T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

FİBROMİYALJİ TANILI HASTALARDA PSİKOSOSYAL UYUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Merve ÖZDEMİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. Fatma EKER

DÜZCE 2019

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

19.08.2019

Merve ÖZDEMİR

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca engin bilgi ve tecrübeleriyle yol gösterici olan, yardımını ve desteğini her daim gösteren tez danışmanım, değerli hocam Doç. Dr. Fatma Eker' e,

Tez dönemi boyunca yardım ve desteğini esirgemeyen sevgili dostlarıma,

Attığım her adımda arkamda olan ve beni destekleyen aileme,

Teşekkür Ederim.

Merve ÖZDEMİR

İÇİNDEKİLER

BEYAN i
TEŞEKKÜR ii
İÇİNDEKİLER iii
ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ v
KISALTMALAR vii
ÖZET 1
1. GİRİŞ 3
1.1.Problem Tanımı ve Önemi 3
1.2. Araştırmanın Amacı 7
2.GENEL BİLGİLER 8
2.1. Fibromiyalji Sendromu 8
2.1.1. Tanım 8
2.1.2. Fibromiyaljinin Epidemiyolojisi 9
2.1.3. Fibromiyaljinin Etyolojisi 11
2.1.3.1. Biyolojik Faktörler 11
2.1.3.2.Psikososyal Faktörler 12
2.1.4. Tanı 14
2.1.5. Fibromiyaljinin Tedavisi 16
2.2. Fibromiyalji Sendromunun Psikososyal Etkileri 18
2.2.1. Fibromiyalji Sendromuna Gösterilen Psikiyatrik Tepkiler 18
2.2.1.1. Depresyon 19
2.2.1.2. Anksiyete 21
2.2.2. Fibromiyalji Sendromunda Psikiyatrik Tepkileri Etkileyen Faktörler 22
2.2.2.1. Bireye Ait Özellikler 22
2.2.2.2. Hastalığa İlişkin Özellikler 24
2.3. Hastalığa Psikososyal Uyum 26
2.3.1.Hastalığa Psikososyal Uyum Alanları 26
2.3.2. Hastalığa Psikososyal Uyumu Etkileyen Faktörler 26
2.4. Kronik Hastalığa Psikososyal Uyumda Hemşirelik Yaklaşımları 28
3. GEREÇ VE YÖNTEM 32

3.1.Araştırmanın Şekli 32
3.2.Araştırmanın Alt Problemleri 32
3.3.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 32
3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 32
3.5.Araştırmanın Sınırlılıkları 33
3.6. Veri Toplama Araçları 33
3.6.1. Hasta Bilgi Formu 33
3.6.2.Hastalığa Psikososyal Uyum-Özbildirim Ölçeği (Psychososcial Adjustment to Illness Scale-Self-Report- PAIS-SR) 34
3.6.3.Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) 34
3.7.Ön Uygulama 35
3.8.Verilerin Toplanması 35
3.9.Verilerin Değerlendirilmesi 35
3.10.Araştırmanın Etik Boyutu 36
4. BULGULAR 38
4.1. Araştırmaya Katılan Fibromiyalji Tanılı Hastaların Sosyo Demografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri 38
4.2. Araştırmaya Katılan Fibromiyalji Tanılı Hastaların Hastalığa Psikososyal Uyum Düzeyleri ve Psikososyal Uyumun Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi 40
5.TARTIŞMA 60
5.1.Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik, Hastalık ve Sağlık Özellikleri 60
5.2. Fibromiyalji Tanılı Hastaların Hastalığa Psikososyal Uyum Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi 63
5.3. Araştırmaya Katılan Fibromiyalji Tanılı Hastaların PAIS-SR Toplam Puan Ortalaması ile Yaş, Hastalık Süresi, Genel Memnuniyet, Gelir Durumu Depresyon ve Anksiyete Arasındaki İlişki 68
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 69
6.1. Sonuçlar 69
6.2. Öneriler 71
7. KAYNAKLAR 72
8. EKLER 84

ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

Şekil 2.1: ACR Tanı Kriterleri (1990)

Şekil 2.2: 2011' de modifiye edilen bölüm

Tablo 3.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenine İlişkin Normallik Testi Sonuçları

Tablo 4.1.1: Fibromiyalji Tanılı Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4.1.2: Fibromiyalji Tanılı Hastaların Hastalığa İlişkin Özellikleri

Tablo 4.1.3: Fibromiyalji Tanılı Hastaların Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Alt Boyutları Puanları

Tablo.4.2.1: Fibromiyalji Tanılı Hastaların Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeğinin (PAIS-SR) Alt Boyut Puan Ortalamaları

Tablo 4.2.2: Fibromiyalji Tanılı Hastaların PAIS-SR'ye Göre Hastalığa Psikososyal Uyum Düzeylerinin Dağılımı

Tablo 4.2.3: Fibromiyalji Tanılı Hastaların Öğrenim Düzeyine Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları

Tablo 4.2.4: Fibromiyalji Tanılı Hastaların Medeni Durumuna Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları

Tablo 4.2.5: Fibromiyalji Tanılı Hastaların Çalışma Durumlarına Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları

Tablo 4.2.6: Fibromiyalji Tanılı Hastaların Yaş Gruplarına Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları

Tablo 4.2.7: Fibromiyalji Tanılı Hastaların Mesleklerine Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları

Tablo 4.2.8: Fibromiyalji Tanılı Hastaların Hastalık Sürelerine Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları

Tablo 4.2.9: Fibromiyalji Tanılı Hastaların Sosyoekonomik Düzeylerine Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları

Tablo 4.2.10: Fibromiyalji Tanılı Hastaların Ağrı Kesici Kullanma Durumlarına Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları

Tablo 4.2.11: Fibromiyalji Tanılı Hastaların Son Yaşanan Negatif Yaşam Olayına Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları

Tablo 4.2.12: Fibromiyalji Tanılı Hastaların Psikiyatrik Öykü Durumlarına Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları

Tablo 4.2.13: Fibromiyalji Tanılı Hastaların Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumlarına Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları

Tablo 4.2.14: Fibromiyalji Tanılı Hastaların Hastalığı Tanımlama Durumlarına Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları

Tablo 4.2.15: Fibromiyalji Tanılı Hastaların Anksiyete Riskine Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları

Tablo 4.2.16: Fibromiyalji Tanılı Hastaların Depresyon Riskine Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları

Tablo 4.2.17: Fibromiyalji Tanılı Hastaların Genel Memnuniyet Durumuna Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları

Tablo 4.2.18: Bazı Değişkenler ile PAİS-SR Toplam Puan İlişkisi

KISALTMALAR

PAIS-SR Hastalığa Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği

HADHastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

WHODünya Sağlık Örgütü

FMSFibromiyalji Sendromu

KLPKonsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi

HNHassas Noktalar

ACRAmerican College of Rheumatology

HLAİnsan Lökosit Antijeni

SSSSantral Sinir Sistemi

Non-REM Rapid Eye Movement

EEGElektroensefalografi

MRManyetik rezonans

EMGElektromiyografi

COMTKatekol-O-metiltransferaz

TSATrisiklik antidepresanlar

SNRISerotonin norepinefrin geri alım inhibitörleri

SSRISelektif serotonin geri alım inibitörleri

BDTBilişsel davranış tedavisi

HADSHastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

SPSSStatisticalPackage for the Social Sciences

ÖZET

FİBROMİYALJİ TANILI HASTALARDA PSİKOSOSYAL UYUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Merve ÖZDEMİR,

Yüksek Lisans Bitirme Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı Doç. Dr. Fatma EKER, Ağustos 2019, 106 Sayfa

Bu çalışma fibromiyalji hastalarının hastalığa ilişkin psikososyal uyum düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Araştırmanın örnekleminiSağlık Bakanlığı Düzce Atatürk Devlet Hastanesi Fizik Tedavi polikliniğine başvuran ve Düzce Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Servisinde yatan 70 fibromiyalji hastası oluşturmuştur. Araştırmanın verileri "Hasta Bilgi Formu", "Hastalığa Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)", "Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD)" kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin analizinde betimsel analizler (yüzdelik, ortalama, standart sapma), Mann-Whitney U testi,Kruskal Wallis H testi ve Spearman Brown korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Araştırma sonucunda hastaların tümünün kadın, çoğunun 25-40 yaş aralığında, evli, ilkokul ve üstü öğrenim düzeyinde, çalışmayan, orta gelir düzeyinde oldukları, genel memnuniyetlerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Hastaların %55,7'sinin hastalık başlamadan önce son bir yıl içinde negatif yaşam olayı yaşadıkları, %47.1'inin psikiyatrik bir öyküye sahip olduğu ve %35,7'sinin psikiyatrik ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Hastaların büyük çoğunluğu (%51,4) hastalığı ara ara gelen bir durum olarak tanımlamıştır ve %52,9'unun hastalık süresi 10 yıldan azdır. Hastaların hastalığa psikososyal uyumlarına bakıldığında %42,9'unun (n=30) kötü uyum gösterdiği belirlenmiştir ve genel memnuniyet durumları (r=-0,580; p=0,000), anksiyete düzeyi (r=0,448; p=0,000) ve depresyon düzeyi (r=0,506; p=0,000) arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Hastalarının %55,7'sinin (n=39) depresyon, %77,1'inin (n=54) anksiyete riski yüksektir. Fibromiyalji hastalarının anksiyete ve depresyon düzeyleri arttıkça psikososyal uyumlarının kötüleştiği tespit edilmiştir. Depresyon riski yüksek olan hastaların psikososyal uyum düzeyi daha kötü olarak bulunmuştur (t=-3,58; p=0,001).

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda hastaların anksiyete ve depresyon yönünden yakın takip edilmesi, konsültasyon liyezon psikiyatrisi birimiyle iş birliğinde bulunma, hastalar için psikoeğitimler düzenlenmesi önerilerilerinde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Depresyon,Fibromiyalji Hastalığı, Hemşirelik,Psikososyal Uyum.

ABSTRACT

EVALUATION OF PSYCHOSOCIAL COMPLIANCE IN PATIENTS WITH FIBROMIALGIA

Merve ÖZDEMİR,

Master of Thesis, Department of Nursing

Thesis Supervisor Assoc. Dr. Fatma EKER, August 2019, 106 Pages

The aim of this study was to determine the psychosocial adjustment levels of fibromyalgia patients. The sample of the study consisted of 70 fibromyalgia patients who were admitted to the Physical Therapy and Rehabilitation Center of Düzce University Health Research and Application Center. The data of the study was collected by using the Bilgi Patient Information Form ", Psychosocial Adaptation to Disease Self-Report Scale (PAIS-SR)", "Hospital Anxiety Depression Scale (HAD)". Descriptive analysis (percentage, mean, standard deviation), Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis H test and Spearman Brown correlation coefficient were used for data analysis. As a result of the study, it was found that all of the patients were female, most of them were between 25-40 years of age, married, at primary and higher education level, not working, middle income level and their general satisfaction was medium level.

It was found that 55,7% of the patients experienced negative life event in the last year before the onset of the disease, 47,1% had a psychiatric history and 35,7% had used psychiatric medication. The majority of patients (51,4%) described the disease as an occasional condition and 52,9% had a disease duration of less than 10 years.

When the psychosocial adjustment of the patients was examined, it was determined that 42,9% (n = 30) had poor compliance and general satisfaction (r = -0,580; p = 0,000), anxiety level (r = 0,448; p = 0,000) and depression level (n = 30). (r = 0,506; p = 0,000). 55,7% (n = 39) of the patients had a high risk of depression and 77,1% (n = 54) had a high risk of anxiety. As the anxiety and depression levels of fibromyalgia patients increased, their psychosocial adjustment deteriorated. Psychosocial adjustment level was found to be worse in patients with high risk of depression (t = -3,58; p = 0,001).

According to the findings of the study, close follow-up of patients in terms of anxiety and depression, cooperation with consultation liaison psychiatry unit, and psychoeducation for patients were suggested.

Keywords: Anxiety, Depression, Fibromyalgia Disease, Nursing, Psychosocial Adjustment.

1. GİRİŞ

1.1.Problem Tanımı ve Önemi

İnsan biyolojik, psikolojik, manevi, sosyal ve kültürel boyutlarıyla bütün bir varlıktır. İnsan yaşamının devamı için bedenini dengede tutmak zorundadır. Bu dengenin sürekliliği için bedenindeki değişikliklere çeşitli fizyolojik veya psikolojik mekanizmalarla cevap verir. Homeostazis denilen bu dengeyi sağladığı sürece birey sağlıklıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) "sağlığı sadece hastalığın ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir" şeklinde tanımlamaktadır. Butanıma göre hastalık;fiziksel, ruhsal ve sosyal açılardan tam bir iyilik hâlinin yokluğuna denilmektedir. Hastalık, sadece doku ve organların fizyolojik görevlerini yerine getirememesi olarak değerlendirilmemelidir. Hastalık yalnızca fizyolojik değil aynı zamanda sosyal ve kültürel bir olgudur[1,2].

Hastalık durumu; biyopsikososyal bir varlık olarak tanımlanan insan için biyolojik, ruhsal, sosyal, psikososyal, çevresel, ailesel, psikoseksüel boyutlardan bakıldığında bir yaşam, kimlik ve varoluş krizidir. Bütün bu yönleriyle hastalık, hem fizyolojik hem de ruhsal dengeyi, işlevleri ve organizmanın süre giden işleyişini bozan, engelleyen ve çeşitli belirtilerle kendini gösteren bozukluk halidir[2]. Akut ya da kronik olabilen hastalıklar çoğu kez kişinin iç dengesini sarsarak bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan bireylerin zorluk yaşamalarına sebep olabilmektedir[3].

Kronik hastalıklar, uzun süren ve genelde yavaş ilerleyen, girişimsel ve tıbbi tedavisine rağmen iyileşmeyen, kişinin özbakımındaki görevinive sorumluluğunu yerine getirebilmesi için düzenli izlem ve destek bakımın gerektiği durumlardır[4]. Kronik hastalıklar sağlık hizmeti, bakım ve tedavi masrafları açısından bakıldığında kişileri fakirlik sınırının altına düşürebilmektedir. Kronik hastalıklar düşük ve orta gelir düzeyli ülkelerde maddi açıdan da ağır bir yük oluşturmaktadır[5].

Fiziksel hastalıkların beraberindeki ruhsal ve davranışsal problemler, hastanın uyumunu, yaşam kalitesini, bakımını, tedavi süresini, masraflarını, hastalığın seyrini olumsuz etkilemektedir[6]. Kişilerde kısa dönemli ya da uzun süren uyum bozuklukları görülebilmekte, bireylerin hastalığa karşı verdikleri tepkiler ve uyumlar farklı

olabilmektedir. Hastalık bireyde, fiziksel ve psikolojik gücüne, onun kişilik yapısına, aile çevresinden aldığı desteğe, hastalığın veya kaygısının türüne, tedavi ekibinde yer alanlara ve hastaya bağlı olarak farklılıklar gösterebilir[7,6,8]. Bu sebeple kronik hastalık durumlarının yönetimi, fizyolojik problemlerin yönetiminin yanında psikososyal sorunların yönetimini de kapsamaktadır[9].

Kronik ağrı ve yorgunluk sendromu olarakta bilinen Fibromiyalji Sendromu (FMS) yaygın vücut ağrısı ve belli anatomik alanlarda hassas noktaların varlığı ile karakterize olan, nedeni net olarak bilinmeyen kronik bir kas-iskelet sistemi hastalığıdır. Toplumda görülme sıklığı çeşitli kaynaklara göre %2-8 arasında değişir[10]. Kadınlarda ve 40-60 yaş arasındakilerde daha çok görülür. ABD'de erişkin nüfusunun %2-5'inde (%0.5'i erkek , %3.5'i kadın) ve romatolojiye başvuran hastaların %15-20'sinde FMS olduğu bildirilmiştir[11,12]. Kanada'da fibromiyalji görülme sıklığının %1.0 olduğu ve fibromiyaljinin romatoloji kliniklerinde en sıkrastlanan üç hastalıktan biri olduğu gözlenmiştir[13]. İspanya'da romatoloji kliniklerine başvuran hastalarda fibromiyalji görülme sıklığının %2.4, İtalya'da %2.2, Yeni Zellanda'da %1.3, Norveç'te %10.5 ve Almanya'da %1.9 olduğu bildirilmiştir[14,15,16]. İngiltere'de yapılan bir çalışmada fibromiyaljinin prevalansının 1990 yılında 1/100.000 iken, 2001 yılında 35/100.000'e çıktığı saptanmıştır[17].

Fibromiyaljinin %73-90 oranında kadınlarda görüldüğü belirtilmiştir. Fibromiyalji hastalarının %60'nın 30-49 yaşları arasında, %35'inin 20'li yaşlarda veya 50-65 yaşları arasında olduğu belirtilmiştir. Fibromiyaljinin en çok görüldüğü ülkelerden biri olan Norveç'te (%10.5) hastaların yaşlarının 20-49 arasında olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, fibromiyalji hastalarının %92.5'inin kadın ve yaş ortalamasının ise 35.4±9.12 olduğu saptanmıştır.Toplum çalışmalarında da eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlarda daha sık FMS geliştiği bildirilmektedir[18].

Kronik bir seyirde giden ve hastaları hem fiziksel hem psikolojik yönden etkileyen fibromiyaljli hastaların hastalığa psikososyal uyumu önem kazanmaktadır. Hastalığın neden olduğu psikososyal stres etkenleri ve bireyin başaçıkma yetisi; hastalığın ortaya çıkması, iyileşmesi ve seyrinde önemli bir rol oynamaktadır. Bireyin stresle başaçıkma yetisi sorunu çözmede ve uyum sağlamada yetersiz kaldığında, stresin olumsuz etkisi sinir sistemine ve immün sistemdeki mekanizmalara yansımaktadır. Bu nedenle, yaşamsal zorlanmalara sonucu atakların ve ruhsal belirtilerin ortaya çıktığı ileri

sürülmektedir.Sansone ve arkadaşlarının çalışmasında, fibromiyalji hastalarının %96'sında yorgunluk, %92'sinde ağrı ve kas tutukluğu, %90'nında anksiyete ve depresyon olduğu görülmüştür[19].

Fibromiyalji, kronik ağrı sendromlu hastalar ve sağlıklı kişilerde yapılan bir araştırmada, fibromiyalji hastalarında ağrı, yorgunluk ve depresyonun diğer hasta gruplarına göre daha yüksek; uyku kalitesinin ise daha düşük olduğu tespit edilmiştir[20]. Currey ve arkadaşlarınınfibromiyalji, romatoid artrit ve osteoartritli hastalarda yaptıkları başka bir araştırmada dafibromiyalji hastalarının ağrı ve yorgunluk düzeylerinin diğer hasta gruplarına göre daha yüksek olduğu,psikolojik sağlık durumlarının daha kötü olduğu, ayrıca aktivitelerinindaha sınırlıolduğu saptanmıştır[21]. Benzer şekilde Çeliker ve arkadaşlarının çalışmasında fibromiyalji hastalarında ağrı düzeyi ile anksiyeteleri arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur[22].

Kronik hastalığa iyi psikososyal uyum; fonksiyonel ve fiziksel durumdaki değişiklikler ile kendini algılama gücündeki duygusal değişikliklerle birleşme olarak ifade edilmektedir. Kötü uyum ise; bireyi fiziksel, duygusal ve sosyal açıdan negatif yönde etkileyen, uzun süren veya kalıcı olumsuz özelliklerin değişiminden sonra ortaya çıkan durumdur. Kötü uyum anksiyete ve depresyon belirtileri, psikojenik ağrı, sosyal geri çekilme, kronik yorgunluk ve bilişsel bozuklukları beraberinde getirir[23,24]. İyiuyumda ise hastalar; hastalığın zorluklarıyla ve belirtileriyle etkili başaçıkabilmekte, eski fonksiyonel seviyelerine tekrar ulaşabilmekte ve uyum problemlerinin önüne geçebilmektedir. Kronik hastalığa kötü uyumun olması hastalığın seyrini olumsuz etkileyen ve hastanın sağlık kuruluşlarına daha sık başvurmasına yol açan bir durum olduğu belirtilmiştir[25,26].

Hastalığa psikososyal uyum, hastalık ve tedavi ile ilgili olguların hepsinden etkilenir, aynı şekilde psikososyal uyumun iyi ya da kötü oluşu da hastalığın gidişatını etkilemektedir[26]. Anksiyete ve depresyon yetersiz başetmenin ve kötü uyumun en yaygın belirtisidir. Kaçmaz çoğunluğu (%59) kronik hastalığa sahip ve hastalığa uyum sorunu yaşayan bir gup hastada depresyon düzeyini anksiyete düzeyinden yüksek bulmuştur[3]. Bunun yanında, ailelerinden destek almayan hastalar etkisiz başetme ve uyum problemleri açısından risk grubundadır.

Hastalıklarda hastalığa psikososyal uyumu etkileyen faktörler birçok çalışmada ele alınmıştır[27,23,28]. Kötü psikososyal uyum nedenleri arasında depresyon, anksiyete gibi

psikolojik etkenler, hastalık ve tedavi ile ilgili bilgi eksikliği, aile ve arkadaşların etkisi, uzun süreli maddi kayıplar, hastalık ve tedavisi üzerindeki kontrol algısı ve hastalığı değerlendirme şekli gelmektedir. Diyabetli kadınlarla yapılan bir çalışmadasosyal desteğin ve bireysel kaynakların yeterli seviyede olmasının iyi uyumla ilişkisi olduğu bulunmuştur[29]. Yapılan bir çalışmada, hastanın hastalığının günlük yaşam aktivitelerini tamamen engellediğini düşünmesi psikososyal uyumun kötü olmasını 24 kat, depresyon riskinin yüksek olması yaklaşık 6 kat, hastanın genel durumundan tamamen memnuniyetsizliğinin yaklaşık 17 kat, hastanın kararlarında tamamen değişiklik yapması gerektiğini düşünmesinin yaklaşık 5 kat arttırdığı saptanmıştır[3].

Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi (KLP) Hemşireliği; mevcut ya da olası fiziksel fonksiyon bozukluğu sebebiyle sağlık bakım sistemine giren hastaların ve yakınlarının koruma, tedavi, bakım ve rehabilitasyonuna kadar uzanan süreçte ortaya çıkan emosyonel, gelişimsel, bilişsel, felsefi ve davranışsal tepkilerini, ruhsal ve psikososyal sorunlarını belirleyen, tedavi ve bakımında görev alan, gözlemleyen, hemşirelerin psikiyatrik tıp formatında eğitimlerini düzenleyen ve bu alanda araştırmalar yapan psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlığıdır[30]. Fiziksel hastalığı olan hastaların bütüncül sağlığını yükseltmek, psikiyatrik bozuklukları önlemek ve azaltmak, bireyin mevcut hastalığı ve hastalığın getirdiği yaşam zorluklarıyla savaşabilecek güce gelmesine, hastalık yaşantısından bir anlam çıkarmasına ve psikososyal uyumuna yardımcı olmak KLP hemşiresinin primer amacıdır. İkincil amacı ise hemşirelerin ve diğer bakım veren ekip üyelerinin psikososyal tanılama ve bakım yetilerini geliştirmek, profesyonel gelişimlerine yardımcı olarak onların kendi uygulamaları ve bakım aktiviteleri ile ruh sağlığı kavramları ve uygulamalarını bütüncül olarak kullanmadayeterli olmalarını sağlamaktır[31]. Yani psikiyatri dışı sağlık personeline ruh sağlığı hakkında eğitim vermektir. Sağlık ekibinde hastanın ve ailesinin hastalığa verdiği tepkiyi ölçmek ve normalden sapmaları tespit etmek açısından hemşireler en iyi pozisyondadır. Çünkü bakım sırasında hasta ile daha fazla zaman geçirmekte, onu bütüncül olarak ele almaktadır. Gelişebilecek psikososyal problemlerin hemşireler tarafından fark edilebilme olasılığı daha fazladır[24]. Böylece hemşireler, hastaların ruhsal ve fiziksel fonksiyonlarının hastalık öncesi seviyelere dönmesine yardımcı olabilirler.

Fibromiyaljili hastalar ile ilgili yapılan çalışmalarda; fibromiyalji hastalarının depresyon, anksiyete düzeyleri, yaşam kalitesi ve ruhsal belirtilerle ilgili çalışılmış, ancak bunlarla doğrudan etkileşim içinde olan hastaların psikososyal uyumunu ortaya

koyacak bir çalışma yapılmamıştır. Bireyin geri kalan yaşantısını daha sağlıklı, daha üretken geçirmesi, sağlıklı yaşam alışkanlıkları edinmesine olanak sağlamakta ve bu tür sorunu olan bireylere yardımda; bütüncül hemşirelik bakımı ile hastaların bakım kalitesi artabilmektedir[3]. Bu nedenle fibromiyalji hastaları ile çalışan hemşirelere ve diğer sağlık personeline yol gösterici olması düşünülen bir çalışma yapılmasına gereksinim duyulmuştur.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu çalışma fibromiyalji tanılı hastaların psikososyal uyumunun, anksiyete ve depresyon düzeylerinin ve psikososyal uyum ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Fibromiyalji Sendromu

2.1.1. Tanım

Kas-iskelet sistemi ağrılarıyla ilgili en eski bilgiler 16. Yüzyılda Avrupa tıbbında görülmektedir. Fransız Doktor Guillaume Baillou 1592 yılında ağrılı kas hastalıkları ve akut romatizmal ateşi tanımladığı yazılarında "kas romatizması'' terimini ilk kez kullanmıştır. 19. Yüzyılda Fransa ve İngiltere kaynaklı yayınlarda kas ağrısından, kasın dokularında meydana gelen inflamasyon sorumlu tutulmakta, ağrılı kaslarda hassas noktaların olduğu bildirilmekte ve bu noktaların palpe edilmesi ile yayılan ağrıdan bahsedilmektedir. Ağrı yayılımının sinir hattı boyunca olduğu düşüncesiyle kas romatizmasının bir tür nevralji olduğu ileri sürülmüştür. Aynı dönemde İskandinav ve Alman kaynaklı yayınlarda kasın kendisinde bir sürecin olduğu, dokuda olmadığı ve bu durumun kasta sertliğe sebep olduğu ifade edilmektedir[32].

Ancak o dönemin kaynaklarında tanımlar yeterince açık değildir ve kas ağrısının bölgesel mi yaygın mı olduğu noktasında yeterli bilgi edinilememektedir. Amerikalı nörolog Beard 1880 yılında yorgunluk ve psikolojik rahatsızlıkların da beraberinde görüldüğü yaygın kas ağrıları olan hastalardan bahsetmektedir. Ancak bu semptomların modern yaşamın gündelik stresleriyle alakalı olabileceğini düşünmüştür[32].

Fibromiyalji Hipokrat döneminden bu yana düşünülmekte olup tanımı ilk 1843'te Froriep tarafından yapılmıştır. Sir William Gowers, 1904 yılında santral sinir sisteminin fibromiyalji etyopatagonezinde rolü olan ve 1970-1980'li yıllara kadar kullanılan fibrozit terimini bulmuştur. 1950 yılında Graham, FMS nin spesifik bir organik bozukluğun ağrı sendromu olarak tanımlamıştır[33]. Bu hastalığı WHO 1992 yılında 'Fibromiyalji Sendromu' olarak adlandırmıştır[34].

Organik bir nedene bağlanamayan kas ve iskelet sistemi hastalıkları uzun yıllardır bilinmesine rağmen fibromiyalji ile ilgili bilgilerin elde edilerek tanı kriterlerinin belirlenmesi yakın zamanda gerçekleşmiştir[10]. Fibromiyalji nedeni net bilinmeyen, yaygın kronik ağrının eşlik ettiği, çoğunlukla uyku problemleri, yorgunluk, somatik yakınmalar ile kognitif bozuklukların birlikte olduğu,palpasyon ilemuayenede ağrı

duyulan hassas noktaların (HN) tespit edildiği özellikli bir laboratuvar bulgusununbulunmadığıbir hastalıktır[35,10].

Fibromiyaljinin günümüzdeki anlamda tanı almasında Smyte ve Moldofsky'nin katkıları oldukça fazladır. Yaptıkları çalışmalarda hastalıkta inflamasyonun yer almadığını belirterek, hassas nokta ve yaygın ağrıdan söz etmişlerdir[36]. Muhammed B. Yunus' un yaptığı ilk kontrollü klinik çalışmada 50 primer fibromiyalji hastası ve 50 sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılmış, hasta grupta hassas noktaların olduğu, tutukluk, yorgunluk, anksiyete, yaygın kas-iskelet ağrısı, kötü uyku kalitesi, baş ağrısı, irritabl barsak sendromu, eklem ve eklem dışı alanlarda uyuşukluk ile şişlik gibi yakınmaların hastalığa eşlik ettiği belirtilmiştir. Aynı çalışmada semptomların gün içinde dalgalanma gösterdiği, fiziksel aktivite ve hava durumundan etkilendiği görülmüştür. Bu bulgular desteğinde hastalık tanısı koymak için bir rehber oluşturulması önerilmiştir[37].

Fibromiyalji tanısı; yaygın ağrı, uyku bozukluğu, yorgunluk gibi tipik semptomlar, fizik muayenede hassas nokta varlığı ve benzer semptomlara yol açacak diğer hastalıkların dışlanması ile konur. Tanıyı destekleme amaçlı herhangi bir klinik test ya da laboratuvar bulgu yoktur. Yapılan tüm testler ayırıcı tanıda akla gelen hastalıkları elemek amacıyla yapılır. Tanıya yardımcı olması için zaman içinde bazı kriterler geliştirilmiştir. Sınıflandırmasında American College of Rheumatology'nin (ACR) 1990 yılında oluşturduğu kriterler kullanılmaktadır. Bu kriterlere göreasgari 3 aydır süren yaygın kas-iskelet sistemi ağrısı, tipik semptomların olması ve palpasyonla yapılan muayenede tanımlanmış 18 hassas noktanın 11'inde hassasiyet saptanması hastada FMS varlığını düşündürebilir[10].

2.1.2. Fibromiyaljinin Epidemiyolojisi

Fibromiyalji iş gücü kaybı, tanı ve tedavi maliyeti yüksekliği nedeniyle son zamanlarda önemi artan hastalıklardandır. Fibromiyalji genellikle orta yaş kadınların hastalığı olarak bilinse de çocuk ve yaşlılarda da gözlenmektedir. Başlıca sosyoekonomik düzeyi yüksek ve orta olan kişilerde görülmektedir[38.]

Hastalığın belirti ve bulgu çeşitliliği olması sebebiyle hastalar fibromiyalji dışında da tanılar alabildiğinden prevalans oranlarıtahminlerin altında kalmaktadır. Prevalans oranı kullanılan tanı yöntemlerine göre %2-8 arasında değişiklik göstermektedir[39]. Fibromiyaljinin dünyada prevalansı %0.5-5.8 olarak bulunmuştur[40]. İngiltere'ye ait epidemiyolojik çalışmalarda prevalans tüm popülasyonda %2, kadın popülasyonunda

ise %3.4 olarak tespit edilmiştir[41]. Kadınların erkeklere oranla fibromiyaljiden 9 kat daha fazla etkilendiği görülmüştür. Ayrıca erkeklere oranla daha çok hassas noktaya sahiptirler ve semptom bakımından daha zengindirler[42]. Hastalığın yaygınlığı (prevalansı); aile hekimliğine başvuranlarda %2, genel dahiliye kliniklerinde %5-7, romatoloji kliniklerinde %10-20 olarak tespit edilmiştir. Fibromiyalji prevalansı romatoloji kliniklerinde oldukça yüksektir; ilk kez görülen hastaların %12-20'si fibromiyalji tanısı almaktadır. Romatoloji kliniklerinde sık görülen hastalıklar listesinde osteoartritten sonra ikincisırada yer almaktadır[43].

