



TÜRKİYE CUMHURİYETİ

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

**MİYOFASİYAL AĞRI SENDROMUNUN D TİPİ KİŞİLİK
VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE İLİŞKİSİ**

(UZMANLIK TEZİ)

Dr. Mine UZGEL

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Serhat TUNÇ

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

KARS 2019

TÜRKİYE CUMHURİYETİ

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

MİYOFASİYAL AĞRI SENDROMUNUN D TİPİ KİŞİLİK

VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE İLİŞKİSİ

(UZMANLIK TEZİ)

Dr. Mine UZGEL

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Serhat TUNÇ

PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

KARS 2019

ÖNSÖZ

Asistanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım ve uzun yıllar yararlanmaya devam edeceğim, yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Serhat Tunç'a,

Bu tezin planlanmasında, yürütülmesinde yardımını esirgemeyen ikinci tez danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Sevtap Badıl Güloğlu'na,

Tez yazım sürecinde istatistik konusundaki bilgi ve yardımını esirgemeyen Dr. Öğretim Üyesi Fatih Kara ve Multehan Evran'a,

Hayatımı kolaylaştıran arkadaşım Seda Çelik'e

Asistanlık eğitimim boyunca her türlü desteğini benden esirgemeyen İbrahim Yağcı ve eşi Hacer Paşaoğlu Yağcı'ya,

Eğitimim süresince birlikte çalıştığım tüm doktor, hemşire ve hastane çalışanlarına,

Öğrendiğim pek çok şey için hastalarım,

Hayatımın her anında desteklerini esirgemeyen değerli aileme en içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Mine UZGEL

Kars, Nisan 2019

ÖZET

Bu çalışmada Miyofasiyal Ağrı Sendromu (MAS) tanısı konulan hastalarda D tipi kişilik ve çocukluk çağı travmaları varlığı ile bunların hastalığa etkisinin araştırılması amaçlandı. Çalışmaya Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık, Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniği'nde MAS tanısı konulan ve psikiyatri polikliniğine yönlendirilen 18-60 yaş arası 81 hasta ile benzer yaş, cinsiyet ve medeni durumda olan aynı sayıda sağlıklı kontrol grubu dahil edildi. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Vizüel Analog Skala (VAS), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete ölçeği (BAÖ), Kısa Form-36 (SF-36), Tıp D Kişilik Ölçeği (DS-14), Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) uygulandı. VAS, BDÖ, BAÖ, BDAÖ, ACYÖ puanları, ÇÇTÖ ve DS-14 ölçeklerinin ise tüm alt gruplarının puanları hasta grubunda anlamlı derecede yüksekti ($p<0.05$). Yaşam kalitesi ölçeğinin alt gruplarının puanları ise kontrol grubunda hasta grubuna göre anlamlı derecede yüksekti ($p<0.05$). D tipi kişilik (Odds ratio (OR)=9.35), cinsel işlev bozukluğu (OR=6.92), çocukluk çağı travmasının (OR=3.74) MAS için risk etkenleri olduğu saptandı. Sonuç olarak bu çalışmada MAS olan kişilerde D tipi kişilik örüntüsü ve çocukluk çağı travmasının daha sık görülmesinin yanı sıra depresyon, anksiyete, bedenselleştirme, cinsel sorunların da sağlıklı kişilere göre daha sık olduğu ve yaşam kalitesinin düştüğü gözlemlendi. D tipi kişilik özellikleri, çocukluk çağı travması ve cinsel işlev bozukluğu MAS olma riski ile doğrudan ilişkilidir. Bu çalışmanın MAS risk etkenlerinin saptanması ile bunların azaltılması veya önlenmesinde koruyucu ruh sağlığı geliştirilmesi sürecinde literatüre katkı sağlayacağı düşünüldü.

Anahtar Sözcükler: Çocuk istismarı, çocuk ihmali, depresyon, D tipi kişilik, miyofasiyal ağrı sendromları.

ABSTRACT

This study aimed to explore the presence of Type D personality and childhood traumas and their effects on the disease in patients diagnosed with myofascial pain syndrome (MPS). Eighty-one patients aged between 18 and 60 years who were diagnosed as MPS in the physical therapy and rehabilitation clinic and directed to the psychiatry clinic of Kafkas University Faculty of Medicine Health Practice and Research Hospital and the same number of control groups with similar age, gender and marital status were included in the study. Sociodemographic data form, Visual Analog Scale (VAS), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Short Form(SF-36), Type D Personality Scale (DS-14), Somatosensory Amplification Scale (SAS), Arizona Sexual Experience Scale (ASES) were administered. VAS, BDI, BAI, SAS, ASES scores and CTQ, DS-14 all subgroup scores were significantly high in the patient group ($p<0.05$). On the other hand, Quality of Life Inventory subgroup scales were significantly high in the control group compared to the patient group ($p<0.05$). Type D personality (OR=9.35), sexual dysfunction (OR=6.92), childhood trauma found (OR=3.74) as risk factors in MPS. In conclusion, depression, anxiety, somatization, sexual dysfunction and decreased quality of life were observed more commonly in individuals with MPS than healthy individuals besides the more frequent appearance of type D personality pattern and childhood trauma in this study. Type D personality characteristics, childhood trauma, and sexual dysfunction are directly related to the risk of MPS. This study was thought to contribute to the literature in the process of improving preventive mental health about determination and reduction of risk factors of the MPS.

Key Words: Child abuse, child neglect, depression, type D personality, myofascial pain syndromes.

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR VE SİMGELER	IX
ŞEKİLLER LİSTESİ	XI
TABLolar LİSTESİ.....	XII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2. 1 Tanım	4
2.2 Tarihçe	4
2.3 Epidemiyoloji	5
2.4 Etiyoloji	6
2.4.1 Travma	6
2.4.2 Anksiyete.....	6
2.4.3 Kas Erimesi	6
2.4.4 Kas İskemisi	7
2.4.5 Refere Viseral Ağrı	7
2.4.6 Motor sinirlerin radikülopatik kompresyonu	7
2.4.7 İklimsel Nedenler	7
2.4.8 Uyku	7
2.4.9 Yaş	7
2.4.10 Cinsiyet.....	8
2.4.11 Endokrin ve metabolik nedenler	8
2.4.12 Vitamin ve mineral eksiklikleri	8
2.4.13 Enfeksiyonlar.....	8
2.4.14 Mekanik faktörler	8
2.5 Patofizyoloji	9
2.5.1 Elektrofizyoloji	9
2.5.2 Entegre Tetik Nokta Hipotezi.....	9
2.5.3 Sindirella Hipotezi	10
2.5.4 Nosiseptör Özellikleri.....	10
2.5.5 Afferent Sinirlerin Kimyasal Aktivasyonu	11

2.5.6 Periferik ve Santral Sensitizasyon	11
2.6 Klinik Manifestasyonlar	12
2.6.1 Ağrı.....	12
2.6.2 Disfonksiyon.....	12
2.7 Fizik Muayene.....	13
2.7.1 Tetik Nokta.....	13
2.7.2 Gergin Bant	13
2.7.3 Ağrı.....	14
2.7.4 Lokal Seyirme Yanıtı.....	14
2.7.5 Diğer Bulgular	14
2.8 Tanı Kriterleri.....	15
2.9 Laboratuvar ve Görüntüleme Bulguları.....	15
2.10 Ayırıcı Tanı	16
2.10.1 Fibromiyalji Sendromu.....	16
2.10.2 Kronik Yorgunluk Sendromu	18
2.10.3 Servikal Radikülopati.....	19
2.10.4 Artritler (Osteoartrit, gut artriti, romatoid artriti, psoriatik artriti)	19
2.10.5 Fokal enflamasyon (Tendinit, bursitler).....	20
2.10.6 Miyopatiler (Polimiyozit, dermatomiyozit).....	20
2.11 Tedavi	20
2.11.1 Tetik Nokta Tedavisi.....	20
2.11.1.1 Kasın Gerilmesi.....	20
2.11.1.2 Tetik Nokta Enjeksiyonu.....	21
2.11.1.3 Akupunktur	23
2.11.1.4 Terapötik Ultrason	23
2.11.1.5 İlaç Tedavisi	23
2.11.2 Kalıcı Faktörlerin Düzeltilmesi	24
2.12 Çocukluk Çağı Travması	25
2.12.1 Tanım ve Tarihçe.....	25
2.12.2 Epidemiyoloji	26
2.12.3 Fiziksel İstismar	26

2.12.4 Cinsel İstismar	27
2.12.5 Duygusal (Emosyonel) İstismar	28
2.12.6 İhmal	29
2.13 D Tipi Kişilik.....	30
3. MATERYAL VE METOD.....	33
3.1 Çalışmanın Tasarımı.....	33
3.2 Değerlendirme Ve Takip	35
3.2.1 Hastalık Aktivitesi Ve Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi	35
3.2.1.1 Vizüel Analog Skala(VAS)	35
3.2.2. Kullanılan Psikolojik Ölçekler	35
3.2.2.1 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ, BDE).....	35
3.2.2.2 Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ, BAE)	36
3.2.2.3 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ, CTQ)	36
3.2.2.4 Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ)	37
3.2.2.5 Tip D Kişilik Ölçeği (DS14).....	37
3.2.2.6 Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ).....	38
3.2.2.7 Kısa Form (SF-36)	38
3.2 Hipotezler	40
4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	41
5. BULGULAR	42
5.1 Yaş.....	42
5.2 Cinsiyet	43
5.3 Vücut Kitle İndeksi	44
5.4 Çocuk Sayısı	45
5.5 Aylık Gelir.....	45
5.6 VAS (Vizüel Analog Skala)	45
5.7 Medeni Hal	45
5.8 Öğrenim Durumu.....	46
5.9 Meslek	47
5.10 Bağımlılık	48
5.11 Birlikte yaşadığı bireyler	49

5.12 Yaşanılan Yer.....	50
5.13 Sosyal Destek.....	50
5.14 Çocukluk Çağı Travması	50
5.15 Psikiyatrik Özgeçmiş	51
5.16 Ailede Psikiyatrik Öykü	51
5.17 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	52
5.18 Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	53
5.19 Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ).....	54
5.21 Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)	56
5.22 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ/CTQ)	58
5.22.1 Fiziksel İstismar	59
5.22.2 Fiziksel İhmal.....	59
5.22.3 Duygusal İstismar.....	59
5.22.4 Duygusal İhmal.....	59
5.22.5 Cinsel İstismar	59
5.22.6 Çocukluk Çağı Travması Toplamı	60
5.23 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36).....	61
5.24 Regresyon Ve Korelasyon Analizleri	62
5.24.1 VAS-VKİ	62
5.24.2 VAS-BDÖ ilişkisi	62
5.24.3 VAS-BAÖ ilişkisi	63
5.24.5 VAS-BDAÖ ilişkisi.....	64
5.24.6 VAS ile SF-36 ilişkisi	64
5.24.7 VAS-DS14 ilişkisi	65
5.24.8 VAS-ACYÖ ilişkisi	65
5.24.9 BDAÖ-BDÖ, BDAÖ-BAÖ ilişkisi	66
5.24.10 ÇÇTÖ-BDÖ ve ÇÇTÖ-BAÖ ilişkisi.....	66
5.24.11 SF-36-BDÖ, SF-36-BAÖ ilişkisi	67
6. TARTIŞMA VE SONUÇ	69
7. KAYNAKLAR	77
EKLER.....	90

EK 1. Etik Kurul Onayı	90
EK 2. Bilgilendirilmiş Onam Formu	91
EK 3. Sosyodemografik Veri Formu	92
EK4. Beck Depresyon Ölçeği	93
EK 5. Beck Anksiyete Ölçeği	94
EK 6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	95
EK 7. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği	96
EK 8. Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36).....	97
EK 9. D Tipi Kişilik Ölçeği (DS-14).....	100
EK. 10 Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği	101
ÖZGEÇMİŞ	102

KISALTMALAR VE SİMGELER

Ach: Asetil Kolin

ACR: Amerikan Romatoloji Cemiyeti

ACYÖ: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

AMPA: 2- Amino 3 - Hidroksi - 5 metil - 4 - izoksazol - propionik asit

APA: Amerikan Psikoloji Birliği

ATP: Adenozin Tri Fosfat

BAÖ-BAE: Beck Anksiyete Ölçeği

BDAÖ: Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği

BDÖ-BDE: Beck Depresyon Ölçeği

CİB: Cinsel İşlev Bozukluğu

ÇÇCİ: Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı

ÇÇTÖ/CTQ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

DS14: D Tipi Kişilik Ölçeği

DSM: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

EMG: Elektromiyografi

FMS: Fibromiyaji Sendromu

HPA: Hipotalamik-Pitüiter-Adrenal

KBAG: Kişi Başı Aylık Gelir

KKH: Koroner Kalp Hastalığı

KYS: Kronik Yorgunluk Sendromu

MAS: Miyofasyal Ağrı Sendromu

MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme

MTN: Miyofasyal Tetik Nokta

NA: Negatif Affekt, Olumsuz Duygulanım

NMDA: N-metil-D-aspartik asit

ROM: Eklem Hareket Açıklığı

SF-36: Kısa Form-36, Yaşam Kalitesi İndeksi

Sİ: Sosyal İnhibisyon

TENS: Transkutanöz Elektrik Sinir Stimülasyonu

TN: Tetik Nokta

USG: Ultrasonografi

VAS: Görsel Analog Skala

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

WHO/DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Gruplara göre yaş ortalaması.....	42
Şekil 2. Hasta ve kontrol gruplarında cinsiyet dağılımı	43
Şekil 3. Hasta ve kontrol gruplarında vücut kitle indeksi dağılımı	44
Şekil 4. Hasta ve kontrol gruplarında öğrenim durumu dağılımı	46
Şekil 5. Hasta ve kontrol gruplarında meslek dağılımı	47
Şekil 6. Hasta ve kontrol gruplarında bağımlılık dağılımı	48
Şekil 7. Hasta ve kontrol grubunda birlikte yaşadığı bireylerin dağılımı	49
Şekil 8. Hasta ve kontrol grubunda yaşanan yer dağılımı	50
Şekil 9. Hasta ve kontrol grubunda depresyon şiddeti dağılımı.....	52
Şekil 10. Hasta ve kontrol grubunda anksiyete şiddeti dağılımı	53
Şekil 11. Hasta ve kontrol grubunda BDAÖ puan ortalaması	54
5.20 D Tipi Kişilik Ölçeği (DS-14).....	55
Şekil 12. Hasta ve kontrol grubunda D tipi kişilik durumu	56
Şekil 13. Hasta ve kontrol grubunda ACYÖ alt grupları puan dağılımı.....	57
Şekil 14. Hasta ve kontrol grubunda CİB durumu	57
Şekil 15. Hasta ve kontrol grubunda çocukluk çağı istismar sıklığı dağılımı	60
Şekil 16. Hasta ve kontrol grubunda SF-36 alt grupları puan dağılımı.....	62
Şekil 17. Hasta ve kontrol grubunda VAS-BDÖ ilişkisi	62
Şekil 18. Hasta ve kontrol grubunda VAS-BAÖ ilişkisi	63
5.24.4 VAS-ÇÇTÖ ilişkisi.....	63
Şekil 19. Hasta ve kontrol grubunda VAS-DS14 ilişkisi.....	65

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Fibromiyalji ve miyofasiyal ağrı sendromunun özellikleri.....	18
Tablo 2. Hasta ve kontrol gruplarında vücut kitle indeksi dağılımı.....	44
Tablo 3. Hasta ve kontrol gruplarında öğrenim durumu dağılımı.....	46
Tablo 4. Hasta ve kontrol gruplarında meslek dağılımı.....	47
Tablo 5. Hasta ve kontrol grubunda birlikte yaşanan bireylerin dağılımı	49
Tablo 6. Hasta ve kontrol grubunda depresyon şiddeti dağılımı	52
Tablo 7. Hasta ve kontrol grubunda anksiyete şiddeti dağılımı.....	53
Tablo 8. Hasta ve kontrol grubunda DS-14 dağılımı	55
Tablo 9. Hasta ve kontrol grubunda D tipi kişilik durumu	55
Tablo 10. Hasta ve kontrol grubunda ACYÖ alt grupları puan dağılımı	56
Tablo 11. Hasta ve kontrol grubunda CİB durumu	57
Tablo 12. Hasta ve kontrol grubunda CTQ alt grupları dağılımı.....	58
Tablo 13. Hasta ve kontrol grubunda CTQ alt grupları puan dağılımı.....	60
Tablo 14. Hasta ve kontrol grubunda SF-36 alt grupları puan dağılımı	61
Tablo 15. Hasta ve kontrol grubunda VAS-ÇÇTÖ ilişkisi.....	63
Tablo 16. Hasta ve kontrol grubunda VAS-SF-36 ilişkisi.....	64
Tablo 17. Hasta ve kontrol grubunda VAS-ACYÖ ilişkisi.....	65
Tablo 18. Hasta ve kontrol grubunda ÇÇTÖ-BDÖ ve ÇÇTÖ-BAÖ ilişkisi	66
Tablo 19. Hasta ve kontrol grubunda SF-36-BDÖ ve SF-36-BAÖ ilişkisi.....	67
Tablo 20. Lojistik regresyon analizi	68

1. GİRİŞ

Miyofasyal ağrı sendromu (MAS) kas veya fasya içindeki lokalize tetik noktalardan kaynaklanan akut veya kronik bölgesel ağrı ile karakterize bir sendromdur (Sahin ve ark. 2008). MAS'da, kaslarda akut gerginlik sonucu lokalize doku hasarı gelişir ve kas liflerinde patofizyolojik olaylar gerçekleşir. Bunun sonucunda da lokal iskemik alanlar olduğu kabul edilen tetik noktalar gelişir. Tetik nokta, kas içinde yer alan palpable banttaki aşırı duyarlı santral sensitizasyonla ilişkili noktadır. MAS'da tetik noktalardan yayılan impulslar lokal veya yansıyan karakterde ağrıya neden olur (Özcan 2005). Oluşan bu aktif tetik noktalar duysal, motor ve otonomik semptomlara yol açar. Duysal bozukluklar dizestezi, hiperaljezi ve yansıyan ağrı iken otonomik belirtiler nazal sekresyon, lakrimasyonda artış, hipersalivasyon, vücut ısısı değişiklikleri, terleme, pilomotor aktivitede düzensizlik, proprioseptif bozukluklar ve ciltte eritemdir. Motor disfonksiyon olarak da kas spazmı, eklem hareket açıklığında azalma görülebilir (Sahin ve ark. 2008).

