik ve ağrı açısından yaşam kalitesi azaldığı tespit edilmiştir. Bu açıdan Beck Anksiyete Ölçeği ile belirlenen anksiyete düzeyi ve ADİ-3 ile belirlenen anksiyete duyarlılığı bilişsel belirtilerinin sosyal işlevsellik ve ağrı açısından yaşam kalitesini düşürmekte ortaklaştığı tespit edilmiştir. Depresyon düzeyi artışı ise enerji, sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık ($p<0.01$), fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve genel sağlık açısından yaşam kalitesini düşürmektedir. VAS ile belirlenen ağrı düzeyi artışı ise tıpkı anksiyete düzeyi gibi fiziksel rol güçlüğü, sosyal işlevsellik ve ağrı açısından yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu sonuçlara göre hasta grubunda her üçünün azalttığı yaşam kalitesi boyutu sosyal işlevsellik boyutudur. Kontrol grubunda ise depresyon düzeyi arttıkça enerji, ağrı, genel sağlık, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü ve ruhsal sağlık açısından yaşam kalitesi düşmektedir. Yine hasta ve kontrol grubunda depresyon düzeyinin ortak düşürdükleri yaşam kalitesi parametreleri enerji ve genel sağlık olarak tespit edilmişken hasta grubunda BDÖ ile ölçülen depresyon düzeyinin enerji ve genel sağlık yanında sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık, fiziksel fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü gibi daha yaygın alanlarda yaşam kalitesini düşürdüğü tespit edilmiştir.

VAS ile belirlenen ağrı şiddetindeki artışın ise kontrol grubunda ruhsal sağlık ve sosyal işlevsellik dışında kalan tüm alt ölçekler açısından yaşam kalitesini düşürdüğü tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre kontrol grubunda her üçünün azalttığı yaşam kalitesi boyutları ağrı ve genel sağlıktır. Hasta grubunda ise her üçünün azalttığı yaşam kalitesi boyutu sosyal işlevsellik boyutudur. Sonuç olarak hasta bireylerin anksiyete, depresyon ve hissettikleri ağrı şiddetinin onların sosyal işlevselliğini sağlıklı bireylere göre daha çok bozduğu söylenebilir. Sağlıklı bireylerde anksiyete, depresyon ve hissettikleri ağrı şiddeti onların genel sağlık ve ağrı yönünden yaşam kalitelerini düşürse de sosyal işlevselliklerini bozmamaktadır. Yine kontrol grubunda hissedilen ağrı şiddetinin hasta grubunda yarattığı yaşam kalitesi düşüşünden daha etkili bulunmasının bir nedeninin hasta grubunun ağrıya tolerans geliştirmiş olması ile açıklanabileceği düşünülmüştür.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada edinilen bulgulara göre fibromiyalji tanısı almış hastaların günlük hayatta pek çok fiziksel ve sosyal aktiviteyi yapamadıkları, yaşam kalitelerinin düştüğü belirlenmiştir. Ayrıca literatüre uyumlu olarak fibromiyalji tanısı almış hastaların psikiyatrik rahatsızlıklara yakın olduğu saptanmıştır. Hasta bireylerin anksiyete, depresyon ve hissettikleri ağrı şiddetinin sosyal işlevsellikleri kontrol grubuna göre daha fazla bozduğu söylenebilir. Hasta grubunda anksiyete, depresyon düzeyinin enerji ve genel sağlık yanında sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık, fiziksel fonksiyon ve duygusal rol güçlüğü gibi daha yaygın alanlarda yaşam kalitesini düşürdüğü tespit edilmiştir. Benzer araştırmanın daha geniş popülasyonda ve yaş, cinsiyet eşleniği yanında eğitim eşleniği de güdülenerek yapılması önerilebilir.