American College of Romathology (ACR)1990 yılı sınıflandırma kriterlerine göre fibromiyaljili hasta sayısı 7 milyon olanABD'de fibromiyalji prevalansı erkeklerde %0.5, kadınlarda %3.4 olarak bulunmuştur. Kanada'da erkeklerde %1.6, kadınlarda %4.9 ve ortalamada %3.3 olarak tespit edilmiştir[44]. Önceden yapılmış bazı çalışmaların aksine, fibromiyaljinin genellikle genç kadınlarda değil, 50 yaş ve üzeri kadınlarda yaygın olduğu bildirilmiştir[10].

Avrupa'da beş ülkede yapılmış prevalans çalışması sonucu, genel popülasyonda FMS prevalansı kronik yaygın ağrı için%4.7, ağrıyla beraber yorgunlukta sorgulandığında %2.9 olarak bildirilmiştir[18]. Wolfe ve arkadaşlarının ACR 2010 yılı FMS kriterlerini karşılayan 2445 hasta ile yaptığı randomize çalışmada fibromiyalji prevalansı %2.1 (kadınlarda %2.4, erkeklerde %1.8) olarak tespit edilmiştir[45].

Türkiye' de Topbaş ve arkadaşları tarafından Trabzon bölgesinde yapılan çalışmada 20-64 yaş arası kadınlarda fibromiyalji prevalansı %3.6, 20-29 yaş arasında ise %0.9 olarak bulunmuştur. En yüksek dağılımlar 50-59 yaş aralığında %10.1, boşanan kadınlarda %8.8 ve eğitim düzeyi düşük olanlarda %10.7 olarak saptanmıştır[18]. Diyarbakır'da yapılan başka bir çalışmada isekentsel bölgedeki prevalansın kırsala göre 2-3 kat daha fazla olduğu bulunmuştur[45].

Fibromiyalji çocukluk çağında da görülmektedir ancak semptomları belirlemek zordur. Okul çağındaki çocukların %2-6'sını etkilediği ve kız çocuklarında daha sık görüldüğü gözlenmiştir. Türkiye' de yapılmış bir çalışmada adölesanlarda fibromiyalji %5.5 olarak bulunmuştur[46].

2.1.3. Fibromiyaljinin Etyolojisi

Fibromiyaljinin etyolojisi henüz tam olarak bilinmemekle beraber, bu alandayakın zamanlarda kayda değerçalışmalaryapılmıştır. Fibromiyaljinin etyolojisinin çok kaynaklı olduğu, farklı gruplarda farklıetkenlerin işlev aldığı ileri sürülmüştür. Fibromiyalji romatoloji kliniklerinde en sık görülen ikinci tanıdır[47]. Fibromiyaljinin etyolojisi tartışmalı bir konudur, temelinde hangi mekanizmaların yattığı tam olarak aydınlatılamamış olmasına rağmen; hem somatik hem de psikololojik faktörlerin rol oynadığına dair bir fikir birliği vardır. Bazı araştırmacılar, fibromiyaljinin fonksiyonel/psikolojik bir bozukluk olduğunu ve sıkıntının somatizasyon nedeniyle oluştuğunu öne sürerken, bazıları organik temelli olduğunu savunmuştur[10].

Fibromiyaljili hastaların birinci derece yakınlarında, bu sendromun daha fazla görülmesi ve ailesel birikimi gösteren diğer çalışmalar, genetik aktarımı düşündürmektedir[48]. Prevalans çalışmaları sonucunda evli ve dul olanlarda, bekarlara göre daha sık fibromiyalji görüldüğü tespit edilmiştir. Çocuk sayısı artıkça, gelir seviyesi azaldıkça fibromiyaljinin görülme sıklığının arttığı, eğitim seviyesinin artması ile ise fibromiyalji prevalansının azaldığı görülmüştür. Bunların yanı sıra, depresyon, panik bozukluk, anksiyete gibi eşlik eden psikiyatrik durumlarda, fibromiyaljinin görülme sıklığında artışolduğu göze çarpmaktadır[49,50].Bireylerin eğitim ve sosyoekonomik seviyeleri düştükçe, fibromiyaljinin görülme sıklığı artmaktadır[51,40]. Genetik faktörler, fiziksel ve cinsel istismar, kronik psikolojik stres gibi durumların fibromiyalji sendromunda rol oynayan premorbid özellikler olabileceği üzerinde durulmaktadır[52].

2.1.3.1. Biyolojik Faktörler

Fibromiyalji gelişiminde genetik yatkınlık olduğunu destekleyen çalışmalar mevcuttur. Fibromiyaljili hastaların birinci derece akrabalarında genel popülasyonla karşılaştırıldığında, fibromiyalji gelişme riski 13 kat daha fazla saptanmıştır[37]. Etyolojide birden fazla genin üzerinde durulmuş ancak hastalık yapıcı belirli bir gen bulunamamıştır[53]. Yunus ve arkadaşları, 40 aile bireyi ile yaptıkları araştırmalarında fibromiyalji hastalığı ve İnsan Lökosit Antijeni (İLA) ile ilişkili olan genin rol oynayabileceğini ortaya koymuşlardır[54]. Ayrıca fibromiyaljide stres, travma,genetik faktörler,enfeksiyon, inflamasyon gibi bazı biyolojik unsurlar, nöroendokrin bozuklukları tetikleyebilmektedir. Bununla beraber uyku bozuklukları, nörotransmitter

düzensizlikleri, ağrı modülasyon bozuklukları, kas travmaları ve immünsistemdeki bozukluklar fibromiyaljinin etyolojisine dair hipotezlerdir[55]. Fibromiyaljili hastalarda uyku bozuklukları, sabahları yorgun kalkma sık karşılaşılan bir sorundur. Uyku süresi azalmış, uyku bölünme sıklığı artmıştır. Kronik ağrı varlığı Santral Sinir Sistemi (SSS) üzerinde değişiklikler oluşturarak uykuyu etkileyebilmektedir. Non-REM (rapid eye movement) denilen uykunun 4. periyodunda normalde saniyede 1-2 dalga görülmesi beklenirken 10-12 dalgalık alfa dalga akımıyla kesintiye uğrar ve bu durum dinlendirmeyen uykuya neden olmaktadır. Ancak bu elektroensefalografi (EEG) bulguları depresyon ve diğer kronik ağrı durumlarında da görülebilmektedir[56].

Kasta ağrı ve hassasiyet varlığı geçmişte fibromiyaljinin primer bir kas hastalığı olduğunu düşündürmüştür. Ancak yapılan kontrollü araştırmalar, kas metabolizmasında belirgin bir patolojik bulgu olmadığını göstermiştir. Kas biyopsilerinde liflerde bazı değişiklikler saptanırken, yapısal hasar ile uyumlu bir bulgu gözlenmemiştir. Manyetik rezonans (MR) ile yapılan çalışmalarda kas metabolizasında herhangi bir anormallik görülmemiştir[57]. Elektromiyografi (EMG) ile yapılan bir çalışmada ise kontrol grubuna göre farklılık saptanmazken, bir diğer çalışmada EMG'de daha yüksek kas gerilimi gözlenmiştir. Fibromiyaljiye nörotransmitterler açısından bakıldığında serotonin, dopamin, katekol-O-metiltransferaz (COMT) ve HLA ile ilgisi olduğu düşünülmüştür[58].

Fibromiyaljinin immünolojik bir hastalık olduğuna ilişkin geçerli bir bilgi yoktur. Kanser tedavisi gören hastalarda fibromiyalji benzeribulguların ortaya çıkması sonucu Wallace ve arkadaşları fibromiyaljinin sitokinlerle ilgisi olabileceğini ilk kezöne sürmüştür. Ancak yapılan çalışmaların yetersiz olması nedeniyle FMS'nin etyolojisinde sitokin fonksiyon bozukluğundan söz etmek mümkün değildir[59].

2.1.3.2.Psikososyal Faktörler

Fibromiyalji hastalığının nedenleri üzerine yapılmış çalışmalarda spesifik bir patofizyoloji ve hastanın şikayetlerine yönelik fizik muayene ve laboratuar değerlerinde önemli bir probleme rastlanmaması hekimlerde ve araştırmacılarda hastalığın psikolojik kökenli olduğu noktasındaki görüşün ortaya çıkmasına sebep olmuştur[60,61]. Bu görüş Dönmez ve Erdoğan'ın yaptıkları çalışmada fibromiyaljili hastalarda bulunan hassas noktalar, psikolojik stres ve somatizasyon arasındaki ilişki saptanarak desteklenmiştir[62]. Ayrıca psikolojik faktörlerin fibromiyaljideki ağrı şiddetini etkilediği ve algılanan sıkıntının şiddetini değiştirdiği de farklı bir çalışma ile ortaya konmuştur[63].

Psikiyatrik hastalıklar ve psikososyal sıkıntı (distres), fibromiyaljili hastaların davranışını etkileyen önemli faktörlerdendir. Psikiyatrik hastalıkların fibromiyalji hastalığının gelişmesine neden olduğunu ileri süren bir çalışmada fibromiyaljili hastalarda yaşam boyu psikiyatrik hastalıkların yüksek oranda görüldüğü ve fibromiyalji hastalığının başlamasından önce psikiyatrik bir hastalığın var olduğu saptanmıştır[64]. Bununla birlikte fibromiyalji hastalığının somatoform bozukluklarının bir alt tipi olabileceği düşüncesini destekleyen çalışma da mevcuttur[65].

Fibromiyalji psikiyatrik bir hastalık olmamakla birlikte psikolojik faktörler ağrının önemli sebeplerindendir. Genetik yatkınlığı olan bireylerde psikolojik faktörler, travma gibi stres nedenleri FMS gelişimini tetiklemektedir[66].Hastalarda ilk olarak anksiyete ve depresyon bozuklukları olmak üzere somatizasyon, panik bozukluklar gibi psikiyatrik komorbiditeler %30-60 oranında gözlenmektedir[33]. Hastalar stresle başa çıkmakta zorlanmakta ve bu durum günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Fibromiyaljili hastaların %50'sinde depresyon, %20'sinde ise majör depresyon belirtileri mevcuttur. Antidepresan ilaç tedavisinin de etkili olması fibromiyaljinin depresyon ile ilgisini açıklayabilir. Ancak fibromiyalji tedavisinde kullanılan doz miktarı, depresyonda kullanılandan azdır ve tedaviye yanıt çok daha kısa sürede olduğundan bu konu tartışmalıdır[67].

Fibromiyaljili hastaların %50'sinden fazlasında Post Travmatik Stres Bozukluğu (PTSB) tespit edilmiştir[67]. Yapılan bir çalışmada FMS olan hastaların %30'unda psikolojik bozukluk tespit edilmiş, %70'inde herhangi psikolojik bir bozukluk bulunamamıştır. Emosyonel sıkıntılar,travmalar, stres faktörleri fibromiyalji semptomlarını başlatıcı olabilir;araştırmalarda fibromiyalji hastalığı bulguları gösteren bireyler ile sağlıklı bireyler karşılaştırıldığında fibromiyaljili hasta grubunda çocukluk döneminde aşırı düzeyde travmatik strese maruz kalmış oldukları tespit edilmiştir[68,69]. Gündüz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada fibromiyaljili hastaların anksiyete, depresyon ve çocukluk çağı travmaölçek puanları miyofasyal ağrı sendromu ve sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunurken, fibromiyalji hastalığı semptom sayısı ile çocukluk çağı travma ve depresyon puanları toplamı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Ayrıca fibromiyalji hastalarında ağlama, olaylara abartılı tepkiler verme, çok az çalışmaya karşılık görülen yorgunluk semptomları gibi yakınmaların olması çocukluk çağı travması ile ilişkili bulunmuştur[70].

Bohn ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada %84'ü kadın olan fibromiyaljili 117 hastanın çocukluk ve ergenliketciddi duygusal ihmal (%25), ciddi duygusal istismar (%20),ciddi cinsel taciz (%12), ciddi fiziksel kötüye kullanım (%8)ve ciddi fiziksel ihmal (%12) yaşamış oldukları bildirilmiştir. Ayrıca aynı çalışmada uygulanan diğer ölçeklerle hastaların muhtemel bir disosiyatif bozukluk (%46.2), 11'inin (%95.7) muhtemel bir somatoform bozukluk (%95.7)ve olası bir depresif bozukluk (%73.55) tanı kriterlerini sağladığı bulunmuştur[71].

Psikiyatrik bozukluklar arasında önemli risk faktörü olan çocukluk çağı istismarı, psikolojik ve fiziksel şiddet, boşanma, ayrılma, cinsel taciz, gibi stres kaynakları, akut veya kronik psikolojik problemlerfibromiyalji hastalığını tetikleyebilmektedir[72]. Weissbecker ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada çocukluk çağında yaşanan travmatik yaşantılar, istismar ve ihmalin yol açtığı Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal (HPA) eksen düzensizlikleri gibi nöroendokrin düzensizliklerinin erişkin fibromiyalji hastalığı ile ilişkili olabileceğitespit edilmiştir[73].

Fibromiyaljili hastalar ile yapılan bir çalışmada hastaların %6'sında fibromiyalji hastalıksemptomlarıgörülmeden önce PTSB semptomlarının görüldüğü ve travmatik olayların eşlik ettiği, %30'unda ilk önce fibromiyalji belirtilerinin başladığı, %4'lük bir kısmında ise fibromiyalji belirtileri ile PTSB belirtilerinin aynı yıl içinde başladığı gözlenmiştir. Hastalar genellikle PTSB'nin başlama zamanı ve ağrının oluşmaya başlama zamanını karıştırmaktadır. Genellikle ağrıya neden olan veya olmayan travmatik olaylardan sonra PTSB oluşur. Bu durum stresin ağrıdan önce oluştuğunu göstermesi açısından önemlidir. Jenewein vearkadaşlarının yaptıkları bir çalışma, PTSB belirtilerinin kalıcı ağrının başlamasında etken olduğu düşüncesini kanıtlamaktadır[74].

2.1.4. Tanı

Fibromiyaljinin hastaların yaşamı üzerinde ve sağlık sistemi açısından yükü oldukça fazladır. Doğru ve erken konulan tanı; bu yükün azaltılması ve tedavi stratejilerinin erken ortaya koyulabilmesi açısından oldukça büyük öneme sahiptir.

Fibromiyaljiye özel laboratuvar ve radyolojik tetkik bulunmamaktadır. Tanı için gerekli ACR 1990 kriterlerinde yaygın vücut ağrısı ve hassas nokta ölçümü baz alınmaktadır(Şekil 2.1.). 4 kg/cm2 gücünde basınç uygulanması ile ağrının oluştuğu vücut bölgeleri hassas nokta olarak belirlenmiştir. Başparmak tırnak yatağında

beyazlaşmaya yetecek kadar bası 4 kg/cm2' lik kuvvete eş değerdir. Bir noktanın ağrılı sayılabilmesi için palpasyonu hastanın 'ağrılı' olarak tanımlaması gerekmektedir. Aynı zamanda genel hiperesteziden ayırt etme açısından kontrol noktaları da palpe edilmelidir. Kontrol noktaları ise; ön kol ve ön kolun dorsal distal 1/3' lük bölümü, ayak dorsal 3. metatarsal bölge, el başparmağının tırnağı ve alnın ortasıdır[10].

Şekil2.1. ACR Tanı Kriterleri (1990)

1. Yaygın vücut ağrısı	Vücudun sağ ve/veya sol yarısında, bel seviyesi aşağısında ve/veya yukarısında aksiyel iskelet de dahil en az 3 ay süren ağrı
2. Hassas nokta ölçümü	İşaret parmağı veya başparmak kullanılarak yaklaşık dört kilogram ağırlığında kuvvet uygulanmalıdır. 18 adet hassas noktadan en az 11tanesinin ağrılı olması

Hassas nokta muayenesinin pratikte tam olarak yapılamaması ya da yanlış yapılmasından kaynaklı olarak hastanın semptomlarına yönelik bir tanı yaklaşımı daha uygun görülmektedir. Fibromiyalji tanısı konan hastaların %25'ini ACR 1990 kriterleri doğru sınıflandıramamaktadır. Fibromiyaljinin başlıca kriterlerinden olan yorgunluk, somatik yakınmalar ve bilişsel bozukluğun 1990 ACR kriterlerinde yer almaması sebebiyle yeni kriterlere ihtiyaç duyulmuştur. Bu kriterler2011 yılında modifiye edilmiş ve böylece daha kolay tanı konabileceği öngörülmüştür. Çok sayıdaki somatik semptom yerine hastaların son altı aydaki karın ağrısı, depresyon, baş ağrısına evet- hayır şeklinde cevap vermeleri istenmiştir[75](Şekil 2.2.)

Şekil 2.2. 2011' de modifiye edilen bölüm

Son altı ayda aşağıdakilerden birini yaşadınız mı? Yaşadıysanız yandaki kutucuğu işaretleyiniz ☐ Depresyon ☐ Baş ağrısı ☐ Alt karın ağrısı ya da kramp

Fibromiyalji hastaları genellikle obsesif, sinirli, gergin ve kendini ifade etmekte zorluk

çeken bir görünüm sergilemektedir. Hastaların yaklaşık olarak %30-40'ında psikolojik bulgular görülmektedir. Bu oranlar diğer romatolojik hastalıklardaki sorunlarla benzerdir ve insidans açısından farklılık göstermemektedir[76].

Psikiyatrik bozukluklar ve fibromiyaljisendromu birlikteliği oldukça sıkgörülmektedir. En sık karşılaşılan durum depresyon ve anksiyete birlikteliği ile görülmesidir. Yapılmış çalışmalarda FMS hastalarında %20-80 oranında depresyon, %13-63 oranında anksiyete bozukluğu görüldüğü tespit edilmiştir. Ağrı şiddetinin ve direncinin mevcut depresyonla ilişkisi bulunamamış, ancak ağrı şiddeti ve diğer fiziksel semptomların şiddeti ve sayısı arasında pozitif yönde bir artış bildirilmiştir[77].

2.1.5. Fibromiyaljinin Tedavisi

Fibromiyalji tedavi sürecinde bireye özgü olan, multidisipliner, hastanın aktif katılımda bulunduğu, farmakolojik kombine tedavi ve non-farmakolojik(ilaçsız) yöntemlerin yeraldığı; bulguların karakteristik özelliklerine ve yoğunluklarına göre en uygun tedavi yöntemi seçilmelidir. Multidisiplinertedavinin amacı hastalarda ortaya çıkan kızgınlık, acizlik hissi, hayal kırıklığı gibi olumsuz duyguların yerini öz yeterlilik ve sonuç alma isteği gibi olumlu düşüncelere dönüştürmektir. Öz yeterliliği yeterince yüksek hastaların tedaviye verdikleri cevapların daha yüksek olduğu tespit edilmiştir[78].

Fibromiyaljili hastaların tedavisindeki ilk öncelik hastaya bilgi vermektir. Psikolojik kökenli bir hastalık olmadığı fakatdepresyon, uyku problemleri, stres, anksiyete, çok çalışma gibi durumların şikayetleri attırabileceği hastaya açıklanmalıdır. Hastalar anlaşılamadıkları korkusu yaşayarak tedavide olumsuz bir tutum takınabilirler. Hastalığın hayatı tehdit edici, beden imajı ile ilgili bir probleme sebebiyet veren bir hastalık olmadığının bilinmesi, tedaviye uyum açısından büyük öneme sahiptir[79].

Fibromiyaljinin tedavisinde kullanılan ve etkinliği ispatlanmış farmakolojik ajanlar siklobenzaprin, trisiklik antidepresanlar (TSA), serotonin norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI), tramadol, selektif serotonin geri alım inibitörleri (SSRI) ve α2δ-ligand antikonvülzanlar (gabapentin, pregabalin)'dir[80,81]. Linares ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada farmakolojik tedavi alanfibromiyaljili hastaların tedavi almayan hastalara göre fibromiyaljiden dahayüksek düzeyde etkilendikleri görülmüştür[82].

Fibromiyalji hastalığının ilaç dışı tedavisinde bazı fizik tedavi ajanları kullanılmaktadır.

Ultrason, akupunktur, lazer tedavisi, yüzeyel ısıtıcılar, EMG-biofeedback bunlardan birkaçıdır[83]. Ayrıca kas spazmını en aza indirmek amacıyla lokal ağrılı bölgeler (tetik noktaları) için enjeksiyon tedavileri ve masaj tedavisi de önerilmektedir[84].Hidroterapi ve balneoterapi de fibromiyalji tedavisinde etkili bulunmuştur[85]. Hidroterapi, suyun sıvı buz ve buhar şeklinde soğuk ve sıcak uygulamalar eşliğinde hastalığı tedavi etme veya sağlığı koruma amacıyla kullanılmasıdır. Balneoterapi ise şifalı sular, çamurlar ve gazlar gibi balneolijik unsurların banyo, içme ve inhalasyon şeklinde kullanılması ile yapılmaktadır. Sonuçta tek başına tamamen etkili bir yöntem yoktur, fizik tedavi modellerinin dengeli bir şekilde birlikte kullanılması en çok önerilen yöntemdir[86].

İlaç dışı tedaviler arasında egzersiz önemlidir. Egzersizin ağrıyı ve yorgunluğu azalttığı, uyku ve duygudurum üzerinde olumlu etkiler yarattığı tespit edilmiştir. Özellikle aerobik egzersizler en etkin olandır, ancak egzersiz fibromiyalji tedavisinde uzun dönem etkin görünmemektedir[87]. Aerobik ve germe egzersizlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada; fonksiyonellik, depresyon, ağrı ve mental sağlığın iyileşmesi açısından bakıldığında aerobik egzersiz grubunun germe egzersizlerine göre daha üstün olduğu saptanmıştır. Ayrıca, germe egzersizlerinin depresyon üzerinde etkisi olmadığı bulunmuştur[88]. Aerobik egzersizin 20-60 dakika süreyle, sürekli veya aralıklı şekilde, haftada en az 2 gün, toplamda 6 hafta süreyle yapılması önerilmektedir. Bu şekilde aerobik kapasitenin arttığı, yorgunluk ve hassas nokta sayısının azalmadığı gösterilmiştir[89].

Ayrıca hastalık psikososyal açıdan da düşünüldüğünde multidisipliner tedavi arayışında bölümler arası iyi işleyen bir konsültasyon işlemi prognozu olumlu düzeyde etkileyecektir. Psikiyatrinin verdiği Bilişsel Davranış Tedavi (BDT), kişilerin ağrı semptomlarını kontrol etme konusundaki inançlarının düzeltilmesi, relaksasyon girişimleri, sağlıklı davranış biçimlerinin güçlendirilmesi gibi çeşitli tedavi yaklaşımlarını içerir. Hastayı egzersize teşvik etmek ve aktivite hızını düzenlemek gibi davranış aktivasyon teknikleri, ağrıyla başedebilme yeteneğini geliştirme, uyku düzeni sağlama ve progressif kas relaksasyonu gibi gevşeme teknikleriuygulanmaya çalışılmaktadır[63]. Fibromiyaljide BDT'nin en çok fonksiyonel durum üzerinde etkinliği vardır. İlaç tedavisine aerobik egzersiz veya BDT'nin eklendiği bir çalışmada, BDT grubunda fiziksel fonksiyonlarda belirgin daha fazla iyileşme gözlenirken, tedaviye uyum daha düşük bulunmuştur[90].

2.2. Fibromiyalji Sendromunun Psikososyal Etkileri

Fibromiyaljili bireylerin depresyon, anksiyete, obsesif-kompülsif bozukluk ve posttravmatik stres bozukluğu gibi psikiyatrik problemlere sahip olması muhtemeldir. Bu psikiyatrik problemler ve fibromiyalji hastalığı için erken dönemde yaşanan stresli ve travmatik olaylar genel tetikleyiciler olabilir[91]. Fibromiyaljihastalarında fiziksel bir işaret olmadığından ve hastalar herhangi görülebilen bir şekil bozukluğu göstermediklerinden, aileleri, arkadaşları ve işverenleri çoğu zaman onların çeşitli sorunlardan muzdarip olduklarını anlamakta zorlanırlar. Bazı fibromiyalji hastaları eğitim ve kariyer hedeflerini devam ettiremez ve toplumsal aktivitelere dahil olamazlar. Bu "savunmasızlık ve umutsuzluk" durumu, değersizlik ve depresyonun bileşenlerinden olan özsaygı kaybı duygularını tetikleyebilir[12,91]. Buna ek olarak, duygulanımları tanımanın bozulması sayesinde, duygusal uyarımları medikal semptomların işareti olarak yanlış yorumlama eğilimindedirler. Bu hastaların en çok kullandıkları savunma mekanizması somatizasyondur. Başka bir açıklama da somatizasyonun, FMS hastalarını duygusal eksikliklerini deneyimlemeden koruduğu yönündedir[92].

2.2.1. Fibromiyalji Sendromuna Gösterilen Psikiyatrik Tepkiler

Hastalık, basit bir sıkıntıdan narsistik bütünlüğün tehdit altında olduğu duruma kadar ayrılık anksiyetesi, vücut organ ve bölümlerinin zarar göreceği kaygısı, bağımsızlığın yitirileceği korkusu, suçluluk duygusu gibi tepkiler doğurur. Herkeste bu cevabın şiddeti, sıklığı, süresi ve geçirdiği kademeler farklı olmakla beraber fiziksel hastalık esnasında hastalarda görülen en yaygın tepkiler; inkar etme, öfke duyma, kaygılanma, depresyon, anksiyete, korku, regresyon, suçluluk, umutsuzluk, güçsüzlük, matem, yalnızlık ve de izolasyondur[93].

Yaşamı tehdit eden ya da bir organ ya da işlev kaybınasebep olabilecek bir kronik hastalık tanısı alanbireylerin ilk yaşadıkları durum "şok" aşamasıdır. İlk şok aşamasında insanların aklında ''Sakat mı kalacağım?'', ''Acı çeker miyim?", "Ailem ne yapacak?", "Hastalığın acı verensıkıntıları ne zaman kendini gösterecek?" gibi sorular bulunmaktadır.Şok aşamasında bireyin iç dünyası çok karışıktır ancak dışarıdan bakıldığında her şey yolundaymış gibi görülür. Amaçsız etkinlikler ortaya çıkar, yanlış sorunlara odaklanılır. Bu yönelim bozukluğuna zamanla inanmama ve anksiyete eklenir[2].

Kronik hastalığa verilen tepkilerde ikinci aşamada "acı veren olayla yüzleşme" vardır. Düşüncelerde dağınıklık bu evrede görülür. Üzüntü, çaresizlik ve hüzün gibi duygular hissedilir ve yas tutulur. Bu evrede hastalar, gerçeğin zorlayıcı etkisiyle kendilerini daha iyiye götürecek olan; plan yapma, akıl yürütme ve problem çözümleme için adım atmakta zorlanırlar. Yüzleşme evresinin yarattığı aşırı stres bireyleri sıkıntılarından uzaklaştırmak amacıyla kaçınma tekniklerinin kullanımına yönlendirir. Öncelikle yadsıma seçeneğine başvurularak olumsuz durumla başetmeye çalışılır. Yadsıma, kişinin içinde bulunduğu durumu değiştiremeyeceğine inandığında görülür. Hastalığın erken evrelerinde ve belli koşullar içinde kullanılabilirliği gerekli ve yardımcıdır. Tanının verdiği altüst olma durumunu bastırır ve koruyucu bir işlev görür. Fakat yadsımanın sürekli ve çok kullanılması problemleri de beraberinde getirir ve hastalar için olumsuz bir tepki halini alır[2].

Yadsımanın kullanılmasıyla üçüncü aşama olan "geri çekilme" evresine gelinir. Bu evrede var olan problemin gerçekliğini reddetme eğilimi görülür. Ancak reddetme genelde uzun sürmez. Çünkü gerçeklik kendini yeterinde hissettirmeye başlamıştır. Bir taraftan da çevreden uyum yapılması için uyarıların şiddeti giderek artar. Sonunda hasta gerçeklerle yüzleşmek için ilk adımı atar. Geri çekilme aşaması hastaların yeni durumlarına uyum sağlamak için çaba harcarken, alışılagelmiş problem çözme yeteneklerini kullanarak gerçeklerle bağlantı kurulmasını sağlayan birdönemdir[2].

Kronik hastalık tanısı almış her hastanın bu aşamalardan geçtiğini söylemek zordur. Bazı hastaların acı verici tanıya ilk gösterdikleri tepkileri şok iken diğerleri sakinliklerini koruyabilir. Bazıları yoğun anksiyete yaşarken, diğerleri aşırı şekilde tepkide bulunabilmektedir[2].

2.2.1.1. Depresyon

Depresyon derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve harekette yavaşlama ile karakterize, suçluluk, yorgunluk, durgunluk, değersizlik, dikkat ve konsantrasyon bozukluğu, motivasyon azalması, karamsarlık duygu ve düşünceleri, isteksizlik ile fizyolojik aktivitelerde azalma gibi belirtileri içeren bir sendromdur[94].

Depresif hastaların düşünce sürelerinde ve anlatımlarında bozulma, yavaşlama veya hiç konuşmama şeklinde problemler, düşünce içeriğinde ise yetersizlik, suçluluk, çaresizlik, değersizlik, küçüklük gibi çarpıtılmış düşünceler gözlenebilmektedir. Düşünce içeriğine

bir takım olumsuz intihar etme gibi düşünceler de hakim olabilmektedir. Tüm depresyon hastalarının üçte ikisinin intiharı aklından geçirdiği, %10-15' inin ise intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır[95].

FMS'li hastaların %20'sinde majör depresyon, %50'sinde ise depresyon belirtileri mevcuttur. Antidepresan ilaç tedavisinin de etkili olması FMS'nin depresyon ile ilgisini açıklayabilir. Ancak FMS tedavisinde kullanılan doz miktarı, depresyonda kullanılandan azdır ve tedaviye yanıt çok daha kısa sürede olduğundan bu konu tartışmalıdır[95].

Fibromiyaljinin; depresyon, anksiyete ve stresle ilgisi literatürde geniş bir yer almaktadır[96].Fibromiyaljideki yaşam boyu depresyon prevalansı %90'larda ifade edilirken, major depresyon belirtilerinin gözlenme oranları %62-86 arasında değişmektedir[97]. Herhangi bir zamanda incelenen fibromiyalji ile depresyon eş zamanlı bulunma oranı ise %40 seviyelerinde bulunmuştur[98]. Fibromiyalji ve depresyonun bu seviyede yüksek oranda bulunması, aynı ikili etkiyi gösteren serotonerjik ve noradrenerjik etki ajanları ile tedavi edilmesi (amitriptilin, duloksetin, milnasipran) ve benzer patofizyolojilerinin olması bu iki hastalığın farklı klinik bulgularla ortaya çıkan tek bir hastalık olduğunu düşündürmektedir[99,100].