MAS yaygın kas iskelet sistemi ağrısı nedenlerinden biridir. MAS'ın toplumdaki sıklığı % 12 en sık 30-49 yaşlar aralığında ve kadınlarda erkeklere göre iki kat daha çok görüldüğü bildirilmiştir (Demir ve ark. 2004, Eyigör ve Uyar 2008). Orta yaş ile birlikte insidansında azalma bildirilmektedir. Çeşitli araştırmalarda bel ağrısının %85'inin, baş boyun ağrılarının %54.6'sının miyofasiyal ağrıdan kaynaklandığı belirtilmektedir (Hubbard 2010).

Miyofasyal tetik nokta (MTN)'ların patofizyolojisi tam olarak anlaşılammıştır. Entegre tetik nokta hipotezi, sindirella hipotezi, afferent sinirlerin kimyasal aktivasyonu, periferik ve santral sensitizasyon, tetik nokta (TN) çevresindeki biyokimyasal madde değişiklikleri MAS oluşumuna neden olan hipotezler arasında sıralanmaktadır (Shah ve Gilliams 2008). Postural veya ergonomik rahatsızlıklar, kasların aşırı kullanımı veya mekanik tekrarlayan mikro travmalar, hormonal nedenler gibi rahatsızlıklar, vitamin ve mineral dengesizlikleri ve stres bu hastalığa yatkınlığa neden olabilir (Yıldırım ve ark. 2016). Bunlarla birlikte herediter nedenler, halsizlik ve emosyonel stres de etyolojik faktörler arasında sayılmaktadır.

Tedavide amaç tetik noktaların tespit edilip inaktive edilmesi ve altta yatan sebepleri ortadan kaldırmaktır. MAS tedavisinde çeşitli non-invazif ve invazif yöntemler vardır. Non-invazif yöntemler olarak, transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), lazer, germe ve sprey tekniği, egzersiz, ultrason, yuzeyel ısı uygulaması (sıcak paket-hot pack), masaj, iskemik kompresyon ve farmakolojik ajanlar sayılabilir (Kalichman ve Vulfsons. 2010). İnvazif yöntemler ise lokal anestezi tetik nokta enjeksiyonu, botulinum toksin enjeksiyonu, kuru iğneleme ve akupunkturdu (Fischer 1997).

MAS kronik ağrı sendromları içerisinde yer almaktadır. Kronik ağrı, nosiseptif uyarının yoğunluğuna göre belirlenen hoş olmayan duyuşsal ve emosyonel özelliklerle karakterize olmakla birlikte psikolojik faktörlerle de ilişkili bir durumdur. Kronik ağrı ve depresyon arasındaki ilişki literatürde sıklıkla bildirilmektedir. Kronik ağrı ve depresyon arasındaki komorbidite, prevalans çalışmalarında %18 ile %56 arasında belirtilmektedir. Ağrısı sık, şiddetli ve sürekli olan bireylerde, depresyon gelişme riski daha yüksektir (Costa ve ark. 2017).

Kronik ağrı çeşitli psikolojik faktörlerin rol oynadığı klinik bir fenomen olarak kabul edilir. Bu psikolojik faktörlerden biri olan ve önem arz eden travmatik deneyimler son zamanlarda yaygın olarak bildirilmektedir. Travmatik deneyimler bir dizi araştırmanın odak noktası haline gelmiştir. Kronik ağrı ile başvuran ve anamnezinde travmatik olay olan hastalarda çocukluk dönemine dikkat etmek gerekir. Pelvik ağrı, yüz, bel ve baş ağrısı gibi kronik ağrılar çocukluk çağında yaşanan travmatik deneyimlerle ilişki bulunmuştur (Yücel ve ark. 2002).

Sıkıntılı kişilik olarak da bilinen D tipi kişilik negatif duygulanım ve sosyal inhibisyon olarak iki kişilik özelliği içermektedir. Bu kişiler duygularını ifade etmekten kaçınan ve olumsuz duygular yaşamaya meyilli bir kişiliğe sahiptirler (Leu ve ark. 2018).

D tipi kişilik olumsuz sağlık sonuçlarıyla ve artmış psikolojik sorunlarla ilişkili bulunmuştur (Akram ve ark. 2018). Bu çalışmada santral nedenli bir hastalık olan MAS tanısı konanlarda; hastalığın D tipi kişilik ve çocukluk ağı travmalarıyla ilişkisi araştırıldı.



2. GENEL BİLGİLER

2.1 Tanım

MAS, kas ve/veya fasyada bulunan tetik nokta olarak adlandırılan hipersensitif alanlarla karakterize noninflamatuvar, nonartiküler kronik ağrı sendromudur. Bu sendromda ağrıya hassasiyet, hareket azlığı, kas spazmı, yorgunluk, güç kaybı gibi duysal ve motor disfonksiyon eşlik edebilirken nadiren otonomik disfonksiyon da eşlik edebilir. MAS, bölgesel ağrı sendromu olarak da adlandırılır. Bu sendrom önceden muskuler romatizma ve muskuler güçlük, miyalji, miyozit, fibromiyozit, miyofasiit gibi çeşitli isimlerle adlandırılmaktaydı.

Simons ve Travell tarafından miyofasyal tetik nokta, bir iskelet kası içerisinde yer alan hiperirritabl nokta olarak tanımlanmaktadır. Bu nokta gergin bantta lokalize aşırı duyarlı palpe edilebilen bir nodüldür (Shah ve Gilliams 2008).

2.2 Tarihçe

MAS, yaygın ve derin bağ dokuyla ilgili olan bir durum olarak tanımlanana kadar kas ağrısı terminolojisine ilişkin durum tartışmalı idi. İlk tanımlama olan 'muskuler romatizma' terimi 16. yüzyılda Fransız Doktor Baillou tarafından literatüre kazandırıldı. Daha sonra 1816 yılında İngiliz doktor olan Balfour yaptığı gözlemler sonucunda bu durumu nödüler tümör ve kalınlaşma olarak tanımladı. 20. yüzyılın başlarında sertleşmiş kaslar üzerindeki acı veren alanları tanımlamak için kas ağrısı ile ilgili literatüre, benzer koşulları açıklayan 'miyaljik noktalar, fibrozit, miyojelozis' gibi birkaç terim daha eklendi. Steindler ise 1940 yılında gluteal miyofasyal ağrı ile ilgili makalelerinde 'tetik nokta' terimini kullandı. 1950'lerde Travell ve Rinzler kasla ilişkili ağrı paterninin kökenine benzer, fasyayla ilişkili ağrı paterni gözlemledi. Bu unsurlar arasındaki etkileşimi vurgulamak için ise mevcut terminoloji "miyofasiyal ağrı" olarak değiştirildi (Shah ve Gilliams 2008).

Miyofasyal ağrı kliniği 1975'te diğer kas ağrılarından farklı olarak değerlendirilmiş olup Dr.Janeti, Dr David ve G.Simons'un uğraşlarıyla 1983'ten bu yana hastalığın terminolojisi yerleşmiş ve bir klinik görünüm olarak kabul edilmeye devam edilmiştir (Cummings ve Baldry 2007).

2.3 Epidemiyoloji

MAS kas iskelet ağrısının başlıca nedenlerindedir. Doktora kas-iskelet sistemi ağrısı yakınması ile giden hastaların yaklaşık %30-50'sinde MAS olduğu bildirilmektedir (Aydın ve ark. 2000, Borg ve Simon 2002).

Bölgesel kas-iskelet ağrısı olan hastalardaki MAS insidansı oldukça yüksektir. Yapılan bir çalışmada kronik baş ve boyun ağrısı ile kliniğe başvuran 164 hastanın 6 aylık izleminde hastaların %55'inde primer tanı MAS olarak tespit edilmiştir. Başka bir klinik çalışmada ise hastaların %30'unun birincil şikayeti MAS ile ilişkilendirilmiştir. MAS'ın ağrı kliniklerindeki prevalansı ise daha yüksektir. Kapsamlı bir ağrı merkezinde birbirinden bağımsız iki doktorun, ardışık 283 hasta ile yaptığı bir çalışmada olgulardaki primer MAS tanısı %85 olarak saptanmıştır. Bir başka ağrı merkezinde 96 hasta incelenmiş ve ağrının temel nedeni %74 oranında MAS olarak bulunmuş, hastaların %93'ünün şikayetlerinin en az birinin MAS nedeniyle olduğu saptanmıştır (Yap 2007).

MAS'ın kas iskelet ağrısı olan kişilerde görülme sıklığı; birinci basamak sağlık kuruluşunda %30, ikinci basamakta ise %85-93 arasında değişmektedir. Tıbbi uzmanların ve fizyoterapistlerin %48.9'u haftada dörtten fazla MAS'lı hasta tedavi etmekte, aktif tetik nokta oranının ise genel popülasyonda %46.1, hasta popülasyonunda ise %52.8 olduğunu tahmin etmektedirler. Klinik uzmanların ağrı ile ilgili toplantılarında bildirdiği oran ise %55.4 ve %63.4'tür. Muhtemel bir sonuç olarak da ispanyol halk sağlığı sistemindeki ağrının tedavi maliyetinin %60'ı etkisiz tedavilere harcanmaktadır (Segura ve ark. 2017).

MAS yaygın olarak görülen, ağrı ve fonksiyon kaybına neden olan önemli bir hastalık olmasına karşın hastalığın insidans ve prevalansına dair ülkemizde yapılan çalışmalar yetersiz kalmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan epidemiyolojik çalışmaların sonucunda ağrı nedeniyle birinci basamak sağlık kuruluşu ya da ağrı kliniğine başvuran hastalardaki primer ağrı nedeninin %30-85 kadarında miyofasyal tetik noktalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir (Kalichman ve Vulfsons 2010).

Kadınlarda erkeklere göre tetik nokta prevalansının daha yüksek olduğu bildirilmesine karşın yayınların çoğunda her iki cinsiyet arasında anlamlı fark bildirilmemektedir. Miyofasyal ağrı sendromu genel popülasyonda çok yaygındır ve insidansı kadınlarda % 54, erkeklerde % 45 oranındadır. En sık görülen yaş aralığı 27.5-50 olup, sedanter bireylerde aktif çalışan bireylerden daha sık görülmektedir (Delgado ve ark. 2009). Bu durum günlük aktivitenin MAS'ta koruyucu faktörler arasında yer almasından kaynaklanmaktadır. Kadınlarda ağrının menstrüel siklusun ikinci yarısında artması, hormonal değişikliklerin ağrı üzerine etkisi olduğu görüşünü desteklemektedir (Aydın R ve ark. 2000).

2.4 Etiyoloji

MAS'da etyoloji tartışmalıdır ve tam olarak aydınlatılamamıştır. Predispozan faktörler şunlardır (Cummings ve Baldry 2007).

2.4.1 Travma

Kasın ani ve yüksek şiddette travmaya maruz kalması nosiseptif duysal afferent yolda uyarı artışına neden olmakta bu da miyofasyal tetik nokta oluşumuna yol açmaktadır. Buna kasın doğrudan yaralanması, tekrarlayan mikrotravmalar ya da tekrarlayan kas gerilmeleri sonucu oluşan kas hasarı neden olabilir (Cummings ve Baldry 2007).

2.4.2 Anksiyete

Miyofasyal tetik nokta aktivitesi anksiyöz bir mizaç sonucu oluşabilir. Kişi sürekli olarak ağrılı olan tetik noktaları kasılı halde tutar (Cummings ve Baldry). Anksiyete sempatik sistem aktivasyonu ve uyku yoksunluğuna yol açarak kaslarda gerginlik, yorgunluk ve miyofasyal ağrı eşinde düşmeye neden olur (Yap 2007).

2.4.3 Kas Erimesi

Nörolojik hastalık ya da malignite bulunan bireylerde kaslarda erime ya da kas gerginliğindeki azalma nedeniyle tetik nokta aktiveleşebilir. Nörolojik stroke sonrasında zayıflamış kaslara aşırı yüklenme nedeniyle miyofasyal tetik noktalar ve buna bağlı nosiseptif ağrı duyusu oluşabilir (Cummings ve Baldry 2007).

2.4.4 Kas İskemisi

Arteryal obstrüksiyon sonucunda ekstremitelerde kaslarda iskemide meydana gelir ve bu da tetik nokta aktivitesini artırır (Cummings ve Baldry 2007).

2.4.5 Refere Visceral Ağrı

Viseral hastalığın neden olduğu ağrılar cilde ve kaslara yansiyabilir. Böyle bir durumda ağrının yayıldığı dermatomdaki kaslar üzerinde bulunan tetik noktalar aktifleşebilir ve üst üste binen bir tetik nokta ağrısı oluşur (Cummings ve Baldry 2007).

2.4.6 Motor sinirlerin radikülopatik kompresyonu

Spondilozis veya disk herniasyonu gibi nedenlerle spinal sinir kökü basısı gelişirse bu durum ağrıya neden olur. Bu nedenle paraspinal kaslarda oluşan tetik noktalar aktifleşir ve bu da ağrıyla sonuçlanabilir (Cummings ve Baldry 2007).

2.4.7 İklimsel Nedenler

Tetik nokta içeren kaslar rutubet, rüzgar, aşırı soğuk ya da sıcak gibi olumsuz çevresel koşullara maruz bırakıldığında mevcut tetik noktalar aktifleşebilir (Cummings ve Baldry 2007).

2.4.8 Uyku

MAS'ın uyku kalitesini bozduğu bilinmekle birlikte uyku pozisyonunun neden olduğu kas kısılması nedeniyle tetik noktalar aktifleşebilir (Cummings ve Baldry 2007).

2.4.9 Yaş

MTN'ye tüm yaş gruplarında rastlanabilir ancak en sık orta yaşta görülür. Genç ve aktif insanlarda kaslar muhtemelen yaralanmaya dayanıklı ve kas rejenerasyonu hızlıdır. Buna karşın orta yaşta dejenerasyon fazla, rejenerasyon ise yavaştır. Bunun yanı sıra orta yaş insanlar daha az aktiftir. Orta yaş kişiler aktif TN ağrısından daha sık yakınır. Latent TN ise yaşlı insanların çoğunda bulunur, kaslarda sertlik ve

eklem hareket açıklığında azalmaya neden olmasına rağmen bu yaş grubunda ağrıya neden olan aktif TN daha nadir görülür (Cummings ve Baldry 2007).

2.4.10 Cinsiyet

Kadınlar miyofasyal ağrıdan erkeklerden daha sık yakınmaktadır. Fakat kadınlarda miyofasyal ağrı sıklığının erkeklerdekinden daha fazla olup olmadığı net olarak bilinmemektedir. Fenotipik farklılıklar (kadınlardaki geniş pelvis ve dar omuz gibi) biyomekanik yüklenme ve aynı kitle için kadınları daha fazla etkilemektedir. Bunun yanı sıra erkek ve kadınlar arasındaki çalışma ortamı açısından farklılıkların da etkisi olabilir. Örneğin; erkekler fiziksel olarak daha yorucu ve aktif işlerde çalıştığından, sedanter kişilere oranla bu kişilerde daha az miyofasyal ağrı gözlenmektedir (Cummings ve Baldry 2007).