KAYNAKÇA

Kitaplar

- ALBANO, A. M., & Hoffman, L. (2003). Treatment Of Social Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy With Children And Adolescents: A Casebook For Clinical Practice*, 128-161.
- BECK, A. T. (1973). The Diagnosis And Management Of Depression.
- BENNETT RM. Emerging Concepts İn The Neurobiology Of Chronic Pain: Evidence Of Abnormal Sensory Processing İn Fibromyalgia. *Mayo Clin Proc* 1999; 19: 385-98.DÖNMEZ, A., & Erdoğan, N. (2010). Fibromiyalji Sendromu. *Klinik Gelişim*, 22(3), 60-64.
- EPSTEİN, S. A., Kay, G., Clauw, D., Heaton, R., Klein, D., Krupp, L., ... & Waid, R. (1999). Psychiatric Disorders İn Patients With Fibromyalgia: A Multicenter Investigation. *Psychosomatics*, 40(1), 57-63.
- FİETTA, P., & Manganelli, P. (2007). Fibromyalgia And Psychiatric Disorders. *Acta Bio Medica Atenei Parmensis*, 78(2), 88-95.
- FİRESTEİN, G. S., & Kelley, W. N. (2013). Kelley's Textbook Of Rheumatology. Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders.
- FİTZGERALD, P. B., Laird, A. R., Maller, J., & Daskalakis, Z. J. (2008). A Meta- Analytic Study Of Changes İn Brain Activation İn Depression. *Human Brain Mapping*, 29(6), 683-695.
- MARTİNEZ, J. E., Casagrande, P. D. M., Ferreira, P. P. R., & Rossatto, B. L. G. (2013). Correlation Between Demographic And Clinical Variables And Fibromyalgia Severity. *Revista Brasileira De Reumatologia*, 53(6), 460-463.
- MENNİN, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007). Delineating Components Of Emotion And Its Dysregulation İn Anxiety And Mood Psychopathology. *Behavior Therapy*, 38(3), 284-302.
- OFFENBAECHER, M., Glatzeder, K., & Ackenheil, M. (1998). Self-Reported Depression, Familial History Of Depression And Fibromyalgia (FM), And Psychological Distress İn Patients With FM. *Zeitschrift Für Rheumatologie*, 57(2), S94-S96.

ÖZTÜRK, O., & Uluşahin, A. (2008). Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. *Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları, 1*, 225-41.

WALLACE, D. J., & Wallace, J. B. (2002). *All About Fibromyalgia*. Oxford University Press, USA.

ZİNBAR, R. E., Barlow, D. H., & Brown, T. A. (1997). Hierarchical Structure And General Factor Saturation Of The Anxiety Sensitivity Index: Evidence And İmplications. *Psychological Assessment, 9*(3), 277.



Sürekli Yayınlar

- AGUGLIA, A., Salvi, V., Maina, G., Rossetto, I., & Aguglia, E. (2011). Fibromyalgia Syndrome And Depressive Symptoms: Comorbidity And Clinical Correlates. *Journal Of Affective Disorders, 128*(3), 262-266.
- ALARCON GS, Mcgwin G, Uribe A Et Al. Systemic Lupus Erythematosus In A Multiethnic Lupus Cohort (Lumina). Xvii. Predictors Of Self-Reported Health-Related Quality Of Life Early In The Disease Course. *Arthritis Rheum 2004; 51: 465–74.*
- ANDERBERG, U. M., Forsgren, T., Ekselius, L., Marteinsdottir, I., & Hallman, J. (1999). Personality Traits On The Basis Of The Temperament And Character Inventory In Female Fibromyalgia Syndrome Patients. *Nordic Journal Of Psychiatry, 53*(5), 353-359.
- ANG, D., & Wilke, W. S. (1999). Diagnosis, Etiology, And Therapy Of Fibromyalgia. *Comprehensive Therapy, 25*(4), 221-227.
- ARNOLD, L. M., Hudson, J. I., Keck, P. E., Auchenbach, M. B., Javaras, K. N., & Hess, E. V. (2006). Comorbidity Of Fibromyalgia And Psychiatric Disorders. *The Journal Of Clinical Psychiatry, 67*(8), 1219-1225.
- BARLOW, D. H. (2000). Unraveling The Mysteries Of Anxiety And Its Disorders From The Perspective Of Emotion Theory. *American Psychologist, 55*(11), 1247.
- BELLATO, E., Marini, E., Castoldi, F., Barbasetti, N., Mattei, L., Bonasia, D. E., & Blonna, D. (2012). Fibromyalgia Syndrome: Etiology, Pathogenesis, Diagnosis, And Treatment. *Pain Research And Treatment, 2012.*
- BERGER, A., Dukes, E., Martin, S., Edelsberg, J., & Oster, G. (2007). Characteristics And Healthcare Costs Of Patients With Fibromyalgia Syndrome. *International Journal Of Clinical Practice, 61*(9), 1498-1508.
- BERGER, A., Dukes, E., Martin, S., Edelsberg, J., & Oster, G. (2007). Characteristics And Healthcare Costs Of Patients With Fibromyalgia Syndrome. *International Journal Of Clinical Practice, 61*(9), 1498-1508.
- BERGMAN S. Psychosocial Aspects Of Chronic Widespread Pain And Fibromyalgia. *Disabil Rehabil 2005; 27: 675–83.*
- BERGMAN, S. (2005). Psychosocial Aspects Of Chronic Widespread Pain And Fibromyalgia. *Disability And Rehabilitation, 27*(12), 675-683.
- BURCKHARDT, C. S., Clark, S. R., & Bennett, R. M. (1993). Fibromyalgia And Quality Of Life: A Comparative Analysis. *The Journal Of Rheumatology, 20*(3), 475-479.