Fibromiyaljideki depresyonunnedeninin tek boyutlu olmadığı, depresyonun bazen fibromiyaljinin kişinin hayatında oluşturduğu değişikliklere bir cevap (reaktif depresyon) ya da FMS ile aynı fizyolojik mekanizmaları olan ortak bir hastalık olduğu düşünülmektedir[101]. Psikolojik stresörü olmayan FMS tanısına sahip hastaların 5-HT3 reseptör antagonistlerine olumlu yanıt verdiği, fakat psikolojik stresörü olan hastaların bu ilaçlara yanıt vermediği gözlenmiş olup; bu ilaca yanıt vermeyen FMS'nin alt grubunun affektif spektrum bozukluğu özelliklerini paylaşıyor olabileceği düşünülmüştür[102].

Alok ve arkadaşlarınınçalışmasında FMS tanısı olanların ve sağlıklı kişilerin depresyon oranlarına ve klinik görünümlerine bakılmış, FMS'li olan hastalarda depresyon düzeyi anlamlı oranda yüksek bulunmuş, fonksiyonel kısıtlanma ağrıya hassasiyet ve stres algısında değişim gibi özellikler; FMS tanılı kontrol grubundaki depresyon olgularında aynı seviyede bulunmuştur[103].

FMS hastaların doktora başvuru anındaki depresyon oranı %20, özgeçmişlerindeki

depresyon oranı ise %50 gibi yüksek oranlarda bildirilmektedir. Bu hastaların ailelerinde de depresyonun normal popülasyona göre sık olduğu gözlenmektedir[61]. Yapılan çok merkezli bir çalışmada FMS hastalarının %49'u depresif bulunmuştur[104].Doğan ve arkadaşları, FMS'li hastalardaki depresyon oranını (%54.8) genel toplumda rastlanan depresyon (%8-20) oranından daha yüksek bulmuşlardır[105].

Akkaya ve arkadaşlarınınyaptığı bir çalışmada; FMS tanılı ve sağlıklı bireyler karşılaştırılmış olup; FMS grubunda sağlıklı kişilere göre, beden algısında bozulma, fonksiyonel kısıtlanma, ağrı algısında artma ve depresyon oranlarında artış görülmüştür[96]. Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında FMS tanılı bireyler sağlıklı kadınlar ile karşılaştırılmış olup; FMS grubunda daha yüksek depresyon düzeyleri ve cinsel işlev bozukluğu saptanmış olup, Beck Depresyon Envanterine göre 17 puan üstü skoru olan kadınlardaki cinsel işlev bozukluklarının daha fazla oranda olduğu saptanmıştır[106].

Gencay ve arkadaşlarınınbir çalışmasında FMS tanılı kişilerin kişilik özellikleri,depresyon, anksiyete ve yaşam kaliteleri incelenmiş olup, yüksek oranda acıdan kaçınma ve düşük oranda kişisel bağımsızlık gibi karakter özellikleri bakımından sağlıklı kişilerden farklılık göstermiş olup, düşük yaşam kalitesi, yüksek depresyon ve anksiyete oranları saptanmıştır[107].

2.2.1.2. Anksiyete

Depresyonun temel özelliklerinden olmamasına rağmen nedensiz iç sıkıntısı olarak tanımlanan anksiyete, depresif duygudurum ve ilgi azlığından sonra üçüncü sırada yer almaktadır. Hastaları %90'a varan oranlarda etkilemektedir. Hastalar kendilerini sinirli, gergin hissedebilmekte ve nedensiz yere öfke dışa vurumu, çevresindeki insanlara ya da kendilerine zarar verme görülebilmektedir. Anksiyeteye genelde taşikardi, göğüste ağrı, nefes darlığı, terleme gibi bedensel problemler eşlik edebilmektedir[108].

Anksiyete bozukluklarının FMS'de görülme sıklığı %13-64 oranındadır ve en sık posttravmatik stres bozukluğu görülür[89,109]. Yapılan bir çalışmada FMS'li hastalarda anksiyete bozukluklarının, FMS olmayanlarla karşılaştırıldığında 6.7 kat daha sık görüldüğü tespit edilmiştir[48].

Dos-Santos ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada FMS'li hastalarda Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) kullanılmış hastaların %43'ünde ciddi/major anksiyete, %33'ünde orta düzeyde anksiyete, %12'sinde minör anksiyete saptanmıştır[110].

2.2.2. Fibromiyalji Sendromunda Psikiyatrik Tepkileri Etkileyen Faktörler

Fiziksel, ruhsal, duygusal, sosyalproblemlerle beklenmedik anda karşılaşan hastalarda, fizyolojik değişimlerle beraber ruhsal denge durumunda farklılıklaroldukça sık yaşanmaktadır[111].Bu yeni duruma uyum sürecinde hastaların gösterdiği tepkiler, alınan hasarın miktarına, tedavi süresine ve psikososyal uyuma göre farklılık göstermektedir[111,112].Anksiyete ve depresyon en sık rastlanan tepkiler olmakla beraber, öfke, inkarve bağımlılık görülme oranı da oldukça fazladır[113]. Hastalığa verilen tepkiler davranışsal ve duygusal olmak üzere iki guruba ayrılabilir. Anksiyete, depresyon, öfke, korku, üzüntüduygusal tepkilerdendir. Yalnızlık, tedaviyi red ve destek arama davranışsal tepki örneklerindendir[114]. Hastalığa gösterilen tepkiler bireye ait ve hastalığa ilişkin özellikler olarak ayrılabilmektedir. Bu özelliklerin kendi arasındaki etkileşimlerinin tepkiye gösterdiği etkiyiatlamamak gerekir[115].

2.2.2.1. Bireye Ait Özellikler

Hastalığa psikososyal uyumu etkileyenfaktörler; kişilik yapısı, psikososyal stresörler, sosyokültürel özellik, hastalık anındaki eğilimler, semptomların derecesi, hastalıkla alakalı negatifduygu ve düşünceler (hastalığı hayatı tehdit edici bir durum gibi olumsuz yönleriyle değerlendirmek gibi), baş etme teknikleri, etkilenen organ, yaşam tarzı, fiziksel kısıtlılık, hastalığın gidişatı, ağrının bulunması, kalıtımsal özellikler, ilaçların yan etkileri ve tedavinin yöntemi şeklinde belirlenmiştir. Ayrıca psikososyal uyumu etkileyen bir başka faktör de, hastanın mevcut sosyodemografik özellikleridir. Hastanın yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu ve sosyoekonomik düzeyi psikososyal uyumda etkillidir[26].

Hastalığa uyumdaki etkili olan başka bir faktör, hastanın psikososyal özellikleridir. Özellikle anksiyete ve depresyon gibi psikososyal özellikler fiziksel hastalık ile beraber ve sık görülen durumlardır. Yapılmış çalışmalarda, depresyonun psikososyal uyumda belirleyici olduğu ve psikososyal uyumu negatif yönde etkilediği saptanmıştır[3].

Akın ve arkadaşlarınınçalışmalarında, kalp yetmezliği bulunan hastaların hastalığa

psikososyal uyumlarını değerlendirerek, uyuma etki edenbireysel ve hastalığa yönelik özellikleri tespit etmişlerdir. Bu çalışmada, hastaların psikososyal uyumlarının genel olarak olumsuz yönde etkilendiği, en olumsuz etkilenmenin olduğu alan ise sosyal çevre, psikolojik alan ve mesleki-iş çevresi alanıolarak bulunmuştur[116].

Tıbbi tedavi süreci içinde bulunan hastaların yaşam tehdidi, acı çekme, komplikasyonlar, belirsizlik, kontrol ve denetim kaybı, fiziksel kayıp, özgüven kaybı, rutin işlerde kısıtlanma, beklentilerin farklılaşması ve azalması, ekonomik kayıplar ve yalnız kalma korkusu gibi sorunlarla mücadele etmesi gerekmektedir[117]. Ayrıca mesleki çevrede,sosyal ve cinsel aktivitelerde yaşanan sorunlar, hastanın ruhsal ve psikolojik dengesini altüst edebilmektedir[118].

Fibromiyaljili hastalar genelde mükemmelliyetçi, huzursuz, ifade güçlüğü içinde ve sinirli bir görünüm sergileyebilmekte ve bu hastalarda somatizasyon bozukluğuna ve ruh çökkünlüğüne sık rastlanmaktadır. Psikolojik bulgular FMS'li hastalarının yaklaşık %30-40'ında mevcuttur. Bu psikolojik bulgular anksiyete, stres ve depresyonu kapsamaktadır[119].

Bazı araştırmacılar fibromiyaljinin; aslında depresyonun bir ifade ediliş şekli, bir semptomu olduğunu ve genellikle iş ve aile stresi içinde bulunan ya da çocukluk çağı sorunlu geçen kadınlarda sıklıkla beraber görüldüğünü saptamışlardır[120].

Harkness ve arkadaşlarının çalışmasında, iş yerinde kronik yaygın ağrıya yol açabilecek psikososyal sebepler araştırılmış olup; meslektaşlarından yeterince sosyal destek görememe ve monoton iş hayatının yeni başlamış olan yaygın ağrıda en güçlü sebepler olduğubulunmuştur[121].

Olumsuz giden hayat şartları, psikolojik sıkıntı, vücuttaki bulgularaaşırı odaklanma ve ağrıyla baş etme tekniklerindekihatalar da ağrı şiddetini arttırmaktadır[122].Fibromiyaljili hastalarla yapılan bir çalışmada erken tanı almış, genç yaşta olan, uzun süreli ve düzenli olarak egzersiz yapabilen hastalarda iyileşme sürecinin daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Başlangıç ağrı şiddetinin fazla olması ve çok sayıda anatomik bölgeyi içermesi, depresyon, anksiyete, stres gibi psikiyatrik problemlerinbulunması kötü prognoz habercisi olarak belirtilmektedir[123].

Epidemiyolojik araştırmalarda prevalansı tüm popülasyonda %2, kadın popülasyonunda %3.4 olarak belirlenmiştir[41]. Türkiye'de 20-64 yaş arası bayanlarda FMS prevalansı

%3.6 olarak bulunmuştur. Bir başka çalışmada hastalık prevalansı 50-59 yaş aralığında%10.1 ile yüksek oranda tespit edilmiştir. Lindh ve arkadaşlarının çalışmasında yaş aralığı 25-50, Nordenskiold ve arkadaşlarının çalışmasında 49-65, Maquet ve arkadaşlarının çalışmasında 30-65 yaş aralığında hastalar da alınmıştır[124,125,126].

2.2.2.2. Hastalığa İlişkin Özellikler

Hastalığın kişiden kişiye değişmesi ve herkes için farklı deneyimlenmesi sebebiyle hastalığa verilen cevaplar farklılaşmaktadır. Kimi bireyler hastalık karşısında güçlüyken, kimi bireylerde korku, öfke, üzüntü gibi olumsuz duygulara rastlanmaktadır[114]. Hastalığa verilen kişisel yanıtlar, hastalığın şekline ve derecesine, hastalığın metabolik açıdan kontrol altında olmasına ve hastalığı yönetme çabasına bağlı olarak değişebilmektedir[111,127].

Psikososyal problemlerin sebepleri arasında; uygulanan tedavi şekilleri, hastalığın bulguları ve olumsuzluklarısebebiyle öz bakımını idame ettirememe ve bir başkasına bağımlı hale gelineceği düşüncesi, rol kaybı, ağrı, beden imgesinde değişiklik, hastalığın yol açtığı ekonomik sıkıntılar, çaresizlik, fiziksel engeller, ölüm korkusu, bireyin hastalığa verdiği anlam kısacasıçok sayıda bireysel tehlike düşüncesiyer almaktadır[128].

Fibromiyaljie depresyona sık rastlanabilir ve hastalık prognozunun kötüye gitmesinde etkili olabilmektedir. Ayrıca depresyon hastanın uyumunu etkileyerek azaltabilir ve sosyal izolasyonasebep olabilir[129]. Bireyde bulunan ve farkına varılamayan anksiyete depresyon gibi psikososyal problemler, hastanın tıbbi tedaviye yanıtını, egzersiz uygulamalarına uyumunu azaltmakta, tedavilerin devam ettirilmesini engellemekte, fiziksel aktiviteleri yerine getirmede engelleyici etki oluşturmakta, rehabilitasyonuygulamalarına katılımı aksatmakta, hastalığın seyrini, yaşam kalitesini hastanede kalma süresini ve iyileşmeyi negatif yönde etkilemektedir[128].

Tekrarlı hastaneye yatışlar sebebiyleortaya çıkan iş gücü kaybı; kişisel, toplumsal ve ekonomik sıkıntıları beraberinde getirmektedir. Ayrıca kronik hastalık tanısı konan bireylerin aile, arkadaş, iş ve cinselilişkilerinin olumsuz etkilenmesi psikososyal uyumlarını etkilemektedir[116,130].

Fibromiyalji;davranışsal, bilişsel ve emosyonel istenmeyen etkilerle seyredenkronik bir

hastalıktır. Ayrıca fibromiyalji uyku problemleri, kronik ağrı gibi problemlere neden olduğundan ve genellikleanksiyete, depresyon ile birlikte görüldüğünden hem kendisi hem de neden olduğuproblemler bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir[131,132]. Fibromiyalji ile birlikte seyredenanksiyete ve depresyon ise hastalığın seyrini etkilemekte ve şiddetini arttırmaktadır[133].

Fibromiyaljihastaları gündelik yaşam işlevleriesnasında sıklıkla yetersizlik yaşamaktadırlar. Psikolojik faktörler bu durum üzerinde önemli bir etken olabilir. Yapılan çalışmalarla FMS hastalarının yaşam kalitesinde belirgin düzeyde kötüye gidiş olduğu ve mental sağlık durumlarınınolumsuz olarak etkilendiği gösterilmiştir. Bu olumsuzluklar kişilerin iş ve sosyal yaşamlarını etkilemekte, sağlık giderlerinin yanısıra işgücü kaybı sebebiyle de önemli ekonomik problemlere neden olmaktadır. Verbunt ve arkadaşlarının araştırmasında FMS hastalarındaki yetersizliği en iyi mental sağlıklarının kötü durumda olmasının açıklayacağından bahsedilmektedir. Aynı zamanda FMS hastaları ağrı sendromlu ve kronik bel ağrısı çeken hastalarla karşılaştırıldığında psikolojik stres oranlarının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşam kalitesi üzerine etkisi ise diğer hastalıklarla kıyaslandığında oldukça artmış düzeydedir[134]. Hoffmann ve arkadaşları romatoid artrit, miyofasial ağrı sendromu, osteoartrit, sistemik lupus eritematozus, osteoporoz, primer sjögren sendromu gibi kronik ağrılı hastalıkları karşılaştırdıkları çalışmasında FMS hastalarında genel sağlık düzeyi skorlarını anlamlı derecede kötü bulmuşlardır. FMS hastaları fiziksel ve mental sağlık skorları açısından anlamlı derecede düşük saptanmıştır[135].

FMS'deki çoklu belirti varlığı somatizasyon olarak adlandırılabilir ve bu da bireyin sağlığı üzerinde çok fazla odaklanmasına sebep olabilir. Tam tersi olarak, bireyin sağlığı üzerine odaklanması somatizasyona neden oluyor da olabilir. Bu iç somatik durumlarla fazla meşgul olma, sonuçta kişinin FMS semptomlarıyla baş edebilmesi için depresyon ve obsesif-kompulsif belirtilerde artışa sebep olabilmekte ve ağrıya olan bilişsel ve davranışsal uyum bozulmaktadır[136].

Tüzün ve arkadaşlarınınmiyofasial ağrı ve fibromiyaljisendromu olan hastalarla sağlıklı kişileri karşılaştırdıkları çalışmalarında, fibromiyalji hastalarında yorgunluk ve uyku problemlerine sağlıklı bireylere göre anlamlı şekilde daha fazla rastlandığı ve yaşam kalitesinin düşük olduğu bulunmuştur[137].

2.3. Hastalığa Psikososyal Uyum

Gelişimsel ve durumsal kriz yaratan durumlar, iç ve dıştan gelen uyaranlar kişinin uyum sağlamasını gerektirmektedir. Uyum böyledönemlerdeyaşanan değişiklikleri özümseme, alışma ve etkili baş etmeyi gerçekleştirebilmektir.En zor yaşam şartlarında ve bunun ağırlığı altında bireyin mevcut durumunun farkında olabilmesi, aşırı tehlikelihallerde kendi potansiyel gücünü fark ederek, kararlarıile hareketlerinibu duruma göre ayarlayabilme gücünü sürdürmesi, duygusal olarak problemli ve eziyetli hayat koşullarında bu durumdan anlam çıkarabilmesi uyum özelliğinin göstergesidir[138]. Herhangi bir olay sonrasında kişinin yaşam kalitesini normale ya da daha iyi hale getiren şeylerin yapılması uyum olarak açıklanabilir. Kişininduygusal, fiziksel ve sosyal bakımdankötü yönde etkileyen, uzun süren ya da kalıcı duruma gelenolumsuz özelliklerin değişiminden sonra yaşanan problem ise uyum bozukluğudur[24].

2.3.1.Hastalığa Psikososyal Uyum Alanları

Hastalık bireyde meydana gelen patofizyolojojik süreçler içerir, hasta için ruhsal, biyolojik, ailesel, sosyal, psikososyal, çevresel, psikoseksüel çok yönlü bir olgudur. Bu yönlerin her biri hastalığın etkisi altında kalmaktadır.Fizyolojik aktivitelerdeki bozukluklar, rol değişimleri sıkıntılara alışmayı ve yeni çevrelere uyum sağlamayı gerektirir. Kronik hastalıklar, hasta ve ailesinin yaşantısında büyük değişikliklerin yapılmasına sebep olmaktadır. Hastalık, hastada maddi ve manevi açıdan çeşitli yitileresebep olur. Hasta; hastalık sebebiyle meslek yaşantısında, sosyal ilişkilerinde, cinsel aktivitelerinde, günlük hayatında, amaçlarındaçok yönlü değişim yapmak zorunda kalabilir.Kronik hastalık sebebiyle meydana gelen kayıplar sonucunda mesleki çevre de olumsuz etkilenmektedir[139].

2.3.2. Hastalığa Psikososyal Uyumu Etkileyen Faktörler

Hasta; hastalığını tehdit edici, zarar, kayıp veya meydan okuma şeklinde algılayabilir. Psikososyal uyumu hastalığın algılanma şekli etkileyen faktörler arasındadır. Hastalığın tehdit, zarar veya kayıp şeklinde algılanması, kötü psikososyal uyumla ilgilidir ve hastalığın mücadele gerektirenbir olgu olarak algılamanın hastalığa psikososyal uyum üzerinde olumlu yönde etkisi olduğu bulunmuştur[26,3]. Bireyin karakter özelliği, başvurduğu savunma teknikleri, stresle başetme yöntemi ve şekli, mevcut psikiyatrik hikayesi ve psikososyal uyum kabiliyeti, daha önce yaşanılan hastalıkla ilgili tecrübe ve tutumlar hastalığa psikososyal uyuma etki etmektedir[140,139].

Fiziksel hastalığa verilen tepkilerin ortaya çıkmasında hastalığın nitelikleri, etkilenen organlar, süresi, tedavi şekli ve hastanın hastalığı hakkındaki bilgisi önemlidir. Ayrıca, hastanın başvurduğu baş etme teknikleri gösterdiği duygusal tepkiyi etkiler. Psikososyal uyumu, hastalık ve tedaviyle ilgili faktörlerin tamamı etkilemektedir. Aynızamanda hastalığa psikososyal uyum da, hastalığın gidişini olumlu ya da olumsuz şekilde etkilemektedir[141,142]. Hastanın yaşı, mesleği, eğitimi, cinsiyeti, medeni durumu, aile yapısı, gelir düzeyi, fiziksel çevresi, tedavi şekli, hastalığın süresi, hastalığın fiziksel görünüşte değişim yaratması, sosyal hizmet imkanları, ekonomik düzey, arkadaş, akraba, aile gibi sosyal destek sağlayıcılar, stres düzeyi kronik hastalığa uyum sürecinde etkilidir[116,143,144,145]. Eğitim düzeyinin düşük olması, yalnız yaşamak kötü psikososyal uyuma yol açmaktadır[146]. Ayrıca maddi sıkıntılar da tedaviye uyumu kötü yönde etkilemektedir. Tedaviye inancın olmaması da uyumda önemli bir engel teşkil etmektedir[141].

Ümitsizlik hastalığa uyumu kötü yönde etkilemektedir. Hastaların başa çıkma güçleri, umutları azaldıkça uyumları da orantılı olarak azalmaktadır[3]. Eğitim seviyesi düştükçe umut düzeyinin azaldığı, emekli, gelir durumu düşük, okuma yazma bilmeyen, bir meslekte çalışmayan ve tedavisine uyum göstermeyenkişilerde umut düzeyinin daha da düşük olduğu tespit edilmiştir[147].

Uyum ölçütlerinden biri olan ilaç tedavisi uyumu, sağlık merkezinden randevu almakta zorluk çekme, hastaneye ulaşımda zorlanma, raporlu ilaçlarda ilacın yeniden reçete ettirilebileceği zamanı takip edememe gibi etmenlerden olumsuz etkilenmektedir[148]. Hastalıkla baş etme yöntemi hastalığa uyumda oldukça etkilidir[149].Çözüm odaklı yaklaşma; uyumu olumlu etkilerken hastalıktan kaçmadavranışında bulunmak kötü uyum sebebidir[3,150]. Yüzleşmeci, iyimser, özgüvenli ve destekleyici başa çıkma tekniklerinin kullanılması sosyal çevreye ve iş hayatına psikososyal uyumu iyi yönde etkilemektedir[151]. Psikososyal uyumda spiritüel faaliyetlerde bulunmak hastalarda, genel iyilik durumunu, psikososyal uyumu olumlu yönde etkilemektedir[152]. Duygusal uyumda kullanılan tekniklerse rahatlatıcı düşünceler, palyatif başa çıkma ve negatif duyguların dışavurumudur[127].

Hastalığa uyumu etkileyen başka bir faktör hastanın psikososyal özellikleridir. Anksiyete ve depresyon gibi psikososyal faktörler fiziksel hastalığın beraberinde sık görülen durumlardır. Yapılan çalışmalarda, depresyonun psikososyal uyumda

belirleyicioldu̇ğu ve hastalığa psikososyal uyumu kötü yönde etkilediği bulunmuştur[3].

Uyku problemleri ve yorgunlukiş kapasitesini ve motivasyonunu olumsuz etkileyerek bireylerin kendilerini iyi hissetme durumlarınıetkilemektedir[153,154].Fibromiyaljili hastalarda görülen yorgunluk;iş kayıplarına, fiziksel fonksiyon bozulmasına diğer fonksiyonlarda negatifetkilenmeye yol açmaktadır[155]. Fibromiyaljide kişinin fiziksel aktivitelerinin etkilendiği kadar kişilerarası, sosyal ve emosyonel ilişkileri de kötü yönde etkilenir[156,157,158].Fibromiyalji hastalarının aldıkları tedaviye karşın bir düzelme görülmeyen kronik ağrı, kas güçsüzlüğü, yorgunluk, sinirlilik, uyku sorunları ve etrafı tarafından anlaşılamama nedeniylegenelde üzgün oldukları belirtilmiştir[159,160]. Yapılan bir çalışmada FMS'li bireylerin, sağlık personellerinden daha çok destek görmek istedikleri ve gerekli araştırmaların yapılarak etkili tedavi yollarının bulunmasını istedikleri belirlenmiştir[161]. Ayrıca fibromiyalji hastalığında görülen kronik ağrı ve depresyon;evlilik hayatı ve cinsel hayatla ilgili sıkıntıların yaşanmasına sebep olmaktadır[162,163,164].

2.4. Kronik Hastalığa Psikososyal Uyumda Hemşirelik Yaklaşımları

Fibromiyaljide görülen belirtiler, hastalığın sebebinin net olarak bilinmemesi ve etkili bir tedavi yönteminin bulunmaması gibi nedenlerden dolayı hastaların yaşam kalitesinin olumsuz açıdan etkilediği tespit edilmiştir[161].

Hemşire, fibromiyaljinin tedavisinden sorumlu ekip üyelerindendir. Hemşire eğitim ve danışmanlık rollerini etkin bir şekilde kullanarak fibromiyalji tedavisinde önemli bir görev almaktadır.Fibromiyalji hastalarının bakım ve tadavisinde hemşirenin önemli görev ve sorumlulukları bulunmaktadır**.** Hemşirenin ağrı çeken ve uyku problemiyaşayan hastalarda farmakolojik olmayanyöntemlerle ağrının en aza indirgenmesi, uyku kalitesinin yükseltilmesi noktasında önemli görevleribulunmaktadır. Hemşire uykuya ve ağrıya etki eden etmenlerinortaya konmasını, gereken önlemlerin alınmasını sağlayarak uyku kalitesinin yükseltilmesine ve ağrının kontrol altına alınmasınayardımda bulunabilir. Hemşirenin en önemli rolü hastanın ilaçlarını düzenli kullanılmasını sağlama, ilaçların etki ve yan etkileri ile ilaç etkileşimleri hakkında hastaya bilgi vermesidir. Ayrıca hemşire, farmakolojik olmayan tedavi teknikleriyle ilgili bilgi vererek hastaya yardımcı olabilir ve hastayla konuşarak rahatlatıcı yöntemleri nasıl kullanabileceği hususunda bilgilendirilebilir. Bu yöntemler ağrıyı rahatlatan durumlar, gevşeme teknikleri, sıcak ve soğuk uygulamalardır. Hemşire soğuk ve sıcak

uygulama yapmak için hastanın jel paketlerini almasını sağlayabilir. Hastanın destek sistemlerini aktive ederek ağrıyla baş etmede gereken desteğin sağlanmasına katkısı olabilir[165].

Bütün kronik hastalıklarda olduğu gibi fibromiyalji tedavisinde de hastanın eğitimi büyük öneme sahiptir. Hastalığı ile ilgili hastaya bilgi verilmeli, nasıl bir hastalık olduğu ve hastalığın gidişatıanlatılmalı ve hastanın güveni kazanılmalıdır. Hastalara ağrılarının fazla olmasının herhangi bir doku, organkaybı veya hasarına yol açmayacağı, hayatı tehdit edici bir durum olmadığı, deformiteye ve sakatlığa neden olmayacağı anlatılmalıdır[166].

Hemşirenin değişen uyku düzeniyle baş etmede hastaya yardım konusunda önemli rolübulunmaktadır.Hemşirelik yönetiminde ilk adım, uyku düzenini etkileyenetmenleri, uyku problemleri sebebiyle kullanılan ilaçları ve uygulamaları kapsayan detaylı hasta hikayesi almaktır[165]. Yeni ilaç verilecekseya da doz değişikliği yapılacaksa bunun hafta sonunda yapılması önerilir.İlaçlar genel olarak akşam saatlerinde kullanılmalıdır.Antidepresanların ve kas gevşetici ilaçlarınistenmeyen etkilerinin en aza indirgenmesi içindüşük dozlarda alınması gereklidir.Doktor bilgisi haricinde ilaç kesilmemeli ya dayeni bir ilaca başlanmamalıdır.İlaçlar alkolle ya da etkileşime girebilecekfarklı bir ilaçla beraber kullanılmamalıdır.İdrar söktürücü ilaçlar kullanılıyor ise gündüz alınmalıdır[76].

Diğer aşamauykuyu artıracak, rahatlatıcı, eğitici ve öğretici planlamayı kapsamaktadır.Uyku öncesi vücudu ve zihni gevşetecek ve uyku düzeninisağlayacak uygulamaları içerir[165].Bu uygulamalar şunlardır; erken saatte akşam yemeği yenmelidir ve hafif yiyecekler tercih edilmelidir.Uyku öncesi bir fincan ılık süt ya da bitki çayı içilebilir.Kafein içeren içeceklerden sakınılmalıdır.Gevşeme aktiviteleri yapılabilir fakat aerobic ve ağır egzersizden kaçınılmalıdır.Gevşemeyeyardımcı olan ve uykuya yardım edecek ılık duş alınabilir.Uykukıyafetleri rahat olmalıdır.Yatak odasının televizyon izleme, çalışma gibi aktiviteler için kullanmamasına dikkat edilmelidir.Sakinleştirici ve gevşetici duygular barındıran kitap ya dadergiler okunabilir.Zihni yoran etkinliklerden kaçınılmadır.Düzenli uyuma ve uyanma vakti belirlenmelidir ve mümkün olduğunca uyulmalıdır.Mental rahatlama için uyumaya yardımcı olması açısından belli bir obje izlenebilir.Vücuda destek sağlayacak yastıklar kullanılmalıdır.Uyku öncesi zihin

meşguliyetini önlemek için, yatağın kenarında bir not defteri bulundurarak akıldaki fikirler yazılabilir böylece fikirler zihinden uzaklaştırılmış olur[76].

Yorgunluk, fibromiyaljili hastaların %70-90'ında görülmektedir. FMS'de yorgunluk hissi süreklilik gösterir. Sabahları uyanıldığında yorgunlukaşırı olup kalktıktan sonra hareketle bir miktar azalabilir. Hastalık ilerledikçe, yorgunluk sabah kalktıktan sonra saatlerce sürebilir. Yorgunluk, gün içindeharcanan efor miktarına, duygu durumuna, uyku problemlerine, hava değişimlerine bağlı olarak artabilir ya da azalabilir[12]. Hemşire ilk olarak hastanın yorgunluk düzeyini değerlendirmelidir. Yorgunluğu artırıcı ve azaltıcıfaktörler belirlenerek hastayla birlikte aktivite programı hazırlanmalıdır. Program enerjiyi etkili kullanmayı sağlayarak hastanın günlük aktivitelerini yapmasına yarar sağlayacaktır[76].

Fibromiyalji yaşayan hastaların çoğunda konsantrasyon problemleri ve kısa dönem hafıza problemleritespit edilmiştir.Nedeni uyku sorunları ile nörokimyasal bozukluklardır.FMS'de depresyon ve anksiyete, ağrı, yorgunluk bu sorunların artmasına neden olmaktadır.FMS hastalarının geneli problem çözmede, hatırlamada, isimleri anımsamada, düşünme sürecinde, dikkati toplamada, organizasyon ve planlama yapmadazorluk yaşamaktadır.Hemşire FMS ile ilgili bilişsel sorunlarda etkili yöntemler geliştirerek hastaya yardımcı olmada önemli görevlere sahiptir[165].Zihinsel enerjiyi korumalı bunun için hafızaya yük olmayacak hareketler tercih edilmelidir.Aşırı güç ve stres içermeyen günlük plan yapılmalıdır.Düzenli ve sistematik olunmalı (örn. araba anahtarı hep aynı yerde durmalı, araba mümkünseaynı yere park edilmelidir).Sürekli yapılan etkinlikler için liste yapılmalıdır (örn.Alışveriş için liste yapmak gibi).Not tutma alışkanlığı edinilmelidir. Not tutmak için masada, telefonun yanında, arabada kağıt-kalem olmalıdır. Planlı etkinliklerde zaman, tarih ve yer unutulmaması için kaydedilmelidir.Bu kayıtlar göz önünde bir yere asılmalıdır.İlaç vaktini hatırlatmak için alarm kullanılabilir.Evde bir hatırlatma dosyası oluşturarakiçinedavetiyeler, doğum günü kartları ve faturalar koyulabilir[76].