2.4.11 Endokrin ve metabolik nedenler

Hipotiroidizm, hiperürisemi ve hipoglisemi, growth hormon eksikliği, genetik metabolik hastalıklar miyofasyal ağrıya yol açabilir (Amasyalı ve Dıraçoğlu 2014).

2.4.12 Vitamin ve mineral eksiklikleri

Kansızlık (anemi), kalsiyum (Ca), potasyum (K) ve vitamin C, B1, B6 ve B12 eksiklikleri miyofasyal ağrıda rol oynayabilir (Amasyalı ve Dıraçoğlu 2014).

2.4.13 Enfeksiyonlar

Kronik viral hastalıklar (hepatit C ve enterovirüsler), bakteriler (mikoplazma enfeksiyonları), parazitler (kronik Lyme hastalığı) miyofasyal ağrıya neden olan ve ağrıyı tetikleyen faktörlerdendir (Amasyalı ve Dıraçoğlu 2014).

2.4.14 Mekanik faktörler

İnternal faktörler arasında duruş bozuklukları ve skolyoz gibi nedenler yer alırken eksternal faktörler arasında kişinin günlük yaşam ya da çalışma ortamındaki kötü ergonomik şartlar miyofasyal ağrı gelişiminde rol oynayabilir (Yap 2007).

2.5 Patofizyoloji

MTN'lerin patofizyolojisi tam olarak anlaşılmasa da nöromusküler bileşke ve çevresindeki bağ dokunun disfonksiyonu sonucunda ortaya çıktığı ileri sürülmüştür (Shah ve Gilliams 2008).

2.5.1 Elektrofizyoloji

Yapılan elektromiyelografik (EMG) çalışmalarda TN etrafındaki yumuşak dokuda herhangi bir spontan elektriksel aktivite gözlenmezken TN bulunan kas liflerindeki motor uç plağında anormal bir elektriksel aktivite tespit edilmiştir. Başlangıçta disfonksiyonel kas iğlerine atfedilen aşırı elektriksel aktivite ve asetilkolin (Ach) salınımı daha sonraları motor son plağındaki potansiyel artışının bir örneği olarak tanımlandı. Tetik nokta alanındaki disfonksiyonel motor uç plağı, 'gergin bant' fenomenini açıklamaktadır. Ayrıca motor son plağından aşırı miktarda salınan Ach'nin, kas liflerindeki kasılmanın devamına neden olup dolaylı olarak kastaki metabolik ihtiyacın artmasına yol açtığı öne sürülmüştür. Ancak spontan elektriksel aktivitenin normal motor uç plak aktivitesi olup olmadığına dair tartışmalar devam etmektedir. EMG ve fizyoloji literatüründe anormal motor uç plak potansiyeli ve son plak gürültüsünü anlamlandırmanın önemi ile ilgili anlaşmazlıklar bulunmaktadır. Simons, TN ile ilişkili kasları inceleyen araştırmacıların buradaki uç plak gürültüsünü normal olarak adlandırmasının sebebinin bu konudaki deneyimsizlikleri olduğunu öne sürmektedir (Shah ve Gilliams 2008).

2.5.2 Entegre Tetik Nokta Hipotezi

Simons tarafından ortaya konan motor uç plak aktivitesi patofizyolojisini kapsayan entegre tetik nokta hipotezinde TN gelişimini tanımlamak için birkaç bulgu daha bir araya getirilmiştir. Bunlardan biri olan enerji krizi olarak adlandırılan durum TN yakınındaki kas liflerinde sürekli bir kontraktürün devam etmesidir. Motor uç plaktan aşırı miktarda salınan Ach sarkomer kontraksiyonuna neden olup metabolik ihtiyacı artırır ve kapiller dolaşımı bozar. Ca^{+2} 'nin sarkoplazmik retikulumına dönmesi için yeterli enerji ve polarize membran potansiyeli sağlanamadan kan akışında ve adenozin trifosfat (ATP) kaynaklarında azalma nedeniyle kas lifleri kontrakte hale

gelir. Ayrıca bölgesel hipoksi ve enerji krizi periferik nosiseptörlerin sensitizasyonuna neden olan nöroaktif medyatörler ve metabolitlerinin salınmasına yol açar. Bu durum tetik noktada ağrıya neden olur (Shah ve Gilliams 2008).

2.5.3 Sindirella Hipotezi

Entegre tetik nokta hipotezini tamamlayan ve TN oluşumunun olası açıklamasını sağlayan bir görüştür (Travell ve ark. 1999). Düşük ya da orta düzeyde yüklenme olarak tanımlanan submaksimal kasılma boyunca kontraksiyona katılma durumunun TN oluşumuna neden olduğunu ileri süren hipotezdir. Henneman'ın boyut ilkesine göre kas kasılması belirli boyutlarda iken olmaktadır. Statik eforlarda kasılmaya ilk başlayan ve kasılmayı en son bırakan boyut olarak daha küçük olan tip 1 kaslardır. Sindirella olarak isimlendirilen bu lifler sürekli olarak aktif ve aşırı metabolik yüklüdür. Postürü uzun süre belirli bir konumda tutma gibi submaksimal kontraksiyon gerektiren durumlarda bu liflere yüklenme miktarı artar ve Ca^{+2} iyonu dengesi bozulur. Bu durum tetik nokta oluşumunu kolaylaştırır (Shah ve Gilliams 2008). Treaster ve ark.'nın (2006) sindirella hipotezini destekleyen bir çalışmada ofis çalışanlarına 30 dakika süren düşük seviyede, sürekli ve sabit kas kontraksiyonu yapan uyarı verilmiş ve bu durumun TN oluşumuna neden olduğu gösterilmiştir.

2.5.4 Nosiseptör Özellikleri

MAS'ta oluşan anormal motor sürece eşlik eden duyu işlenmesi ve ağrı algısı hastağın mekanizmasının anlaşılmasını sağlayan önemli noktalar. Nosiseptörlerin aktifleşmesi ile lokal ağrı duyusunun transdüksiyonu başlar. Nosiseptörler kaslardaki serbest sinir uçlarında, eklemler, cilt, iç organlar ve kan damarlarında bulunur. Willard'ın (2008) yaptığı çalışmada kas nosiseptörleri kas sinirlerinin %50'sini oluşturmaktadır. Bu reseptörlerin fazla olması palpe edilen kas üzerindeki aşırı hassasiyeti ve ağrı şiddetini açıklayabilir. Nosiseptörler aynı zamanda kas liflerinin etrafındaki bağ dokuyu da uyarırlar. Corey ve ark.'nın (2007) farelerde yaptığı bir ön çalışmada duysal afferent ve nosiseptif terminallerin subkutan perimüsküler fasya yerleşimli olduğu gösterilmiştir. Ağrı işlenmesi sürecinde rol alan nöronlar çok kutuplu olabilir; kemoreseptör, termoreseptör veya mekanoreseptör içermelerine bağlı olarak birkaç uyarı ile aktifleşebilirler. Kas

nosiseptörlerindeki sürekli aktivasyon, santral sensitizasyon ve dorsal kök nöronlarındaki nöroplastik değişikliklerin oluşmasında oldukça etkilidir (Shah ve Gilliams 2008).

2.5.5 Afferent Sinirlerin Kimyasal Aktivasyonu

Nosiseptörlerin hasarlı doku ya da immün sistem hücrelerinden salınan kimyasallarla uyarılması sonucu ağrı oluşur (Gerwin ve ark. 2004). Kimyasal aktivasyon nosiseptöre spesifiktir. Bradikinin, prostaglandin, serotonin, hidyojen iyonu, ATP, glutamat birincil eksitatuvar nörotransmitterlerdir. Bu medyatörlerin bir kısmı hem nosiseptör hem de vazodilatatör etkilidir. Ayrıca purinerjik ve vanilloid reseptörlerden purinerjik reseptörler kas hasarında dokudan salınan ATP'yi bağlar (Cook ve McCleskey 2002). Vanilloid reseptörler ise düşük pH'ya yanıt verir ve bu nedenle pH'ın asidik olduğu iskemi durumunda aktive olurlar (Caterina ve Julius 1999). Serotonin doku hasarı sırasında trombosit ve mast hücrelerinden salınır. Nosiseptör terminalleri ayrıca vazodilatasyon, ekstrasvazasyon ve inflamatuvar kaskadı aktifleyen substans P, kalsitonin gen ilişkili peptit barındırırlar. Hasarlı dokudan salınan biyokimyasallar inflamatuvar yanıtın ayrılmaz bir parçası olan sitokin kaskadını uyarır. Proinflamatuvar sitokinlerden olan tümör nekroz faktör alfa, interferon beta, interlökin 6 ve 8 hipernosisepsiyonun göstergesidir. Bu medyatörlerin salınımı mekanosöpler ve nosiseptörleri artırarak kan akımını ve basıncını artırır, lokal hassasiyet ve ağrı oluşumuna neden olur (Shah ve Gilliams 2008).

2.5.6 Periferik ve Santral Sensitizasyon

Periferik ve santral afferentlerin sensitizasyonu normal ağrıyı anormale çeviren merkezi sinir sisteminde algılanan şiddetli ağrıdan sorumludur. Hayvan modellerinde iskelet kaslarından gelen nosiseptif input deriden gelen zararlı uyarılara göre omurilikteki nöroplastik değişiklikleri indüklemeye daha etkilidir. Periferik kas nosiseptörlerinden gelen sürekli uyarı santral sensitizasyon aracılığıyla duysal arka kök nöronlarının fonksiyon ve bağlanabilirliğinde değişikliğe neden olabilir. Örneğin; aktif bir MTN'den gelen sürekli zararlı girdiler dorsal kök nöronlarında sensitizasyona neden olup allodini, hiperaljezi, yansıyan ağrıya yol

açabilir. Bu fenomen için olası açıklama, dorsal kökte daha önce sessiz (etkisiz) olan sinapsların aktivasyonu ile artan sinaptik etkinliktir. Santral sensitizasyon ayrıca dorsal köke gelen visseral ve somatik uyarıyı yaklaştırarak diğer alanlardan gelen yanıtları hızlandırır. Afferent lifler dorsal kökteki sinaptik bağlantıları genişleten yeni spinal sonlanmalar yapabilir bu da ağrı alanlarında genişlemeye neden olur. Bu değişim arka kök nöronlarındaki metabolik ve genetik değişimden birkaç saat sonra meydana gelir. Kas ağrısındaki periferik ve santral sensitizasyonun ortaya çıkmasında biyokimyasal nedenler de yer almaktadır. Kas nosiseptörlerinin sürekli aktivasyonu dorsal kökteki presinaptik terminalde eş zamanlı substans P ve glutamat salınımına neden olur. Ayrıca post sinaptik terminalde glutamatın AMPA reseptörlerini aktive etmesi için, substans P önceden inaktif olan NMDA reseptörlerini uyarır. Bu da Ca^{+2} bağımlı iyon kanallarının geçirgenliğinde artışa neden olur. Bu nosiseptif nöronlarda uyarı ve inhibe edici ara nöronlarda da apoptozu inhibe eder. Sonuç olarak çevreden gelen kalıcı hasar veren uyarı santral sinir sisteminde uzun süreli değişikliklere neden olabilir (Shah ve Gilliams 2008).

2.6 Klinik Manifestasyonlar

2.6.1 Ağrı

Hastalardaki en sık başvuru nedenidir. Tipik olarak ağrı derin, kötü lokalizasyonlu ve şiddetlidir. Her ne kadar multiple sayıda olan tetik noktalarda geniş paternde bir dağılım görülse de ağrı genelde tek kadranla sınırlıdır. Ağrının kesin doğası ve düzenini hastadan anamnez alınırken net bir şekilde belirlemek önemlidir. Ağrı ile birlikte parestezi görülmesi de nadir değildir ve bu durumu hasta sinir sıkışması olarak algılar. Belirtiler genellikle hareketle şiddetlenir ancak etkilenen kasın hafifçe gerilmesini içeren bazı hafif egzersizler ağrı şiddetini azaltabilir (Cummings ve Baldry 2007).

2.6.2 Disfonksiyon

MTN aktivitesi, çeşitli otonomik değişikliklerin gelişmesine yol açabilir. Bunlar arasında lakrimasyon, bölgesel pilomotor aktivitede artış ve ekstremitelerdeki soğukluk hissi sayılabilir. TN'ler propriyoseptif fonksiyonu etkiliyor gibi

görülmektedir. Servikal ve özellikle sternokleidomastoid kasındaki disfonksiyon hastada vertigoya neden olabilir. Ekstremitelerde kaslarında da ağırlık algısında bozulma ile sonuçlanabilir. Motor disfonksiyon nedeniyle de diğer kaslarda spazm, güç kaybı ve koordinasyonda bozulma gözlenir (Cummings ve Baldry 2007).

2.7 Fizik Muayene

2.7.1 Tetik Nokta

MAS'ın en önemli fizik muayene bulgusudur. Ancak açıkça dışlayıcı bir kriter değildir. Genellikle gövdede lokalizedir ve tetik noktaya basınç uygulandığında çevre dokuya göre daha fazla ağrı oluşturur. Klinik olarak basınç, parmak uçlarıyla vücut yüzeyine uygulanarak yapılır. Basınç, yumuşak ve sert doku yüzeylerinin parmak uçlarıyla sıkıştırılmasıyla olur. Yumuşak doku gerginlik altında kemik doku gibi sertleşebilir. İnsan vücudunda alttaki yumuşak dokuyla uyuşmayan, tetik noktaya benzeyen yerler bulunur. Bu alanlara uygulanan basınç daha lokalize ve konsantredir ve geniş bir alana yayılmaksızın sınırlayan çevre doku üzerine de eşit olarak yayılır. Böylece, parmak uçları ya da bir algometre yardımıyla uygulanan dış basınç, buradaki yumuşak dokularda çevre dokularda üretilenlere göre daha fazla miktarda basınç oluşturur ve bu da yanlış bir hassasiyet izlenimi verir. Bu nedenle, şüpheli bir miyofasyal tetik noktası sahasında her zaman hassasiyet karşılaştırılmalıdır. Bu karşılaştırma tetik nokta olmayan ve vücudun asemptomatik tarafında aynı anatomik bölgelerle olmalıdır. MAS'da aktif tetik noktalar, hassas noktaların yaygın olduğu ve genellikle simetrik olduğu fibromiyaljinin aksine, nadiren simetriktir (Cummings ve Baldry 2007).

2.7.2 Gergin Bant

Palpe edilebilen gergin bant, tetik nokta için tipiktir. Muayene esnasında parmak uçlarının ilgili kas liflerinde dikey olarak ileri geri hareket ettirilmesiyle tespit edilir. Kas lifleri palpe edilirken gergin bant üzerinde yer alan cilt ve subkutanöz doku parmak uçları arasında yer değiştirir. Bazı yüzeysel kaslardaki gergin bantlar başparmak ve işaret parmağı arasında sıkıştırılarak bu parmaklar

arasında kayan doku şeklinde de tespit edilebilir. Bu tip palpasyondan sonra ilgili kasın gevşetilmesi gerekmektedir (Cummings ve Baldry 2007).

2.7.3 Ağrı

Aktif tetik nokta palpe edildiğinde hasta bildiği bir ağrı ve acı şeklinde tarif eder. Ağrı nedeniyle hasta refleks olarak palpe edilen parmaklar arasından kaçınma davranışı sergiler. Buna ‘sıçrama belirtisi’ denir. Hastaya MTN’ye basınç uygulanarak oluşan ağrı tarif ettirilir ve miyofasyal ağrının paterni belirlenmiş olur. Çizgili kas dokusundaki MTN tarafından oluşturulan bu ağrı da refere ağrı paternidir. Sıklıkla da spesifik kaslar için karakteristiktir (Cummings ve Baldry 2007).

2.7.4 Lokal Seyirme Yanıtı

Palpasyon sırasında tetik nokta içeren gergin bantlarda meydana gelen bölgesel, geçici ve istemsiz kasılma nedeniyle oluşur. Bu durum MAS’da spesifik bir durumdur. Lokal seyirme yanıtı yüzeysel kaslarda ise gözle görülebilir ya da muayene eden tarafından gergin bant üzerinde palpasyonla hissedilir. MTN üzerine kuru iğne ile uyarı verildiğinde lokal seyirme cevabıyla daha sık karşılaşılır (Cummings ve Baldry 2007).