- BUSKİLA D, Neumann L, Alhoashle A Et Al. Fibromyalgia Syndrome İn Men. *Semin Arthritis Rheum* 2000; 30: 47–51.
- BUSKİLA, D., Atzeni, F., & Sarzi-Puttini, P. (2008). Etiology Of Fibromyalgia: The Possible Role Of İnfection And Vaccination. *Autoimmunity Reviews*, 8(1), 41-43.
- CELİKER R, Borman P, Oktem F, Gökçe-Kutsal Y, Başgöze O. Psychological Disturbance İn Fibromyalgia: Relation To Pain Severity. *Clin Rheumatol.* 1997 Mar;16(2):179-84.
- CLAUW, D. J. (2014). Fibromyalgia: A Clinical Review. *Jama : The Journal Of The American Medical Association*, 311(15), 1547-1555.
- CLAUW, D. J. (2015). Fibromyalgia And Related Conditions. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 90, No. 5, Pp. 680-692). Elsevier.
- CLAUW, D. J. (2015). Fibromyalgia And Related Conditions. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 90, No. 5, Pp. 680-692). Elsevier.
- CLELAND, Joshua A, Fritz, Julie M, & Brennan, Gerard P. (2008). Predictive Validity Of İnitial Fear Avoidance Beliefs İn Patients With Low Back Pain Receiving Physical Therapy: İs The Fabq A Useful Screening Tool For İdentifying Patients At Risk For A Poor Recovery? *European Spine Journal*, 17(1), 70-79.
- CRAWFORD BK, Pault Ec, Lai C, Bennett Rm. Assessing Fibromyalgia-Related Fatigue: Content Validity And Psychometric Performance Of The Fatigue Visual Analog Scale İn Adult Patients With Fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol.* 2011 Nov-Dec;29(6 Suppl 69):S34-43.
- DREYER, L., Kendall, S., Danneskiold-Samsøe, B., Bartels, E. M., & Bliddal, H. (2010). Mortality İn A Cohort Of Danish Patients With Fibromyalgia: İncreased Frequency Of Suicide. *Arthritis & Rheumatism*, 62(10), 3101-3108.
- DREYER, L., Kendall, S., Danneskiold-Samsøe, B., Bartels, E. M., & Bliddal, H. (2010). Mortality İn A Cohort Of Danish Patients With Fibromyalgia: İncreased Frequency Of Suicide. *Arthritis & Rheumatism*, 62(10), 3101-3108.
- FELCE, D., & Perry, J. (1995). Quality Of Life: Its Definition And Measurement. *Research İn Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74.
- FELCE, D., & Perry, J. (1995). Quality Of Life: Its Definition And Measurement. *Research İn Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74.
- GENCAY-CAN, A., & Can, S. S. (2012). Validation Of The Turkish Version Of The Fatigue Severity Scale İn Patients With Fibromyalgia. *Rheumatology İnternational*, 32(1), 27-31.
- GORMSEN, L., Rosenberg, R., Bach, F. W., & Jensen, T. S. (2010). Depression, Anxiety, Health-Related Quality Of Life And Pain İn Patients With Chronic Fibromyalgia And Neuropathic Pain. *European Journal Of Pain*, 14(2), 127.