FMS'de sık görülen problemlerden biri de depresyondur.Depresyon ağrı, yorgunluk, uyku sorunlarıgibi birçok nedenleri olan bir sorundur.Depresyonun diğer sebepleri içindebireyin fonksiyon ve yetenek yitimi, bulgularda, hastalıkta belirsizliklerin bulunması ve yaşam tarzındakideğişimler bulunmaktadır[156].Hemşire hastaya depresyondan korunmak için gereken baş etme yeteneklerini geliştirmede hastaya

yardımcı olabilir.Hemşire depresyon belirtilerini azaltmak için destek sistemlerini, toplumsal kaynakları ve baş etme yöntemleriniaçıklamadaöneri ve danışmanlık görevlerini kullanarak hastaya yol gösterebilir.Hemşirenin en önemli görevlerinden biri de hastanın bulgularını kendisinin yönetmesine imkan sağlamaktır.Hastanın ağır aktivitelerden kaçınması ve dinlenme dönemlerini planlaması gerekmektedir[165].

FMS hastanın hayatını önemli düzeyde değiştiren bir hastalık durumudur.Ağrı, uyku problemleri, bilişsel sorunlar, depresyon, yorgunluk ve diğer bulgularınbirlikte olduğu fibromiyaljinin net bir tedavisi bulunmamaktadır.Bulguların kontrolü ve fonksiyonların normal şekilde devamı için hastanın tedaviye uyum göstermesi, günlük yaşamın idame ettirilebilmesi için baş etme yöntemlerini öğrenmesi gerekmektedir.Hemşire bu sorunların üstesinden gelmede hastaya destek sağlayabilir[76].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Şekli

Bu çalışma fibromiyalji tanılı hastaların psikososyal uyumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Alt Problemleri

1. Fibromiyalji tanılı hastaların hastalığa Psikososyal Uyum-Özbildirim Ölçeği puan ortalaması sosyo-demografik özelliklerine (yaş, medeni durum, eğitim durumu, sosyo-ekonomik durum, çalışma durumu) göre farklılaşmakta mıdır?
2. Fibromiyalji tanılı hastaların Hastalığa Psikososyal Uyum-Özbildirim Ölçeği puan ortalaması hastalığa ilişkin özelliklere (hastalık süresi, ağrı sebebiyle kullanılan ilaç varlığı, hastalık öncesi yaşanan stres etmeni, psikiyatri bölümüne başvuru ve kullanılan psikiyatrik ilaç öyküsü, bireyin hastalığı ve prognozu anlamlandırması, genel durumundan memnuniyeti) göre farklılaşmakta mıdır?
3. Fibromiyalji tanılı hastaların anksiyete ve depresyon belirtilerine göre Psikososyal Uyum-Özbildirim Ölçeği puan ortalamaları farklılaşmakta mıdır?
4. Fibromiyalji tanılı hastalarının Psikososyal Uyum-Özbildirim Ölçeği puanları ile Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) puanları genel durumundan memnuniyet arasında ilişki var mıdır?

3.3.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma TC. Sağlık Bakanlığı Düzce Atatürk Devlet Hastanesi ve Düzce Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon kliniklerinde ve polikliniğinde yapılmıştır. Her iki hastanedeki toplam fizik tedavi ve rehabilitasyon için ayrılan yatak kapasitesi 42'dir. Fibromiyalji tanısı ile takip edilen hastalar polikliniklerde randevu alarak muayene edilmekte ve gerekli olduğu durumlarda hastalar yatarak ya da ayaktan fizik tedaviye yönlendirilmektedir.

3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreniTC. Sağlık Bakanlığı Düzce Atatürk Devlet Hastanesi ve Düzce Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi fizik tedavi servisinde 1 yıl boyunca yatış yapılarak tedavi alan ya da aynı hastanelerin polikliniklerinde bir yıl

boyunca ayaktan takip edilen hastalar oluşturmuştur. Aynı hastalar birden fazla başvuru yaptığından evren sayısı belirlenememiştir. Örneklem büyüklüğü belirlenirken aşağıda evreni bilinmeyen örneklem belirleme formülü kullanılmıştır.

$$\underline{n= t^2 .p.q}$$
$$d^2$$

Bu formül hesaplanırken aşağıdaki değerler kullanılmıştır.

n= Örnekleme alınacak birey sayısı

p=0.02 (Fibromiyalji hastalığının toplumda görülme sıklığı)

q= 0.98 (1-p) (fibromiyalji hastalığının toplumda görülmeme sıklığı)

t= 1.96 (%5 anlamlılık düzeyinde)

d= 0.05 (p değeri için öngörülen yanılma payı)

Formülde değerler yerine konulduğunda, **n: 76** birey sonucu çıkmaktadır.

3.5.Araştırmanın Sınırlılıkları

1) Psikososyal uyumun derecesi, Psikososyal Uyum-Özbildirim Ölçeğindeki maddelerle sınırlıdır.

2) Anksiyete ve depresyon belirtileri Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği maddeleri ile sınırlıdır.

3) Sadece TC. Sağlık Bakanlığı Düzce Atatürk Devlet Hastanesi ve Düzce Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezine başvuran fibromiyalji hastalar çalışmaya alınmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

3.6.1. Hasta Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan hasta bilgi formu; hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, medeni durum, sosyo-ekonomik durum, eğitim durumu, çalışma durumu, alışkanlıklar) ve hastalığa psikososyal uyumu etkileyebilecek hastalığın özelliklerinden (hastalık süresi, ağrı sebebiyle kullanılan ilaç varlığı, hastalık öncesi yaşanan stres etmeni, psikiyatri bölümüne başvuru ve kullanılan psikiyatrik ilaç öyküsü, bireyin hastalığı ve prognozu anlamlandırması, genel durumundan memnuniyeti) oluşan bağımsız değişkenleri içeren 14açık ve kapalı uçlu sorudan oluşan anket formudur.

3.6.2.Hastalığa Psikososyal Uyum-Özbildirim Ölçeği (Psychososcial Adjustment to Illness Scale-Self-Report- PAIS-SR)

Derogatis ve Lopez tarafından 1983 yılında geliştirilen ve hastalığa psikososyal uyumu ölçen bir ölçektir. Bireylerin diğer bireylerle ve sosyokültürel çevreyi oluşturan kurumlarla karşılıklı etkileşimini ölçen ölçek 46 maddeden oluşmaktadır. Bu sorular hastalığa psikososyal uyumun 7 alanına ayrılmıştır. Bu yedi alan ölçeğin alt gruplarını oluşturur. Bu alt gruplar "sağlık bakımına oryantasyon", "mesleki çevre", "aile çevresi", "seksüel ilişkiler", "geniş aile ilişkileri", "sosyal çevre" ve "psikolojik baskı"dır. Her bir soru için uyumun değişen seviyelerini belirleyen dört tanımlayıcı ifade kullanılmıştır. Araştırmaya katılan kişi kendi kişisel deneyimini en iyi, en yakın şekilde tanımlayan yanıtı seçebilmektedir. Her bir madde 0'dan 3'e kadar değişen bir skala üzerinde puanlanır. Hastalıktan bu yana büyük oranda olumsuz değişiklikler 3 puanla, değişiklik olmaması ya da olumlu değişiklikler 0 puanla değerlendirilir. PAIS-SR ölçeğinde düşük puanlar hastalığa "iyi psikososyal uyumu'', yüksek puanlar hastalığa "kötü psikososyal uyumu" göstermektedir. PAIS-SR ile yapılan çalışmalarda 35'in altındaki puanlar iyi psikososyal uyum, 35-51 arasındaki puanlar orta derecede iyi psikososyal uyum, 51'in üstündeki puanlar kötü uyum şeklinde değerlendirilmektedir. Bu ölçeğin ülkemize Adaylar (1995) tarafından akut ve kronik hastalığı olan hastalarda kullanılarak Türkçeye uyarlanmıştır[26,3]. Bu araştırma için yapılan Cronbach α güvenirlik analizi sonucunda ölçeğin genel güvenirlik katsayısı 0.92 olarak hesaplanmıştır. Alt boyutlardan sağlık bakımına oryantasyon için 0.81; mesleki çevre için 0.56; aile çevresi için 0.77; seksüel ilişkiler için 0.79; geniş aile ilişkileri için 0.74; sosyal çevre için 0.81; psikolojik baskı 0.69 olarak bulunmuştur. Bu değerlere göre ölçeğin oldukça yüksek güvenirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

3.6.3.Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD)

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Zigmond ve Snaith tarafından 1982 yılında geliştirilmiştir. Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalara uygulanan ölçek, anksiyete ve depresyon yönünden riski belirler, düzeyini ve şiddetinin değişimini ölçer. Toplam 14 soru içermekte olup, bunların 7'si (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer 7'si (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir; 1,3,5,6,8,10,11 ve 13.maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. 2,4,7,9,12 ve 14. maddeler ise 0,1,2,3 biçiminde puanlanır ve artan şiddeti

gösterirler. Türkiye'de yapılan çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde puan alanlar risk altında olarak değerlendirilir. Ölçeğin Türkçeye çevrilmesi ve uyarlaması Aydemir ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır. Güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı anksiyete alt ölçeği için 0.85, depresyon alt ölçeği için 0.77 olarak bulunmuştur ve madde toplam puan korelasyon katsayıları anksiyete alt ölçeğinde 0.81-0.85 arasında, depresyon alt ölçeğinde ise 0.73-0.77 arasında değişmektedir. Yarıya bölme güvenirliğinde anksiyete alt ölçeği için r=0.85,depresyon alt ölçeği için r=0.8 bulunmuştur[167]. Bu araştırma için yapılan Cronbach α güvenirlik analizi sonucunda ölçeğin genel güvenirlik katsayısı 0.75 olarak hesaplanmıştır. Alt boyutlardan anksiyete için 0.60; depresyon alt boyutu için 0.61 olarak hesaplanmıştır. Bu değerlere göre ölçeğin güvenilir olduğunu söylenebilir.

3.7.Ön Uygulama

Veri toplama araçlarının ön uygulaması 23.05.2018- 30.05.2018 tarihlerinde Düzce Atatürk Devlet Hastanesi polikliniğine başvuran 10 fibromiyalji tanılı hastaya yapılmıştır. Eklenen soru olmaması nedeniyle ön uygulamaya alınan hastaların verileri araştırmaya dahil edilmiştir.

3.8.Verilerin Toplanması

Araştırmaya katılan hastalardan sözlü ve yazılı onam alındıktan sonra poliklinikte ve serviste sessiz ve rahat bir ortamda, yüz yüze görüşme yöntemiyle 23.05.2018-15.04.2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Anket formunun doldurulması ortalama 30 dakika sürmüştür.

3.9.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 21.0 paket programında değerlendirilmiştir.Araştırmanın bulguları elde edilmeden ve hangi tür (parametrik ya da non-parametrik) testlerin yapılacağına karar vermeden önce araştırmanın bağımlı değişkeninin (psikososyal uyum) normal dağılım gösterip göstermediğine bakılmıştır. Normallik varsayımlarında n>50 ise KolomogorovSmirnov testinin p>0,05 olması halinde dağılımın normal olduğu varsayılır ve parametrik testler uygulanır. Aynı şekilde basıklık ve çarpıklık (skewness ve kurtosis) değerlerinin kendi hata katsayılarına bölümlerinden elde edilen değerin

±1,96 aralığınıniçinde olması halinde de parametrik testlerden devam edilir. Buna göre bağımlı değişkene ilişkin normallik dağılım göstergeleri aşağıda sunulmuştur (Tablo 3.9).

Tablo 3.1Araştırmanın Bağımlı Değişkenlerine İlişkin Normallik Testi Sonuçları

	Kolmogorov-Smirnov[a]				
	Statistic	df	p	Skewnes-Std.Error	Kurtosis-Std.Error
PAIS-SR	,103	70	,000	0,279 -0,583	0,287 0,566

Tablo 3.1'e bakıldığında bağımlı değişkenin Kolmogrov-Smirnov testi p değerinin 0,05'ten küçük olduğu görülmektedir. Ayrıca çarpıklık ve basıklık katsayılarının standart hata katsayısına bölümünden elde edilen değerlerin ±1,96 aralığında olmadığı görülmektedir. Verilerin normal dağılıma uygun olmadığı Kolmogorov Smirnov testiyle ortaya kondukran sonra, verilerin analizinde betimsel analizler (yüzdelik, ortalama, standart sapma)ve parametrik olmayan testelerden Mann Whitney U testi , Kruskall Wallis testi ile Spearman Brown korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

3.10.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılması yapılabilmesi için öncelikle Düzce Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2018/10 karar nolu etik kurul izin belgesi alınmıştır (EK-4).Kurumlardan uygulama ile ilgili yazılı izin belgeleri alındıktan sonra araştırmaya başlanmıştır.Fibromiyalji hastalarına araştırma hakkında bilgi verilerek araştırma hakkında aydınlatılmış (bilgilendirilmiş) onamları alınmıştır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırma sonunda elde edilen bilgiler araştırma raporu dışında her hangi bir yerde kullanılmayacaktır (Dürüstlük). Katılımcılara araştırmadan istedikleri zaman ayrılabilecekleri, bu nedenle kendilerinin zorlanamayacağı söylenmiştir (Otonomi, bireye saygı). Araştırma raporunda kişisel bilgiler ve sır olarak verilen özel bilgiler araştırmaya katılanların izni olmadıkça açıklanmayacaktır (Gizlilik, dürüstlük). Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen diğer hasta ve hasta yakınlarına da hizmetler sunulmuştur (Eşitlik).

4. BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılan Fibromiyalji Tanılı Hastaların Sosyo Demografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri

Bu bölümde fibromiyalji hastalarının sosyo demografik özellikleri ve hastalığa ilişkin özellikleri hakkında araştırma bulguları sunulmuştur.

Tablo 4.1.1. Fibromiyalji Tanılı Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=70)

ÖZELLİKLER		**n**	**%**
Yaş $\overline{X}$:47.51±11.49 (min:25; max:75)			
Yaş Grubu	25-40 yaş	25	35.7
	41-54 yaş	24	34.3
	55 ve üstü yaş	21	30.0
Öğrenim düzeyi	İlköğretim	32	45.7
	Lise ve üstü	38	54.3
Medeni durum	Evli	59	84.3
	Bekâr, Dul, Boşanmış	11	15.7
Çalışma Durumu	Çalışan	35	50.0
	Çalışmayan	35	50.0
Mesleği	Çalışmıyor	35	50.0
	Memur	17	24.2
	İşçi	9	12.9
	Serbest meslek	9	12.9
Algılanan sosyoekonomik düzey	Düşük	6	8.6
	Orta	51	72.9
	Yüksek	13	18.6
Genel memnuniyet düzeyi	Düşük	24	34.3
	Orta	38	54.3
	Yüksek	8	11.4
Toplam		70	100.0

Araştırmaya katılan fibromiyalji tanılı hastaların sosyo-demografik özellikler Tablo 4.1.1'de verilmiştir. Hastaların %35.7'si (n=25) 25-40 yaş grubunda olduğu, %54.3'ünün (n=38) ise lise ve üstü eğitim kademelerinden mezun olduğu görülmektedir. Hastaların%84.3'ü (n=59) evli, hepsi kadın olan hastaların yarısı ev hanımı olup, memur olanların oranı %24.2'dir. Hastaların çoğunluğu (%72.9) sosyoekonomik durumunu düşük olarak değerlendirmiştir. Genel durumlarından memnuniyetleri sorulduğunda hastaların %54.3'ü kendi durumunu orta düzeyde değerlendirmiştir.

Tablo4.1.2: Fibromiyalji Tanılı Hastaların Hastalığa İlişkin Özellikleri (n=70)

ÖZELLİKLER		n	%
Madde kullanımı	Kullanan	24	34.3
	Kullanmayan	46	65.7
Ağrı kesici kullanımı	Kullanan	55	78.6
	Kullanmayan	15	21.4
Negatif Yaşam Olayı	Yaşamayan	11	15.7
	Son bir ayda yaşayan	20	28.6
	Son bir yılda yaşayan	39	55.7
Psikiyatrik Öykü	Olan	33	47.1
	Olmayan	37	52.9
Psikiyatrik İlaç	Kullanan	25	35.7
	Kullanmayan	45	64.3
Hastalığı tanımlama şekli	Bir süre sonra geçip gidecek	12	17.1
	Devam eden	22	31.4
	Ara ara gelen	36	51.4
Hastalığın süresi	10 yıl ve altı	37	52.9
	10 yıldan fazla	33	47.1

Tablo 4.1.2'de fibromiyalji tanılıhastaların hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Madde kullanan hastaların %65.7'si (n=46) bağımlılık yapan madde, %78.6'sı (n=55) ağrı kesici kullanmaktadır. Fibromiyalji tanılı hastalarınnegatif yaşam olayı yaşama durumları incelendiğinde %55.7'sinin (n=39) son bir yıl içerisinde

yaşadıkları görülmektedir. Hastaların %47.1'i psikiyatrik bir öyküye sahipken, hastalarının %35.7'si psikiyatrik ilaç kullanmaktadır. Hastalığı tanımlama biçimlerine göre ise fibromiyalji tanılıhastaların %51.4'ü (n=36)hastalığı ara ara gelen bir durum olarak düşündükleri anlaşılmaktadır vehastaların %52.9'u hastalığı 10 yıldan az bir sürede yaşamaktadır.

Tablo 4.1.3: Fibromiyalji Tanılı Hastaların Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Alt Boyutları Puanları (n=70)

PSİKOSOSYAL ÖZELLİKLER	**Sayı**	**%**
Hastane Anksiyete Puanı		
Anksiyete ↓ (0-10)	16	22.9
Anksiyete ↑(11-21)	54	77.1
Hastane Depresyon Puanı		
Depresyon ↓(0-7)	31	44.3
Depresyon ↑ (8-21)	39	55.7
Anksiyete $\overline{X}$±SS:9.05±2.89 (min:3-max:17)		
Depresyon $\overline{X}$±SS:7.24± 3.23 (min:3-max:17)		

Tablo 4.1.3'te fibromiyaljihastalarının Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği puanları incelenmiş ve anksiyete puan ortalaması 9.05±2.89 (min:3-max:17), depresyon puan ortalaması 7.24±3.23 (min:3-max:17) olarak saptanmıştır. Ayrıca hastaların %77.1'inin anksiyete ve % 55.7'sinin depresyon riski yüksek olduğu belirlenmiştir.

4.2. Araştırmaya Katılan Fibromiyalji Tanılı HastalarınHastalığa Psikososyal Uyum Düzeyleri ve Psikososyal Uyumun Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi

Bu bölümde fibromiyalji hastalarının hastalığa psikosoyal uyum düzeyleri ve uyumun bazı değişkenler açısından incelenmesiyle ilgili bulgular sunulmuştur.

Tablo.4.2.1. Fibromiyalji Tanılı Hastaların Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeğinin (PAIS-SR) Alt Boyut Puan Ortalamaları

PAIS-SR Alt Boyutları	Madde Sayısı	(Min-Max)	$\overline{X}$	SS
Sağlık Bakımına Oryantasyon	8	0-24	8.94	4.80
Mesleki Çevre	6	0-18	6.33	2.50
Aile Çevresi	8	0-24	8.34	4.23
Seksüel İlişkiler	6	0-18	7.92	3.98
Geniş Aile İlişkileri	5	0-15	3.81	2.78
Sosyal Çevre	6	0-18	8.49	3.90
Psikolojik Baskı	7	0-21	6.49	3.12
PAIS-SR Toplam	46	0-138	49.41	18.19

Araştırmaya katılan fibromiyalji tanılı hastaların PAIS-SR ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları Tablo 4.2.1' de verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastaların PAIS-SR puan ortalamalarının ($\overline{X}$=49.41±18.9), alt boyutlar incelendiğinde sağlık bakımına oryantasyon alt boyutu ortalamasının ($\overline{X}$=8.94±4.80), mesleki çevre alt boyut ortalamasının ($\overline{X}$=6.33±2.50), aile çevresi alt boyutu ortalamasının ($\overline{X}$=8.34±4.23), seksüel ilişkiler alt boyutu ortalamasının ($\overline{X}$=7.92±3.98), geniş aile ilişkileri alt boyutu ortalamasının ($\overline{X}$=3.81±2.78), sosyal çevre ilişkileri alt boyutu ortalamasının ($\overline{X}$=8.49±3.90), psikolojik baskı alt boyutu ortalamasının ($\overline{X}$=6.49±3.12) olduğu görülmektedir.

Tablo.4.2.2. Fibromiyalji TanılıHastaların PAIS-SR'ye Göre Hastalığa Psikososyal Uyum Düzeylerinin Dağılımı (n=70)

Psikososyal Uyum Düzeyi (PAIS-SR)	**n**	**%**
İyi Uyum (<35 Puan)	16	22.9
Orta Uyum (35-51 Puan)	24	34.3
Kötü Uyum (>51 Puan)	30	42.9
Toplam	70	100.0

Araştırmaya katılan fibromiyalji tanılıhastalarınhastalığa psikososyal uyumları incelendiğinde%42.9'unun (n=30) kötü uyum gösterdiği, %22.9'unun iyi uyum göstersdiği anlaşılmaktadır.

Tablo 4.2.3. Fibromiyalji TanılıHastaların Öğrenim Düzeyine Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=70)

PAIS-SR Alt Boyutları	**İlköğretim (n=32) $\overline{X}$±SS**	**Lise ve üstü (n=38) $\overline{X}$±SS**	**t ve p**
Sağlık Bakımına Oryantasyon	10.69±4.92	7.47±4.22	**2.93; p=0.005**
Mesleki Çevre	6.78±2.59	5.95±2.39	1.39; p=0.167
Aile Çevresi	9.09±4.13	7.71±4.26	1.37; p=0.175
Seksüel İlişkiler	9.37±4.27	6.80±3.39	**2.64; p=0.011**
Geniş Aile İlişkileri	3.75±3.08	3.87±2.55	-0.17; p=0.861
Sosyal Çevre	10.13±4.10	7.11±3.16	**3.47; p=0.001**
Psikolojik Baskı	7.13±3.64	5.95±2.53	1.58; p=0.117
PAIS-SR Toplam	55.47±19.39	44.32±15.62	**2.66; p=0.010**

Tablo 4.2.3'te fibromiyalji tanılı hastaların öğrenim düzeyine göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları ve grup karşılaştırmaları verilmiştir. Tablo incelendiğinde eğitim düzeyi ilköğretim olan hastarın sağlık bakımına oryantasyon alt boyutu puan ortalamalarının($\overline{X}$=10.69±4.92), eğitim düzeyi lise ve üstü olan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olduğu görülmektedir (t= 2.93; p= 0.005). Seksüel ilişkiler alt boyut puan ortalamalarının ($\overline{X}$=9.37±4.27),lise ve üstü olan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olduğu görülmektedir (t= 2.64; p=0.01). Sosyal çevre alt boyut puan ortalamalarınının(10.13±4.10) lise ve üstü olan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olduğu görülmektedir (t= 3.47; p=0.001). Eğitim düzeyi ilköğretim olan hastarın PAIS-SR toplam puan ortalamalarının da($\overline{X}$=55.47±19.39),eğitim düzeyi lise ve üstü olan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olduğu görülmektedir (t= 2.66; p=0.01) .

Tablo 4.2.4. Fibromiyalji TanılıHastaların Medeni Durumuna Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=70)

PAIS-SR Alt Boyutları	**Evli (n=59) $\overline{X}$±SS**	**Bekar-Dul-Boşanmış (n=11) $\overline{X}$±SS**	**t ve p**
Sağlık Bakımına Oryantasyon	8.75±4.78	10.00±5.00	0.79; p=0.431
Mesleki Çevre	6.46±2,56	5.64±2.15	0.99; p=0.322
Aile Çevresi	8.41±4,14	8.00±3.22	0.29; p=0.772
Seksüel İlişkiler	7.93±7,75	3.92±5.43	0.08; p=0.931
Geniş Aile İlişkileri	3.88±2,91	3.45±2.06	0.46; p=0.645
Sosyal Çevre	8.75±3,95	7.09±3.47	1.29; p=0.199
Psikolojik Baskı	6.42±2,86	6.82±4.44	-0.38; p=0.704
PAIS-SR Toplam	50.46±18,52	43.82±15.90	1.13; p=0.270

Tablo 4.2.4'te fibromiyalji hastalarının medeni durumlarına göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları ve grup karşılaştırmalarıverilmiştir. Tablo incelendiğinde evli hastaların PAIS-SRtoplam ve alt boyut puan ortalamalarının($\overline{X}$=50.46±18.52),bekar, dul ya da boşanmış fibromiyalji hastalarının toplam puan ortalamalarından($\overline{X}$=43.82±15.90) istatistiksel olarak yüksek olduğu,ancakgruplar arası farkın anlamlı olmadığı görülmektedir (p>0.05).

Tablo 4.2.5. Fibromiyalji TanılıHastaların Çalışma Durumlarına Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=70)

PAIS-SR Alt Boyutları	Çalışıyor (n=35) $\overline{X}$±SS	Çalışmıyor (n=35) $\overline{X}$±SS	t ve p
Sağlık Bakımına Oryantasyon	7.54±3.92	10.34±5.24	**2.53; p=0.014**
Mesleki Çevre	5.91±2.47	6.74±2.50	1.39; p=0.168
Aile Çevresi	7.31±4.37	9.37±3.87	**2.08; p=0.041**
Seksüel İlişkiler	6.53±3.46	9.22±4.04	**2.79; p=0.007**
Geniş Aile İlişkileri	3.91±2.84	3.71±2.77	0.29; p=0.767
Sosyal Çevre	7.46±3.54	9.51±4.02	**2.27; p=0.026**
Psikolojik Baskı	5.77±3.04	7.20±3.08	1.95; p=0.055
PAIS-SR Toplam	43.51±18.16	55.31±16.44	**2.84; p=0.006**

Tablo 4.2.5'te fibromiyalji hastalarının çalışma durumlarına göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları ve grup karşılaştırmaları verilmiştir. Çalışmayan hastaların sağlık bakımına oryantasyon ($\overline{X}$=10.34±5.24), aile çevresi ($\overline{X}$=9.37±3.87), seksüel ilişkiler ($\overline{X}$=9.22±4.04), sosyal çevre ($\overline{X}$=9.51±4.02) altboyutlarında ve PAIS-SR toplam puanı ($\overline{X}$=55.31±16.44) daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (sırasıyla t=2.53, t=2.08, t=2.79, t=2.27, t=2.84, p=<0.05).

Tablo 4.2.6. Fibromiyalji Tanılı Hastaların Yaş Gruplarına Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=70)

PAIS-SR Alt Boyutları	25-40 yaş (n=25) $\overline{X}$±SS	41-55 yaş (n=24) $\overline{X}$±SS	56 ve üstü yaş (n=21) $\overline{X}$±SS	F ve p
Sağlık Bakımına Oryantasyon	7.48±3.82	8.46±4.46	11.24±5.54	**3.99; p=0.023**
Mesleki Çevre	5.96±2.71	6.21±2.53	6.90±2.21	0.84; p=0.432
Aile Çevresi	7.60±4.73	8.17±3.94	9.43±3.88	1.10; p=0.339
Seksüel İlişkiler	7.04±3.29	5.90±3.50	11.33±3.19	**13.91; p=0.000**
Geniş Aile İlişkileri	4.20±2.85	3.96±2.77	3.19±2.75	0.79; p=0.457
Sosyal Çevre	7.56±3.33	8.54±4.24	9.52±4.04	1.46; p=0.238
Psikolojik Baskı	6.04±3.03	6.21±2.93	7.33±3.41	1.12; p=0.330
PAIS-SR Toplam	45.60±18.48	46.46±17.72	57.33±16.63	3.02; p=0.055

Tablo 4.2.6'te fibromiyalji hastalarının yaş gruplarına göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları ve grup karşılaştırmaları verilmiştir. 56 yaş ve üstü aralığındaki fibromiyalji hastalarının sağlık bakımına oryantasyon ($\overline{X}$=7.48±3.82) ve seksüel ilişkiler alt boyut puan ortalamalarının ($\overline{X}$=11.33±3.19) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve gruplararasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (sırasıyla F= 3.99, F= 13.91 $p<0.05$). Anlamlı farklılık post hoc testlerinden Tukey'e göre 25-40 yaş aralığındaki hastalarla 56+ yaş aralığındaki hastalar arasındadır ve 56+ yaş üstü hastalar lehinedir.

Tablo 4.2.7. Fibromiyalji Tanılı Hastaların Mesleklerine Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=70)

PAIS-SR Alt Boyutları	Çalışmayan (n=35) $\overline{X}$±SS	Memur (n=17) $\overline{X}$±SS	İşçi (n=9) $\overline{X}$±SS	Serbest (n=9) $\overline{X}$±SS	F ve p
Sağlık Bakımına Oryantasyon	10.46±5.20	6.82±3.67	7.78±3.45	8.22±1.60	**2.68; p=0.053**
Mesleki Çevre	6.94±2.38	5.41±2.59	6.00±2.69	6.00±0.78	1.60; p=0.197
Aile Çevresi	9.60±3.72	6.6±4.79	8.00±4.41	6.78±1.29	2.38; p=0.077
Seksüel İlişkiler	9.47±3.89	5.93±2.93	7.13±3.52	6.00±1.70	**4.03; p=0.011**
Geniş Aile İlişkileri	3.77±2.75	3.59±2.71	4.67±2.50	3.56±1.19	0.33; p=0.799
Sosyal Çevre	9.71±4.07	7.35±2.76	6.44±3.57	7.89±1.58	**2.71; p=0.052**
Psikolojik Baskı	7.57±3.33	5.29±2.17	5.00±2.96	6.00±0.78	**3.28; p=0.026**
PAIS-SR Toplam	56.71±16.04	40.47±16.86	44.22±15.01	43.11±22.15	**4.42; p=0.007**

Tablo 4.2.7'de fibromiyalji hastalarının mesleklerine göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları ve grup karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Çalışmayan fibromiyalji hastalarının sağlık bakımına oryantasyon alt boyutu puan ortalamalarının ($\overline{X}$=10.46±5.20), memur olan hastaların ($\overline{X}$=6.82±3.67), işçi olan hastaların ($\overline{X}$=7.78±3.45) ve serbest meslek sahibi olan hastaların alt boyut puan ortalamalarından ($\overline{X}$=8.22±1.60)istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olduğu görülmektedir (F=2.68;

p<0,05). Çalışmayan fibromiyalji hastalarının seksüel ilişkiler alt boyut puan ortalamalarının ($\overline{X}$=9.47±3.89), memur olan hastaların ($\overline{X}$=5.93±2.93), işçi olan hastaların ($\overline{X}$=7.13±3.52) ve serbest meslek sahibi olan hastalarınalt boyut puan ortalamalarından ($\overline{X}$=6.00±1.70)istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olduğu görülmektedir (F=4.03; p=0.011).Çalışmayan fibromiyalji hastalarının sosyal çevre alt boyutu puan ortalamalarının ($\overline{X}$=9.71±4.07), memur olan hastaların ($\overline{X}$=7.35±2.76), işçi olan hastaların ($\overline{X}$=6.44±3.57) ve serbest meslek sahibi olan hastaların alt boyut puan ortalamalarından ($\overline{X}$=7.89±1.58) istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olduğu görülmektedir (F=2.71; p=0.052).Çalışmayan fibromiyalji hastalarının psikolojik baskı alt boyutu puan ortalamalarının ($\overline{X}$=7.57±3.33), memur olan hastaların ($\overline{X}$=5.29±2.17), işçi olan hastaların ($\overline{X}$=5.00±2.96) ve serbest meslek sahibi olan hastaların alt boyut puan ortalamalarından ($\overline{X}$=6.00±0.78) istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olduğu görülmektedir (F=3.28; p=0.026). Çalışmayan fibromiyalji hastalarının PAIS-SR toplam puan ortalamalarının ($\overline{X}$=56.71±16.04), memur olan hastaların ($\overline{X}$=40.47±16.86), işçi olan hastaların ($\overline{X}$=44.22±15.01) ve serbest meslek sahibi olan hastaların alt boyut puan ortalamalarından ($\overline{X}$=43.11±22.15) istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olduğu görülmektedir (F=4.42; p=0.007).Anlamlı farklılık post hoc testlerinden Tukey'e göre çalışmayan hastalar ile memur olan hastalar arasındadır ve çalışmayan hastalar lehinedir.