2.7.5 Diğer Bulgular

MTN’ler etkilenen kasta kısalmaya neden olur ve atrofi olmadan güç kaybına yol açar. Kasta kısalma ise ilgili eklem ya da eklemlerde eklem hareket açıklığında (ROM) azalma olur. Bu ilgili ROM’un klinik olarak ölçülmesi ile yararlı bir bulgu haline gelir. MTN varlığının tespitinde kas gücünün değerlendirilmesi genellikle fayda sağlamaz. Ancak aktif MTN bulunduran kaslarda direnç ve gücü belirlemek amacıyla yapılan özellikle de kasın kısalmasına neden olan manevralar ağrıya neden olur (Cummings ve Baldry 2007).

2.8 Tanı Kriterleri

MAS tanısını koyduran yeterli, objektif belirti, bulgu gibi kriterler olmamakla birlikte günümüzde Simons ve arkadaşları tarafından önerilen kriterlere göre tanısı konulmaktadır (Özcan ve ark. 2000). 1994 yılında American Collage of Rheumatology (ACR) tarafından kabul edilmiş MAS tanı kriterleri şöyledir.

Majör kriterler:

1. Lokalize spontan ağrı şikayeti.
2. Miyofasiyal tetik noktalarda yansıyan ağrı paterni veya sensöriyel değişiklikler
3. Ulaşılabilir kasların palpasyonunda gergin bant varlığı.
4. Gergin bant boyunca bir noktada hassasiyet oluşması.
5. Azalmış eklem hareket açıklığı.

Minör kriterler:

1. Hassas nokta üzerine kompresyon uygulanarak ağrı şikayetinin veya duyu değişiminin tekrar oluşması.
2. Gergin bant üzerindeki duyarlı noktaya çapraz olarak yapılan palpasyonla veya iğne yardımıyla dokuya girilmesiyle lokal seğirme yanıtının elde edilmesi.
3. Kasın gerilmesi ya da hassas nokta enjeksiyonuyla ağrının azalması.

MAS tanısı 5 majör kriter ve en az bir minör kriter varlığında konulur (Gerwin 2014).

2.9 Laboratuvar ve Görüntüleme Bulguları

Laboratuvar tetkikleri MAS tanı koymak ya da tetik nokta belirlemek için kullanılmamaktadır. MAS'a özgü bir laboratuvar ya da görüntüleme çalışması yoktur. Aksine laboratuvar bulguları MAS ile ilişkili gibi görünen durumları ekarte etmek için kullanılır. MAS için predispozan faktörler olan demir eksikliği anemisi, B12 eksikliği, paraziter ya da tekrarlayan vajinal enfestasyonların ekartasyonu için laboratuvar tetkikleri kullanılmaktadır (Gerwin 2014). Bazı çalışmalarda da tiroid disfonksiyonunu dışlamak için laboratuvar testlerinin yapılması önerilmiştir (Borg-Strein 2006).

2.10 Ayırıcı Tanı

MAS santral sensitizasyonla ilişkili olduğundan bu gruptaki diğer hastalıklarla karıştırılmaması için ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Santral sensitizasyonla ilişkili durumlar: Fibromiyalji Sendromu (FMS), migren, gerilim tip baş ağrısı, temporomandibuler eklem disfonksiyonu, endometriozis, whiplash sendromu, huzursuz bacak sendromu, irritabl barsak sendromu, primer dismenore, premenstrüel sendrom, kronik yorgunluk sendromu, posttravmatik stres bozukluğu'dur.

2.10.1 Fibromiyalji Sendromu

MAS ile en sık karıştırılan hastalıktır. Dünyada FMS sıklığı %2.7'dir (Queiroz 2013). ACR 1990 yılı kriterlerine göre FMS vücudun sağ ve sol tarafında belin üzerinde ve altında bulunan 18 hassas noktadan 11'inde palpasyonla yaygın ağrı olması şeklinde tanımlanırken 2010'da bu kriterler değişmiş ve FMS tanısı için üç kriter tanımlanmıştır.

FMS tanı kriterleri:

1. Yaygın ağrı indeksi ≥ 7 ve semptom şiddet skalası ≥ 5 veya yaygın ağrı indeksi 3-6 ve semptom şiddet skalası skoru ≥ 9 olması.
2. Semptomların aynı düzeyde en az 3 aydır olması.
3. Hastada ağrıyı açıklayacak başka rahatsızlığın olmaması.

FMS ve MAS santral sensitizasyonla ilişkili olup spinal kordun dorsal kök gangliyonlarındaki uyarılabilirliğinde artış nedeniyle oluşmaktadır. FMS modülasyon sistemindeki disfonksiyondan kaynaklanan santral ağrı bozukluğudur. Nosiseptif impulslar inen nosiseptif inhibitör kontrol sistemi aracılığıyla beyne ulaşır. Bununla birlikte MTN gibi periferik ağrı kaynaklarından ulaşan uyarılar santrale ulaşan uyarıyı artırır. FM hastalarının birinci derece yakınlarında hastalık insidansı artmıştır. Seratonerjik ve katekolaminerjik sistemleri etkileyen genetik polimorfizmleri olan bazı popülasyonlarda da FMS riski artmıştır. MAS daha çok akut travma sonrasında ortaya çıkabilirken bazen de akut travma sonrası oluşan yaygın miyofasyal ağrı santral sensitizasyona neden olup FMS'ye neden olabilir. FMS, kronik, yaygın ağrı ile birlikte bir dizi somatik semptomlar olacak şekilde iki

ana bileşene sahiptir. Hasta spektrumun bir kısmında ağır ve kronik, yaygın ağrı bulunurken diğer kısmındaki hastalarda ise somatik semptomların yaygın olduğu görülmektedir. FMS'nin MAS ile ilişkisi daha çok spektrumun kronik ağrı tarafını oluşturan hastalar iledir. Kronik ağrı her iki hastalıkta ortaktır. FMS'deki ağrı ile; migren, ağrılı mesane, irritable barsak sendromu gibi geniş sistemik somatik hastalıklarla birliktelik MAS'tan fazladır. MAS kas içindeki gergin banttan kaynaklanan lokalize ağrı, sertlik ve hassasiyetle karakterizedir. Bu ayrıca fibromiyalji'deki periferik ağrının kaynağı da olabilir. MTN varlığı birkaç günden birkaç haftaya kadar devam ederse hem periferik hem de santral sensitizasyon meydana getirir ve bu da referans ağrının ortaya çıkmasına neden olur. Hasta genelde hekime yansıyan ağrı şikayetiyle gelir. Bu nedenle MAS'da ağrı, kaynağından uzakta tanımlanacağından tanıda dikkatli olunmalıdır. Ayrıca D vitamini, B12 vitamini ve demir eksikliği, paraziter enfeksiyonlar, çölyak gibi malabsorbsiyon sendromları MAS'a FMS'den daha sık eşlik etmektedir (Gerwin 2013).

MAS ve FMS'nin ortak özelliği, kaslardaki gergin veya ip benzeri bantlarla birlikte kas ağrısıdır. MAS'da, “gergin bant içindeki ağrılı noktalara “tetik noktası” denir. Bu noktalar belirgin ve son derece ağrılıdır, palpasyonlarında hasta, belirtilen yansıyan ağrıyla ilişkili bir “sıçrama belirtisi (jumping sign)” gösterir. Fibromiyalji'de ise kas içindeki ağrılı noktalara “hassas nokta”denir ve bu noktalarda muayene sırasında yansıyan ağrı ve sıçrama belirtisi görülmez. Kas kasılmalarının yapısal ve fizyolojik prensipleri iyi anlaşılırsa ağrı düzenleri ve TN'lerin tanımlanması daha kolay olabilir (Chandola ve Chakraborty 2009). İki hastalık arasındaki diğer benzerlik ve farklar Tablo 1.'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Fibromiyalji ve miyofasiyal ağrı sendromunun özellikleri

Özellik	Miyofasiyal Ağrı Sendromu	Fibromiyalji
Cinsiyet	Kadın/Erkek: 2/1	Kadın/Erkek: 10/1
Tetik /Hassas Nokta	Birkaç adet, lokalize tetik nokta	Çok sayıda, yaygın hassas nokta
Tetik/Hassas Nokta Yerleşimi	Kas ortası	Kas-tendon bileşimi
Kas-iskelet ağrısı	Bölgesel	Yaygın
Gergin Bant	Sık	Nadiren
Lokal Seyirme Yanıtı	Normal	Nadiren
Yansıyan Ağrı	Sık	Nadiren
Yorgunluk	Daha Az	Sık
Uyku Kalitesinde Düşme	Nadiren	Sık
Parestezi	Nadiren	Sık
Baş Ağrısı	Nadiren	Sık
İrritabl Bağırsak	Nadiren	Sık
Şişkinlik Hissi	Nadiren	Sık

2.10.2 Kronik Yorgunluk Sendromu

1987’ de ilk olarak tanımlanan ve 1994’te tanı kriterleri değişen kronik yorgunluk sendromununun yeni tanımlamasında:

1. Klinik olarak gözlenen, sebebi anlaşılamayan, sürekli veya alevlenmelerle ortaya çıkan ve en az 6 aydır olan halsizliğin olması ve bu halsizliğin:

- Belirlenebilen bir başlangıcı vardır.
- Sürekli yapılan egzersizle ilişkisizdir.
- Dinlenmekle düzelmez.

- Daha önceki mesleki, sosyal, kişisel aktivite düzeylerinde belirgin azalmaya sebep olabilecek şiddettedir.

2. Aşağıda belirtilenlerden en az dört tanesinin en az 6 aydır sürekli veya alevlenmelerle bulunması.

- Eskiden yaptığı mesleki, sosyal ve kültürel işlevleri kısıtlayacak derecede azalmış kısa süreli hafıza ve konsantrasyon yetisi,
- Yeni, şiddetli veya değişik paternde baş ağrısı,
- Tekrarlayan boğaz ağrısı,
- Ağrılı lenf nodları,
- Kas ağrıları,
- Şişlik veya kızarıklık olmaksızın eklem ağrıları,
- Sabah uyandığında yorgun olma,
- Egzersiz sonrası 24 saatten daha uzun süren aşırı yorgunluk (Bozdemir ve Sofuoğlu 2001)

Bu hastalıkta kısa süreli bellek, konsantrasyon sorunları hastaların en sık bildirdiği şikayetler arasındadır. Hastalarda reaksiyon zamanı uzamıştır fakat bu demansa neden olmaz (Grefman ve ark. 1991). Emosyonel değişiklikler irritabilite, panik bozukluk, duygudurumda dalgalanma, üzüntü ve ümitsizliktir (Hickie ve ark. 1990)

2.10.3 Servikal Radikülopati

Boyun ağrısı ile birlikte kola vuran ağrı olmakta bu duruma sabah katılığı, hareketle artan ağrı ve kolda uyuşma, karıncalanma gibi duyuşsal semptomlar eşlik edebilmektedir. Bu durum MAS'daki yansıyan ağrıya benzemektedir. Servikal radikülopatide tetik nokta saptanmazken yine ayırıcı tanıda radyografik ve elektromanyetik görüntüleme yöntemlerinden yararlanılması gerekmektedir.

2.10.4 Artritler (Osteoartrit, gut artriti, romatoid artrit, psoriatik artrit)

Klinik değerlendirmede eklem hareketiyle ilişkili bulgular, fokal inflamasyon belirtisi ve bulguları, belirgin eklem deformiteleri, sinoviyum bulguları, sabah katılığı gibi yakınma ve bulgularla tanımlanır.

2.10.5 Fokal enflamasyon (Tendinit, bursitler)

Lokal inflamasyon belirtileri ile hareket sırasında eklem ağrısı olur. Steroid enjeksiyonuna dramatik yanıt alınır.

2.10.6 Miyopatiler (Polimiyozit, dermatomiyozit)

Kaslarda motor aktivitede azalma ve kas enzimlerinde artma ile gider.

2.11 Tedavi

MAS tedavisi iki hedefe yönelik yapılır: TN inaktivasyonu ve hastalığa neden olan faktörler ile kalıcı faktörlerin ortadan kaldırılmasıdır (Giamberardino ve ark. 2011)

2.11.1 Tetik Nokta Tedavisi

TN inaktivasyonu için günümüzde kabul gören bir dizi tedavi yöntemi vardır. TN varlığının tespiti üzerinde çeşitli anlaşmazlıklar ve tanı kriterlerinin tek düzeliği ile yetersizliği nedeniyle etkili olan ve olmayan pek çok tedavi modalitesi denenmiştir (Tough ve akr. 2007, Majlesi ve Ünalın 2010). Bunlar şöyle sıralanabilir:

2.11.1.1 Kasın Gerilmesi

Sprey ve Germe Tekniği: Germe, özellikle izole TN üzerinde erken dönemde etkili bir tekniktir. Ancak uzun süredir devam eden çoklu MTN üzerinde daha az belirgin sonuçlar alınmıştır. MTN içeren kas yavaşça ve hasta rahatsızlık duyana kadar gerilmeli. Bu tekniğin etkinliği sarkomer boyunu uzatıp aktin ve myozin molekülleri arasındaki iç içe geçmeyi azaltarak tüketilen lokal enerjiyi azaltıp ‘enerji krizi’ mekanizmasında uğrattığı kesinti nedeniyledir. Bununla birlikte MTN eklem hareket açıklığını sınırladığından kas ötesinde bir uzatma girişimi hareketin rahat olarak yapılma aralığını sınırladığından ağrıya neden olur. Bu da kasta eski haline dönmeyi sağlamak için istemsiz kontraksiyonlara neden olarak TN mekanizmasını uyaran sempatik aktiviteye artırır. Bu nedenle gerilim prosedürünün en kısa sürede oluşması için cilt yüzeyine buharlaştırıcı sprey uygulanır. Buharlaştırıcı spreyin oluşturduğu

serinletici ve dokunsal uyarı ağrıyla önlemenin yanı sıra santral sinir sistemindeki refleks motor ve otonomik yanıtı da baskılar. Bununla birlikte ağrı baskılama etkisi ile kasta daha etkili gevşeme ve kasın hafifçe uzamasını sağlar. Ayrıca buharlaştırıcı sprey güçlü lokal antiinflatuar etki gösterir (Simons ve ark. 1999, Mense ve ark. 2001)

Postizometrik gevşeme tekniği: Fizyoterapistler tarafından kullanılan hafif germe ve gevşeme tekniklerinin değişik biçimlerini de kapsayan bu yöntem ilk kez Simons ve Lewit (1984) tarafından tipik kasılma-gevşeme tekniği olarak tanıtılmıştır. Bu tekniğin etkinliğinin altında yatan mekanizma tartışmalıdır. Bunlardan biri kasılma sırasında golgi tendon organındaki olası aktivasyonu ve bunun eş zamanlı motor nöronları inhibisyonudur (Mense ve ark. 2001).

Lokal Doku Gerilmesi (Tetik Nokta Basıncının Serbestlenmesi): Tetik nokta basıncının serbestlenmesi yerine önceleri 'iskemik kompresyon' terimi kullanılmaktaydı. Fizyoterapist, MTN üzerinde kasta dirençte artışla karşılaşarak hasta da sözel olarak rahatsızlık bildirene kadar kademeli olarak basınç artışı uygular. Bu basınç, palpe edilen gerginlik serbest bırakılmaya kadar korunur ve bu şekilde yeni bir direnç hissedilinceye kadar parmağın hafifçe ilerlemesine izin verilir. Daha sonra oluşan gerginlik azalır kas gevşeyene kadar bu basınç sürdürülür. Bu işlem tüm alanlarda gevşeme sağlanıncaya kadar devam ettirilir (Giamberardino ve ark. 2011)

2.11.1.2 Tetik Nokta Enjeksiyonu

Bu teknik MAS tedavisinde altın standarttır. TN inaktivasyonu ve semptomların hızlı bir şekilde giderilmesini sağlamak açısından germe tekniğine göre üstünlük sağlar (Alvarez ve Rockwell 2002). Scott ve ark. (2009) TN enjeksiyonu kullanımı hakkında yayınlanan derleme ve randomize kontrollü çalışmaları gözden geçirmiştir. Kullanılan tedaviler arasında TN enjeksiyonunun etkinliğini doğruladılar ve ayrıca konuyla ilgili eğitilmiş, uzman klinisyenler tarafından kullanıldığında güvenli bir prosedür olduğu sonucuna varmışlardır. Bununla birlikte Scott ve ark. (2009) germe egzersizi yanında güçlendirme tedavisi olarak TN enjeksiyonunun eklenmesiyle tedavide başarının arttığı sonucuna

varmışlardır. Bazı çalışmalarda kuru iğne tedavisinin tetik nokta inaktivasyonunda lokal anestezi enjeksiyonu kadar etkili olduğuna dikkat çekilmiştir (Kalichman ve Vulfsons 2010). Ay ve ark. (2010) yaptığı yakın zamanlı bir randomize kontrollü çalışmada hem kuru iğne hem de lidokain enjeksiyonu tedavilerinin MAS semptomatolojisi üzerinde anlamlı ve karşılaştırılabilir etkisi olduğunu göstermişlerdir. Bu çalışmada klinik ortamda yapılan bir enjeksiyon uygulamasını takiben her iki teknik, evde uygulanan germe egzersizleriyle birleştirildi. Kuru iğne tedavisinin etkinliği disfonksiyone uç plaklardaki mekanik bütünlüğün bozulmasıyla ilgilidir. Bu da birleşme bölgesindeki kesin lokalizasyonu açıklayarak bu tedaviyi etkin kılar. Ancak belirgin bir analjezik enjeksiyonu hastanın işlem sırasında ve sonrasında rahatsızlık duymasını azaltır ve bu da terapötik müdahalenin global sonuçlarını artırır. Genellikle tuzlu şekilde kullanılan herhangi bir solüsyon enjeksiyonu dilüsyon yöntemiyle sensitizasyona neden olan maddeleri enerji krizi olan alanda dağıtarak semptomların geçici olarak azalmasını sağlar (Mense ve ark. 2001) .