- GOUBERT, L., Crombez, G., & Van Damme, S. (2004). The Role Of Neuroticism, Pain Catastrophizing And Pain-Related Fear In Vigilance To Pain: A Structural Equations Approach. *Pain, 107*(3), 234-241.
- GRACELY, R. H., & Ambrose, K. R. (2011). Neuroimaging Of Fibromyalgia. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology, 25*(2), 271-284.
- GRACELY, R. H., Ceko, M., & Bushnell, M. C. (2012). Fibromyalgia And Depression. *Pain Research And Treatment, 2012*.
- HÄUSER, W., Ablin, J., Fitzcharles, M. A., Littlejohn, G., Luciano, J. V., Usui, C., & Walitt, B. (2015). Fibromyalgia. *Nature Reviews Disease Primers, 1*, 15022.
- HOLLIDAY, K. L., & Mcbeth, J. (2011). Recent Advances In The Understanding Of Genetic Susceptibility To Chronic Pain And Somatic Symptoms. *Current Rheumatology Reports, 13*(6), 521-527.
- HUDSON, J. I., & Pope, H. G. (1994). The Concept Of Affective Spectrum Disorder: Relationship To Fibromyalgia And Other Syndromes Of Chronic Fatigue And Chronic Muscle Pain. *Bailliere's Clinical Rheumatology, 8*(4), 839-856.
- HUDSON, J. I., Goldenberg, D. L., Pope Jr, H. G., Keck Jr, P. E., & Schlesinger, L. (1992). Comorbidity Of Fibromyalgia With Medical And Psychiatric Disorders. *The American Journal Of Medicine, 92*(4), 363-367.
- IFERGANE G, Buskila D, Simishesvely N Et Al. Prevalence Of Fibromyalgia Syndrome In Migraine Patients. *Cephalalgia 2005; 26: 451-6*.
- JOHNSON, M., Paananen, M. L., Rahinanti, P., & Hannonen, P. (1997). Depressed Fibromyalgia Patients Are Equipped With An Emphatic Competence Dependent Self-Esteem. *Clinical Rheumatology, 16*(6), 578-584.
- KASHIKAR-ZUCK, S., Vaught, M. H., Goldschneider, K. R., Graham, T. B., & Miller, J. C. (2002). Depression, Coping, And Functional Disability In Juvenile Primary Fibromyalgia Syndrome. *The Journal Of Pain, 3*(5), 412-419.
- KAYA, B. (2007). Depresyon: Sosyo-Ekonomik Ve Kültürel Pencereden Bakış. *Klinik Psikiyatri, 10*(6), 11-20.
- KAYA, E., Erden, D., Kayar, A. H., & Kıralp, M. Z. (2010). Fibromiyalji Sendromu Olan Kadın Hastalarda Aleksitimi, Mizaç Ve Karakter Özellikleri. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg, 56*(3), 105-10.
- KENDLER, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2003). Personality And The Experience Of Environmental Adversity. *Psychological Medicine, 33*(7), 1193-1202.