Tablo 4.2.8.Fibromiyalji Tanılı Hastaların Hastalık Sürelerine Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=70)

PAIS-SR Alt Boyutları	10 yıldan az (n=35) $\overline{X}$±SS	10 yıldan çok (n=27) $\overline{X}$±SS	t ve p
Sağlık Bakımına Oryantasyon	8.49±4.14	9.45±5.47	-0.83; p=0.404
Mesleki Çevre	6.38±2.59	6.27±2.44	0.17; p=0.862
Aile Çevresi	8.27±4.04	8.42±4.49	-0.15; p=0.881
Seksüel İlişkiler	7.20±3.85	8.85±4.01	-1.64; p=0.106
Geniş Aile İlişkileri	4.14±2.58	3.45±3.00	1.02; p=0.312
Sosyal Çevre	8.38±3.81	8.61±4.06	-0.24; p=0.810
Psikolojik Baskı	6.49±3.50	6.48±2.69	0.00; p=0.998
PAIS-SR Toplam	48.95±18.18	49.94±18.47	-0.22; p=0.822

Tablo 4.2.8'de fibromiyalji hastalarının hastalık sürelerine göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları grup karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastalığı 10 yıldan az süredir yaşayan hastaların ($\overline{X}$=48.95±18.18) PAIS-SR toplam ve alt puan ortalamalarının, hastalığı 10 yıldan daha fazla süredir yaşayan fibromiyalji hastalarının toplam puan ortalamalarının ($\overline{X}$=49.94±18.47) arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmektedir (p>0.05).

Tablo 4.2.9. Fibromiyalji Tanılı Hastaların Sosyoekonomik Düzeylerine Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=70)

PAIS-SR Alt Boyutları	Düşük (n=25) $\overline{X}$±SS	Orta (n=24) $\overline{X}$±SS	Yüksek (n=21) $\overline{X}$±SS	F ve p
Sağlık Bakımına Oryantasyon	9.33±4.36	9.49±4.92	6.62±4.09	1.92; p=0.154
Mesleki Çevre	5.17±1.83	6.49±2.61	6.23±2.35	0.75; p=0.474
Aile Çevresi	5.67±2.73	8.73±4.42	8.08±3.75	1.45; p=0.241
Seksüel İlişkiler	8.60±5.68	8.07±4.13	7.15±2.73	0.33; p=0.715
Geniş Aile İlişkileri	3.17±1.94	3.76±4.73	4.31±3.37	0.36; p=0.695
Sosyal Çevre	9.00±5.40	8.47±3.71	8.31±4.23	0.06; p=0.938
Psikolojik Baskı	6.83±4.21	6.47±3.29	6.38±1.85	0.04; p=0.958
PAIS-SR Toplam	46.33±12.45	50.37±19.55	47.08±15.23	0.25; p=0.773

Tablo 4.2.9 incelendiğinde fibromiyalji hastalarının hastaların sosyoekonomik durumlarını algılama durumlarına göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut puan ortalamaları ve grup karşılaştırması sonuçları verilmiştir. Sosyoekonomik düzeyini orta olarak algılayan hastaların PAIS-SR toplam puan ortalamalarının ($\overline{X}$=50.37±19.55) sosyoekonomik düzeyini düşük olarak algılayan hastaların toplam puan ortalamalarından ($\overline{X}$=46.33±12.45)ve sosyoekonomik düzeyini yüksek olarak algılayan hastaların toplam puan ortalamalarından ($\overline{X}$=47.08±15.23) yüksek olduğu ancak gruplar arası farkın anlamlı olmadığı görülmektedir (p>0.05).

Tablo 4.2.10.Fibromiyalji Tanılı Hastaların Ağrı Kesici Kullanma Durumlarına Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=70)

PAIS-SR Alt Boyutları	Kullanan (n=55) $\overline{X}$±SS	Kullanmayan (n=15) $\overline{X}$±SS	t ve p
Sağlık Bakımına Oryantasyon	9.05±5,07	8.53±3.75	0.37; p=0.713
Mesleki Çevre	6.75±2,46	4.80±2.07	**2.79; p=0.007**
Aile Çevresi	8.87±4,25	6.40±3.66	**2.05; p=0.044**
Seksüel İlişkiler	8.20±3,88	6.85±4.29	1.09; p=0.278
Geniş Aile İlişkileri	3.85±2,92	3.67±2.32	0.23; p=0.818
Sosyal Çevre	8.25±3,78	9.33±4.35	-0.94; p=0.346
Psikolojik Baskı	6.60±2,86	6.07±4.02	0.58; p=0.562
PAIS-SR Toplam	50.69±18,42	44.73±17.11	1.12; p=0.264

Tablo 4.2.10 incelendiğinde fibromiyalji hastalarının ağrı kesici kullanma durumlarına göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları ve grup karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Ağrı kesici kullanan hastaların mesleki çevre alt boyut puan ortalamalarının ($\overline{X}$=6.75±2.46) ağrı kesici kullanmayan hastaların alt boyut puan ortalamalarından ($\overline{X}$=4.80±2.07) yüksek ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (t= 2.79; p=0.007). Ağrı kesici kullanan hastaların aile çevresi alt boyut puan ortalamalarının ($\overline{X}$=8.87±4,25) ağrı kesici kullanmayan hastaların alt boyut puan ortalamalarından ($\overline{X}$=6.40±3.66) yüksek ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (t= 2.05; p=0.044).

Tablo 4.2.11. Fibromiyalji Tanılı Hastaların Son Yaşanan Negatif Yaşam Olayına Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=70)

PAIS-SR Alt Boyutları	Yok (n=11) $\overline{X}$±SS	Son Bir Ay (n=20) $\overline{X}$±SS	Son Bir Yıl (n=39) $\overline{X}$±SS	F ve p
Sağlık Bakımına Oryantasyon	8.09±4.92	8.95±5.15	9.18±4.69	0.21; p=0.807
Mesleki Çevre	6.36±2.61	6.05±2.96	6.46±2.26	0.17; p=0.840
Aile Çevresi	7.64±4.80	7.80±5.28	8.82±3.45	0.55; p=0.574
Seksüel İlişkiler	8.00±3.45	7.24±5.03	8.23±3.60	0.35; p=0.705
Geniş Aile İlişkileri	2.91±2.38	4.30±3.08	3.82±2.74	0.88; p=0.420
Sosyal Çevre	8.09±2.70	6.75±3.44	9.49±4.14	**3.56; p=0.034**
Psikolojik Baskı	4.36±1.85	6.20±2.37	7.23±3.47	**4.06; p=0.022**
PAIS-SR Toplam	44.73±16.37	46.20±21.03	52.38±19.99	1.20; p=0.307

Tablo 4.2.11'de fibromiyalji hastalarının son yaşadıkları negatif yaşam olayına göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları ve grup karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Son bir yıl içinde negatif yaşam olayı yaşayan fibromiyalji hastalarının sosyal çevre alt boyut puan ortalamalarının ($\overline{X}$=9.49±4.14) daha yüksek ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (F=3.56; p<0.05).Anlamlı farklılık post hoc testlerinden Tukey'e göre son bir ay içinde hastalığı yaşayanlar ile son bir yıl içinde yaşayanlar arasındadır ve son bir yıl içinde yaşayanlar lehinedir. Son bir yıl içinde negatif yaşam olayı yaşayan fibromiyalji hastalarının psikolojik baskı alt boyut puan ortalamalarının ($\overline{X}$=7.23±3.47) daha yüksek ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (F=4.06; p<0.05). Anlamlı farklılık post hoc testlerinden Tukey'e göre son bir yıl içinde hastalığı yaşayanlar ile belirtilen zaman aralığında yaşamayanlar arasındadır ve son bir yıl içinde yaşayanlar lehinedir.

Tablo 4.2.12. Fibromiyalji Tanılı Hastaların Psikiyatrik Öykü Durumlarına Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=70)

PAIS-SR Alt Boyutları	Var (n=33) $\overline{X}$±SS	Yok (n=37) $\overline{X}$±SS	t ve p
Sağlık Bakımına Oryantasyon	11.27±4.50	6.86±4.09	**4.28; p=0.000**
Mesleki Çevre	7.09±2.46	5.65±2.37	**2.49; p=0.015**
Aile Çevresi	9.91±4.11	6.95±3.87	**3.10; p=0.003**
Seksüel İlişkiler	9.18±4.07	6.88±3.64	**2.34; p=0.023**
Geniş Aile İlişkileri	4.06±2.85	3.59±2.75	0.69; p=0.489
Sosyal Çevre	8.48±3.95	8.49±3.91	-0.00; p=0.999
Psikolojik Baskı	7.52±2.84	5.57±3.11	**2.72; p=0.008**
PAIS-SR Toplam	56.12±17.08	44.43±17.24	**3.08; p=0.003**

Tablo 4.2.12'de fibromiyalji hastalarının psikiyatrik öykü durumlarına göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları ve grup karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Psikiyatrik öyküsü olan hastaların sağlık bakımına oryantasyon alt boyut puan ortalamalarının ($\overline{X}$=11.27±4.50), mesleki çevre alt boyut puan ortalamalarının ($\overline{X}$=7.09±2.46), aile çevresi alt boyut puan ortalamalarının ($\overline{X}$=9.91±4.11), seksüel ilişkiler alt boyut puan ortalamalarının ($\overline{X}$=9.18±4.07), psikolojik baskı alt boyut puan ortalamalarının ($\overline{X}$=7.52±2.84) ve PAIS-SR toplam puan ortalamalarının ($\overline{X}$=56.12±17.08) psikiyatrik öyküsü olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek olduğu görülmektedir (sırasıyla t= 4.28, t= 2.49, t= 3.10, t= 2.34, t= 2.72, t= 3.08 ; $p<0.05$).

Tablo 4.2.13. Fibromiyalji TanılıHastaların Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumlarına Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=70)

PAIS-SR Alt Boyutları	Kullanan (n=25) $\overline{X}$±SS	Kullanmayan (n=45) $\overline{X}$±SS	t ve p
Sağlık Bakımına Oryantasyon	11.76±4,69	7.38±4.14	**4.04; p=0.000**
Mesleki Çevre	7.08±2,37	5.91±2.50	1.90; p=0.061
Aile Çevresi	10.08±3,88	7.38±4.14	2.67; p=0.009
Seksüel İlişkiler	9.90±3,30	6.90±3.94	**2.98; p=0.004**
Geniş Aile İlişkileri	4.52±2,96	3.42±2.64	1.59; p=0.115
Sosyal Çevre	9.04±4,14	8.18±3.77	0.88; p=0.380
Psikolojik Baskı	7.68±2,54	5.82±3.24	**2.47; p=0.016**
PAIS-SR Toplam	58.48±17,12	44.38±16.93	**3.32; p=0.001**

Tablo 4.2.13'te fibromiyalji hastalarının psikiyatrik ilaç kullanma durumlarına göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları ve grup karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Psikiyatrik ilaç kullanan hastaların sağlık bakımına oryantasyon alt boyut puan ortalamalarının ($\overline{X}$=11.76±4.69), seksüel ilişkiler alt boyut puan ortalamalarının ($\overline{X}$=9.90±3.30), psikolojik baskı alt boyut puan ortalamalarının ($\overline{X}$=7.68±2.54), PAIS-SR toplam puan ortalamalarının ($\overline{X}$=58.48±17.12) psikiyatrik ilaç kullanmayan hastalara göreistatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek olduğu görülmektedir (sırasıyla t= 4.04, t=2.98, t= 2.47, t=3.32; p<0.05).

Tablo 4.2.14. Fibromiyalji Tanılı Hastaların Hastalığı Tanımlama Durumlarına Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=70)

PAIS-SR Alt Boyutları	Geçip gidecek (n=12) $\overline{X}$±SS	Devam eden (n=22) $\overline{X}$±SS	Ara ara gelen (n=36) $\overline{X}$±SS	F ve p
Sağlık Bakımına Oryantasyon	6.67±3.65	11.18±5.11	8.33±4.51	**4.42; p= 0.016**
Mesleki Çevre	4.75±2.41	7.09±1.97	6.39±2.64	**3.67; p=0.031**
Aile Çevresi	6.83±3.78	9.59±3.56	8.08±4.61	1.83; p=0.168
Seksüel İlişkiler	5.80±2.53	8.40±4.59	8.28±3.82	1.73; p=0.185
Geniş Aile İlişkileri	3.58±1.67	4.32±2.51	3.58±3.22	0.51; p=0.599
Sosyal Çevre	7.33±1.67	9.45±4.65	8.28±3.88	1.26; p=0.290
Psikolojik Baskı	4.83±2.29	7.41±3.03	6.47±3.25	2.77; p=0.069
PAIS-SR Toplam	38.83±12.28	56.68±14.74	48.50±20.06	**4.18; p=0.019**

Tablo 4.2.14'de fibromiyalji hastalarının hastalığı algılama biçimlerine göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları ve grup karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Hastalığı devam eden bir durum olarak algılayan fibromiyalji hastalarının sağlık bakımına oryantasyon alt boyut puan ortalamalarının($\overline{X}$=11.18±5.11), mesleki çevre alt boyut puan ortalamalarının ($\overline{X}$=7.09±1.97), PAIS-SR toplam puan ortalamalarının ($\overline{X}$=56.68±14.74) hastalığı geçip gidecek ve ara ara gelen bir durum olarak gören hastalara göreistatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek olduğu görülmektedir (sırasıyla F=4.42, F=3.67, F=4.18; $p<0.05$). Anlamlı farklılık post hoc testlerinden Tukey'e göre hastalığı devam eden olarak gören hastalarlageçip gidecek bir durum olarak gören hastalar arasındadır ve devam eden bir durum olarak gören hastalar lehinedir.

Tablo 4.2.15. Fibromiyalji Tanılı Hastaların Anksiyete Riskine Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=70)

PAIS-SR Alt Boyutları	Düşük (n=54) $\overline{X}$±SS	Yüksek (n=16) $\overline{X}$±SS	t ve p
Sağlık Bakımına Oryantasyon	8.33±4.56	11.00±5.16	**-1.99; p=0.051**
Mesleki Çevre	5.80±2.31	8.13±2.33	**-3.52; p=0.001**
Aile Çevresi	7.54±3.98	11.06±4.02	**-3.10; p=0.003**
Seksüel İlişkiler	7.96±3.76	7.79±4.80	0.14; p=0.888
Geniş Aile İlişkileri	3.52±2.68	4.81±2.99	-1.65; p=0.103
Sosyal Çevre	8.13±3.77	9.69±4.22	-1.41; p=0.162
Psikolojik Baskı	5.69±2.61	9.19±3.25	**-4.44; p=0.000**
PAIS-SR Toplam	46.07±17.44	60.69±16.51	**-2.97; p=0.004**

Tablo 4.2.15'de fibromiyalji hastalarının anksiyete risklerine göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları ve grup karşılaştırmaları sonuçları verilmiştir. Tablo incelendiğinde anksiyete riski yüksek olan hastaların sağlık bakımına oryantasyon alt boyut puan ortalamalarının ($\overline{X}$=11.00±5.16), mesleki çevre alt boyut puan ortalamalarının ($\overline{X}$=8.13±2.33), aile çevresi alt boyut puan ortalamalarının($\overline{X}$=11.06±4.02), psikolojik baskı alt boyut puan ortalamalarının ($\overline{X}$=9.19±3.25) ve PAIS-SR toplam puan ortalamalarının ($\overline{X}$=60.69±16.51) anksiyete riski düşük olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek olduğu görülmektedir (sırasıyla t= -1.99,t= -3.52, t=-3.10, t= -4.44, t= -2.97; p<0.05).

Tablo 4.2.16. Fibromiyalji Tanılı Hastaların Depresyon Riskine Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=70)

PAIS-SR Alt Boyutları	Düşük (n=39) $\overline{X}$±SS	Yüksek (n=31) $\overline{X}$±SS	t ve p
Sağlık Bakımına Oryantasyon	7.59±4.46	10.65±4.74	**-2.76; p=0.007**
Mesleki Çevre	6.05±2.48	6.68±2.53	-1.03; p=0.303
Aile Çevresi	7.13±4.14	9.87±3.88	**-2.82; p=0.006**
Seksüel İlişkiler	7.06±3.82	8.96±3.98	-1.91; p=0.060
Geniş Aile İlişkileri	3.59±2.77	4.10±2.82	-0.75; p=0.454
Sosyal Çevre	6.95±3.37	10.42±3.70	**-4.09; p=0.000**
Psikolojik Baskı	5.54±2.41	7.68±3.52	**-3.00; p=0.004**
PAIS-SR Toplam	43.00±16.19	57.48±17.57	**-3.58; p=0.001**

Tablo 4.2.16'da fibromiyalji hastalarının depresyon durumlarına göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları ve grup karşılaştırmaları sonuçları verilmiştir. Depresyon riski yüksek olan hastaların sağlık bakımına oryantasyon alt boyutu puan ortalamalarının ($\overline{X}$=10.65±4.74), aile çevresi alt boyut puan ortalamalarının ($\overline{X}$=9.87±3.88), sosyal çevre alt boyut puan ortalamalarının ($\overline{X}$=10.42±3.70), psikolojik baskı alt boyut puan ortalamalarının ($\overline{X}$=7.68±3.52), PAIS-SR toplam puan ortalamalarının ($\overline{X}$=57.48±17.57) depresyon riski düşük olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek olduğu görülmektedir(sırasıyla t=-2.76, t= -2.82, t= -4.09, t= -3.00, t= -3.58; p<0.05).

Tablo 4.2.17. Fibromiyalji Tanılı Hastaların Genel Memnuniyet Durumuna Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=70)

PAIS-SR Alt Boyutları	Memnun değil (n=24) $\overline{X}$±SS	Orta derece (n=38) $\overline{X}$±SS	Memnun (n=8) $\overline{X}$±SS	F ve p
Sağlık Bakımına Oryantasyon	12.08±4.75	7.37±4.18	7.00±3.02	**9.81; p=0.000**
Mesleki Çevre	7.42±2.02	5.87±2.50	5.25±2.96	**3.95; p=0.024**
Aile Çevresi	10.46±4.53	7.82±3.62	8.34±2.44	**7.91; p=0.001**
Seksüel İlişkiler	9.95±3.85	7.36±3.54	4.88±3.72	**6.34; p=0.003**
Geniş Aile İlişkileri	4.38±2.66	3.92±2.89	1.63±1.50	**3.16; p=0.049**
Sosyal Çevre	9.42±3.98	8.47±3.78	5.75±3.28	2.78; p=0.069
Psikolojik Baskı	7.21±2.73	6.53±3.37	4.13±1.80	**3.10; p=0.051**
PAIS-SR Toplam	59.67±16.75	46.37±16.97	33.13±10.30	**9.37; p=0.000**

Tablo 4.2.17'de fibromiyalji hastalarının genel memnuniyet durumlarına göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları ve grup karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Tablo incelendiğinde genel memnuniyeti düşük olan fibromiyalji hastalarının sağlık bakımına oryantasyon alt boyut puanının ($\overline{X}$=12.08±4.75), mesleki çevre alt boyut puanının ($\overline{X}$=7.42±2.02), aile çevresi alt boyut puanının ($\overline{X}$=10.46±4.53), seksüel ilişkiler alt boyut puanının ($\overline{X}$=9.95±3.85), geniş aile ilişkileri alt boyut puanının ($\overline{X}$=4.38±2.66), psikolojik baskı alt boyut puanının ($\overline{X}$=7.21±2.73), PAIS-SR toplam puanının ($\overline{X}$=59.67±16.75) memnuniyet düzeyi düşük ve orta olanlara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. (sırasıyla F=9.81, F=3.95,F=7.91, F=6.34, F=3.16, F=3.10, F=9.37 $p<0.05$). Farkın kaynağını ortaya koymak için yapılan post hoc testlerinden Tukey'e göre sağlık bakımınına oryantasyon alt boyutunda düşük düzeyde memnun olanlar ile orta düzeyde ve yüksek düzeyde memnun olanlar arasında anlamlı fark vardır, anlamlı fark orta ve yüksek düzeyde memnun olan hastalar lehinedir. Mesleki çevre alt boyutunda düşük düzeyde memnun olanlar ile orta düzeyde memnun olanlar anlamlı fark orta düzeyde memnun olan hastalar lehinedir. Aile çevresi alt boyutundadüşük düzeyde memnun olanlar ile orta düzeydeve yüksek düzeyde memnun olanlar arasında anlamlı fark vardır, anlamlı fark orta ve yüksekdüzeyde memnun olan hastalar lehinedir. Seksüel ilişkiler alt

boyutunda düşük düzeyde memnun olanlar ile yüksek düzeyde memnun olanlar arasında anlamlı fark vardır, anlamlı fark yüksek düzeyde memnun olan hastalar lehinedir. Geniş aile ilişkileri alt boyutunda düşük düzeyde memnun olanlar ile orta düzeyde memnun olanlar ve yüksek düzeyde memnun olanlar arasında anlamlı fark vardır, anlamlı fark orta ve yüksek düzeyde memnun olan hastalar lehinedir. Psikolojik baskı alt boyutunda düşük düzeyde memnun olanlar ile orta düzeyde memnun olanlar ve yüksek düzeyde memnun olanlar arasında anlamlı fark vardır, anlamlı fark orta ve yüksek düzeyde memnun olan hastalar lehinedir. PAIS-SR toplam puanında ise düşük düzeyde memnun olanlar ile orta düzeyde memnun olanlar ve yüksek düzeyde memnun olanlar arasında anlamlı fark vardır, anlamlı fark orta ve yüksek düzeyde memnun olan hastalar lehinedir.

Tablo4.2.18. Bazı Değişkenler ile PAİS-SR Toplam Puan İlişkisi

DEĞİŞKENLER	**r**	**p**
Yaş	0.216	p=0.072
Hastalık süresi (Yıl)	0.095	p=0.436
Genel Memnuniyet	-0.580	**p=0.000**
Gelir Durumu	-0.018	p=0.880
HAD-Anksiyete	0.448	**p=0.000**
HAD-Depresyon	0.506	**p=0.000**

Tablo 4.2.18'de araştırmaya katılan fibromiyalji hastalarının PAIS-SR toplam puan ortalaması ile hastanın yaşı, hastalık süresi, genel memnuniyet düzeyi, gelir durumu, HAD-Anksiyete puanı ve HAD depresyon puanı ile olan ilişkisi incelenmiştir. Tabloya göre fibromiyalji hastalarınınPAIS-SR toplam puanları ile genel memnuniyet düzeyleri arasında negatif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Memnuniyet düzeyi arttıkça PAIS-SR puanı düşmektedir (r=-0.580; p=0.000).
FibromiyaljihastalarınınPAIS-SR toplam puanları ile HAD Anksiyete puanları arasında orta düzeyde, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (r=0.448; p=0.000). Başka bir deyimle hastaların anksiyeteleri arttıkça PAIS-SR toplam puanları da yükselmektedir. Benzer şekilde hastaların HAD depresyon puanları ile PAIS-SRtoplam puanları arasında orta düzeyde, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (r=0.506; p=0.000). Farklı bir deyimle hastaların depresyon düzeyleri arttıkça PAIS-SR

toplam puanları da yükselmektedir. Bununla beraber hastaların PAIS-SR toplam puanları ile yaş aralıkları, hastalık süresi ve gelir durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

5.TARTIŞMA

5.1.Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik, Hastalık ve Sağlık Özellikleri

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının 47.51±11.49 (min:25; max:75), çoğunun lise ve üstü eğitim kademesinden mezun (%54.3) ve evli (%84.3)'dir. Hastaların %50'si çalışırken, çoğunluğu memurdur (%24.2). Hastaların çoğunluğu sosyoekonomik düzeyini orta (%72.9) olarak görmektedir. FM hastalığının ağırlıklı olarak 14-84 yaş aralığında, daha sık olarak ise 35-50 yaş aralığında görüldüğü ve kadınlarda, erkeklere göre görülme olasılığının 9-10 kat fazla olduğu bildirilmektedir[160]. Yüksel (2014) yaptığı araştırmada sosyoekonomik düzey düştükçe FM hastalığının prevalansının arttığını, eğitim düzeyi arttıkça FM'nin prevalansının düştüğünü ortaya koymaktadır[161]. Farklı araştırmalarda FM hastalığının en sık olarak kadın, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyi düşük, 40-60 yaş skalasında olan hastalarda görülmesi bakımından örneklem grubu özelliklerinin de bu bulgularla uyumlu olduğu görülmüştür[162,163].

Hastaların büyük bir kısmı ağrı kesici kullanmaktadır (%78.6). %55.7'si hastalığı son bir sene içerisinde yalamakta olup psikiyatrik öyküsü olanların oranı %47.1'dir. Psikiyatrik ilaç kullananların oranı %35.7'dir. Hastaların büyük çoğunluğu (%51.4) hastalığı ara ara gelen bir durum olarak tanımlarken %52.9'u, on yıldan daha az süredir hastalıkla yaşamaktadır. Hastaların çoğunluğunda (%55.7) depresyon görülürken yine çoğunluğunda (%77.1) anksiyeteye rastlanmaktadır. Hastaların çoğunluğunun genel memnuniyet düzeyinin orta (%54.3) olduğu görülmektedir. Bilgici, Akdeniz, Güz ve Ulusoy (2005) fibromiyaljili hastalarda depresyon düzeyinin ve anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu bildirmiştir[164]. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde anksiyete (%77.1) ve depresyon (%55.7) riski yüksek oranda bulunmuştur.

Fibromiyalji hastalarının uzun süren ağrılı yaşantılarının depresyon düzeyinin yükselmesine ve bununla birlikte çaresizlik hissinin artmasına yol açtığı, nitekimMadenci, Herken, Yağız, Keven ve Gürsoy'un (2006) çalışmalarında ise fibromiyalji sendromu hastalarında depresyon düzeyi arttıkça çaresizlik hissinin arttığını ve bu durumun FM ağrılarının kronik ağrılara oranla daha süreğen olmasının yanında günlük hayatta yaşam kalitesini düşürücü etkisinin olduğunu ortaya

koymuştur[165].. Ayrıca fibromiyalji sendromu hastalarında içe döndürülmüş öfkenin arttığı ve öfkelerini daha fazla şekilde içe yansıttıklarıbildirilmiştir[166].

İnanır, Toprak, İnanır ve Kuyucu'nun (2011) araştırmaları da FM hastalarının yüksek düzeyde seyreden depresyon ve anksiyeteleri ile beraber yeme tutumlarında ve uyku düzeninde bozulma söz konusu olduğu belirtilmiştir[168]. Diğer taraftan FM hastalarında görülen depresyon düzeyindeki artışın diğer romatolojik hastalıklardan görülme sıklığı açısından farklı olmadığı da ileri sürülmektedir. Depresyonu yüksek görülen FM hastalarının stresle başa çıkmada yaşadıkları sorunlar günlük yaşam aktivitelerini de olumsuz etkileyebilmektedir[169].

Literatürdeki farklı çalışmalarda FM hastalarında depresyon ve ağrının hastalığın şiddetinin belirtilerini göstermesi bakımından iki önemli gösterge olarak ele alındığı ve uygun olmayan başa çıkma yollarının kullanımı ile yaşadıkları ağrıda artma olabileceği de dile getirilmektedir. Uygun olmayan başa çıkma yollarından olan sigaranın ağrıyı arttırdığı yapılan çalışmalarla desteklenmiştir[170]. Bununla birlikte FM hastalarında sürekli kaygının durumsal kaygıdan daha yüksek düzeyde seyrettiği ileri sürülmektedir. Hastalık esnasında gözlenen bedensel bazı belirtilerin, fiziksel kısıtlılık durumlarının, hastalığın tahmin edilemeyen gidişine karşı ortaya çıkan çaresizlik duygusu ve kronik bir hastalıkla yaşamanın getirdiği diğer bilişsel bazı durumların hastalarda depresyonu ilerlettiği görülmektedir[171]. Yapılan farklı araştırmalar, depresyonun veya psikososyal stres kaynaklarının fibromiyalji sendromunun ortaya çıkması ve devam etmesi ile ilişki içerisinde bulunduğunu göstermektedir[172,173]. Fibromiyaljide en çok tekrarlanan psikiyatrik komorbid tanı olarak depresyon, somatizasyon ve anksiyete bozukluğu sıralanmaktadır[174]. Literatürdeki bazı araştırmalarda fibromiyaljide depresyonun, ağrı ve hastalık şiddetiyle ilişki içerisinde olduğu ortaya konmuştur.Bununla birlikte fibromiyalji yaşayan hastalarda ağrı şiddeti ile depresyon arasında bir ilişki tespit edemeyen ancak anksiyete ile fibromiyalji arasında bir ilişkili olduğunu ortaya koyan, fibromiyalji şiddeti ile depresyon şiddeti arasında bir ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır[175,176].

Araştırmanın öne çıkan farklı bir bulgusu ise fibromiyalji sendromu yaşayan hastaların %78.6'sı ağrı kesici kullanmaktadır. Hastalıkla beraber ortaya çıkan kemik ve kas ağrılarının dindirilmesinde, günlük yaşam kalitesinin artırılmasında, yorgunluğun azaltılması ve uykunun düzene girmesinin sağlanmasında en sık başvurulan çarelerden birisi hastaların ağrı kesici kullanmalarıdır. Bunun yanında genel olarak bakıldığında, ağrı davranışı sergileyen kronik ağrı hastaları, altta yatan doku hasarınabağlı

olarakbeklenenden daha fazla ağrı davranışı gösterebilmektedirler. Belli pozisyonlarda ağrı ortaya çıkmaması beklenirken, bu hastalar o pozisyona ilişkin şiddetli ağrı yaşadıklarını dile getirebilmektedir. Bu hastaların ağrıları artacak beklenti ve korkusuyla günlük faaliyetlerini sınırlandırdıkları görülür. Çevrelerindeki kişilere sürekli ağrılarından yakınırlar. Yanısıra kendilerine reçete edilenden daha fazla ağrı kesici tüketme eğilimi gösterdikleri de bildirilmiştir[177].