Her ne kadar Peloso ve ark. (2007)'nin yaptığı sistematik gözden geçirme çalışmalarında kullanımı için destekleyici bir kanıt bulunmasa da botulinum toksin enjeksiyonunun birçok araştırmacı tarafından (Lang 2002, Ho ve Tan 2007) anlamlı etkiler sağladığı bildirilmiştir. Bununla birlikte botulinum enjeksiyonu anestezi ajan enjeksiyonundan daha üstün gibi gözükmemektedir. Bu nedenle toksinin yüksek maliyeti göz önünde bulundurularak tedavi seçeneği karşılaştırıldığında lokal anestezi enjeksiyonu tercih edilir. Bununla birlikte, botulinum toksin A'nın (BTx) klinik etkinliği, TN patofizyolojisinin önemli bir parçası olan disfonksiyonel uç plakaları kanıtlamaya yardım eder. Toksin spesifik olarak sadece nöromusküler kavşağa etki eder ve böylece kasları etkili bir şekilde denerve eder (Mense ve ark. 2001). TN üzerinde önerilen enjeksiyon tekniği Hong tarafından (1994) net bir şekilde tanımlanmıştır. El bileği hasta üzerinde sabit bir pozisyonda tutulur. Uygulayıcı enjektörü başparmak ve son iki parmakla kavrar, işaret parmağını pistonu bastırmak için kullanır. Bu teknik, uygulayıcıya, sık olarak rastlanan hastanın beklenmedik hareketi karşısında iğnenin kontrolünü çok daha iyi yapmasını sağlar. İğnenin penetrasyonu sırasında lokal seyirme yanıtının oluşması çok daha iyi bir etkinliği garanti eder.

2.11.1.3 Akupunktur

Melzack ve ark. (1977) akupunktur noktaları ve TN'nin dağılımı ile refere ağrı paterni arasında anlamlı ilişki olduğunu bulmuşlardır. Yakın zamanda akupunktur noktaları ile tetik nokta bölgelerinin elektrofizyolojik karşılaştırması bu korelasyonun varlığını desteklemiştir (Kao ve ark. 2006). Bu durum her ne kadar randomize kontrollü çalışmalardan edinilen, konu ile ilgili spesifik veri henüz yetersiz olsa da MAS'ın akupunktur ile tedavisi konusunda gerekçe sağlamıştır. TN'ye uygulanan akupunktur (haftada iki kez uygulanan %0.25 bupivakain) ile siklobenzaprin kloralhidrat ve sodyum dipironun analjezik etkisinin karşılaştırıldığı yakın zamanlı bir çalışmada sonuçlar, akupunkturun diğer madelerle TN'lere uygulandığı kombinasyon tedavisi ile 4 hafta sonra benzer ağrı kesici etkilerinin olduğu ve yaşam kalitesi ölçümlerinde iyileşme sağladığını göstermiştir (Gazi ve ark.2010).

2.11.1.4 Terapötik Ultrason

Bu teknik umut verici yeni bir terapötik strateji gibi görünmektedir. Ultrasonun TN'leri etkili ve non-invazif olarak uyarabildiği deneysel olarak gösterilmiştir. İki çalışmada ultrasonun ardından yapılan kuru iğne uyarısının antinosiseptif etkileri karşılaştırılmıştır (Srbely ve Dickey 2008, Srbely ve ark. 2008). USG tekniği, manuel tekniklerle ulaşmanın zor olduğu derin kaslarda yer alan TN'lerin tedavisinde özellikle değerlidir. USG ile yapılan uyarının etkili olup olmayacağı henüz bilinmemektedir. USG'nin dokuları ısıtması sonucuyla oluşan sıcaklık artışı lokal enerji krizini sonlandırabilir (Srbely 2010).

2.11.1.5 İlaç Tedavisi

Streroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar TN tedavisinde tek başına kullanıldığında sınırlı yarar sağlar. Bu nedenle bu ilaçların lokal terapötik TN enjeksiyonu ile kombine edilmesi daha faydalı olabilir. Özellikle enjeksiyonu izleyen ilk 48 saatte kullanıldıklarında ağrıyı azaltmada faydalı olduğu tespit edilmiştir. MAS etyolojisinde kas spazmı olmayıp uç plak disfonksiyonu olması nedeniyle kas

gevşeticiler tedavide yarar sağlamaz (Mense ve ark. 2001, Giamberardino ve ark. 2011).

2.11.2 Kalıcı Faktörlerin Düzeltilmesi

TN oluşumuna neden olan faktörlerin tanımlanması ve bunların düzeltilmesi sağlanmadan MAS/TN tedavisi için kesinlikten bahsedilemez. Bu nedenle anormal postür ve yanlış kas aktivitesi değiştirilmeli, kasta orantısızlığa neden olan tüm anatomik kusurlar mümkün olduğunca düzeltilmelidir. Kronik enfeksiyon, stres, duygudurum bozuklukları, kötü uyku hijyeni, metabolizmada değişiklikler ve beslenme yetersizlikleri gibi diğer tetikleyici faktörler de belirtilmelidir. Bu faktörler hastalarda kişiye özgü şekilde sistematik olarak araştırılmalı ve mümkün olduğunca düzeltilmelidir (Yap 2007).

Özetle, kas ve fasyalarında TN'lerin varlığı ve aktivitesiyle ilişkili olan MAS, bölgesel kas iskelet sistemi ağrı şikayetleri arasında belirgin yer kaplar. MAS'ın uluslararası tanısı için geçerli kriterler günümüzde eksik kalmıştır ve bunun gelecekteki çalışmalarla yeniden belirlenmesi gerekmektedir. MAS tanısı klinik muayeneye dayanır ve en güvenilir bulgular şunlardır: kastaki gergin bant, banda kompresyon uygulanmasına karşı hassasiyet ile tetik noktasını tanımlayan ve tetik noktaya uyarı verildiğinde hedef noktasında oluşan yansıyan ağrıdır. USG, EMG veya termografi gibi testlerle edinilen bulgular ise sadece tanıyı doğrulayıcıdır. Somatik ağrı eşiği ölçümleri tetik ve hedef noktadaki hiperaljeziyi ortaya çıkarır. Ancak ağrısız bölgeler, kontrol alanlarında yapılan bu işlem sık görülen ve yaygın hiperaljeziyle giden kas iskelet ağrılarının MAS ile ayırıcı tanısında kullanılır. TN'lerin kesin yapısı anlaşılammıştır. Bunların bölgesel 'hassas (sensitize nosiseptör)' ve 'aktif (disfonksiyonel nöromusküler uç plaklar)' çoklu toplanmalar olduğuna inanılmaktadır. Ayrıca bunların kasa gelen direkt travmalar veya mikrotravma ya da hastalıklara sekonder ortaya çıkan farklı yapılar olduğu düşünülmektedir. TN'ler baş ağrısı, fibromiyalji ve visseral hastalık gibi santral sumasyon oluşturan uyarılar nedeniyle oluşan ağrılarının neden olduğu tipik semptomları aktive edebilir. En etkili geleneksel (konvansiyonel) MAS tedavileri germe egzersizleri ve sprey, kuru ıgneleme ve TN'de gevşemeyi sağlayan

enjeksiyondur. Terapötik ultrason ise umut verici yeni bir tekniktir. Bütün bu tedavilerin mutlak geçerliliği, standardize edilecek tanı kriterleri uygulanarak gelecekte yapılacak çalışmalarla doğrulanmaya devam edecektir (Giamberardino ve ark. 2011)

2.12 Çocukluk Çağı Travması

2.12.1 Tanım ve Tarihçe

Çocukluk çağı travması Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından; ‘yetişkin biri tarafından isteyerek veya istemeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan olumsuz etkileyen davranışlar’ şeklinde tanımlanmıştır (WHO 1999). Türk Dil Kurumu travmayı ‘örselenme’ olarak tanımlamıştır. Psikanalitik kurama göre ise örselenme benliğin üstesinden gelemeyeceği, kaldıramayacağı şiddette içten ya da dıştan gelen uyarılar demetine maruz kalmasıdır (Öztürk ve Uluşahin 2016).

Kaynaklara bakıldığında 1800’lü yıllarda Fransız adli tıp uzmanı Ambroise Tardieu ilk kez çocuğa kötü muameleyi dile getirmiştir. Tardieu ağır travmatik sonuçlar yaşamış cinsel istismara uğrayan çocuklar üzerinde çalışmış, bu durumların çocuklarda fiziksel ve psikolojik olarak nasıl sonuçlar doğurabileceğini bildirmiştir. Bununla birlikte Tardieu istismara uğramış çocuklarda yapmış olduğu otopsiler sonucunda ‘Hırpalanmış çocuk sendromu’ terimini ortaya çıkarmıştır (Labbe 2005). Dünya Sağlık Örgütü 1999 yılındaki raporunda, çocuğa yönelik kötü muameleyi fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal şeklinde ele almıştır (WHO 2006). DSM-I (1952) ve DSM-II (1968)'de çocuk istismarından bahsedilmezken DSM-III'de “çocuk kötüye kullanımı” şeklinde yer verilmiştir. DSM-5'de “Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar” başlığı altında “çocuğa bedensel sömürü”, “çocuğa cinsel sömürü”, “çocuğu boşlama”, “çocuğa ruhsal sömürü” başlıkları şeklinde çocuk istismarına yer verilmektedir (DSM-5 2013).

2.12.2 Epidemiyoloji

DSÖ tarafından yapılan çalışmalarda toplumun üçte biri çocukluğunda sıkıntı yaşamıştır. Dünyada çocuk istismarı oranı kız çocuklarında %52 ve erkek çocuklarında %48 olarak (Bernet 1997, Jain 1999), cinsel istismar oranı kız çocuklarında erkek çocuklarından üç kat daha çok saptanmıştır (Dubowitz 2002). Türkiye’de çocukların istismara maruz kalma oranı %33 oranında bulunmuş ve istismar edenlerin %77’si aile üyeleri, %11’i akrabalar, %2’si çocuk ile irtibatlı olan diğer kişiler olduğu bulunmuştur (Bilir ve ark. 1991). Türkiye’de 2011 yılında yapılan ve üç ilde yürütülen toplum örneklemleri tarama çalışmasında ise çocuk istismarı ve ihmali sıklığı %42 ile %70 sıklığında belirlenmiştir (Sofuoğlu ve ark. 2011). 2007 yılında 13- 18 yaş grubu 26 bin 9 kişi ile yapılan bir araştırmada % 22 fiziksel, % 53 sözel, % 36 duygusal ve % 25.8 cinsel istismar saptanmıştır (Meclis Araştırma Komisyonu Raporu, 2010: 398). Daha ileri çalışmalarda ise çocukluk çağı sorunlarının ileri yaşlardaki mental bozuklukların %28.9’ undan sorumlu tutulduğu bildirilmiş ve bu sorunlarının kötü etkilerinin yaşam boyu da sürebileceği gösterilmiştir (Kessler ve ark. 2010).

DeRosse ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada çocukluk çağında maruz kalınan kötü muamele ve psikotik semptomlar arasında güçlü pozitif korelasyonlar olduğunu tespit etmişlerdir. Bazı çalışmalarda ise çocukluk çağı travmasının bipolar bozukluğun morbidite ve şiddetinin artmasına neden olduğu bildirilmiştir.

2.12.3 Fiziksel İstismar

Kişinin 18 yaşından önce, kendisinden en az 5 yaş büyük bir yabancı ya da 2 yaş büyük bir aile ferdi tarafından fiziksel saldırıya uğramasıdır (Zoroğlu ve ark. 2001). Kişinin yaşlılarıyla giriştiği kavgalarda fiziksel temas durumu yok ise bu tanım içerisinde yer almamaktadır şeklinde tanımlanmaktadır (Brown ve Anderson 1991). Ayrıca kişinin bu durumu kardeşler arası rekabet gibi aile içi çatışma şeklinde algılamamış olması gerekmektedir. DSM-5’e göre çocuğa bedensel sömürü olarak geçen fiziksel istismar, ebeveynler, bakımından sorumlu kişiler ya da çocuğun sorumluluğunu taşıyan başka biri tarafından istemli olarak uygulanan küçük yara berelerden ağır kırıklara ve ölüme dek uzanan bir aralıkta, yumrukla vurma, dövme, tekme atma, ısırma, sarsma, savurma, kesici aletle yaralama, boğma, vurma (elle,

sopayla, kayışla ya da bir nesneyle), yakma yoluyla ya da başka bir yöntemle çocuğun bedensel bütünlüğüne zarar vermektir. Çocuğu terbiye etmek amaçlı, kabul edilebilir ve bedensel yaralanmaya neden olmayan davranışlar fiziksel istismar olarak kabul edilmez (APA, DSM-5). Ülkemizde fiziksel istismar sıklığı %65.7 olarak tespit edilmiştir (Aral ve Gürsoy 2001).

2.12.4 Cinsel İstismar

Çocukluk çağı cinsel istismarı (ÇÇCİ) bir tanı ya da bozukluk olarak tanımlanmamış olup karmaşık bir yaşam deneyimidir.

Cinsel istismar; 18 yaş altındaki bir bireyin kendisinden en az 5 yaş büyük aileden olmayan bir kişi ya da kendisinden en az 2 yaş büyük bir aile bireyi tarafından herhangi bir derecede cinsel kullanımına maruz kalmasıdır (Brown ve Anderson 1991). Bir dizi cinsel aktivite çocuk cinsel istismarı kapsamındadır. Bunlar, cinsel ilişki, cinsel ilişki girişimi, oral ve genital temas, genital organlara doğrudan ya da kıyafet üzerinden temas edilmesi, teşhircilik, çocuğun yetişkinlerin cinsel aktivitesine maruz bırakılması, çocuğun pornografi ya da fuhuş amacıyla kullanılması. Bu çeşitlilik çok değişik şekil ve miktarda sonuç doğurabilir. Ayrıca yaş ve cinsiyet, çocuğun ve failin yaşı ve cinsiyeti, çocuk ve fail arasındaki ilişkinin niteliği ve bu kişinin sayısı, sıklığı ve süresi, kötüye kullanım deneyimlerinin hepsi bazı sonuçları etkiliyor görünmektedir. Bu nedenle, cinsel istismara uğramış çocuklar, kimin hakkında çok fazla suistimal yapıldığına dair çok heterojen bir grup oluşturur (Putnam 2003). Herhangi bir istismar geçmişine ait verinin elde edilmesinde kullanılan metod, tanımlama, hastaların soruları algılama ve cevaplama çeşitliliği nedeniyle prevalans rakamlarının geniş ölçüde değişmesi şaşırtıcı değildir. Toplum örneklemelerinden elde edilen raporlara bakıldığında kadınlarda % 12 ile % 35, erkeklerde ise % 4 ile %9'u oranında 18 yaş öncesinde istenmeyen bir cinsel ilişki tespit edilmiştir. Gorey ve Leslie (1997), on altı adet kesitsel çalışmayı içeren verileri derlediğinde çocukluk çağı cinsel istismar prevalansını kadınlarda %16.8, erkeklerde ise %7.9 olarak hesaplamışlardır. Bugüne kadar yapılan en kapsamlı çalışma Finkelhor ve Dziuba-Leatherman (1994) tarafından yapılan 10-16 yaş arası 2000 çocuğun değerlendirildiği bir telefon anketidir. Bu çalışmada çocukluk çağı cinsel travmasını kız çocuklarında %3.2 erkeklerde ise %0.6 olarak tespit etmişlerdir.

Bununla birlikte belli başlı bazı durumlar ÇÇCİ için risk teşkil etmektedir. ÇÇCİ için risk faktörleri şunlardır: cinsiyet, yaş, sosyoekonomik durum, sakatlık, güçsüzlük gibi engel durumu ırk ve etnik köken ile aile desteğindeki yetersizliktir.