- KİM, J., & Gorman, J. (2005). The Psychobiology Of Anxiety. *Clinical Neuroscience Research*, 4(5-6), 335-347.
- KLEİN, M. (1960). A Note On Depression In The Schizophrenic. *The International Journal Of Psycho-Analysis*, 41, 509.
- KRAG NJ, Norregaard J, Larsen Jk, Danneskiold-Samsøe B. A Blinded, Controlled Evaluation Of Anxiety And Depressive Symptoms In Patients With Fibromyalgia, As Measured By Standardized Psychometric Interview Scales. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;89(6):370-5.
- LADOUCEUR, R., Gosselin, P., & Dugas, M. J. (2000). Experimental Manipulation Of Intolerance Of Uncertainty: A Study Of A Theoretical Model Of Worry. *Behaviour Research And Therapy*, 38(9), 933-941.
- MADENCİ, E., Herken, H., Yagiz, E., Keven, S., & Gursoy, S. (2006). Depression Levels And The Ways Of Coping With Pain In Patients With Chronic Pain And Fibromyalgia Syndromes. *Turk J Phys Med Rehab*, 52(1), 19-21.
- MALİN, K., Guymner, E., & Littlejohn, G. (2011). Psychological Distress Is A Trigger And Modulator Of Fibromyalgia: Ara-P74. *Internal Medicine Journal*, 41, 29.
- MARCUS DA, Bernstein C, Rudy Te. Fibromyalgia And Headache: An Epidemiological Study Supporting Migraine As Part Of The Fibromyalgia Syndrome. *Clin Rheumatol* 2005; 24: 595–601.
- MARTÍNEZ, J., Ferraz, M. B., Fontana, A. M., & Atra, E. (1995). Psychological Aspects Of Brazilian Women With Fibromyalgia. *Journal Of Psychosomatic Research*, 39(2), 167-174.
- MARTÍNEZ, M. P., Sánchez, A. I., Miró, E., Medina, A., & Lami, M. J. (2011). The Relationship Between The Fear-Avoidance Model Of Pain And Personality Traits In Fibromyalgia Patients. *Journal Of Clinical Psychology In Medical Settings*, 18(4), 380-391.
- MIRÓ, E., Martínez, M. P., Sánchez, A. I., Prados, G., & Medina, A. (2011). When Is Pain Related To Emotional Distress And Daily Functioning In Fibromyalgia Syndrome? The Mediating Roles Of Self-Efficacy And Sleep Quality. *British Journal Of Health Psychology*, 16(4), 799-814.
- OKİFUJİ, A., Turk, D. C., & Curran, S. L. (1999). Anger In Chronic Pain: Investigations Of Anger Targets And Intensity. *Journal Of Psychosomatic Research*, 47(1), 1-12.
- ÖZCAN, M., Uğuz, F., & Çilli, A. S. (2006). Ayaktan Psikiyatri Hastalarında Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Yaygınlığı Ve Ek Tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 276-285.
- PALL, M. L. (2001). Common Etiology Of Posttraumatic Stress Disorder, Fibromyalgia, Chronic Fatigue Syndrome And Multiple Chemical Sensitivity Via Elevated Nitric Oxide/Peroxy-nitrite. *Medical Hypotheses*, 57(2), 139-145.