FMS hastalarının yarıya yakınında (%47.1) psikiyatrik vaka içeren bir öykü ya da geçmiş yaşantının olduğu görülmektedir. Bayram ve Erol'un (2014) araştırmaları FMS görülen hastalarda çocukluk çağında duygusal kötüye kullanım ve örselenme vakası yaşamış olmakla hissedilen ağrı arasında anlamlı ilişki tespit etmiştir[178]. Çocukluk çağı örselenme yaşantıları bireylerde uzun dönemli stres yaratan, travmaya neden olan, hem ruh hem de beden sağlığını kötü yönde etkileyen yaşantılar olarak bilinmektedir. Bu yüzden psikolojik stres kaynakları FMS'yi tetikleyen unsurlar arasında sayılmaktadır[179,180].

FMS'li hastalarda "ağrıya eğilimli kişilik" olarak nitelenen belli başlı kişilik özelliklerine sıklıkla rastlanmaktadır. Hastanın yüksek beklenti içerisinde olması, yaşamdan zevk alamama, öfke ve düşmanlık duygularıyla baş edememe ağrıya eğilimli kişilik özellikleri olarak ifade edilmektedir. Post- travmatik stres bozukluğu, panik bozukluğu, sürekli mental stres, güçlüklerle başa çıkmada yetersizlik fibromiyalji sendromunda semptomları agrave eden diğer faktörlerdir[62]. Araştırmanın bulguları FMS hastalarının psikiyatrik ilaç kullanım oranını %35.7 olarak göstermektedir. Fibromiyaljili hastalarda depresyon insidansı %22-55 arasında farklılık göstermekle birlikte bu iki hastalık arasındaki ilişki hala netlik ve kesinlik kazanmamıştır. Depresyonun fibromiyaljiye yol açan ve eşlik eden bir hastalık olabileceği veya kronik ağrıya bağlı şekilde gelişebileceği iddia edilmektedir. Bu grup hastalarda antidepresan ilaçlarla tedavi hastanın yaşam kalitesini düzenlemekte kullanılmaktadır[181].

Araştırmada bulgular hastaların büyük bir kısmının (%51.4) hastalığı ara ara ortaya çıkan bir durum olarak algıladığını az bir kısmının (%17.1) ise bu hastalığın geçici olduğunu düşündüğünü göstermektedir. Bununla birlikte hastaların yarıdan fazlası (%52.9) hastalığı 10 yıldan daha az bir süredir yaşamaktadır. Kronik hastalıkları olan bireylerin hastalıkları bir ceza olarak algıladığı, bazen çok korkutucu geldiği için yok sayarak inkar etme eğiliminde olduğu görülmektedir. Bu durum hastaların kendilerini değersiz hissetmelerine, uyku sorununa, enerji kaybına, suçluluk hissine, mutsuzluğa,

hayattan zevk almamaya, intihar düşüncesine yani kısaca depresyon belirtisi sayılacak hallere yol açabilmektedir[182].

5.2. Fibromiyalji Tanılı Hastaların Hastalığa Psikososyal Uyum Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi

Araştırmaya katılan Fibromiyalji hastalarının %22.9'u hastalığa iyi psikososyal uyum içerisinde iken %34.3'ü orta uyumda, %42.9'u ise hastalıklarına kötü psikososyal uyum içerisinde yer almaktadır. Hastaların PAIS-SR toplam puan ortalamaları $\overline{X}$=49.41±18.19 (min:16, max:96) olduğu belirlenmiştir. En çok etkilenen boyutlar ise sırasıyla sağlık bakımına oryantasyon, sosyal çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler şeklindedir.

Kronik ağrısı bulunan hastalar bilinçli ya da bilinçsiz şekilde içinde bulundukları durum ile ilgili olumsuz düşünceler içerisinde olabilmektedir. Bu olumsuz düşünceler ağrı davranışının ve ümitsizlik fikrinin yinelenmesine neden olabilmektedir. Kronik ağrıya uyumu kolaylaştıracak baş etme teknikleri, fibromiyalji hastalarının yaşam kalitesini artırmak adına önemli kabul edilmektedir[183].

Fibromiyalji hastalarının eğitim düzeyi açısından hastalığa psikososyal uyumlarına bakıldığında seksüel ilişkiler alt boyutunda gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. İlköğretim mezunu hastaların seksüel ilişkilerde lise ve üstü mezuniyeti olan hastalara göre daha fazla uyum sorunu içerisinde oldukları saptanmıştır. Sosyal çevre alt boyutunda da gruplar arası anlamlı farklılık vardır. İlköğretim mezunu hastaların lise ve üstü mezuniyeti olan hastalara göre daha fazla sosyal çevre ile uyum sorunu yaşadıkları görülmektedir. Eğitim düzeyi değişkeninin PAIS-SR'nin toplam puanı üzerinden de gruplar arası farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır. İlköğretim mezunu hastaların lise ve üstü mezuniyeti olan hastalara göre daha fazla psikososyal uyum sorunu içinde olduğu görülmektedir.

Topbaş, Çakırbay, Güleç, Akgöl, Ak ve Can (2005) eğitim düzeyi düşük kişilerde FM hastalığının görülme sıklığının daha yaygın olduğunu dile getirilmiştir. Bireyin eğitim düzeyinin artması sağlığına ilişkin dikkat etmesi gereken faktörlere yönelik farkındalığının da artmasını sağladığından daha üst eğitim düzeyinde olan kişilerin hastalıkla nasıl mücadele edeceği ve hastalıklardan nasıl kaçınması gerektiği konusunda avantajlı olduğu söylenebilir[18]. Kaymaz ve Akdemir'in (2016) diyabetli hastalarla ve Akın ve Durna'nın (2006) kalp yetmezliği olan hastalarla yaptığı araştırmada ise hastalığa uyum ile bireylerin eğitim durumları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur[184,116].

Fibromiyalji hastalarının medeni durum değişkeni ile hastalığa psikososyal uyum düzeyleri arasında hem toplam puanlarda hem de alt boyutlarda anlamlı farklılığa rastlanmamıştır. Bununla birlikte evli fibromiyalji hastalarının hastalığa uyum düzeylerinin daha kötü olduğu ve bekâr, dul ya da boşanmış hastaların hastalığa daha iyi bir uyum gösterdiği görülmektedir. Çam ve Nehir'in (2011) araştırmasında da Miyokard İnfarktüsü (MI) geçirmiş evli hastaların uyum düzeyinin daha iyi olduğu ortaya konmuştur[185].

Fibromiyalji hastalarının çalışma durumları ile hastalığa uyum düzeyleri arasındaki farka bakıldığında sağlık bakımına oryantasyon alt boyutunda gruplar arası farklılık görülmektedir. Gelir getirici bir işte çalışan hastaların bir işte çalışmayan hastalara göre hastalığa uyumları daha iyi düzeydedir. Aile çevresi alt boyutunda gruplar arası farklılık görülmektedir. Gelir getirici bir işte çalışan hastaların bir işte çalışmayan hastalara göre hastalığa uyumları seksüel ilişkiler alt boyutuna, sosyal çevre alt boyutuna, PAIS-SR toplam puanına göre daha iyi düzeydedir.

Fibromiyalji hastalarının hastalığa psikososyal uyumlarının yaş aralıklarına göre farklılığına bakıldığında ise sağlık bakımına oryantasyon, seksüel ilişkiler alt boyutunda gruplar arası farklılık görülmektedir. Yaşı 25-40 arasında olan hastaların, yaşı 41-55 arasında olan hastalara göre ve yaşı 56+ olan hastalara göre, hastalığa uyumları daha iyi düzeydedir. Zengin, Fırat ve Acar'ın (2017) diyabetli hastalar üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada da yaş ilerledikçe hastalığa olan psikolojik uyumun arttığı belirtilmiştir. İnsanların genç yaşlarda kendilerine hastalığı konduramaması, hasta olmayı kabul edememesi, iyileşeceği umudunu taşıması ancak zamanla bazı hastalıkların kronik bir hal alması çaresizlik ve umutsuzluk düzeyini artırabilmektedir. Bu durum hastalıkla birlikte yaşamayı ve ona uyum sağlamayı etkileyebilmektedir[186].

Fibromiyalji hastalarının hastalığa psikososyal uyumlarının mesleklerine göre farklılığına bakıldığında ise seksüel ilişkiler alt boyutunda gruplar arası anlamlı farklılık görülmektedir. Memur olan hastaların, serbest meslek yürüten hastalara, işçi olan hastalara ve işi olmayan hastalara göre hastalığa uyum düzeyleri daha iyidir. Psikolojik baskı alt boyutunda da gruplar arası anlamlı farklılık görülmektedir. İşçi olan hastaların memur olan hastalara, serbest meslek yürüten hastalara ve işi olmayan hastalara göre hastalığa uyum düzeyleri daha iyidir. PAIS-SR'nin toplam puanına göre gruplar arası anlamlı farklılık görülmektedir. Memur olan hastaların, işçi olan hastalara, serbest meslek yürüten hastalara ve işi olmayan hastalara göre hastalığa uyum düzeyleri daha iyidir. Düzenli mesai saatlerinin olması, daha az fiziksel enerji harcanması, iş yükünün

hafif olması bakımından memurların çalışma koşulları diğer gruplara göre daha avantajlıdır. Bu durumda hastalığa psikosoyal uyumu kolaylaştıran etmenler olarak görülebilir. Çalışma ortamlarında alınan sosyal desteğin, çalışma şartlarının, bedensel efor gerektiren işlerin hastalıkla mücadelede veya hastalığa uyum sağlamada etkisi olabilmektedir.

Fibromiyalji hastalarınınhastalığı yaşama sürelerine göre hastalığa psikososyal uyumlarının farklılaşmadığı görülmektedir. Bununla birlikte PAIS-SR toplam puan ortalamalarında hastalığı 10 yıldan daha az bir süredir yaşayan hastaların, hastalığı 10 yıldan daha fazla bir süredir yaşayan hastalara göre hastalığa uyum düzeylerinin daha iyi olduğu anlaşılmaktadır. Hacıhasanoğlu, Karakurt, Yıldırım, ve Uslu'nun (2010) araştırmasında kronik hastalığı olan bireylerde hastalığı yaşama süresi ile hastalığa uyum arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır[187].

Fibromiyalji hastalarınınsosyoekonomik durum algılarına göre hastalığa psikososyal uyumlarının etkilenmemiştir. Bununla birlikte PAIS-SR toplam puan ortalamalarında sosyoekonomik düzeyini düşük olarak algılayanların, orta düzey olarak algılayan hastalara ve yüksek olarak algılayan hastalara hastalığa uyum düzeylerinin daha iyi olduğu bulgulardan anlaşılmaktadır. Erşan, Kelleci ve Baysal'ın (2013) araştırmasında ise tersine bir bulgu ortaya koymuş ve sosyoekonomik düzeyi yüksek olanların hastalığa psikososyal uyumlarının daha iyi olduklarını belirlemişlerdir[188].

Fibromiyalji hastalarının hastalığa psikososyal uyumlarının ağrı kesici kullanma durumlarına göre gruplar arasında anlamlı farklılığın mesleki çevre alt boyutunda olduğu görülmüştür. Ağrı kesici kullanmayan hastaların, ağrı kesici kullanan hastalara göre hastalığa uyum düzeyleri daha iyidir. PAIS-SR toplam puan ortalamalarında da gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur. Bununla beraber ağrı kesici kullanmayan hastaların ağrı kesici kullanan hastalara göre hastalığa uyum düzeyi daha yüksektir.

Fibromiyalji hastaları arasındason yaşanan negatif yaşam olayı son bir ay içerisinde olan hastalar en düşük düzeyde hastalığa uyum gösterirken son sırada son bir yıl içerisinde son olayı yaşanan hastalar gelmektedir. Bu zaman aralığı dışında olanlar ise hastalığa uyumda ikinci sıradadır. Psikolojik baskı alt boyutunda da gruplar arası anlamlı farklılık görülmektedir. Yaşanan negatif yaşam olayı son bir yıl içerisinde olan hastalar en düşük düzeyde hastalığa uyum gösterirken ikinci sırada son bir ay içerisinde negatif yaşam olayı yaşayan hastalar gelmektedir. Bu zaman aralığı dışında olanlar ise hastalığa uyumda en iyi uyum düzeyindedir. PAIS-SR toplam puan ortalamalarında da gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Bununla beraber en düşük uyumdan en

iyi uyuma doğru sıralama son bir sene içerisinde negatif yaşam olayı yaşayan hastalar, son bir ay içerisinde negatif yaşam olayı yaşayanlar ve bu zaman aralığı dışında olan hastalar şeklindedir.

Fibromiyalji hastalarının hastalığa psikososyal uyumları psikiyatrik bir öykü ya da geçmişe sahip olmak bakımından bazı alt boyutlarda gruplar arasında anlamlı şekilde farklılık içindedir. Sağlık bakımına oryantasyon alt boyutunda, mesleki çevre alt boyutunda, aile çevresi alt boyutunda ve seksüel ilişkiler alt boyutunda psikiyatrik bir öyküsü olan hastaların psikiyatrik bir öyküsü olmayan hastalara göre hastalığa uyum düzeyi düşüktür.

Psikolojik baskı alt boyutunda psikiyatrik bir öyküsü olan hastaların psikiyatrik bir öyküsü olmayan hastalara göre hastalığa uyum düzeyi düşüktür. PAIS-SR toplam puan ortalamalarında da gruplar arasında anlamlı farklılık görülmektedir. Psikiyatrik bir öyküsü olan hastaların psikiyatrik bir öyküsü olmayan hastalara göre hastalığa uyum düzeyi düşüktür.

Fibromiyalji hastalarının hastalığa psikososyal uyumları psikiyatrik bir ilaç kullanmaları bakımından bazı alt boyutlarda gruplar arasında anlamlı şekilde farklılık içindedir. Sağlık bakımına oryantasyon alt boyutunda, seksüel ilişkiler alt boyutunda, psikolojik baskı alt boyutunda psikiyatrik ilaç içen hastaların psikiyatrik ilaç içmeyen hastalara göre hastalığa uyum düzeyi düşüktür. PAIS-SR toplam puan ortalamalarında da gruplar arasında anlamlı farklılık görülmektedir. Psikiyatrik ilaç içen hastaların psikiyatrik ilaç içmeyen hastalara göre hastalığa uyum düzeyi düşüktür.

Fibromiyalji hastalarının hastalığa psikososyal uyumları hastalığı algılamaları bakımından bazı alt boyutlarda gruplar arasında anlamlı şekilde farklılık içindedir. Sağlık bakımına oryantasyon alt boyutunda hastalığı geçip gidecek bir durum olarak gören hastaların hastalığa en iyi uyum gösterdikleri, ikinci sırada hastalığı ara ara gelen bir durum olarak gören hastaların yer aldığı ve en düşük düzeyde uyumun ise hastalığı devam eden kronik bir durum olarak gören hastalarda olduğu görülmüştür.

Mesleki çevre alt boyutunda hastalığı geçip gidecek bir durum olarak gören hastaların hastalığa en iyi uyum gösterdikleri görülmektedir. İkinci sırada hastalığı ara ara gelen bir durum olarak gören hastaların yer aldığı ve en düşük düzeyde uyumun ise hastalığı devam eden kronik bir durum olarak gören hastalarda olduğu görülmüştür. PAIS-SR toplam puan ortalamalarında da gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Hastalığı geçip gidecek bir durum olarak gören hastaların hastalığa en iyi uyum gösterdikleri ve ikinci sırada hastalığı ara ara gelen bir durum olarak gören hastaların

yer aldığı ve en düşük düzeyde uyumun ise hastalığı devam eden kronik bir durum olarak gören hastalarda olduğu görülmüştür.

Fibromiyalji hastalarının hastalığa psikososyal uyumları hastaların anksiyete sorunu yaşamalarına göre bazı alt boyutlarda gruplar arasında anlamlı şekilde farklılık göstermektedir. Mesleki çevre alt boyutunda anksiyetesi olmayan hastaların anskiyetesi olan hastalara göre uyum düzeyi daha iyidir. Aile çevresi, psikolojik baskı alt boyutunda anksiyetesi olmayan hastaların anksiyetesi olan hastalara göre uyum düzeyi daha iyidir. PAIS-SR toplam puanında da gruplar arasında anlamlı fark vardır. Anksiyetesi olmayan hastaların anksiyetesi olan hastalara göre uyum düzeyi daha iyidir.

Hayatın herhangi bir evresinde bireyin yaşadığı herhangi bir psikolojik travma anksiyete oluşturmaktadır. Birey eğer bu durumun üstesinden gelemezse yani sorunu ortadan kaldıramazsa, yaşadığı anksiyeteden kaynaklı vücudunda fizyolojik şekilde meydana gelen somatik belirtilerin farkına varır. Anksiyete yaşayan kişi bu değişiklikleri hastalık göstergesi gibi düşünür ve hastalık korkusu baş gösterir. Bu korku devam ettikçe fizyolojik belirtiler artarak sürmektedir. Bu da kişide hastalık korkusunun artmasına yol açmaktadır. Bu esnada kendi vücuduna dikkat etme alışkanlığı edinen birey normal fizyolojik beden uyarılarını dahi hastalık göstergesi olarak düşünür. Bu şekilde ağrı ve diğer somatik uğraşlara başlar ve sonunda semptomlar kronik olarak devam edebilir[189].

Fibromiyalji hastalarının hastalığa psikososyal uyumları hastaların depresyon yaşamalarına göre bazı alt boyutlarda gruplar arasında anlamlı şekilde farklılık göstermektedir. Aile çevresi alt boyutunda, sosyal çevre alt boyutunda,psikolojik baskı alt boyutunda depresyon yaşamayan hastaların depresyon yaşayan hastalara göre uyum düzeyi daha iyidir. PAIS-SR toplam puanında da gruplar arasında anlamlı fark vardır. Depresyon yaşamayan hastaların depresyon yaşayan hastalara göre uyum düzeyi daha iyidir.

Fibromiyalji hastalarının hastalığa psikososyal uyumları hastaların genel memnuniyet durumları açısından bazı alt boyutlarda gruplar arası anlamlı farklılık göstermektedir. Sağlık bakımına oryantasyon alt boyutunda, mesleki çevre alt boyutunda hayatından yüksek düzeyde memnun hastaların orta derecede memnun olan hastalara ve hayatından memnun olmayan hastalara göre uyum düzeyi daha iyidir. Aile çevresi alt boyutunda hayatından orta düzeyde memnun hastaların yüksek derecede memnun olan hastalara ve hayatından memnun olmayan hastalara göre uyum düzeyi daha iyidir.

Seksüel ilişkiler alt boyutunda,geniş aile ilişkileri alt boyutunda hayatından yüksek düzeyde memnun hastaların orta derecede memnun olan hastalara ve hayatından memnun olmayan hastalara göre uyum düzeyi daha iyidir. PAIS-SR'nin toplam puan ortalamaları da gruplar arasında anlamlı farklılık göstermektedir. Hayatından yüksek düzeyde memnun hastaların orta derecede memnun olan hastalara ve hayatından memnun olmayan hastalara göre uyum düzeyi daha iyidir.

5.3. Araştırmaya Katılan Fibromiyalji Tanılı Hastaların PAIS-SR Toplam Puan Ortalaması ile Yaş, Hastalık Süresi, Genel Memnuniyet, Gelir Durumu Depresyon ve Anksiyete Arasındaki İlişki

Fibromiyalji hastalarının hastalığa uyum düzeyleri ile yaşları, hastalık süresi ve gelir durumu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (sırasıyla r=0.216; p=0.0072; r=0.095; p= 0.436; r=-0.018; p=0.880). Ancak genel memnuniyet durumları (r=-0.580; p=0.000), anksiyete düzeyi (r=0.448; p=0.000) ve depresyon düzeyi (r=0.506; p=0.000) arasında anlamlı ilişki vardır. Hastaların genel memnuniyet düzeyi arttıkça hastalığa uyumları da artmaktadır. Hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri düştükçe hastalığa uyumları artmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Fibromiyalji tanılı hastaların hastalığa psikososyal uyum düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma sonucunda;

1. Araştırmaya katılan hastalarıntamamının kadınlardan oluştuğu,çoğunluğunun 25- 40 (%35.7) yaş aralığında olduğu, çoğunun eğitim düzeyine göre lise ve üstü mezunu oldukları (%54.3), çoğunun evli (%84.3) olduğu, çalışma durumuna göre yarısının çalıştığı, yarısının herhangi bir işte çalışmadığı, çalışan kesimin çoğunluğunun memur (%24.2), geri kalanların işçi ve serbest meslek sahibi olduğu, algılanan sosyoekonomik düzeye göreyarısının orta (%72.9), geri kalanların yüksek ve düşük düzey olarak algıladıkları, görülmektedir (Tablo 4.1.1).

2.Araştırmaya katılan hastaların, 55'inin düzenli ağrı kesici kullandığı, 45'inin psikiyatrik ilaç kullandığı bulunmuştur. Ayrıca hastaların 39'u son bir yılda negatif yaşam olayı yaşadığı, 33'ünün psikiyatrik öyküsünün olduğu, 36'sının hastalığı ara ara gelen biçimde tanımladığı ve 37'sinin hastalığı 10 yıldan az süredir yaşadığı ortaya konmuştur. Ayrıca hastaların 39'unun depresyon riski yaşarken, 54'ünün anksiyete riski yaşadığı görülmektedir(Tablo 4.1.2), (Tablo 4.1.3).

3. Araştırmaya katılan hastaların %42.9'unun hastalığa kötü uyum gösterdiği, %34.3'ünün orta, %22.9'unun iyi uyum gösterdiği bulunmuştur (Tablo4.2.2).

4. Sağlık bakımına oryantasyonun; çalışmayanlarda (Tablo 4.2.5), 56 ve üstü yaş grubunda olanlarda (Tablo 4.2.6), psikiyatrik öyküsü olanlarda (Tablo 4.2.12), psikiyatrik ilaç kullananlarda (Tablo 4.2.13), hastalığı devam eden, hayatın bir parçası olarak görenlerde (Tablo 4.2.14), genel durumlarından memnun olmayanlarda (Tablo.4.2.17) daha fazla etkilendiği bulunmuştur.

5. Mesleki çevrenin; ağrı kesici kullananlarda (Tablo 4.2.10), psikiyatrik öyküsü olanlarda (Tablo 4.2.12), hastalığı devam eden hayatın bir parçası olarak görenlerde (Tablo 4.2.14), anksiyete riski olanlarda (Tablo 4.2.15), genel durumlarından memnun olmayanlarda (Tablo.4.2.17) daha fazla etkilendiği ortaya konmuştur.

6. Aile çevresinin; çalışmayanlarda (Tablo 4.2.5), psikiyatrik öyküsü olanlarda (Tablo 4.2.12), anksiyete riski olanlarda (Tablo 4.2.15), depresyon riski olanlarda (Tablo

4.2.16), genel durumlarından memnun olmayanlarda (Tablo.4.2.17) daha fazla etkilendiği tespit edilmiştir.

7. Seksüel ilişkilerde; ilköğretim mezunlarının (Tablo 4.2.3), çalışmayanların (Tablo 4.2.5), 56 ve üstü yaş grubunda olanların (Tablo 4.2.6), psikiyatrik öyküsü olanların (Tablo 4.2.12), psikiyatrik ilaç kullananların (Tablo 4.2.13), genel durumlarından memnun olmayanların (Tablo.4.2.17) daha fazla etkilendiği bulunmuştur.

8.Geniş aile ilişkilerinde; genel durumlarından memnun olmayanların daha fazla etkilendiği görülmektedir (Tablo.4.2.17).

9.Sosyal çevrede; ilköğretim mezunlarının (Tablo 4.2.3), çalışmayanların (Tablo 4.2.5), son bir sene içerisinde negatif yaşam olayı yaşayanların (Tablo 4.2.11), depresyon riski olanların (Tablo 4.2.16) daha fazla etkilendiği bulunmuştur.

10. Psikolojik baskı boyutunda; herhangi bir mesleği olmayanların (Tablo 4.2.7), son bir sene içerisinde negatif yaşam olayı yaşayanların (Tablo 4.2.11),psikiyatrik öyküsü olanların (Tablo 4.2.12), psikiyatrik ilaç kullananların (Tablo 4.2.13), anksiyete ve depresyon riski olanların (Tablo 4.2.15 ve Tablo 4.2.16) daha fazla etkilendiği görülmektedir.

11. Hastalığa psikososyal uyum özbildirim ölçeği toplam puanında; ilköğretim mezunlarının (Tablo 4.2.3), evli olanların (Tablo 4.2.4), çalışmayanların (Tablo 4.2.5), psikiyatrik öyküsü olanların (Tablo 4.2.12), psikiyatrik ilaç kullananların (Tablo 4.2.13), hastalığı devam eden, hayatın bir parçası olarak tanımlayanların (Tablo 4.2.14), anksiyete ve depresyon riski olanların (Tablo 4.2.15 ve Tablo 4.2.16), genel durumlarından memnun olmayanların (Tablo.4.2.17) daha fazla etkilendiği bulunmuştur.

12. Araştırmaya katılan hastaların bazı değişkenlerle PAIS-SR toplam puan ilişkisine bakıldığında hastaların PAIS-SR puanları ile genel memnuniyet düzeyleri arasında negatif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Ayrıca hastaların PAIS-SR puanları ile HAD Anksiyete puanları arasında orta düzeyde, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiolduğu, benzer şekilde hastaların HAD depresyon puanları ile PAIS-SR puanları arasında orta düzeyde, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ancak hastaların PAIS-SR puanları ile yaş aralıkları, hastalık süresi ve gelir durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ortaya konmuştur.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

1. İlköğretim mezunu, evli olan, çalışmayan, psikiyatrik öyküsü olan, psikiyatrik ilaç kullanan, hastalığı devam eden; hayatın bir parçası olarak gören, anksiyete ve depresyon riski olan, genel durumlarından memnun olmayan fibromiyalji tanılı hastaların hastalığa psikososyal uyum açısından daha dikkatli değerlendirilmesi,

2. Fibromiyalji hastalarının hastalığa kötü uyum göstermelerine neden olabileceksorunların detaylı şekilde ortaya konmasını amaçlayan nitel çalışmalar yapılması,

3.Fibromiyalji ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki göz önünde bulundurularak fibromiyalji tanılı hastaların anksiyete ve depresyon belirtilerinin izlenmesi,

4.Fibromiyalji tanılı hastaların özellikle anksiyete riski açısından ele alınması,

5. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi birimiyle işbirliği yapılması,

6. Fibromiyalji hastalarının hastalığa psikososyal uyumunun arttırılmasına yönelik psikoeğitimsel programların düzenlenmesi,

7. Fibromiyalji hastalarının kas gevşemesi ve stresten uzaklaşmaları amacıyla rahatlama egzersizlerine yönlendirilmeleri,

8.Çalışmanın daha geniş bir evren üzerinde tekrarlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. İnanç N, Hatipoğlu S, Yurt V, Avcı E, Akbayrak N, Öztürk E. Hemşirelik Esasları. Ankara: GATA Basımevi, Damla Matbaacılık, 1998: s. 233-240.
2. Palabıyıkoğlu R. Krize Müdahale. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, 1. Baskı, Ankara: Damla Matbaacılık, 2000.
3. Kaçmaz N. Fiziksel Hastalığa Uyum Güçlüğü Yaşayan Hastalarda Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği Modeli Geliştirme Çabaları.2003, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora tezi, 181 sayfa, İstanbul. (Yard.Doç.Dr. Yasemin Kutlu)
4. Gorman LM, Sultan DF, Raines ML. Davis' s manual of psychosocial nursing in general patient care. Philadelphia: FA Davis Company;1996: p.436-47.
5. Erkoç Y, Yardım N (Eds). TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele politikaları. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 809, 2011. Ankara: Anıl Matbaa, s. 68-69.
6. Özdemir Ü, Taşçı S. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi Cilt 1, Sayı 1, 2013: s.57-72.
7. Durademir A. İlk kez Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda ve Hastaların Eşlerinde Anksiyete Düzeylerinin Saptanması.1994, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 88 sayfa, İstanbul.(Yard. Doç. Dr. Necmiye Sabuncu)
8. Erdine S, Turfaner N. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2008: 62 s.143-146.
9. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset; 2005: s.193-200.
10. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P, Campbell SM, Abeles M, Clark P. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum 1990: 33, 160-172.
11. Fan TP. Fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. APLAR Journal of Rheumatology, 2004: 7, 219- 231.
12. Wallace DC. All About Fibromyalgia. Oxford Üniversity USA: Pres Wallace & Wallace, 2002, p.148–150.
13. Mcnally JD, Matheson DA, Bakowsky VS. The epidemiology of self-reported fibromyalgia in Canada. Chronic Disease Canadian Winter. 2006: 27(1), p. 9- 16
14. Carmona L, Balina J, Gabriel R, Laffon A. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: result from a national survey. Annals of the Rheumatic Diseases. 2001: 60, p. 1040- 1045.
15. Salaffi F, De Angelis R, Grassi W. Prevalence of musculoskeletal conditions prevalence of musculoskeletal conditions in itallian population sample: result of

a regional community-baced study. I. The Mapping Study. Clinical and Experimental Rheumatology. 2005: 23(6), p.819- 828.
16. Klemp P, Williams SM, Stansfield AS. Fibromyalgia in Maori and European New Zealanders. Aplar Journal of Rheumatology. 2002: 5, p.1- 5.
17. Gallagher AM, Thomas JM, Hamilton WT, Write DP. İncidence of fatigue symtoms and diagnoses presenting in UK primary care from 1990 to 2001. Journal of The Royal Society of Medicine. 2004: 97,p. 571- 575.
18. Topbas M, Cakirbay H, Güleç H, Akgöl E, Ak I, Can G. The prevalence of fibromyalgia in women aged 20-64 in Turkey. Scand J Rheumatol. 2005: 34(2), s.140-144.
19. Sansone AR, Levengood JV, Sellbom M. Pschological aspects of fibromiyalgia Research clinical impressions. Journal of Psyhchosomatic Research. 2004: 56, p. 185- 188.
20. Suhr JA. Neuropsychologial impairment in fibromiyalgia, relation to depresyon, fatigue, and pain. Journal of Psyhosomatic Research. 2003: 55, p. 321- 329.
21. Currey SS, Rao JK, Winfield JB, Callahan L. Performance of A Generic Health-Related quality of life measure in a clinic population with rheumatic disease. Arthritis Care and Research, 2003: 49(5), p. 658- 664.
22. Çeliker R, Borman P, Öktem F, Kutsal Y, Başgöze O. Psychological disturbance in fibromyalgia: relation to pain severity. Clinical Rheumatology. 1997: 16(2), p.179- 184.
23. Livneh H, Antonak RF. Reactions to disability: An empirical investigation of their nature and structure. Journal of applied Rehabilitation Counselling. 1990: 21(4), p. 13-21.
24. Barry P. Psychosocial Nursing Care of Physically Ill Patients and Their Families. 3th.ed Philadelphia:Lippincott, 1996.
25. Derogatis L, Flemming M, Sudler N, Dellapietra L. Psychological Assessment. In Nicasso P, Smith T.(Eds), Managing chronic illness: A biopsychosocial perspective. Washington DC, 1996, P. 59-116.
26. Adaylar M. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıktaki tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri, 1995. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
27. Drory Y, Kravetz S, Florian V. Psychosocial adjustment in patients after a first acute myocardial infarction: The contribution of salutogenic and pathogenic variables. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 1999: 80, p. 811-818.
28. Kocaman N, Kutlu Y, Ozkan M, Ozkan S. Predictors of psychosocial adjustment in people with physical disease. Journal of Clinical Nursing 2007: 6(3A), p.6-16.
29. Willoughby DF, Kee C, Demi A. Women's psychosocial adjustment to diabetes. Journal of Advanced Nursing. 2000: 32 (6), p.1422-1430.
30. Kaçmaz N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve biyopsikososyal uyum V. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongresi. İstanbul 21-23 Ekim 1998: s.198-208.

31. Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005:9 (1), s.49-54.
32. Hechtman L. Clinical Naturopathic Medicine. E-Book https://books.google.com.tr/books 2012.s 566.
33. Bellato E, Marini E, Castoldi F, Barbasetti N, Mattei L, Bonasia DE, Blonna D. Fibromyalgia syndrome: etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. Pain Res Treat. 2012:426130.
34. Boissevan MD, Mc Cain GA. Toward an integrated understanding of fibromyalgia syndrome, I. Medical and pathophysiological aspects; Pain, 1991:45, p.227-248.
35. Choy EH, Mease PJ. Key symptom domains to be assessed in fibromyalgia (outcome measures in rheumatoid arthritis clinical trials). Rheum Dis Clin North Am. 2009:35(2), p. 329-337
36. Demir H, Beyazova M. Fibromiyalji Sendromu İçinde Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 3. Baskı, 2016: s 1911-1920.
37. M. Yunus, AT Masi, JJ Calabro, KA Miller, SL Feigenbaum, "Primary fibromyalgia (fibrositis): Clinical study of 50 patients with matched normal controls", Semin. Arthritis Rheum., 1981: 11(1), p. 151–171.
38. Küçükali Türkyılmaz A, Yılmaz Yalçınkaya E, Öneş K. Fibromiyalji hastalarında kemik mineral yoğunluğu ile serum d vitamini düzeyinin ağrı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Osteoporoz Dünyasından, 2010: 16(3), 53-57.
39. Queiroz LP. Worldwide epidemiology of fibromyalgia. Curr Pain Headache Rep. 2013;17(8):356.
40. Ozkan O, Yildiz M, Köklükaya E. The correlation of laboratory tests and Sympathetic Skin Response parameters by using artificial neural networks in fibromyalgia patients. J Med Syst. 2012: 36(3), 1841-1848.
41. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalance and characteristic of fibromyalgia in the general population Arthritis Rheum 1995;38: 19-28.
42. Yunus MB. Gender differences in fibromyalgia and other related syndromes J.Gend Specif Med 2002: 5(2),42- 47.
43. Bennet RM. Fibromyalgia and the facts. Sense or nonsense. Rheumatic Disease Clinics of North America 1993: 19, 45-49.
44. White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. The London Fibromyalgia Epidemiology Study: the prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. J Rheumatol. 1999: 26(7), 1570-6.
45. Turhanoglu AD, Yilmaz S, Kaya S, Dursun M, Kararmaz A, Saka G. The epidemiological aspects of fibromyalgia syndrome in adults living in Turkey: a population based study. J Musculoskelet Pain. 2008:16(3), 141-147.
46. Arnold LM, Fan J, Russell IJ, Yunus MB, Khan MA, Kushner I, Olson JM, Sudha K. The fibromyalgia family study: a genome-wide linkage scan study. Arthritis and rheumatism. 2013: 65, 1122-8.

47. Marder WD, Meenan RF, Felson DT, Reichlin M, Birnbaum NS, Croft JD. The present and future adequacy of rheumatology manpower. A study of health care needs and physician supply. Arthritis & Rheumatology. 1991: 34(10),1209-17.
48. Arnold LM, Hudson JI, Hess EV. Family study of fibromyalgia. Arthritis Rheum; 2004: 50, 944–52.
49. Grant JT. The epidemiology of chronic generalized musculoskeletal pain. Best Pract. Res. Clin. Rheumatol. 2003: 17(4), 547-6.
50. Macfarlane GJ. Generalized pain, fibromyalgia and regional pain: an epidemiological view. Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol. 1999: 13(3), 403-414.
51. Lera S, Gelman SM, Lopez MJ, Abenoza M, Zorrılla JG, Castro-fornieles J. Multidisciplinary treatment of fibromyalgia: does cognitive behavior therapy increase the response to treatment? J Psychosom Res. 2009: 67, 433-441.
52. Goldenberg DL. What is the future of fibromyalgia? Rheum. Dis. Clin. North Am.; 22(2): 393-406.
53. Gursoy S, Erdal E, Herken H, Madenci E, Alasehirli B, Erdal N. Significance of catechol-O-methyltransferase gene polymorphism in fibromyalgia syndrome. Rheumatology international. 2003: 23,104-7.
54. Yunus MB, Khan MA, Rawlings KK, Green JR, Olson JM, Shah S. Genetic linkage analysis of multicase families with fibromyalgia syndrome. J Rheumatol. 1999: 26(2), 408-412.
55. Cunningham ME. "Becoming familiar with fibromyalgia", Opthop Nursing, 1996: 15- 33-36.
56. Di Franco M, Iannuccelli C, Valesini G. Neuroendocrine immunology of fibromyalgia. Annals of the New York Academy of Sciences. 2010: 1193,84-90.
57. Simms RW. Is there muscle pathology in fibromyalgia syndrome? Rheumatic diseases clinics of North America. 1996: 22,245-66.
58. Roizenblatt S, Neto NS, Tufik S. Sleep disorders and fibromyalgia. Current pain and headache reports. 2011: 15,347-57.
59. Wallace DJ. Is there a role for cytokine based therapies in fibromyalgia. Curr Pharm Des. 2006: 12(1):17-22.
60. Reynolds MD Clinical diagnosis of psychogenic rheumatism.1978 West J Med; 128(4), 285-290.
61. Aaron CA, Bradley LA, Alaron GS, Alexander RW, Alexander MT, Martin MY, Alberts KR. Psychiatric diagnoses in patients with fibromyalgia are related to health care seeking behavior rather than illness. Arthritis Rheum. 1996 (39), 436-445.
62. Dönmez A. ve Erdogan N. Fibromiyalji sendromu. Klinik Gelişim. 22(3), 60-64.
63. Hassett AL and Gevirtz RN. Nonpharmacologic treatment for fibromyalgia: patient education, cognitive-behavioral therapy, relaxation techniques, and complementary and alternative medicine. Rheum Dis Clin North Am.2009, 35(2), 393-407

64. Hudson JI, Hudson MS, Pliner L, Goldenberg DL, Pope HG. Fibromyalgia and major depressive disorder: a controlled phenomenology and family history study. Am J Psychiatry. 1985, (142), 441-446
65. Yavuz, FK. Fibromiyalji ve Somatoform Bozukluk Hastalarında Kişilik Özelliklerinin Karşılaştırılması. Tıpta uzmanlık tezi, Düzce Üniversitesi, Düzce. 2012.
66. Ay S. Fibromiyalji Sendromunun Patogenezi. Turkiye Klinikleri J PM&RSpecial Topics. 2015: 8(3),5-7
67. Sherman JJ, Turk DC, OKIFUJI A. Prevalence and impact of posttraumatic stress disorder like symptoms on patients with fibromyalgia syndrome. Clin J Pain. 2000;16(2): 127–34
68. Anderberg UM, Marteinsdottir I, Theorell T, Von Knorring L.. The impact of life events in female patients with fibromyalgia and in female healthy controls. European Psychiatry. 2000: (15), 295-301
69. Bailey BE, Freedenfeld RN, Kiser RS, Gatchel RJ. Life time physical and sexual abuse in chronic pain patients: psychosocial correlates and treatment outcomes. Disabil Rehabil. 2003: (25), 331-42.
70. Gündüz N, Polat A, Erzincan E, Turan H, Tural Ü. Fibromiyalji Sendromu ve Miyofasyal Ağrı Sendromu Tanılı Kadın Hastalarda Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve İlişkili Değişkenler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2014: (25),18.
71. Bohn D, Bernardy K, Wolfe F, Häuser W. The Association Among Childhood Maltreatment, Somatic Symptom Intensity, Depression, and Somatoform issociative Symptoms in Patients with Fibromyalgia Syndrome: A Single-Center Cohort Study. Journal of Trauma & Dissociation. 2013: 14(3), 342-58.
72. Gupta A, Silman AJ, Ray D, Morriss R, Dickens C, MacFarlane GJ, McBeth J. The role of psychosocial factors in predicting the onset of chronic widespread pain: results from a prospecti ve population-based study. Rheumatology. (46), 666-71.
73. Weissbecker I, Floyd A. and Dedert E. Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia syndrome. Psychoneuroendocrinology. 2006: (31), 312-324.
74. Hauser W, Galek A, Erbsloh-Moller B, Köllner V, Kühn-Becker, H, Langhorst J.Glaesmer, H. Posttraumatic stress disorder in fibromyalgia syndrome: prevalence, temporal relationship between posttraumatic stress and fibromyalgia symptoms, and impact on clinical outcome. Pain. 2013: (154), 1216–1223
75. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RS,. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. The Journal of rheumatology 2011: 38, 111322.
76. Kıyak E, Akdemir N. Fibromiyalji Tedavisinde Hemşirenin Rolü. İç Hastalıkları Dergisi 2008: 15(3): 153-158
77. Fietta P, Manganelli P. Fibromyalgia and psychiatric disorders. Acta Bio Medica Atenei Parmensis 2007: 78, 88-95.

78. Sarzi-Puttini P, Buskila D, Carrabba M, Doria A, Atzeni F. (2008). Treatment strategy in fibromyalgi a syndrome: where are we now? Semin Arthritis Rheum. 2008. 37(6), 353-65
79. Goldenberg DL. Fibromyalgia and related syndromes. In; Klippel JH, Dieppe PA (eds) Rheumatology. Mosby London.1998: 15.4.1
80. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. JAMA. 2004: (292), 2388-95.
81. Kroenke K, Krebs EE, Bair MJ. Pharmacotherapy of chronic pain: a synthesis of recommendations from systematic reviews. Gen Hosp Psychiatry. 2009: (31), 206-19.
82. Linares UM, Perez R, Perez B, Lima AO, Torres HE, Castano PJ. Analysis of the impact of fibromyalgia on quality of life: associated factors. Clinical Rheumatology. 2008: (27), 613-9.
83. Gur A. Physical therapy modalities in management of fibromyalgia. Current pharmaceutical design. 2006:12:29-35.
84. Offenbacher M, Stucki G. Physical therapy in the treatment of fibromyalgia. Scandinavian journal of rheumatology Supplement. 2000, 113:78-85.
85. Evcik D, Kizilay B, Gokcen E. The effects of balneotherapy on fibromyalgia patients. Rheumatology international. 2002, 22:56-9.
86. Karagülle Z, Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji AD, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul Türkiye klinikleri J Med Sci. 2008: 28, S 224-9.
87. Martin L, Nutting A, MacIntosh BR, Edworthy SM, Butterwick D, Cook J. An exercise program in the treatment of fibromyalgia. The Journal of rheumatology. 1996, 23:1050-3
88. Valim V, Oliveira L, Suda A, Silva L, de Assis M, Barros Neto T. Aerobic fitness effects in fibromyalgia. The Journal of rheumatology. 2003, 30:10609.
89. Arnold LM. Biology and therapy of fibromyalgia. New therapies in fibromyalgia. Arthritis research & therapy. 2006;8:212.
90. Nicassio PM, Radojevic V, Weisman MH, Schuman C, Kim J, SchoenfeldSmith K, et al. A comparison of behavioral and educational interventions for fibromyalgia. The Journal of rheumatology. 1997, 24:2000-7.
91. Clauw DJ. Fibromyalgia: a clinical review. 2014: 16;311(15):1547-55
92. Tuzer V, Bulut SD, Bastug B, Kayalar G, Göka E, Beştepe E. Causal attributions and alexithymia in female patients with fibromyalgia or chronic low back pain. Nord J Psychiatry. 2011 Apr; 65(2):138-44.
93. Özkan S.Psikiyatrik Tıp: Konsultasyon-Liyazon Psikiyatrisi. Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş. 1994 İstanbul.
94. Askın Rüstem, Depresyon El Kitabı 2. baskı Konya 1999: s 100-122
95. Çapacı K, Hepgüler S. Fibromiyalji Sendromu: Etiyopatogenez. Ege Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 1998; 4 (3): 219- 225.
96. Akkaya N, Akkaya S, Atalay NS, Balci CS, Sahin F. Relationship between the body image and level of pain, functional status, severity of depression, and quality of life in patients with fibromyalgia syndrome. 2012; 31(6):983-8.

97. Marangell LB, Clauw DJ, Choy E. Comparative pain and mood effects in patients with comorbid fibromyalgia and major depressive disorder: secondary analyses of four pooled randomized controlled trials of duloxetine. Pain. 2011;152(1):31–37
98. Kato K, Sullivan PF, Evengård B, Pedersen NL, Importance of genetic influences on chronic widespread pain. Arthritis and Rheumatism. 2006; 54(5):1682–1686
99. Maletic V, Raison CL. Neurobiology of depression, fibromyalgia and neuropathic pain. Frontiers in Bioscience. 2009, 14:5291–5338
100. Cannon DM, Klaver JM, Peck SA, Rallis-Voak D, Erickson K, Drevets WC. Dopamine type-1 receptor binding in major depressive disorder assessed using positron emission tomography and [11C]NNC-112. Neuropsychopharmacology. 2009, 34(5):1277–126.
101. Richard H, Gracely Marta Ceko, M. Catherine Bushnell. Fibromyalgia and Depression;2012; 486590.
102. Seidel MF, Müller W. Differential pharmacotherapy for subgroups of fibromyalgia patients with specific consideration of 5-HT3 receptor antagonists. Expert Opinion on Pharmacotherapy. 2011;12(9):1381–1391.
103. Alok R. Relationship of severity of depression, anxiety and stress with severity of fibromyalgia. 2011,29(6 Suppl 69): s. 70-2
104. Ercolani M, Trombini G, Chattat R, Cervini C, Piergiacomi G, Salaffi F. Fibromyalgic syndrome: Depression and abnormal illness behavior. Psychother Psychosom 1994; 61: 178-86.
105. Doğan O, Hizmetli S. Fibromyozitisli hastalarda depresyon ve anksiyete düzeyleri. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi 1990; 16: 6-8.
106. Yilmaz H, Yilmaz SD, Polat HA, Salli A, Erkin G, Ugurlu H. The effects of fibromyalgia syndrome on female sexuality: a controlled study, 2012; 9(3):779-85
107. Gencay-Can A, Can SS. Temperament and character profile of patients with fibromyalgia. Rheumatol Int 2012, 32:3957 – 3961.
108. Işık E, Işık U, Taner Y. Çoçuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar; Ziraat Gurup Matbaacılık, 2013, Ankara.
109. Thieme K, Turk DC, Flor H. Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. Psychosomatic medicine. 2004;66:837-44.
110. Dos Santos EB, Quintans Junior LJ, Fraga BP, Macieira JC, Bonjardim LR. [An evaluation of anxiety and depression symptoms in fibromyalgia]. Revista da Escola de Enfermagem da U S P. 2012;46:590-6.
111. Buzlu, S. Bölüm 17: Diyabete Psikososyal Uyum. Erdoğan, S. (Ed.). Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler. İstanbul: Yüce Reklam Yayım Dağıtım A.Ş. 2002:195-202.
112. Kartal, A, Çağırgan, G, Tığlı H, Güngör Y, Karakuş, N, Gelen M. Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım ve Tedaviye Yönelik Tutumları ve Tutumu Etkileyen Faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin.2008: 7(3):223-230.

113.113. Demirtaş, A, Akbayrak N. Tip 2 Diyabetes Mellitus'lu Hastaların, Hastalıklarına Uyum ve Kabullenme Kriterlerinin Belirlenmesi. Anatolia Journal of Clinical Investigation. 2009: 3(1), 10-18.
114.Kocaman N. Tıbbi Hastalığa Psikososyal Tepkiler. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi. 2008: 71, 52-58.
115.Çam O, Gümüş Babacan A, Yıldırım S. Fiziksel Hastalıklara Verilen Psikososyal Tepkiler. Çam O, Engin E. (Eds). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. 1. baskı. İstanbul: İstanbul Medikal yayıncılık, 2014: s.601-638
116.Akın S, Durna Z. Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumu. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006: 10(2), 1-8.
117.Özkan, S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. İstanbul: Roche İlaç Sanayi A.Ş. 1993: 81-132.
118.Özmen E, Aydemir O, Bayraktar E. Genel Tıpta Psikiyatrik Semptomlar. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997.
119.Yunus MB, Masi AT, Aldag JC. A controlled study of primary fibromyalgia syndrome: clinical features and association with other functional syndromes. J Rheumatol Suppl. 1989;19:62-71.
120.Monteso Curto MP, Ferre i, Grau C, Martinez, Quintana V, Fibromyalgia: beyond the depression. 2010: 33(9):20-6.
121.Harkness EF, Macfarlane GJ, Nahit E, Silman AJ, McBeth J, Mechanical injury and psychosocial factors in the work place predict the onset of widespread body pain: a two-year prospective study among cohorts of newly employed workers. Arthritis Rheum 2004; 50: 1655-1664.
122.Gormsen L, Rosenberg R, Bach FW, Jensen TS. Depression, anxiety, health related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. Eur J Pain 2010; 14: 127-135
123.Atik Ç. Fibromiyalji sendromu için ACR 2010 tanı kriterlerinin Türk toplumunda geçerlilik ve güvenirliği. Fiziksel tıp ve rehabilitasyon anabilim dalı, tıpta uzmanlık tezi. Ankara 2014 (Prof. Dr. Yeşim Kurtaiş Aytür).
124.Maquet D, Croisier JL, Renand C et al. Muscle performance in patients with fibromyalgia. Joint Bone Spine 2002;69:293-9.
125.Lindth M, Johansson G, Grimby GL. Studies on maximal voluntary muscle contraction in patient with fibromyalgia and controls. Arch Phys Med Rehabil. 1994;75:1217-22.
126. Leslie J. Crofford and Daniel J. Clauw. Fibromyalgia: Where Are We a Decade After the American College of Rheumatology Classification Criteria Were Developed? Arthritis Rheum. 2002;46(5):1136-8.
127.Enzlin P, Mathieu C, Demyttenaere K. Gender Differences in The Psychosocial Adjusment To Type 1 Diabetes Mellitus: An Explorative Study. Patient Education And Counseling. 2002: 48, 139-145.
128.Dülgerler Ş. Kalp Yetmezliğinde Psikososyal Boyut. Kalp Yetmezliği Elektronik Haber Bülteni 2015: 7(4). https://www.tkd.org.tr/KYBulteni/?makale=271.

129.McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K ve ark. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik 2012 ESC Kılavuzu. Türk Kardiyol Dern Arş 2012;40(sup2):77-137.
130.Doğru B, Karadakovan A. Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Hastalarda Psikososyal Uyum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. J Cardiovasc Nurs 2016;7(13):88-104.
131.Vazquez MI, Health-releated quality of life in women with fibromyalgia: clinical and psychological factors. associated Campos rp, 2011; 4
132.Salvi V, Maina G, Rossetto I, Aguglia E, Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms comorbidity and clinical correlates. 2011: 128(3):262-6
133.Shuster J, McCormack J, Pillai Riddell R, Toplak ME, Understanding the psychosocial profile of women with fibromyalgia syndrome. 2009; 14(3):239-4
134.Verbunt JA, Pernot DH, Smeets RJ. Disability and quality of life in patients with fibromyalgia Health Qual Life Outcomes. 2008 Jan 22;6:8.
135.Hoffman DL, Dukes EM. The health status burden of people with fibromyalgia: a review of studies that assessed health status with the SF-36 or the SF-12. Int J Clin Pract. 2008 Jan;62(1):115-26.
136.Balasubramaniam R, de Leeuw R, Zhu H, Nickerson RB, Okeson JP, Carlson CR. Prevalence of temporomandibular disorders in fibromyalgia and failed back syndrome patients: a blinded prospective comparison study. Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics. 2007;104:204-16.
137.Tüzün, E.H., Albayrak, G.,Eker, L., Sözay, S.ve Daşkapan, A. (2004). A comparison study of quality of life in women with fibromiyalgia and myofascial pain syndrome. Disability and Rehabilitation, 26(4), 198- 202.
138. Koptagel-İlal G. Uyum Duyusu Sağlık ve Hastalıktaki Rolü. lV Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatri Kongresi. 1996: 128-136.
139. Livneh H. Psychosocial adaptation to choronic illness and disability. Rehabilitation Counseling Bultein 2001; 44,3:151-160.
140. Özkan S. Hastalıklara Psikolojik Tepkiler. V. Ulusual Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongresi. İstanbul-Türkiye, 21-23 Ekim 1998: 27-30
141. Öz, F. Hastalık Yaşantısında Belirsizlik. Türk Psikiyatri Dergisi, 2001: 12(1), 61-68.
142.Talaz A. Diyabetik Ayak Gelişen ve Gelişmeyen Hastalarda Kan Şekeri Kontrolünün ve Psikososyal Uyumun Değerlendirilmesi. Yüksek lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007, İstanbul.
143. Akimoto M, Fukunishi I, Kanno K, Oagai Y, Horikawa N, Yamazaki T, Morokuma Y. Psychosocial Predictors of Relapse Among Diabetes Patients:A 2-Year Follow-Up After Inpatient Diabetes Education. Psychosomatics, 2004: 45, 343–349.
144. Coffey L, Gallagher P, Horgan O, Desmond D, Maclachlan M. Psychosocial Adjustment to Diabetes-Related Lower Limb Amputation. Diabetic Medicine, 2009: 26, 1063–1067.
145. Çam O, Saka Ş, Gümüş AB. Meme Kanserli Hastaların Psikososyal Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi, 2009: 5(2), 73- 81.

146. Whittemore R, Melkus GD, Grey M. Metabolic Control, SelfManagement and Psychosocial Adjustment in Women With Type 2 Diabetes. Journal of Clinical Nursing, 2005:14, 195–203.
147. Şahin S. Diyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Umut–Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007, Kayseri.
148. Badur F. Diyabetli Yaşlılarda İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009, İstanbul.
149. Willoughby D, Kee C, Demi A. Women's psychosocial adjustment to diabetes. Journal of Advanced Nursing,2000: 32(6):1422-1430.
150. Kumcağız H, Özenoğlu A, Aydın Avcı, İ, Uğurlu S. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Bunaltı Düzeyleri ve Stresle Başetme. Cumhuriyet Tıp Dergisi,2009: 31, 122-129.
151. Yuet LM, Alexander M, Chun CJ. Coping and Adjustment in Chinese Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. International Journal of Nursing Studies,2002: 39, 383–395.
152. Carmen D, Watkins D, Rowell K, Hooten E. Coping Styles, Well-Being, and Self-Care Behaviors Among African Americans with Type 2 Diabetes. The Diabetes Educator,2008: 34: 501.
153. Asbring P.Chronic illness-a distruption in life; identity-transformation among women with chronic fatigue sydrome and fibromyalgia. Journal of Advenced Nursing,2001: 34(3),312- 319.
154. Schleicher H, Alonso C, Shirtcliff EA, Muller D, Loevinger BL, Coe LC. İn the face of pain: the relationship between psychological well-being and disability in women with fibromyalgia. Psychotherapy and Psychosomatics,2005: 74, 231-239.
155. Buchwald D, Pearlman T,Umali J, Schmaling K, Katon W. Functional status in patients with cronic fatigue syndrome, other fatiguing illneses, and healthy indiviaduals. The American Journal of Medicine,1996: 101, 364- 370.
156. Kurtze N,Gundersen TK, Svebak S. Quality of life, functional disability and lifestyle among subgrup of fibromyalgia patients. the significance of anxiety and depresyon. British Journal of Medical Psychology,1999: 72, 471- 482.
157. Moffitt SP, Gatchel RJ, Robinson RC, Deschner MP, Posamentier M, Polatin P.Biopsychosocial profiles of different pain diagnostic grups. The Journal of Pain,2006: 7(5), 308- 318.
158. Turk DC Understanding pain suffers: the role of cognitive proses. The Spine Journal, 2004: 4,1- 7.
159. Karaaslan Y. Ağrılı Sendromlar. G. İliçin, K. Biberoğlu, G. Süleymanlar, S. Ünal (Ed.). İç Hastalıkları, ikinci baskı, Ankara: Güneş kitabevi, 2003: s. 2823-2826.
160. Erçalık C. Fibromiyalji sendromunda bilişsel davranış tedavisi ve tens tedavilerinin etkinliği, İstanbul: Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı, 2005.

161. Yüksel M, Fibromiyalji sendromunda kantitatif EEG bulguları, tens ve akupunkturun tedavideki etkinliği, Ankara: Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Başkent Üniversitesi, 2014.
162. Özçetin A, Fibromiyali bir psikiyatrik bozukluk mu, yoksa birliktelik mi?, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2014: cilt 4, no. 3, pp. 34-44.
163. İnanıcı F. Fibromiyalji sendromu, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (Beyazova M, Kutsal YG. Ed.) içinde. Ankara, Güneş Kitapevi, 2011, pp. 2365-2377.
164. Bilgici A, Akeniz O, Güz H, Ulusoy H, Fibromiyalji sendromunda depresyon ve sosyal uyumun rolü, Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi,2005: cilt 51, no. 3, pp. 98-102.
165. Madenci E, Herken H, Yağız E, Keven S, Gürsoy S. Kronik ağrılı ve fibromiyalji sendromlu hastalarda depresyon düzeyleri ve ağrı ile başa çıkma becerileri, Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi,2006: cilt 52, no. 1, pp. 19-21.
166. Güleç H, Sayar K, Topbaş M, Karakucak M,Ak İ. Fibromiyalji sendromu klan kadınlarda aleksitimi ve öfke, Türk Psikiyatri Dergisi, 2004: cilt 15, no. 3, pp. 191-198.
167. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007: 33-40.
168.İnanır A, Toprak H, İnanır S, Kuyucu E. Fibromyaljili hastalarda yeme tutumunun değerlendirilmesi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi (GOÜ), Tıp Fakültesi Dergisi, 2011: no. 1, pp. 38-47.
169.Güleç H, Sayar K, Güleç M, Fibromiyaljide tedavi arayışının psikolojik etkenlerle ilişkisi, Türk Psikiyatri Dergisi, 2007: cilt 18, no. 1, pp. 22-30.
170. Epstein S, Kay G, Clauw D, Heaton R, Klein D, Krupp L. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia: A multicenter investigation, Psychosomatics,1999: cilt 40, pp. 57-63.
171. Şengül C, Akkaya N. Romatolojik hastalıklar ve depresyon,» Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2014: cilt 6, no. 4, pp. 363-374.
172. Soran N, Altındağ Ö, Demirkol A. Fibromiyalji sendromunda depresyon düzeyi ve klinik parametrelerle ilişkisi, Romatizma,2008: cilt 23, pp. 1-4.
173. Ataoğlu S, Özçetin A, Ataoğlu A, İçmeli C, Makarç S, Yağlı M. Fibromiyaljili ve romatoid artritli hastalarda ağrı şiddeti ile anksiyete ve depresyon ilişkisi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002: cilt 3, pp. 223-226.
174. Dunne F, Dunne ve CA. Fibromyalgia, psychiatric comobidity, and the somatosensory cortex,» British Journal of Medical Practitioners, 2012: cilt 2, no. 522-524, p. 5.
175. Özçetin A, Ataoğlu S, Koçer E, Yazıcı S, Yıldız O, Ataoğlu A, İçmeli C. Effects of depression and anxiety on quality of life of patients with rheumatoid arthritis, knee osteoarthritis and fibromyalgia syndrome,» West Indian Medical Journal,2007, cilt 56, no. 2, pp. 122-129.
176. Şengül C, Ateş A, Okay T, Dilbaz N, Karaaslan Y. Fibromiyalji ve romatoid artritli hastalarda anksiyete, depresyon, aleksitimi ve disosiyasyon seviyeleri ve

bu parametrelerin hastalık şiddeti ile ilişkisi, Türkiye'de Psikiyatr,2008: cilt 10, pp. 104-108.
177. Berk H. Kronik ağrı yaşantısı ve ağrı inançları: ağrı inançları ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, İstanbul: Yayımlanmamış Doktora Tezi, 2006, İstanbul Üniversitesi.
178. Bayram K, Erol A. Fibromiyalji ve romatoid artritte çocukluk çağı örselenmeleri, anksiyete ve depresyon düzeyleri, Nöropsikiyatri Arşivi ,2014 cilt 51, pp. 344-349.
179. Kösehasanoğulları M, Yılmaz N. Fibromiyalji sendromu ve nöropatik ağrı, Aegean Journal of Medical Science,2018: no. 1, pp. 26-31.
180. Baygutalp N, Seferoğlu B, Baygutalp F, Şenel K. Fibromiyalji sendromlu hastalarda serum prolaktin düzeylerinin klinik parametrelerle korelasyonu, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi,2013: cilt 16, pp. 83-87.
181. Bağış S. Fibromiyaljide klinik bulgular ve tanı, Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi,2008: cilt 54, no. 1, pp. 12-14.
182. Mete, Kronik hastalık ve depresyon, Klinik Psikiyatri 2008,2008: cilt 11, no. 3, pp. 3-18.
183. Tütüncü R,Günay H. Kronik ağrı, psikolojik etmenler ve depresyon, Dicle Tıp Dergisi, 2011:cilt 38, no. 2, pp. 257-262.
184. Kaymaz T, Akdemir N. Diyabetli biireylerde hastalığa psikososyal uyum, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi,2016: cilt 7, no. 2, pp. 61-67.
185. Çam O,Nehir S. Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların psikososyal uyumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,2011: cilt 2, no. 47-59, p. 27.
186. Zengin O, Fırat E, Acar B. Bazı sosyo-demografik özellikler açısından diyabetli bireylerin psikososyal uyum düzeyleri üzerine bir araştırma, Bozok Tıp Dergisi, 2017: cilt 7, no. 3, pp. 73-80.
187. Hacıhasanoğlu R, Karakurt P, Yıldırım A, Uslu S, Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2010: cilt 9, no. 3, pp. 209-216.
188. Erşan E, Kelleci M, Baysal B. An Overview on Psychosocial Adaptation, Depression, Anxiety and Stress Levels in Patients with Heart Disease. J Clin Psy. 2013; 16(4): 214-224.
189. Ataoğlu S, Ankaralı H, Ataoğlu A, Ankaralı S, Ataoğlu B, Ölmez S. Fibromiyalji hastalarında travmatik yaşantıların hastalığa etkisi, Konuralp Tıp Dergisi ,2018: cilt 10, no. 2, pp. 134-143.