ÇÇCİ'ye uğrayan bireylerde erişkin dönemde de bir takım psikiyatrik hastalıklar tespit edilmiştir. Bunlar; majör depresif bozukluk, borderline kişilik bozukluğu, somatoform bozukluk, madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu, disosiyatif kimlik bozukluğu ve bulimia nevrozadır. ABD ve diğer ülkelerde erişkinlerden oluşan, büyük toplulukları içeren örneklem gruplarının retrospektif çalışmalarında ÇÇCİ tespiti giderek artmaktadır (Bifulco ve ark. 1991, Beitchman ve ark.1992, Ernst ve ark.1993, Mullen ve ark.1993, Polusny ve Follette 1995, Ussher ve Dewberry 1995, Fergusson ve ark. 1996a).

2.12.5 Duygusal (Emosyonel) İstismar

Ebeveyn ya da çocuğun bakımından sorumlu diğer yetişkinlerin çocuğun yapabileceğinin üzerinde talep ve beklentiler içinde olmaları ve bunu sağlamak için saldırganca tavır tutunmaları olarak tanımlanır. Duygusal istismar, günlük yaşamda en sık rastlanan istismar tiplerinden biridir. Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda en sık görülen duygusal istismar türü %75-80 oranında çocuğa bağırarak bulunmuştur (Runyan ve ark. 2002). Aslan ve arkadaşları (1999) ise duygusal istismarı, çocuğa bakım verenlerin çocuğun duygusal ya da zihinsel sağlığını tehlikeye atarak aşırı sözel tehditler, alay etmeler, küçük düşürücü konuşmalarda bulunması olarak tanımlamaktadır.

Reddetme, hakaret ve küfür etme, yalnızlaştırma, kandırma, korkutma, yıldırma, duygusal bakımın gereksinimlerini yerine getirmeme, çocuktan yaşının ve yeteneklerinin gerektirdiğinden fazla sorumluluk bekleme, çocuklar arasında eşit davranmama, değersizleştirme, önem vermeme, alay etme, olumsuz lakap takma gibi sözel saldırılarda bulunma, baskı yapma, otoriter davranma, bağımlılaştırma ve gereksiz yere fazla korumacı tutum sergileme de günlük yaşamda karşılaşılan diğer duygusal istismar çeşitlerindedir (Runyan ve ark. 2002, Polat 2000, Paavilainen ve Tarkka 2003).

Yapılan bazı çalışmalarda kız ve erkek çocuklarındaki duygusal istismar oran eşit çıkmıştır. Bu istismar türünün en sık görüldüğü yaş grubu 6-8 yaş arası olmakla birlikte ergenlik çağına gelene değin benzer düzeyde kalmaktadır (Kaplan ve ark. 1999). 2000 yılında İngiltere’de devlet istatistik kurumu tarafından yapılan çalışmada sadece çocukluk çağı duygusal kötüye kullanımı olan çocuk oranı %18 olarak tespit edilmiştir (Gasser 2002).

Duygusal istismara maruz kalan çocuklarda aileden soyutlanma, sinirli olma, bağımlı kişilik geliştirme, değersizlik hissetme, uyum sorunu yaşama, saldırgan davranışlarda bulunma gibi durumlar ortaya çıkabilir. Bunlarla birlikte duygusal istismar, çocukların bedensel ve zihinsel gelişimlerini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu çocuklarda normal zihinsel kapasite olmasına karşın, öğrenme güçlüğü ve dikkat eksikliği gibi sorunlar görülmektedir. Dolayısıyla duygusal istismar çocuğun hem kişilik gelişimi hem de okul başarısını olumsuz yönde etkilemektedir (Paavilainen ve Tarkka 2003). Duygusal istismar ve ihmale maruz kalan çocuklarda dışavurum ve içe atımla ilgili sorunlar, sosyal ilişkilerde bozulma, benlik saygısında azalma, suisid davranışı, çocukluk çağı mastürbasyonu ve başka pek çok mental bozukluk olabilmektedir (Müllen ve ark. 1996, Unal 2000).

2.12.6 İhmal

DSÖ’nün tanımına göre çocukluk çağı fiziksel ihmali; 18 yaş altı bireyin yetersiz beslenme, giyinme ve bakım alma sonucunda zarar görmesidir (Kaplan ve ark. 1999). Fiziksel ihmal çocuğun temel fiziksel, duygusal, tıbbi, eğitim ihtiyaçları; yeterli beslenme, hijyenini sağlama, barınması konusunda yetersizlik veya çocuğun güvenliğini sağlamada başarısızlık olarak da tanımlanabilir (Gilbert ve ark. 2009). Yapılan bir çalışmada ABD ve İngiltere’deki ihmal oranı %1.4-15.4 olarak tespit edilmiştir. Bu oran tüm çocukluk çağı tıvmlarının %6-11.8’ini kapsamaktadır (Gilbert ve ark. 2009). Yine ABD’de yapılan bir çalışmada ebeveynlerin %87’sinin bilerek ya da bilmeyerek çocuk ihmali yaptıkları kanıtlanmıştır (Gilbert ve ark. 2009).

İhmal ve istismarın ayırt edici özelliği, ihmalin pasif iken istismarın aktif nitelik taşımasıdır (Aral 2001). İhmal, özellikle büyüme geriliği olan, psikososyal uyum güçlüğü çeken, eğitim ihtiyaçları karşılanmayan çocuklarda düşünülmelidir (Affifi ve ark. 2014). İhmal, sadece ekonomik kayıplara neden olmakla kalmaz (Fang ve ark. 2015), aynı zamanda suçluluk riskini (Kim ve ark. 2016) ve depresyon gibi psikiyatrik hastalıkları da artırır (Li ve ark. 2016). Üstelik bir çalışma, yetimlerdeki depresyon şiddetinin istismardan ziyade ihmalle daha güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Hermenau ve ark. 2015). İlginç bir şekilde, MRG çalışmaları çocukluk ihmalinin hafıza işlevinden sorumlu beyin bölgelerinde azalmış beyin hacmi ile ilişkili olduğunu bulmuştur (Grassi-Oliveira ve ark. 2011).

Psikiyatrik tanısı olan hastalarla yapılan bir çalışmada duygusal ihmal oranı %81.6, fiziksel ihmal oranı %72.1 olarak tespit edilmiştir (Örsel ve ark. 2011). Yine 2469 lise birinci sınıf öğrencilerinde yapılan bir çalışmada fiziksel ihmal oranı %20.05 iken duygusal ihmal oranı ise %13.81 olarak bulunmuştur (Liu ve ark. 2017).

Çocuğun beslenme, eğitim ve tıbbi bakım alma gibi temel ihtiyaçlarının uygun biçimde ya da yeterince karşılanmaması, çocuğun zararlı maddelerle karşı karşıya bırakılması, korunmasız bırakılması, anne-baba tarafından kontrol edilmemesi, hijyeninin yeterince sağlanamaması fiziksel ihmal kavramı içinde yer alır (Polat 2001). Çocuğun bakımvereni tarafından terk edilmesi de fiziksel ihmal kapsamındadır (Flores ve Machuca 2011). Kardeşler arasında çocuğun dışlanması, çocuğu evden kovmak da birer fiziksel ihmal örneğidir (Yurdakök ve İnce 2010). Duygusal ihmal ise çocuğun, sevilme, desteklenilme, ilgilenilme, bağlanma, bakım gibi ihtiyaçlarının uygun şekilde ya da gerektiğince karşılanmamasıdır (Yargıç ve ark. 1994, Aslan ve Alparslan 1999).

2.13 D Tipi Kişilik

D (distressed) tipi veya sıkıntılı kişilik şeklinde de adlandırılan bu kişilik tipi koroner kalp hastalığının (KKH) gelişimi ve prognozu için belirlenmiş bir risk faktörüdür (Grande 2012). 2012'den bu yana Avrupa Kardiyovasküler Hastalık Önleme rehberine bir risk faktörü olarak dahil edilmiş ve hastalığın izleminde kullanılmaktadır (Piepoli ve ark. 2016). D tipi kişilik sosyal inhibisyon ve olumsuz

duygulanımın kombinasyonu ile karakterizedir ve KKH'si olan 4 kişiden 1'inde yaklaşık olarak gözlenmektedir. Psikososyal risk faktörleri arasında olan D tipi kişilik KKH hastalarında yaygındır ve hastalardaki yaşam kalitesini düşürerek morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır (Staniute 2015). Önceki çalışmalar D tipi kişiliğin depresif belirtiler, anksiyete ve kronik stresle ilişkisini açıklamıştır (Starrenburg ve ark. 2013, Kim ve ark. 2017, Lambertus ve ark. 2018). Biyolojik süreçler ve sağlıkla ilgili davranışlar, Tip D kişilik ile KKH ilerlemesi arasındaki ilişkide rol oynar. İlaç tedavisine bağlılık, yaşam tarzı değişikliği ve olay sonrası kardiyak rehabilitasyon, KKH'li hastaların uzun süreli takibinde hastalığın ilerlemesini önlemek için tedavinin ön saflarında yer almaktadır (Piepoli ve ark. 2016). Bu davranışsal yollar, bir hastanın yatkinliğinden, örneğin D Tipi kişiliğinden etkilenebilir ve böylece hastalığın prognozunu etkileyebilir (Kupper ve Denollet 2018).

D tipi kişilik insanların söylemekten çekindiği depresyon, öfke, düşmanlık, kaygı gibi olumsuz duyguları yaşadıkları davranışsal bir modeldir. D tipi kişilik yapısına sahip bireyler yorgunluk ve depresyona yatkın kişilerdir (Masafi ve ark. 2018). Ayrıca bu kişilik tipinde akut strese karşı duyarlılık artmıştır (Denollet ve ark. 2010). D tipi kişilik iki sabit kişilik yapısının kombinasyonu ile karakterizedir: Olumsuz duygulanım ve sosyal inhibisyon. Olumsuz duygulanım: her zaman ve koşulda huzursuzluk, can sıkıntısı, korku ve sinirlilik gibi negatif duyguları sürekli olarak deneyimleme eğilimidir. Sosyal inhibisyon ise duyguları ifade etmeyi engelleme eğilimi, sosyal ortamlarda şiddetli güvensizlik duyma, başkalarını rahatsız etme korkusuyla kişinin aşırı derecede kendini kontrol etmesi ile ilişkilidir (Denollet ve ark. 2000). D tipi kişiliği olan bireylerin sigara içme ve kötü beslenme alışkanlığı gibi uyumsuz sağlık davranışlarında bulunma olasılıkları daha yüksektir. Yine D tipi kişiliğe sahip bireyler hastalıklarla fonksiyonel olmayan baş etme yöntemleri kullanırlar (YU ve ark. 2011). Tip D kişiler depresif duygudurum, anksiyete, öfke, düşmanlık besleme gibi olumsuz duyguları yaşama eğiliminde olmakla birlikte sosyal ortamlardan kaçınırken de bu duyguları engellemeye çalışırlar (Denollet 2000, Denollet ve Van-Heck 2001).

Korku, kaygı, çaresizlik, kontrol kaybı gibi durumlar kortizol salınımı ile ilişkilidir (Lovallo 1990). Depresif hastalarda yapılan çalışmalarda negatif duygulanım ve HPA aksının aktiflenmesi sonucu kortizolün aşırı salınımı arasında ilişki bulunmuştur (Holsboer 2000, Sher 2004). Yapılan bir çalışmada, doğal strese tepki olarak olumsuz etki, olumlu etki ve kortizol arasındaki ilişkiyi belgelemiştir. Olumsuz etki, yüksek kortizol seviyeleri ile olumlu etki ise düşük kortizol seviyeleri ile ilişkilidir (Smyth ve ark. 1998). Negatif duygulanım, ajitasyon gibi durumlar yüksek kortizol seviyesiyle ilişkili bulunmuştur. Duygudurum, stresli yaşam olayları ile kortizol sekresyonu arasındaki ilişkide aracılık eder (Van-Eck ve ark. 1996, Smyth ve ark. 1998). Yapılan bir çalışmada, kişiyi strese yatkın hale getirmesi nedeniyle D tipi kişiliğin iki bileşeninin de kortizol seviyesinde artışa neden olduğu tespit edilmiştir (Pedersen ve Denollet 2004). Bununla birlikte, D tipi bireyler ile diğer kişilik tiplerine sahip kişilerde HPA regülasyonunda bir farklılık olduğu söylenebilir (Masafi ve ark. 2018). D tipi kişilik, immun sistem aktivasyonuna neden olup bazı biyolojik hastalıklarla da ilişkili olabilir (Denollet ve ark. 2009). Lambertus ve ark. (2018) yaptığı çalışmada D tipi kişiliğin çeşitli psikiyatrik bozukluklarla özellikle de sosyal fobi, distimi ve kişilik bozukluklarıyla (örneğin kaçınan ya da obsesif kompulsif) belirgin bir komorbiditesi olduğu gösterilmiştir. Pedersen ve ark. (2009a, 2009b, 2011) D tipi kişilerde anksiyete ve depresyon görülme sıklığının fazla olduğunu belirtmişlerdir. Versteeg ve ark. (2011) ise D tipi kişilik yapısının post travmatik stres bozukluğu ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

Bu çalışmanın amacı miyofasyal ağrı sendromunda, D tipi kişilik ve çocukluk çağı travmalarının varlığının hastalık şiddetine olan etkisini, kontrol grubu ile karşılaştırarak değerlendirmektir.

3. MATERYAL VE METOD

3.1 Çalışmanın Tasarımı

Çalışmanın Türü:

Vaka-kontrol olarak planlanan bu çalışma 1 Ekim 2018–1 Nisan 2019 tarihleri arasında Kafkas Üniversitesi Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri ile Fiziksel Tıp-Rehabilitasyon birimlerinde tek merkezli çok birimli olarak yürütüldü.

Çalışma; Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulunda 26.09.2018 tarihinde görüşüldü ve 2018/11 karar ile Etik Kurul Yönergesi'ndeki şartlara uygun bulundu (Bkz. EK 1). Etik Kurul'a araştırmacıların özgeçmişi ve çalışmada kullanılacak yöntemler hakkında bilgi verildi, ayrıca hazırlanan "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" ile hasta değerlendirme formlarının örnekleri kurula sunuldu.

Çalışmanın Amacı:

Bu çalışmada; miyofasiyal ağrı sendromu tanı kriterlerine göre miyofasiyal ağrı sendromu tanısı almış ve üst trapez kasında en az 1 aktif tetik noktası olan hastalarda çocukluk çağı travması ve D tipi kişilik varlığının araştırılması amaçlandı. Hastanın ağrı ile birlikte depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi, bedensel duyumları ve cinsel yaşantısı sorgulanarak bunlar üzerindeki iyileştirme durumlarının fizik tedaviye ek olarak kullanılmasının katkısı araştırılacaktır.

Hasta Seçimi:

Çalışmaya; 1 Ekim 2018-1 Nisan 2019 tarihlerinde Kafkas Üniversitesi Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Polikliniği'ne sırt ve boyun ağrısı şikayetiyle başvuran, şikayet süresi en az 3 ay olan, çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan, son 1 ay içerisinde tetik nokta enjeksiyonu uygulanmamış, anamnez ve fizik muayene bulgularıyla MAS tanısı konulan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniği'ne yönlendirilen toplamda 81 hasta mevcuttu. Bu çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan ve katılmayı kabul eden tüm hastalar vaka grubunu oluşturdu. Vaka grubunu oluşturan hasta grubu ile benzer yaş, cinsiyet ve medeni durumda olup çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan 81 kişilik sağlıklı kontrol grubu alındı.

Çalışmaya dahil olma kriterleri:

1.Hasta grubunda:

- a) Üst trapez kasında miyofasyal ağrı sendromu tanısı almış olması.
- b) 18-65 yaş arasında olması.
- c) Okuma yazma bilmesi.
- d) Hastanın bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı gönüllü olarak istemesidir.

2. Kontrol Grubunda:

- a)Psikiyatrik hastalığının olmaması.
- b)18-65 yaş arasında olması.
- c)Okuma yazma bilmesi.
- d)Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı gönüllü olarak istemesidir.

Çalışmaya dahil olmama kriterleri:

1.Hasta Grubunda:

- a)Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmemek.
- b)Klinik olarak saptanmış mental retardasyon bulunması.
- c)Psikotik bozukluk olması.
- d)Radikülopati.
- e)Nörolojik defisit.
- f)Disk hernisi.
- g)Malignite.
- h)Enfeksiyon.
- i)Sistemik hastalık bulunması.
- j)Okuma yazma bilmemek olarak alındı.