- PALSTAM A, Larsson A, Löfgren M, Ernberg M, Bjersing J, Ljungar Ib, Gerdle B, Kosek E, Mannerkorpi K. Decrease Of Fear Avoidance Beliefs Following Person-Centered Progressive Resistance Exercise Contributes To Reduced Pain Disability In Women With Fibromyalgia: Secondary Exploratory Analyses From A Randomized Controlled Trial. *Arthritis Research & Therapy* (2016) 18:116.
- PARK, D. C., Glass, J. M., Minear, M., & Crofford, L. J. (2001). Cognitive Function In Fibromyalgia Patients. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal Of The American College Of Rheumatology*, 44(9), 2125-2133.
- PENACOPA PUENTE, C., Velasco Furlong, L., Ecija Gallardo, C., Cigaran Mendez, M., & Mckenney, K. (2013). Anxiety, Depression And Alexithymia In Fibromyalgia: Are There Any Differences According To Age?. *Journal Of Women & Aging*, 25(4), 305-320.
- PERNAMBUCO AP, Silva Lrt, Fonseca Acs, Reis Dd. Clinical Profile Of Patients With Fibromyalgia Syndrome. *Fisioter Mov.* 2017 Apr/June;30(2):287-96.
- PHILLIPS, K., & Clauw, D. J. (2013). Central Pain Mechanisms In The Rheumatic Diseases: Future Directions. *Arthritis And Rheumatism*, 65(2), 291-302.
- PICAVET HS, Hoeymans N. Health Related Quality Of Life In Multiple Musculoskeletal Diseases: Sf-36 And Eq-5d In The Dmc3 Study. *Ann Rheum Dis* 2004; 63: 723–9.
- RAPHAEL, K. G., Janal, M. N., Nayak, S., Schwartz, J. E., & Gallagher, R. M. (2004). Familial Aggregation Of Depression In Fibromyalgia: A Community-Based Test Of Alternate Hypotheses. *Pain*, 110(1-2), 449-460.
- RAPHAEL, K. G., Janal, M. N., Nayak, S., Schwartz, J. E., & Gallagher, R. M. (2006). Psychiatric Comorbidities In A Community Sample Of Women With Fibromyalgia. *Pain*, 124(1-2), 117-125.
- REISS, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety Sensitivity, Anxiety Frequency And The Prediction Of Fearfulness. *Behaviour Research And Therapy*, 24(1), 1-8.
- ROBERTS, J. E., & Monroe, S. M. (1992). Vulnerable Self-Esteem And Depressive Symptoms: Prospective Findings Comparing Three Alternative Conceptualizations. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 62(5), 804.
- SAYAR, K., Gulec, H., & Topbas, M. (2004). Alexithymia And Anger In Patients With Fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 23(5), 441-448.
- SCHOOFS, N., Bambini, D., Ronning, P., Bielak, E., & 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.

- SHELTON, C. I. (2004). Diagnosis And Management Of Anxiety Disorders. *Journal Of The American Osteopathic Association*, 104(3 Supplement 1), S2.
- SINGH G, Kaul S. Anxiety And Depression Are Common In Fibromyalgia Patients And Correlate With Symptom Severity Score. *Indian J Rheumatol* 2018;13:168-72.
- SÖDERBERG, S., Strand, M., Haapala, M., & Lundman, B. (2003). Living With A Woman With Fibromyalgia From The Perspective Of The Husband. *Journal Of Advanced Nursing*, 42(2), 143-150.
- STARCEVIĆ V, Berle D. Cognitive Specificity Of Anxiety Disorders: A Review Of Selected Key Constructs. *Depress Anxiety*. 2006;23(2):51-61.
- SULLIVAN, P. F., Kendler, K. S., & Neale, M. C. (2003). Schizophrenia As A Complex Trait: Evidence From A Meta-Analysis Of Twin Studies. *Archives Of General Psychiatry*, 60(12), 1187-1192.
- SULLIVAN, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic Epidemiology Of Major Depression: Review And Meta-Analysis. *American Journal Of Psychiatry*, 157(10), 1552-1562.
- TANDER, B., Cengiz, K., Alayli, G., İlhanlı, İ., Canbaz, S., & Canturk, F. (2008). A Comparative Evaluation Of Health Related Quality Of Life And Depression In Patients With Fibromyalgia Syndrome And Rheumatoid Arthritis. *Rheumatology International*, 28(9), 859-865.
- TAYLOR, S., Koch, W. J., & McNally, R. J. (1992). How Does Anxiety Sensitivity Vary Across The Anxiety Disorders?. *Journal Of Anxiety Disorders*, 6(3), 249-259.
- TEZCAN ME, Doğan Bc, Şen N, Sargın M. High Disease Activity May Increase Fear-Avoidance Beliefs In Rheumatoid Arthritis. *Arch Rheumatol* 2017;32(4):325-332.
- TOPBAS, M., Cakirbay, H., Gulec, H., Akgol, E., Ak, I., & Can, G. (2005). The Prevalence Of Fibromyalgia In Women Aged 20-64 In Turkey. *Scand J Rheumatol*, 34(2), 140-144.
- UCAR M, Sarp U, Karaaslan O, Gul A1, Tanik N, Arik Ho. Health Anxiety And Depression In Patients With Fibromyalgia Syndrome. *Journal Of International Medical Research* 2015, Vol. 43(5) 679–685.
- UGUZ, F., Çiçek, E., Salli, A., Karahan, A. Y., Albayrak, İ., Kaya, N., & Uğurlu, H. (2010). Axis I And Axis II Psychiatric Disorders In Patients With Fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 32(1), 105-107.
- UHER, R., & McGuffin, P. (2008). The Moderation By The Serotonin Transporter Gene Of Environmental Adversity In The Aetiology Of Mental Illness:

Review And Methodological Analysis. *Molecular Psychiatry*, 13(2), 131.