8. EKLER

Ek 1: Hasta Bilgi Formu

Sayın Hastamız,

Bu çalışma siz fibromiyalji hastalarının hastalığa psikososyal uyumunu belirlemek ve bakım gereksinimlerini saptamak amacıyla planlanmıştır. Verdiğiniz bilgiler bizim bu hastalıkta yaşanılan güçlükleri ve uyumu etkileyen faktörleri anlamamızda ve sizlere daha kaliteli bir bakım sunmamızda bizlere yol gösterici olacaktır. Bu çalışmaya katılmama, anketi cevaplamama ve istediğiniz zaman anketi bırakma hakkınız bulunmaktadır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bilimsel amaçla kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Araştırmaya yaptığınız katkılardan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılar sunarım.

Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi

Merve Özdemir

ANKET NO:

A.SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1.Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz

1. Kadın 2. Erkek

3. En son hangi okulu bitirdiniz?

1-Okul bitirmedim-okur yazarım

2-İlkokul mezunuyum

3-Ortaokul

4-Lise

5-Üniversite ve üstü

4-Medeni durumunuz nedir?

1-Evli 2-Bekar 3-Boşanmış-Ayrı yaşıyor

5. Eve gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

6- Cevabınız "evet" ise mesleğiniz nedir?

0) yok 1)Memur 2) İşçi 3) Serbest meslek

7.Size göre maddi durumunuz nasıldır?

1) Düşük (Gelir giderden az)

2) Orta (Gelir ve gider eşit)

3) Yüksek (gelir giderden fazla)

8. Alışkanlık 0. Yok 1.Sİgara 2. Alkol 3. Hiçbiri

B- HASTALIĞA VE TEDAVİYE AİT BİLGİLER

9. Genel kas ve eklem ağrılarınızın başladığı yıl:

10. Kas ve eklem ağrılarınız sebebi ile kullanmakta olduğunuz bir ilaç var mı?

1. Evet

2. Hayır

11. Hastalığınız başlamadan önce yaşanan stres etmeni/ yaşam olayı var mı?

1. Son bir ay içinde var

2. Son bir yıl içinde var

3. Yok

12. Daha önce psikiyatri bölümüne başvurunuz oldu mu ?

1. Evet

2. Hayır

13. Daha önce kullandığınız veya halen kullanmakta olduğunuz psikiyatrik bir ilaç var mı?

1. Evet

2. Hayır

14. Size göre bu hastalık nasıl bir hastalıktır?

1) Bir süre sonra geçip gidecek bir durum

2) Devam eden bir durum hayatınızın bir parçası

3) Ara ara gelen bir durum

15. Genel durumunuzdan memnuniyet düzeyiniz nedir?

Hiç memnun değilim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok memnunum

Ek 2 :Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (Psychososcial Adjustment to Illness Scale-Self-Report- PAIS-SR)

Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği

AÇIKLAMA: Elinizdeki bu form şu anda sizin ya da çocuklarınızın veya yakınlarınızın yaşamakta olduğu hastalığın sizin üzerinizde yarattığı etkilere yönelik çeşitli gruplar hakkındaki soruları kapsamaktadır. Bu hastalığın, etkilerinin, evinizde, ilişkilerinizde, işinizde, aile ve kişisel yaşamınızda ne yönde ve nasıl olduğuyla ilgilenmekteyiz.Ayrıca, diğer bir grup soru ile hastalığınızın sosyal ve özel yaşamınızdaki etkileri, duygusal olarak ne tür bir ruh hali içinde olduğunuzu da ortaya çıkarmaya çalışacağız. Bu formda yer alan her bir soruya yanıt verirken, hastalığa ait deneyiminizi/durumunuzu en iyi yansıtan yanıt şıklarının yanına (x) işaretlerini veriniz. Lütfen tüm soruları yanıtlamaya çalışın ve herhangi bir soruyu atlayıp yanıtsız bırakmayın.Eğer belli bir soruya ait yanıt şıklarından hiç biri sizin durumunuzu yansıtmıyorsa, durumunuza en uygun ve en yakın yanıt şıkkını işaretleyin.

Hastalık etkilerine ait durumunuz bu gün dahil 30 günlük bir dönemi kapsamaktadır.Tüm soruları, bu 30 günlük süre içinde hastalık etkilerinin size yaşattıkları açısından işaretleyin.Eğer şu anda hastanede tedavi görmekteyseniz (ya da hastanede yatan hastanın yakınıysanız) hastaneye yatış tarihinden önceki 30 günlük süreyi göz önüne alarak yanıt veriniz.

Bazı sorularda evli olduğunuz ya da şu anda birlikte olduğunuz biri olduğu varsayımı yer almaktadır.Bunun dışındaki sorularda ise aile ilişkileri açısından sorular sorulmaktadır.Evli olmadığınız bir ailenizin olmayışı, ya da şu anda birlikte olduğunuz birinin olmaması gibi bir durum söz konusu ise, lütfen bu soruları boş bırakın.Bununla birlikte yine de tüm sorulara yanıt vermeye çalışın.

İkinci bölümde çalışma ve iş performansınızla ilgili sorular yer almaktadır. İşiniz sürekli ya da part-time olsa bile, yine de işiniz ve mesleğiniz genel durumu açısından yanıt veriniz. Eğer bir ev kadınıysanız, ev işleri, komşularınızla olan ilişkileriniz açısından yanıt veriniz.

Bu formu doldururken harcadığınız zaman için teşekkür ederiz.Formu doldurma işiniz bittikten sonra, tüm soruları tamamlayıp tamamlamadığınızdan emin olmak için formu tekrar gözden geçiriniz. Form hakkında aklınıza takılan bir soru olursa, lütfen sorunuz.

Eğer posta ile başvuruyorsanız, bu tip soruları aşağıdaki boşlukta belirtiniz.Lütfen formu doldurur doldurmaz, teslim ediniz.

Bölüm –I

1. Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi

tanımlar?

o Sağlığımla çok ilgiliyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim.

o Sağlığımı korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim.

o Genellikle sağlığımla ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım, fakat bazen ilgilenmeye fırsatım

olmuyor.

o Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üzerinde durduğum bir konu değildir.

2. Şu anda mevcut hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat

gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyiniz.

o Her zaman yaptığım şeyleri yeterince yapıyorum ve hastalığım ile ilgili özellikle bir kaygı

duymuyorum.

o Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım, fakat çoğu

zaman ya unutuyorum, ya da yorgun veya meşgul oluyorum.

o Şimdiki hastalığım ile ilgilenerek çok iyi bir iş yapıyorum.

o Hastalığım için gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için

gereken her şeyi yapıyorum.

3. Genel olarak şu anki tıbbi bakımın kalitesi ve bu hizmeti veren hekimler hakkında neler düşünüyorsunuz ?

o Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar.

o Şu andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi, fakat geliştirilmesi gereken bazı alanlar vardır.

o Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekiler ile aynı kalitede değil.

o Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla güvenim yok.

4. Şu andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar, hem de diğer tıbbi personel tarafından size bir tedavi uygulandı. Doktorlar ve diğer personel hakkındaki görüşleriniz nedir ? Size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz?

o Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken her şeyi yaptıklarını

düşünmüyorum.

o Uygulanan tedaviyi beğenmedim,ama sanırım bu onların yapabileceklerinin en iyisi

o Bazı problemler olmasına rağmen bir bütün olarak, uygulanan tedavi oldukça iyi idi

o Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmeldi.

5. Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olan seçeneği işaretleyiniz?

o Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yaratığı tüm sorunları en kısa zamanda

halledip tekrar eskisi gibi olacağım.

o Hastalığım bende bazı sorunlara yol açtı, ancak bunları çok kısa sürede halledeceğimi ve

tekrar eski haline döneceğimi düşünüyorum.

o Hastalığım hem ruhsal, hem de fiziksel olarak beni altüst etti, fakat bunun üstesinden gelmek

için çok çaba harcıyorum, bir gün eski günlerdeki halime kavuşacağıma eminim.

o Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu, işin üstesinden gelip

gelemeyeceğimi bilemediğim zamanlar oluyor.

6. Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir ve bazı hastalar,

hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi alamadıklarını

düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyiniz.

o Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel hastalığım hakkında bana

çok az şey açıkladılar.

o Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum, ama daha fazlasını bilmek isterdim.

o Hastalığım hakkında genel bir kanıya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman

bilgi alabileceğimi biliyorum.

o Hastalığım bana bir bütün olarak anlatıldı, doktorum ve diğer tıbbi personel bilmeyi istediğim

her şeyi tüm detayları ile açıkladılar.

7. Sizin hastalığınız gibi hastalığı olan insanların kendilerine uygulanan tedaviden ve bu

tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan tedaviden

beklediklerinizi hakkında aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanı seçiniz.

o Doktorumun ve tıbbi personeli tedavinin yönlendirilmesi konusunda çok başarılı olduklarına

inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi.

o Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktoruma güvenmekle birlikte bazen bu konuda

şüphelerim olabiliyor.

o Tedavimin çok tatsız olan bazı bölümlerinden memnun değilim, fakat doktorlarım bir süre

daha bu şekilde devam etmem gerektiğini söylüyorlar.

o Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam

etmeye değeceğine emin değilim.

8. Sizin hastalığınız gibi hastalığı olan hastalara tedavileri konusunda farklı oranda bilgi

verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinden tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve

bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz.

o Tedavim hakkında neredeyse hiç bir açıklamaya yapılmadı ve bunun ile ilgili kendi halime

bırakıldığımı hissediyorum

o Tedavim hakkında biraz bilgim var, ama bilmeyi istediğim kadar değil.

o Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli, fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var.

o Tedavimle ilgili bilgimin tam ve güncel olduğunu düşünüyorum.

Bölüm II

1. Hastalığınız mesleğinizi/ okulunuzu/ ev işlerinizi vb. yapmanızı engelledi mi?

o Mesleğimi vb. şeyleri yapmamla ilgili bir sorun yok.

o Bazı sorunlar ama bunlar ufak şeyler.

o Bazı ciddi sorunlar var.

o Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor.

2. Şu an mesleğiniz/çalışmalarınız/ev işlerinizi yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi ?

o Kötü durumda

o Pek iyi değil

o Yeterli

o Çok iyi

3. Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?

o Üç gün ve daha az

o Bir hafta

o İki hafta

o İki haftadan daha çok

4. Şu an sizin için işiniz (okulunuz) hastalanmadan önceki kadar önemli mi ?

o Şu an az önemli veya hiç önemi yok

o Oldukça az bir öneme sahip

o Eskiye göre biraz önemini yitirdi

o Aynı veya daha önemli

5. Yaşadığınız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz / işleriniz vb. ile ilgili amaçlarınızda bir değişiklik oldu mu ?

o Amaçlarımda değişlik yok.

o Amaçlarımda çok az bir değişiklik oldu.

o Amaçlarım önemli ölçüde değişti.

o Amaçlarımı tamamen değiştirdim.

6. Hasta olmanızdan bu yana arkadaşlarınız, komşularınızla olan sorunlarda bir artış fark ettiniz mi?

o Sorunlarda büyük artış var

o Sorunlarda orta derecede bir artış var

o Sorunlarda az ölçüde bir artış var

o Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok

Bölüm III

1. Hastalanmanızdan bu yana eşinizle (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile) olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız ?

o İyi

o Fena değil

o Kötü

o Çok kötü

2. Yaşamınızdaki, çevrenizdeki diğer insanlarla (çocuklar, akrabalar vb.) olan ilişkilerinizigenel olarak nasıl tanımlarsınız?

o Çok kötü

o Kötü

o Fena değil

o İyi

3. Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?

o Bir engelleme olmadı.

o Bazı problemler var üstesinden kolayca gelinebilir.

o Orta derecede bazı problemler var, bazıları hallolabilecek gibi değil

o Evle ilgili sorumluluklarımla ilgili son derece ciddi problemler var.

4. Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu?

o Ailem bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olamadı

o Ailem bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi, ama bazı sorunları halledemediler

o Ailem genelde yardımcı oldu, yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı

o Bu konuda bir sorun yok

5. Hastalığınız aile üyeleri ile sizin aranızdaki iletişimin azalmasına neden oldu mu ?

o İletişimde bir azalma yok

o Çok az ölçüde azalma oldu.

o İletişimde bir azalma oldu, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum.

o İletişimimiz önemli ölçüde azaldı, kendimi çok yalnız hissediyorum

6. Sizin gibi hasta1ığı olan bazı insanlar günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaşlar, komşular, aile vb.) bazı yardımlar beklerler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz, böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?

o Yardıma gerçekten ihtiyacım var, ama etrafımda bana yardım edecek insanı nadiren

bulabiliyorum.

o Biraz yardımcı oluyorlar her zaman güvenilebilecek ölçüde değil.

o Her zaman olamamakla birlikte çoğunlukla gereken yardımı görüyorum.

o Yardıma ihtiyacım olduğumu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var.

7. Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı ?

o Herhangi bir fiziksel yetersizliğe yol açmadı

o Az ölçüde fiziksel yetersizliğe yol açtı

o Orta ölçüde fiziksel yetersizliğe yol açtı

o Önemli ölçüde fiziksel yetersizliğe yol açtı

8. Sizinki gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?

o Önemli ölçüde maddi sıkıntılarım var

o Orta derecede maddi problemlerim var

o Çok az maddi problemim var

o Para ile ilgili bir problemlerim yok

Bölüm IV

1. Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığınız eşinizle olan ilişkilerinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkilerinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?

o İlişkimizde herhangi bir değişiklik olmadı.

o Hastalanmamdan bu yana birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı.

o Hastalanmamdan bu yana yakınlığımız kesinlikle daha azaldı.

o Hastalanmamdan bu yana ilişkimizde ciddi problemler hatta kesilmeler oldu.

2. Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu

belirtirler. Hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu ?

o Hasta olmamdan bu yana kesinlikle hiç bir cinsel istek duymuyorum.

o Cinsel istekte belirgin azalma var.

o Cinsel istekte hafif bir azalma var.

o Cinsel istekte hiç bir azalma yok.

3. Hastalıklar bazen cinsel aktivitelerde bir azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma oldu mu?

o Cinsel aktivitede bir azalma yok.

o Cinsel aktivitelerde çok az ölçüde bir azalma var.

o Cinsel aktivitelerde önemli ölçüde bir azalma var.

o Cinsel aktiviteler tamamen durdu.

4. Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir

değişiklik var mı?

o Cinsel zevk ve tatmin tamamen kayboldu.

o Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var .

o Cinsel zevk ve tatminde çok az ölçüde bir kayıp var .

o Cinsel tatminde bir değişiklik yok

5. Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olmasa da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin başınıza böyle bir durum geldi mi, geldiyse hangi ölçüde ?

o Cinsel performansımda bir değişiklik yok.

o Cinsel performansımla ilgili ufak problemler var .

o Önemli cinsel problemlerim var.

o Cinsellikten tamamen koptum.

6. Hastalıklar eşler (partner) arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir, ya da bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda eşinizle

(partnerinizle) aranızda farklı görüş ve duygular var mı ve ne derecede?

o Sürekli görüş ayrılıkları mevcut.

o Bu konuda yoğun farklılıklar var.

o Bazı farklılıklar var .

o Bu konuda hiç bir görüş ve farklılık yok.

Bölüm V

1. Hastalığınız süresince hane dışında yaşayan aile üyeleri ve akrabalarınız ile kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup konuştunuz mu?

o Görüşmeler aynı biçimde yada biraz daha yoğun oldu

o Görüşmeler biraz azaldı.

o Görüşmeler belirgin olarak azaldı

o Hastalık süresince hiç görüşmedik

2. Hastalığınız süresince aile üyeleri ve akrabalarınızla yakınlaşma isteğiniz onlara olan ilginiz ne ölçüde, ne düzeyde?

o Onlarla bir araya gelme konusunda bir isteğim olmadı, ya da çok az bir istek oldu.

o Öncekine oranla onlara olan ilgi ve isteğim çok azaldı

o İlgim biraz azaldı

o İlgi ve isteğim aynı yada hastalığım süresince daha arttı

3. İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve akrabalarının desteğine sığınma ihtiyacı

hissederler. Siz onların fiziki yardıma ihtiyaç duyduğunuzda onlarda destek görebiliyor musunuz, onlar bu desteği size gösterebiliyorlar mı?

o Yardıma ihtiyacım yok, istediğim yardımı zaten veriyorlar.

o Bazı küçük şey1er hariç yeterince yardımcı oluyorlar.

o Yardım ediyorlar ama yeterince değil.

o Çok ihtiyacım olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar, ya da hiç yardım etmiyorlar.

4. Bazı insanlar hane dışında yaşayan aile üyeleri ve akrabaları ile çok sık görüşürler. Görüşmeleriniz ne ölçüdedir, hastalığınız görüşme sıklığında bir azalmaya yol açtı mı?

o Görüşmeler önemli ölçüde yok oldu .

o Görüşmeler önemli ölçüde azaldı.

o Görüşmeler biraz azaldı.

o Görüşmelerimiz hastalıktan az etkilendi veya hiç etkilenmedi.

5. Genel olarak bu insanlarla aranız nasıl ?

o İyi

o Fena değil

o Kötü

o Çok kötü

Bölüm VI

l. Bu hastalık öncesine göre boş zaman uğraşlarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenebiliyor musunuz?

o İlgim tıpkı eskisi gibi

o Eskisine göre biraz daha az

o Eskisine göre önemli ölçüde az

o Az yada hiç ilgim kalmadı

2. Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl ? Hala eskisi gibi uğraşlarınıza devam edebiliyor musunuz?

o Katılımım çok az, yada hiç yok.

o Katılımım önemli derecede azaldı.

o Katılımım ölçüde bir azalma gösterdi.

o Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

3. Ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatler, piknikler vb.) hasta olmadan önce olduğu kadar ilgi duyuyor musunuz ?

o İlgim eskisi kadar

o Eskisine göre biraz daha az

o Eskisine göre önemli ölçüde düşük

o İlgim çok az, yada ilgim kalmadı

4. Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?

o Katılımım çok az, yada şu anda hiç bir katılımım yok.

o Katılımım önemli ölçüde azaldı.

o Katılımım biraz azaldı.

o Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

5. Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere olan ilginizi devam ettirebildiniz mi? (sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema)

o İlgim tıpkı eskisi gibi

o Eskisine göre daha az

o Eskisine göre önemli ölçüde az

o İlgim çok az, yada ilgim kalmadı

6. Bu faaliyetlere olan katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz ?

o Katılımım çok az, ya da yok

o Katılımım önemli derecede azaldı

o Katılımım biraz azaldı

o Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

Bölüm VI

1. Hastalığınızın öncesine göre boş zaman uğraşlarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenebiliyor musunuz?

oİlgim tıpkı eskisi gibi.

o Eskisine göre biraz daha az.

oEskisine göre önemli ölçüde azaldı.

o Hemen hemen hiç ilgim kalmadı.

2. Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl? Hala eskisi gibi uğraşlarınıza devam edebiliyor musunuz?

oKatılımım çok az ya da hiç yok.

oKatılımım önemli ölçüde azaldı.

oKatılımım az ölçüde bir azalma gösterdi.

oKatılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

3. Hastalığınızda öncesine göre ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatler, piknikler vb.) ilgi duyuyor musunuz?

oİlgim tıpkı eskisi gibi.

oEskisine göre biraz daha az.

oEskisine göre önemli ölçüde azaldı.

oİlgim çok az, ya da ilgim kalmadı.

4. Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?

o Katılımım çok az ya da şu anda hiçbir katılımım yok.

oKatılımım önemli ölçüde azaldı.

o Katılımım biraz azaldı.

oKatılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

5. Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere (sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema vb.) olan ilginizi devam ettirebildiniz mi?

oİlgim tıpkı eskisi gibi.

oEskisine göre biraz daha az.

oEskisine göre önemli ölçüde azaldı.

oİlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı.

6. Bu faaliyetlere olan katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?

oKatılımım çok az ya da yok.

oKatılımım önemli ölçüde azaldı.

oKatılımım biraz azaldı.

oKatılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

Bölüm VII

1. Son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik yada huzursuzluk hissettiğiniz oldu mu ?

o Olmadı

o Çok az

o Oldukça fazla

o Aşırı derecede

2. Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilgisiz ve mutsuz hissettiğiniz oldu mu?

o Aşırı derecede

o Oldukça fazla

o Çok az

o Olmadı

3. Son zamanlarda öfkeli, sinirli Olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlü çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?

o Olmadı

o Çok az

o Oldukça fazla

o Aşırı derecede

4. Son zamanlarda kendiniz çok suçladığınız, suçlu hissettiğiniz yada insanları kendinizden küçük gördüğünüz oldu mu?

o Aşırı derecede

o Oldukça fazla

o Çok az

o Olmadı

5. Son zamanlarda hastalığınız yada başka sorunlar hakkında çok endişe duyduğunuz oldu mu?

o Olmadı

o Çok az

o Oldukça fazla

o Aşırı derecede

6. Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız yada daha az değerli bulduğunuz oldu mu?

o Aşırı derecede

o Oldukça fazla

o Çok az

o Olmadı

7. Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?

o Olmadı

o Çok az

o Oldukça fazla

o Aşırı derecede

Ek: 3 Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD)

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

1. Kendimi gergin "patlayacak gibi" hissediyorum.

(3) Çoğu zaman

(2) Birçok zaman

(1) Zaman zaman, bazen

(0) Hiçbir zaman

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hâlâ zevk alıyorum.

(0) Aynı eskisi kadar

(1) Pek eskisi kadar değil

(2) Yalnızca biraz eskisi kadar

(3) Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3. Sanki kötü bir şeyler olacakmış gibi korkuya kapılıyorum.

(3) Kesinlikle öyle ve oldukça şiddetli

(2) Evet, ama çok şiddetli değil

(1) Biraz, ama beni endişelendirmiyor

(0) Hayır, hiç öyle değil

4. Gülebiliyorum ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.

(0) Her zaman olduğu kadar

(1) Şimdi pek o kadar değil

(2) Şimdi kesinlikle o kadar değil

(3) Artık hiç değil

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

(3) Çoğu zaman

(2) Birçok zaman

(1) Zaman zaman, ama çok sık değil

(0) Yalnızca bazen

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

(3) Hiçbir zaman

(2) Sık değil

(1) Bazen

(0) Çoğu zaman

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum

(0) Kesinlikle

(1) Genellikle

(2) Sık değil

(3) Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

(3) Hemen hemen her zaman

(2) Çok sık

(1) Bazen

(0) Hiçbir zaman

9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi tedirginliğe kapılıyorum.

(0) Hiçbir zaman

(1) Bazen

(2) Oldukça sık

(3) Çok sık

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

(3) Kesinlikle

(2) Gerektiği kadar özen göstermiyorum.

(1) Pek o kadar özen göstermiyorum.

(0) Her zamanki kadar özen gösteriyorum.

11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

(3) Gerçektende çok fazla

(2) Oldukça fazla

(1) Çok fazla

(0) Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

(0) Her zaman olduğu kadar

(1) Her zamankinden biraz daha az

(2) Her zamankinden kesinlikle daha az

(3) Hemen hemen hiç

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum

(3) Gerçekten de çok sık

(2) Oldukça sık

(1) Çok sık değil

(0) Hiçbir zaman

14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

(0) Sıklıkla

(1) Bazen

(2) Pek sık değil

(3) Çok seyrek

Ek 4: Araştırma İzin Yazıları

Etik Kurul Karar Formu

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Fibromiyaljili Hastaların Hastalığa Psikososyal Uyumu
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Düzce Üniversitesi Tıp Fak. Morfoloji Binası 4. Kat Konuralp-Düzce
	TELEFON	0380 542 14 16
	FAKS	0380 542 13 02
	E-POSTA	duzceetik@duzce.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Fatma EKER			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR UNVANI/ADI/SOYADI	Hemşire Merve ÖZDEMİR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	☐		
		Diğer ise belirtiniz ****			
		TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr.Gülbin SEZEN

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Fibromiyaljili Hastaların Hastalığa Psikososyal Uyumu			
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU					
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	**Belge Adı**		**Açıklama**		
	SİGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐			
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐			
	İLAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
	DİĞER:	☐			
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:2018/10**	**Tarih: 19.02.2018**			
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.				

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

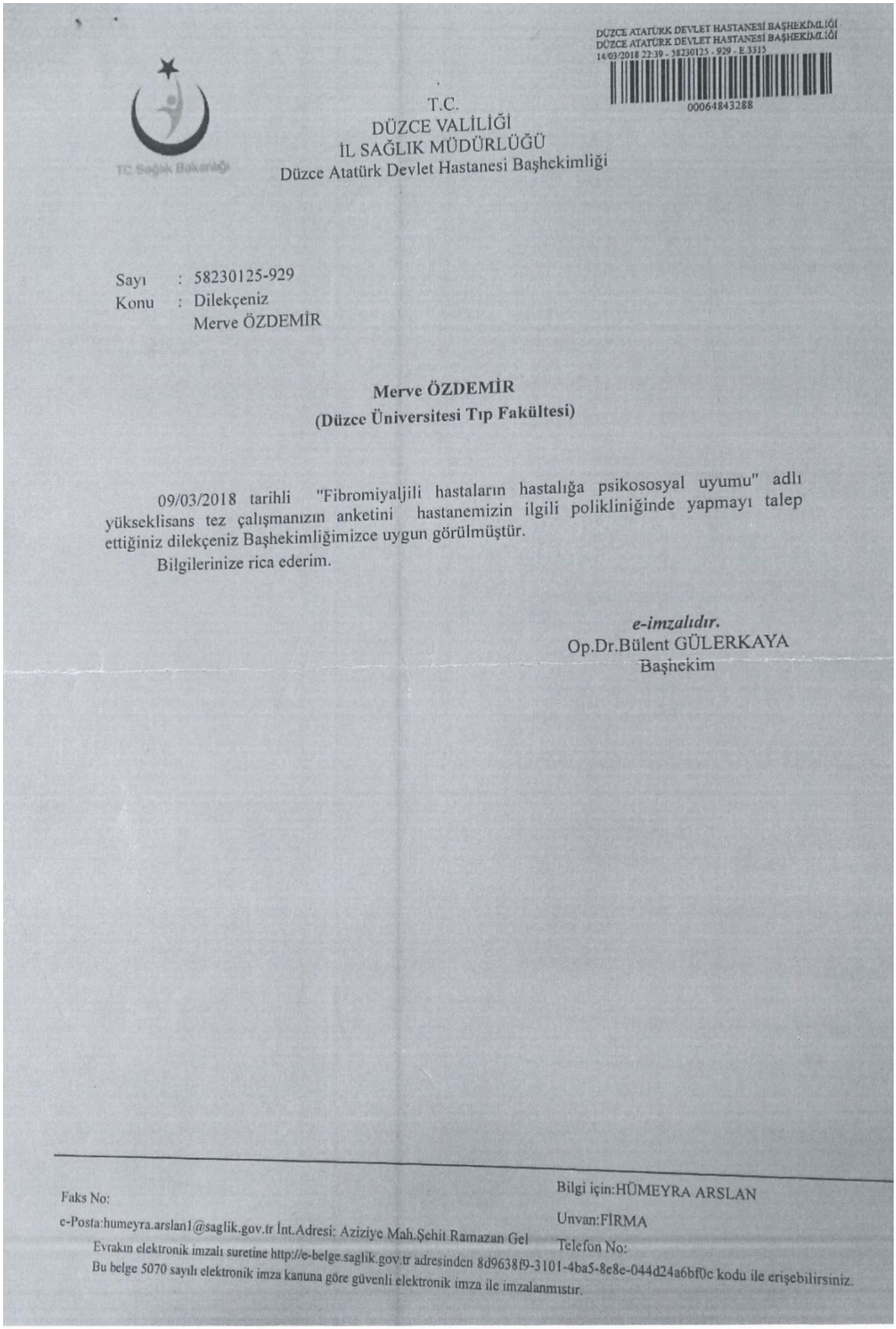
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç.Dr.Gülbin SEZEN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Hüseyin YÜCE	Tıbbi Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Atilla Senih MAYDA	Halk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Ege GÜLEÇ BALBAY	Göğüs Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Muhammet Ali KAYIKÇI	Üroloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd.Doç.Dr.Birgül ÖNEÇ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd.Doç.Dr.Nuri Cenk COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd.Doç.Dr.Filiz SÜZER ÖZKAN	Hemşirelik Bölümü	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd.Doç.Dr.Önder KILIÇASLAN	Çocuk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzm.Dr.Abdullah BELADA	KBB	Düzce Devlet Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Mustafa Salih EROL	Biyomedikal Uzmanı	Düzce Üniversitesi Sağlık Uyg.ve Araş.Merkezi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Kenan VAROL	Sivil Üye	Varollar Demir Çelik Ürünleri San.ve Tic.Ltd.Şti.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Metin POLAT	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr.Gülbin SEZEN

Düzce Atatürk Devlet Hastanesi İzin Formu



DÜZCE ATATÜRK DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ
DÜZCE ATATÜRK DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ
14/03/2018 22:39 - 58230125 - 929 - E.3315
00064843288

T.C.
DÜZCE VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Düzce Atatürk Devlet Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 58230125-929
Konu : Dilekçeniz
Merve ÖZDEMİR

Merve ÖZDEMİR
(Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi)

09/03/2018 tarihli "Fibromiyaljili hastaların hastalığa psikososyal uyumu" adlı yükseklisans tez çalışmanızın anketini hastanemizin ilgili polikliniğinde yapmayı talep ettiğiniz dilekçeniz Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Op.Dr.Bülent GÜLERKAYA
Başhekim

Faks No:
e-Posta:humeyra.arslan1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Aziziye Mah.Şehit Ramazan Gel
Bilgi için:HÜMEYRA ARSLAN
Unvan:FİRMA
Telefon No:
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 8d9638f9-3101-4ba5-8e8e-044d24a6bf0c kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

İZİN FORMU

'' Fibromiyaljili Hastaların Hastalığa Psikososyal Uyumları'' konulu araştırma çalışması yapmayı planlamaktayım. '' Fibromiyaljili Hastaların Hastalığa Psikososyal Uyumları'' konulu araştırma çalışmam için Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalınızda '' Fibromiyaljili Hastaların Hastalığa Psikososyal Uyumları'' konusunda çalışmalarıma izin verilmesi için müsaadelerinizi arz ederim.

Tarih 25.09.2018

Adı Soyadı:

Merve Özdemir

imza

Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniği ve Servisinde çalışmanın yapılması uygundur.

Tarih:

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanı:

Prof. Dr. Sarfinaz ATAOĞLU

İmzası:

Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezinde çalışmalar yapılması uygundur.

Tarih:

Başhekim:

Prof. Dr. Öner Abidin Balbay

İmzası:

ÖZGEÇMİŞ

1992 yılında Zonguldak'ta doğdu. İlköğretim ve ortaöğretime Giresun, Ankara, Osmaniye ve Düzce' de devam etti. Liseyi Düzce Anadolu Öğretmen Lisesinde tamamlayarak 2010 yılında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünü kazandı. 2014-2015 yılları arasında özel bir hastanede yenidoğan hemşiresi olarak çalıştı. 2016 yılında Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programına başladı. Aynı yıl Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde göğüs hastalıkları servisinde işe başladı ve halen burada çalışmaya devam etmektedir.