2.Kontrol Grubunda:

- a)Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmemek,
- b)Klinik olarak saptanmış
 - 1)Mental retardasyon bulunması.
 - 2)Psikotik bozukluk olması.
 - 3)Okuma yazma bilmemek olarak belirlendi.

Bilgilendirme ve Onay:

Hastalara çalışmanın amacı, süresi ve uygulanacak ölçeklerle ilgili yazılı ve sözlü olarak bilgi verildi ve onayları alındıktan sonra Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından belirlenen standartlara uygun şekilde hazırlanmış "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" imzalatıldı (Bkz. EK 2).

Demografik Özellikler:

Hastaların yaş, boy, kilo, meslek, medeni durum, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, sigara-alkol-madde kullanım alışkanlıkları, ailede kişi başı ortalama aylık gelir, birlikte yaşadığı kişiler, yaşadığı yer, sosyal desteğini sağladığı kişiler, çocukluk çağı travması, ailede ve kendisinde önce/şimdiki psikiyatrik hastalık olup olmaması gibi demografik bilgileri elde edildi (Bkz. EK 3). Çalışmaya başlamadan önce hastaların ayrıntılı anamnezi alındı, kas iskelet sistemi ve nörolojik muayeneleri yapıldı.

3.2 Değerlendirme Ve Takip

3.2.1 Hastalık Aktivitesi Ve Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi

3.2.1.1 Vizüel Analog Skala(VAS)

Çalışmada ağrı şiddeti Vizüel Analog Skala ile değerlendirildi. VAS üzerinde 0'dan 10'a kadar olan sayılar; 0 "hiç ağrı olmaması", 5 "orta şiddette ağrı", 10 "dayanılmayacak şiddette hissedilen ağrı" şeklinde tarif edilerek hastalardan son 1 haftayı düşünerek ağrı düzeylerini puanlamaları istendi.

3.2.2. Kullanılan Psikolojik Ölçekler

3.2.2.1 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ, BDE)

Depresyonda görülen duygusal, bedensel, bilişsel, motivasyonel belirtileri ölçer. 21 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Her maddede hafiften ağıra doğru 0 ile 3 puan arasında sıralanan depresyona özgü davranışsal örüntüyü belirleyen kendini değerlendirme cümlelerini içermektedir. Sorular son bir haftaki duyguduruma göre cevaplanmalıdır (Bkz. EK 4). Ölçek puanları 0-63 arasında olup 0-13 puan arası 'depresyon yok', 14-24 puan arası 'orta düzeyde depresyon', 25 puan

ve üzeri ise ‘şiddetli depresyon’ olarak değerlendirilir (Beck 1961). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Hisli ve ark. (1988) tarafından yapılmıştır.

3.2.2.2 Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ, BAE)

Adolesan ve erişkin bireylerdeki kaygı, sıkıntı düzeyini belirlemek amacıyla Beck ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiştir. 12 yaş ve üzerindeki bireylere uygulanabilir. Ulusoy ve ark. (1998) tarafından ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. 21 maddeden oluşan, anksiyete şiddetini ölçen dörtlü likert tipi kendini değerlendirme envanteridir. Bireyden son bir hafta içerisinde anksiyete ile ilgili semptom ve duygulardan oluşan maddeleri yaşama yoğunluğunu işaretlemesi istenir. Puan aralığı 0-63 arasındadır. Kesme değeri 17’dir. Soruların şıkları 0 ile 3 puan arasında veya 0-7 puan aralığı ‘anksiyete yok’, 8-15 puan ‘hafif’, 16-25 puan ‘orta’, 26 ve üzeri ‘şiddetli’ anksiyete olarak değerlendirilir (Bkz. EK 5).

3.2.2.3 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ, CTQ)

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği 20 yaş öncesi istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük ve niceliksel olarak değerlendirmede yararlı olan, geçerliği ve güvenilirliği gösterilmiş, öz bildirime dayalı, uygulaması kolay bir ölçme aracıdır. Bernstein ve ark. (1994) tarafından geliştirilen bu değerlendirme aracı üç tanesi travmanın minimize edilmesini ölçen maddeler olmak üzere toplam 28 sorudan oluşmaktadır (Bkz. EK 6). Bu ölçek ile çocukluk çağı cinsel, fiziksel, emosyonel (duygusal) istismarı ve emosyonel ve fiziksel ihmalini konu alan beş alt puan ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25-125 arasındadır. Emosyonel istismar 3, 8, 14, 18, 25 numaralı maddeler, emosyonel ihmal 5, 7, 13, 19, 28 numaralı maddeler, fiziksel istismar 9, 11, 12, 15, 17 numaralı maddeler, fiziksel ihmal 1, 4, 6, 2, 26 numaralı maddeler, cinsel istismar 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir. Minimize edilme ise 10, 16 ve 22. sorular ile değerlendirilir. Minimize edilme puanı travmanın inkarını ölçmekte ve toplam puanı etkilememektedir. Hesaplama sırasında olumlu ifadeler olan 2, 5, 7, 13, 19, 26, 28 numaralı soruların puanı ters çevrilir. CTQ-28 Türkçe uyarlaması çalışmasında ölçeğin kesme puanları; cinsel ve fiziksel

istismar için 5 puanın aşılması, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için bu sınırın 7 puan, duygusal ihmal için ise 12 puan düzeyinde alınabileceği bildirilmiştir. Toplam CTQ puanı için kesme değerinin 35 puan ve üzeri olabileceği düşünülmüştür. Daha önce 53 maddeden oluşan günümüzde 28 maddelik kısa form şeklinde olan bu envanter bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin kısa formunun Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği Şar ve ark. (2012) tarafından yapılmıştır.

3.2.2.4 Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ)

Barsky ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiştir. Kişilerin beden belirtilerini nasıl yaşadıklarını ve somatizasyona yatkınlıklarını ölçen bir kendini değerlendirme aracıdır. Bedenselleştiren bireyler, normal bedensel duyumlarını yoğun, zararlı, rahatsız edici biçimde algılama eğilimindedir. Beşli likert tipi 10 maddeden oluşan bir ölçektir (Bkz. EK 7) Testi cevaplayan kişiden her bir soruyu 1 (hiç doğru değil) ile 5 (tamamen doğru) arasında kendisine en uygun biçimde işaretlemesi istenir. Herbir maddenin puanı alınarak ölçeğin toplam puanı değerlendirilir. Toplam puan 10-50 arasındadır. Ölçeğin kesme puanı yoktur. Bu nedenle karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılabilir. Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği Güleç ve Sayar (2007) tarafından yapılmıştır.

3.2.2.5 Tip D Kişilik Ölçeği (DS14)

Tip D ölçeği-14 (DS14); Negatif affekt (NA),sosyal inhibisyon (Sİ) ve Tip D' yi değerlendirmek için spesifik olarak geliştirilmiştir. DS14 ölçeği toplam 14 madde içermekle beraber; NA ve Sİ' yi ölçen iki alt ölçekten oluşur. Her iki alt ölçek de 7 madde içerir. Her bir madde 0-4 arasında puanlanan likert tipi bir ölçektir (Bkz. EK 9). Toplam puan iki alt ölçek için de 0-28 arasındadır. Her iki alt ölçeğin de kesim noktası ≥ 10 dur. Her iki alt ölçeğinde test-retest geçerliliği iyi ve internal geçerliliği yüksektir. Cronbach α değerleri NA için 0.88, SI için 0.86 olarak bulunmuştur (Denollet 2005). Ölçeğin psikometrik kalitesi ve prognostik gücü Belçikalı kardiyak hastalarda istatistiksel olarak kanıtlanmıştır. Güvenilirliği gösterilmiştir (Denollet 1998, Denollet ve ark. 2000). Her iki alt ölçeğin de geçerliliği gösterilmiştir. NA ve Sİ alt ölçeklerinin yapısal ve internal tutarlılığı Danimarka'lı ve Alman kardiyak

hastalarda yapılan çalışmalarda doğrulanmıştır (Pedersen ve Denollet 2004, Grande ve ark. 2004).

3.2.2.6 Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)

ACYÖ 2000 yılında McGahuey ve ark. (2000) tarafından depresif bozukluğu olan hastalarda cinsel sorunları belirlemek amacıyla geliştirilmiş olsa da sonrasında çeşitli hasta grubu ve sağlıklı popülasyonda tarama amaçlı olarak kullanılmaya başlanmıştır. Özbildirim ölçeği olan ACYÖ, altılı likert tipi değerlendirmeye imkan sağlayan 5 maddeli bileşenden oluşmaktadır. Bunlar; cinsel istek, uyarılma, vajinal lubrikasyon veya penil ereksiyonu, orgazm olabilme ve bundan oluşan tatmini içerir (Bkz. EK 10). Kadın ve erkek için ayrı formlar bulunur. Ölçeği cevaplandıran kişiden bugün dahil son bir haftayı değerlendirerek soruları cevaplaması istenir. Her bir madde 1 (bozukluk yok) ile 6 (tam cinsel işlev bozukluğu) kadar puanlandırılır. Toplam puan 5-30 arasındadır. Kesme puanı 11'dir. Düşük puanlar normal cinsel işlevi, yüksek puanlar ise cinsel işlev bozukluğunu yansıtmaktadır. Toplam ACYÖ puanının ≥ 19 , tek bir madde puanının ≥ 5 veya üç maddenin puanının ≥ 4 olması cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur. Bu ölçeğin Türkiye'deki geçerlik güvenilirlik çalışması Atilla Soykan (2004) tarafından yapılmıştır.

3.2.2.7 Kısa Form (SF-36)

SF-36 yaşam kalitesini ölçmede kullanılan en yaygın ölçeklerden biridir. Ware ve ark. (1992) tarafından geliştirilmiştir. Özellikle fiziksel hastalığı olanlarda yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir. Bununla birlikte sağlıklı bireyler ve psikiyatrik hastalığı olanlarda da kullanılabilir. Sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilir ve özürllükteki küçük değişimleri saptamada dahi oldukça duyarlıdır. Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği Koçyiğit ve ark. (1998) tarafından yapılmıştır. Türk toplumu için alt boyutlarının standartlarının belirlenmesi çalışması ise Demiral ve ark. (2004) tarafından yapılmıştır. Fiziksel fonksiyon, rol kısıtlamaları (fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı), sosyal fonksiyon, mental fonksiyon, vitalite (enerji), ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması gibi sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile incelemektedir (Bkz. EK 8). Ölçeğin toplam puanı yoktur, sadece 8 alt boyutun toplam puanı hesaplanır.

Değerlendirmelerde bireylerin geçirdiği son dört hafta dikkate alınmaktadır (Koçyiğit ve ark. 1998, Ware ve Gandek 1998). SF-36 çoktan seçmeli format şeklinde olup sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile değerlendirme yapmak için tasarlanmıştır. Bunlar;

- Fiziksel fonksiyon
- Fiziksel rol gücü
- Vücut ağrısı (ağrı şiddeti ve meydana getirdiği kısıtlamalar).
- Genel sağlık (hasta tarafından genel sağlığının nasıl algılandığı).
- Enerji (yorgun ve tükenmiş hissetme veya enerjik hissetme).
- Sosyal fonksiyon (fiziksel veya emosyonel problemler nedeniyle normal sosyal aktivitelerde aksama).
- Emosyonel rol (emosyonel problemler nedeniyle iş ve diğer günlük aktivitelerde kısıtlamalar) gücü.
- Ruh sağlığı (sinirli ve ruhsal çökkünlük hissetme veya huzurlu, mutlu ve sakin hissetme).

Ruh sağlığı skalasını oluşturan sorular; 24, 25, 26, 28, 30'dur (Talaoukar ve ark. 2006, Paradisi ve ark. 2008). Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir ve puanlar 0-100 arasında değişmektedir. 100 puan iyi sağlık durumunu, 0 puan kötü sağlık durumunu göstermektedir (Aydemir 1999, Mumcu ve ark. 2006, Paradisi ve ark. 2008).

3.2 Hipotezler

Kontrol Grubuyla Olan Karşılaştırma

1. MAS'da, çocukluk çağı travmaları kontrollerden daha fazladır.
2. MAS'da D tipi kişilik örüntüsü kontrollerden daha fazladır.
3. MAS'da depresyon görülme ihtimali kontrollerden daha fazladır.
4. MAS'da anksiyete görülme ihtimali kontrollerden daha fazladır.
5. MAS'da bedenselleştirme kontrollerden daha fazladır.
6. MAS'da yaşam kalitesi kontrollerden daha fazla etkilenmiştir.
7. MAS'da cinsel sağlık kontrollerden daha fazla etkilenmiştir.

Hastalık Şiddetiyle Olan İlişki

1. Çocukluk çağı travması olanlarda, MAS daha şiddetlidir.
2. D tipi kişilik örüntüsü olanlarda MAS daha şiddetlidir.
3. Depresyon puanları fazla olanlarda hastalık şiddeti fazladır.
4. Anksiyete puanları fazla olanlarda hastalık şiddeti fazladır.
5. Bedensel duyumları abartma puanları yüksek olanlarda hastalık şiddeti fazladır.
6. Yaşam kalitesi düşük olanlarda hastalık daha şiddetlidir.
7. Cinsel yaşantılar puanları fazla olanlarda hastalık daha şiddetlidir.

Risk Etkeni Olarak Değerlendirme

1. Çocukluk çağı travması, D tipi kişilik örüntüsü, depresyon, anksiyete, bedensel duyumları abartma, yaşam kalitesi, cinsel yaşantılar miyofasyal ağrı sendromunun gelişimi ve seyrinde etkili olan ruhsal faktörler arasında yer almaktadır.
2. Depresyon, anksiyete, çocukluk çağı travması, D tipi kişilik örüntüsü, bedenselleştirme, yaşam kalitesi, cinsel işlev bozukluğu miyofasyal ağrı sendromunun şiddetinde etkili olan ruhsal etkenlerdir.

4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

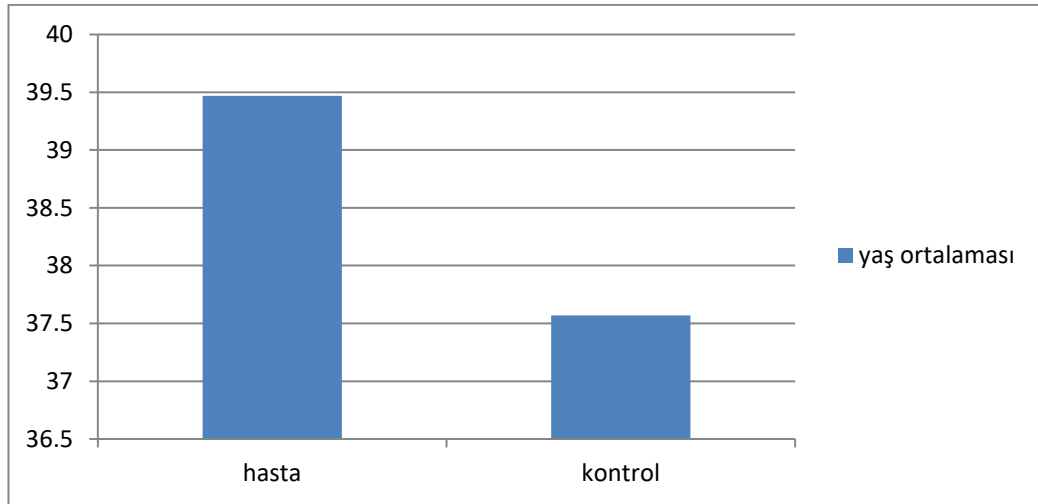
Bu çalışmada katılımcılardan elde edilen verilerin istatistiksel analizi için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programının 20.0 versiyonu kullanıldı. Sosyodemografik verilerin tanımlayıcı istatistiksel analizinde ortalama değerleri, standart sapma değerleri, medyan değerleri, en düşük ve en yüksek değerler ile oran ve frekans değerleri kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluk durumunu değerlendirmek amacıyla Kolmogorov Smirnov testi uygulandı. Gruplar arası farkın değerlendirilmesinde sürekli değişkenlerden parametrik test varsayımını sağlayanlar için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (Student T Testi), sağlamayanlarda ise Mann Whitney-U testi kullanıldı. Niteliksel değişkenlerin analizinde ise Ki-Kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi. Sürekli değişkenlerin birbiri ile olan ilişkisini analiz etmede her iki ölçeğin parametrik olması durumunda Pearson, değişkenlerden birinin nonparametrik olması durumunda ise Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Korelasyon katsayısı (r) derecelendirmesi 0 ile 0.24 aralığında 'düşük', 0.25-0.49 aralığında 'orta', 0.50-0.74 aralığında 'iyi', 0.75-1 aralığında 'çok iyi' olarak değerlendirildi. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken olan miyofasyal ağrı sendromu üzerindeki etkisini belirlemek için Ki-Kare analizlerinde anlamlı fark bulunan değişkenlere Binary Lojistik Regresyon analizi uygulandı. Lojistik regresyon analizi için yöntem olarak 'enter' seçildi.