- VERBUNT, J. A., Pernot, D. H., & Smeets, R. J. (2008). Disability And Quality Of Life In Patients With Fibromyalgia. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 6(1), 8.
- VISHNE, T., Fostick, L., Silberman, A., Kupchick, M., Rubinow, A., Amital, H., & Amital, D. (2008). Fibromyalgia Among Major Depression Disorder Females Compared To Males. *Rheumatology International*, 28(9), 831-836.
- VYTHILINGAM, M., Vermetten, E., Anderson, G. M., Luckenbaugh, D., Anderson, E. R., Snow, J., ... & Bremner, J. D. (2004). Hippocampal Volume, Memory, And Cortisol Status In Major Depressive Disorder: Effects Of Treatment. *Biological Psychiatry*, 56(2), 101-112.
- WADDELL, G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main Cj. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (Fabq) And The Role Of Fear-Avoidance Beliefs In Chronic Low Back Pain And Disability. *Pain*. 1993 Feb;52(2):157-68.
- WADDELL, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D., & Main, C. J. (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (Fabq) And The Role Of Fear-Avoidance Beliefs In Chronic Low Back Pain And Disability. *Pain*, 52(2), 157-168.
- WARE J, Sherbourne Cd. The Mos 36- Item Short Form Health Survey (Sf-36). 1. Conceptual Frame-Work And Item Selection. *Med Care* 1992; 30: 473-81.
- WASSEM, R., & Hendrix, T. J. (2003). Direct And Indirect Costs Of Fibromyalgia To Patients And Their Families. *Journal Of Orthopaedic Nursing*, 7(1), 26-32.
- WEIR, P. T., Harlan, G. A., Nkoy, F. L., Jones, S. S., Hegmann, K. T., Gren, L. H., & Lyon, J. L. (2006). The Incidence Of Fibromyalgia And Its Associated Comorbidities: A Population-Based Retrospective Cohort Study Based On International Classification Of Diseases, 9th Revision Codes. *Jcr: Journal Of Clinical Rheumatology*, 12(3), 124-128.
- WHITE K, Speechley M, Harth M Et Al. The London Fibromyalgia Epidemiology Study: The Prevalence Of Fibromyalgia Syndrome In London, Ontario. *J Rheumatol* 1999; 26: 19-28.
- WOLFE, F., Michaud K. Severe Rheumatoid Arthritis (Ra), Worse Outcomes, Comorbid Illness, And Sociodemographic Disadvantage Characterize Ra Patients With Fibromyalgia. *J Rheumatol*. 2004 Apr;31(4):695-700.
- WOLFE, F., Ross K, Anderson J Et Al. The Prevalence And Characteristics Of Fibromyalgia In The General Population. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 19-28.
- WOLFE, F., Smythe Ha, Yunus Mb Et Al. The American College Of Rheumatology 1990 Criteria For The Classification Of Fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-72.

WOLFE, F. The Epidemiology Of Fibromyalgia. *J Musculoskelet Pain* 1993; 1: 137–48.

WOLFE, F., Anderson, J., Harkness, D., Bennett, R. M., Caro, X. J., Goldenberg, D. L., & Yunus, M. B. (1997). A Prospective, Longitudinal, Multicenter Study Of Service Utilization And Costs In Fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal Of The American College Of Rheumatology*, 40(9), 1560-1570.

WOLFE, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Tugwell, P., Campbell, S. M., Abeles, M., Clark, P., & Et Al. (1990). The American College Of Rheumatology 1990 Criteria For The Classification Of Fibromyalgia. Report Of The Multicenter Criteria Committee. *Arthritis And Rheumatism*, 33(2), 160-172.

YUNUS M, Masi At, Calabro Jj, Miller Ka, Feigenbaum Sl. Primary Fibromyalgia (Fibrositis): Clinical Study Of 50 Patients With Matched Normal Controls. *Semin Arthritis Rheum*. 1981;11(1):151-71.

Diğer Yayınlar

- AROUT CA, Sofuoglu M, Bastian LA, Rosenheck RA. Gender Differences In The Prevalence Of Fibromyalgia And In Concomitant Medical And Psychiatric Disorders: A National Veterans Health Administration Study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2018 Aug;27(8):1035-1044. Doi: 10.1089/Jwh.2017.6622.
- BERNARD, A. L., Prince, A., & Edsall, P. (2000). Quality Of Life Issues For Fibromyalgia Patients. *Arthritis Care & Research*, 13(1), 42-50.
- BEYAZAL MS, Tüfekçi A, Kırbaş S, Topaloğlu MS. The Impact Of Fibromyalgia On Disability, Anxiety, Depression, Sleep Disturbance, And Quality Of Life In Patients With Migraine. *Arch Neuropsychiatry* 2018;55:140–145.
- DERRY, S., Cording, M., Wiffen, P. J., Law, S., Phillips, T., & Moore, R. A. (2016). Pregabalin For Pain In Fibromyalgia In Adults. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (9).
- MAS Aj, Carmona Lm, Valverde M, And The Episer Study Group. Prevalence And Impact Of Fibromyalgia On Function And Quality Of Life In Individuals From The General Population: Results From A Nationwide Study In Spain. *Clin Exp Rheumatol* 2008; 26: 519-26.
- OJEDA B, Duenas M, Salazar A, Mico JA, Torres LM, Failde I. Factors Influencing Cognitive Impairment In Neuropathic And Musculoskeletal Pain And Fibromyalgia. *Pain Medicine* 2018; 19: 499–510.
- ÖZARSLAN, B.B.(2013). Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- REISS, S. & McNally, R. J. (1985). Expectancy Model Of Fear. In S. Reiss & R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical Issues In Behavior Therapy* (Pp. 107-121). San Diego, CA: Academic Press.
- SCHAEFER, C., Chandran, A., Hufstader, M., Baik, R., Mcnett, M., Goldenberg, D., ... & Zlateva, G. (2011). The Comparative Burden Of Mild, Moderate And Severe Fibromyalgia: Results From A Cross-Sectional Survey In The United States. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 9(1), 71.
- SIERPİNA, V. S., & Carter, R. (2002). Alternative And Integrative Treatment Of Fibromyalgia And Chronic Fatigue Syndrome. *Clin Fam Pract*, 4(4), 853-72.
- SMYTHE, H. A., & Moldofsky, H. (1977). Two Contributions To Understanding Of The "Fibrositis" Syndrome. *Bulletin On The*

Rheumatic Diseases, 28(1), 928- 931.

STAUD R, Domingo M. Evidence For Abnormal Pain Processing In Fibromyalgia Syndrome. *Pain Med* 2001; 2: 208–15.

TURK DC, Wilson HD. Fear Of Pain As A Prognostic Factor In Chronic Pain: Conceptual Models, Assessment, And Treatment Implications. *Curr Pain Headache Rep.* 2010 April ; 14(2): 88–95. Doi:10.1007/S11916-010-0094-X.

WOLFE, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A. S., Russell, I. J., Winfield, J. B., & Yunus, M. B. (2010). The American College Of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria For Fibromyalgia And Measurement Of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research*, 62(5), 600-610.

WOLFE, F., Hassett, A. L., Walitt, B., & Michaud, K. (2011). Mortality In Fibromyalgia: A Study Of 8,186 Patients Over Thirty-Five Years. *Arthritis Care & Research*, 63(1), 94-101.

EKLER



ÖZGEÇMİŞ

Öznur Şeker

Doğum Tarihi: 08.06.1990

Doğum Yeri: Bakırköy/İSTANBUL

Eğitim Bilgileri

Kırklareli Üniversitesi - Felsefe Bölümü

Nişantaşı Üniversitesi - Psikoloji Bölümü