5. BULGULAR

Çalışmaya, 1 Ekim 2018 - 1 Nisan 2019 tarihleri arasında Kafkas Üniversitesi Sağlık, Uygulama Ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Polikliniği'ne sırt ve boyun ağrısı şikayetleriyle başvuran ve dahil olma kriterlerini karşılayan, üst trapez kasında en az bir aktif tetik noktası bulunan, anamnez ve fizik muayene bulgularıyla MAS tanısı konulan ve Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniğine yönlendirilen 81 hasta ile hasta grubu ile benzer yaş, cinsiyet ve medeni durumda olan, yine çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan 81 kişilik sağlıklı kontrol grubu olarak toplam 162 kişi alındı.

5.1 Yaş

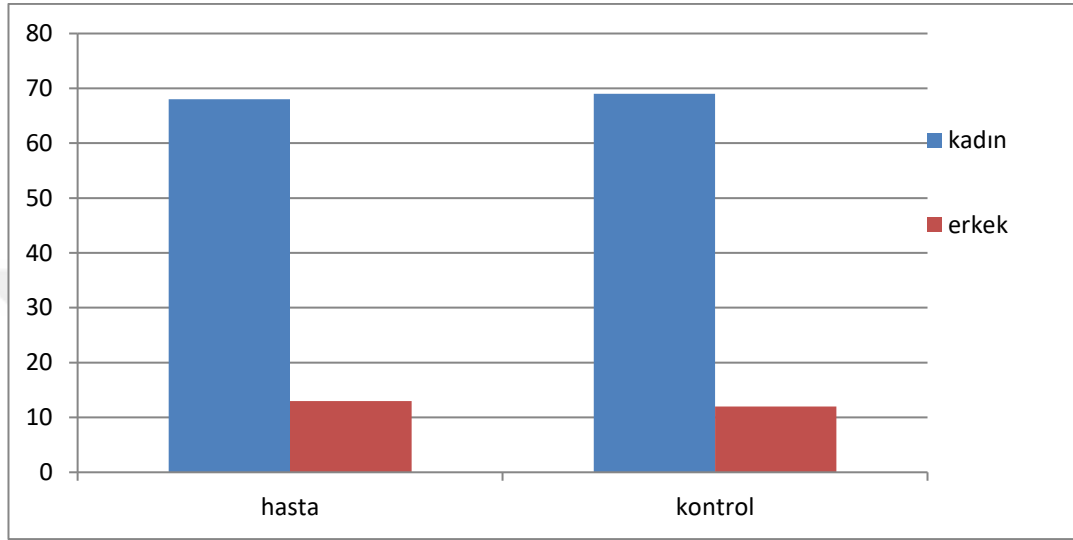
Çalışmaya katılan tüm bireylerin yaş ortalaması 38.52 ± 9.166 idi. Hasta grubunda yaş aralıkları 18-60 arasında değişmekteydi ve yaş ortalaması 39.47 ± 10.188 'di (Bkz. Şekil 1). Kontrol grubunda yaş aralıkları 21-56 arasında değişmekteydi ve yaş ortalaması 37.57 ± 8.144 idi. Her iki grup arasında yaş ortalaması bakımından anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.191$).



Şekil 1. Gruplara göre yaş ortalaması

5.2 Cinsiyet

Hastaların 68(%84) kadın, 13(%16) erkekti. Kontrol grubunun ise 69(%85.2)'u kadın, 12(%14.8)'i erkekti (Bkz. Şekil 2). Gruplar arasında cinsiyet açısından anlamlı fark yoktu ($\chi^2=0.047$, $p=0.828$).



Şekil 2. Hasta ve kontrol gruplarında cinsiyet dağılımı

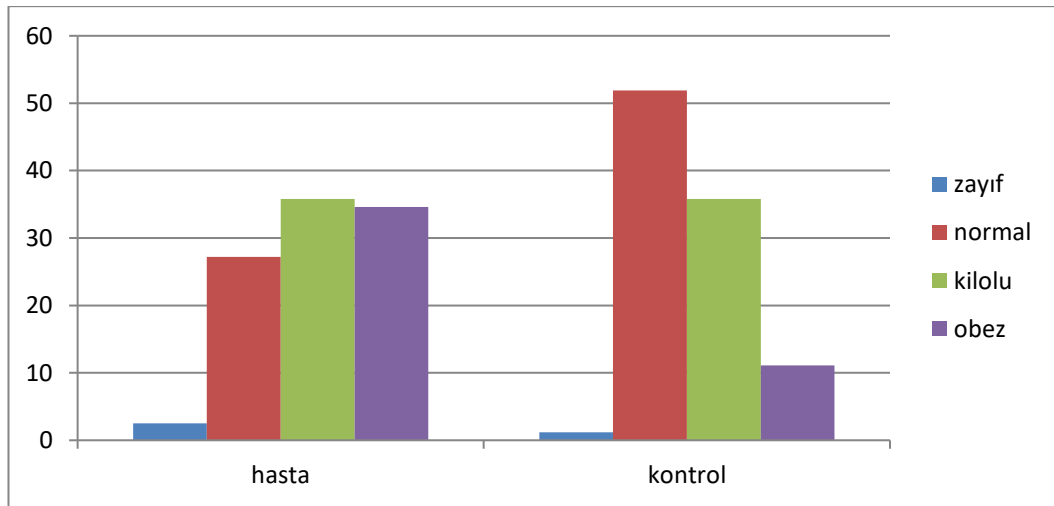
5.3 Vücut Kitle İndeksi

Hasta grubunda vücut kitle indeksi (VKİ) 17.5-48.8 arasında değişmekteydi ve ortalaması 28.2 ± 5.772 idi. Kontrol grubunda ise VKİ değerleri 16.30-41.00 idi grup ortalaması 24.82 ± 4.177 idi. Hasta grubunda VKİ ortalaması kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı ve yüksekti ($p < 0.05$). Hastaların VKİ'leri kategorik açıdan kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksekti ($p = 0.001$). Zayıftan obeze gidildikçe hastalık şiddeti artmaktaydı ($p = 0.001$).

(Bkz. Tablo 2, Şekil 3).

Tablo 2. Hasta ve kontrol gruplarında vücut kitle indeksi dağılımı

VKİ	Hasta		Kontrol		X ²	P
	n	%	n	%		
Zayıf	2	2.5	1	1.2	16.34	0.001
Normal	22	27.2	42	51.9		
Kilolu	29	35.8	29	35.8		
Obez	28	34.6	9	11.1		
Toplam	81	100	81	100		



Şekil 3. Hasta ve kontrol gruplarında vücut kitle indeksi dağılımı

5.4 Çocuk Sayısı

Hasta grubu hiç çocuğu olmayandan en fazla çocuk sayısı 7 olan şekilde sıralanmaktaydı. Ortanca değer 2, grup ortalaması ise 2.12 ± 1.576 idi. Kontrol grubunda da en fazla çocuk sayısı 7 idi. Medyan değer 2 iken grup ortalaması 1.88 ± 1.544 olarak saptandı. Her iki grup arasında çocuk sayısı bakımından anlamlı fark bulunmadı ($p=0.315$).

5.5 Aylık Gelir

Kişi başına düşen aylık gelir (KBAG) şeklinde değerlendirilmiştir. Hasta grubunda KBAG 150-5000 TL arasında değişirken ortalama 1131.48 ± 946.533 , medyan ise 800 TL idi. Kontrol grubunda ise 300-3200 TL arasında değişirken ortalama 1151.23 ± 760.139 , medyan 850 TL idi. Her iki grup arasında KBAG açısından anlamlı fark yoktu ($p=0.221$).

5.6 VAS (Vizüel Analog Skala)

Hasta grubunda minimum ve maksimum puanlar 0-10 iken kontrol grubunda 0-5 arasındaydı. Hasta grubunun VAS ortalaması 7.25 ± 1.670 , medyan 7 iken kontrol grubunun ortalaması 0.06 ± 0.556 , medyan 0 şeklindeydi. Hasta grubunda VAS puanı kontrol grubuna göre oldukça yüksek ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0.001$).

5.7 Medeni Hal

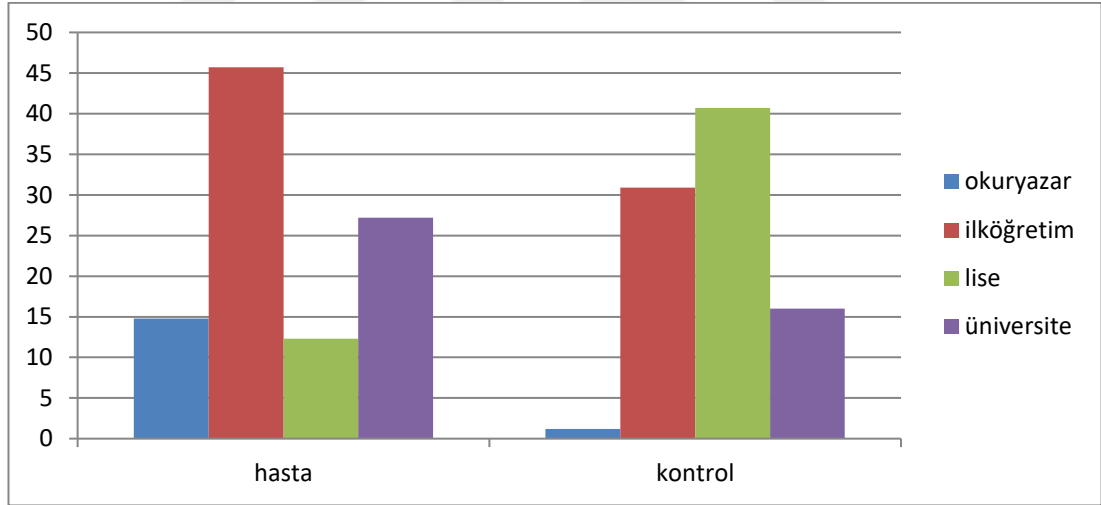
Hastaların $66(\%81.5)$ 'sı evli iken, $15(\%18.5)$ 'i evli değildi. Kontrol grubunda ise evli birey sayısı $59(\%72.8)$, bekar sayısı ise $22(\%27.2)$ idi. Evli olmayanlara boşanmış ve eşi ölmüş olan bireyler de dahil edildi. Her iki grup arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($\chi^2=1.716$, $p=0.190$).

5.8 Öğrenim Durumu

Hasta grubunun eğitim düzeyi kontrol grubuna göre düşüktü (Bkz. Tablo 3, Şekil 4). Öğrenim durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark vardı ($p=0.001$). Hastalık şiddetinin öğrenim durumundan etkilenmediği gözlemlendi ($p=0.574$).

Tablo 3. Hasta ve kontrol gruplarında öğrenim durumu dağılımı

Öğrenim durumu	Hasta		Kontrol		χ^2	P
	n	%	n	%		
Okur yazar	12	14.8	10	12.3	17.12	0.001
İlköğretim	37	45.7	25	30.9		
Lise	10	12.3	33	40.7		
Üniversite	22	27.2	13	16		
Toplam	81	100	81	100		



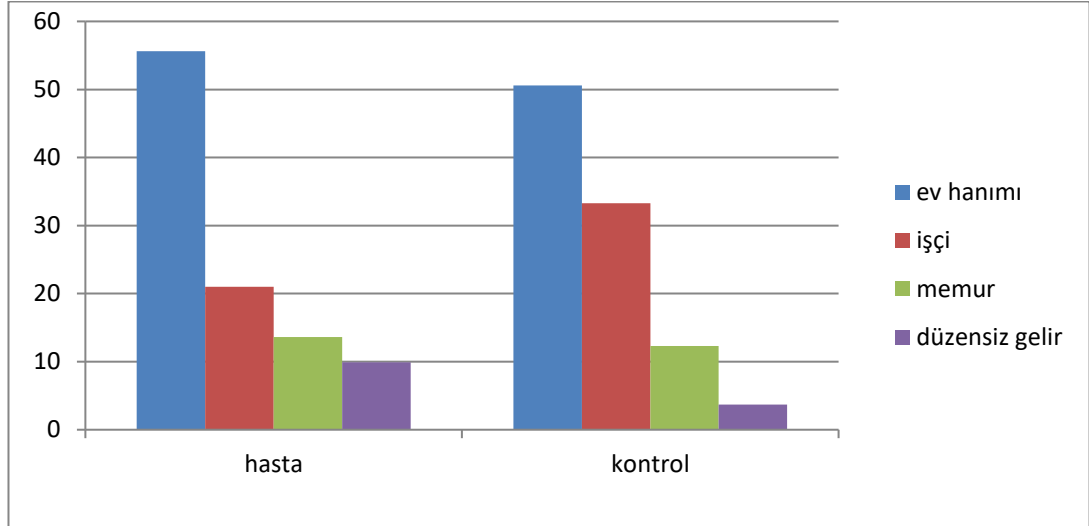
Şekil 4. Hasta ve kontrol gruplarında öğrenim durumu dağılımı

5.9 Meslek

Hasta grubunda 45 kişi (%55.6) ev hanımı iken, 17 kişi (%21.0) işçi vardı. Kontrol grubunda ise 41 kişi (%50.6) ev hanımı iken işçi sayısı 27 (%33.3) idi. Gruplar arasında meslek açısından anlamlı fark yoktu ($p=0.189$) (Bkz. Tablo 4, Şekil 5).

Tablo 4. Hasta ve kontrol gruplarında meslek dağılımı

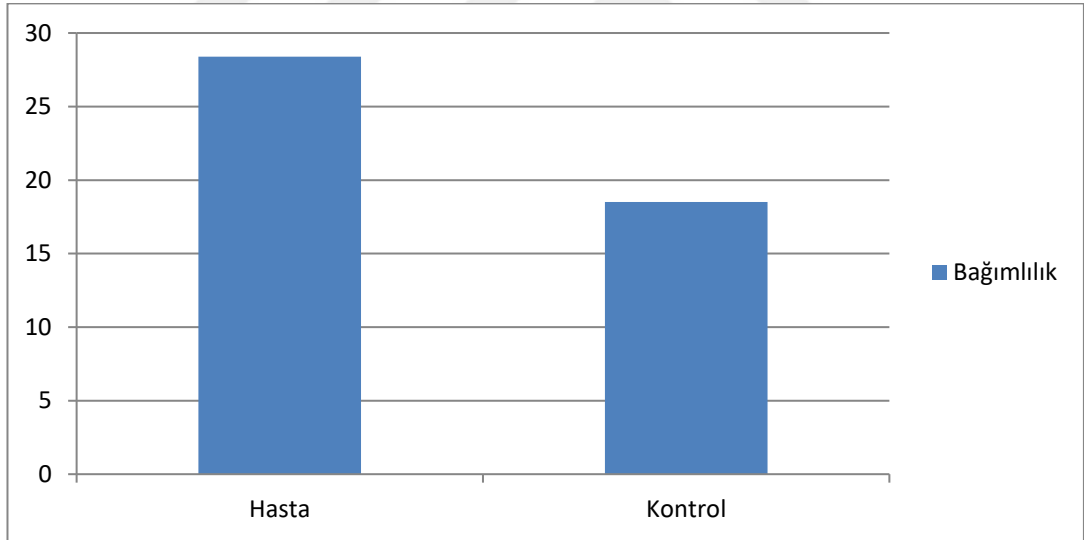
Meslek	Hasta		Kontrol		X ²	P
	n	%	n	%		
Ev Hanımı	45	55.6	41	50.6	4.779	0.189
İşçi	17	21.0	27	33.3		
Memur	11	13.6	10	12.3		
DüzensizGelir(işsiz,esnaf,çiftçi)	8	9.9	3	3.7		
Toplam	81	100	81	100		



Şekil 5. Hasta ve kontrol gruplarında meslek dağılımı

5.10 Bağımlılık

Hastalarda %28.4 (n=23) oranında, kontrol grubunda ise %18.5 (n=15) oranında bağımlılık vardı (Bkz. Şekil 6). Bağımlılık sigara, alkol ve madde bağımlılığı şeklinde kategorize edildi. Hasta grubunda bir kişi sigara ile birlikte alkol kullanmakta iken bir kişi de madde kullanmaktaydı. Hem hasta grubunda kalan hem de kontrol grubunda olan tüm bireylerdeki bağımlılık sigara bağımlılığı şeklindeydi. Hasta grubundaki bağımlılık oranı kontrol grubuna göre fazla olmasına rağmen her iki grup arasında bağımlılık açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=2.916$, $p=0.405$)



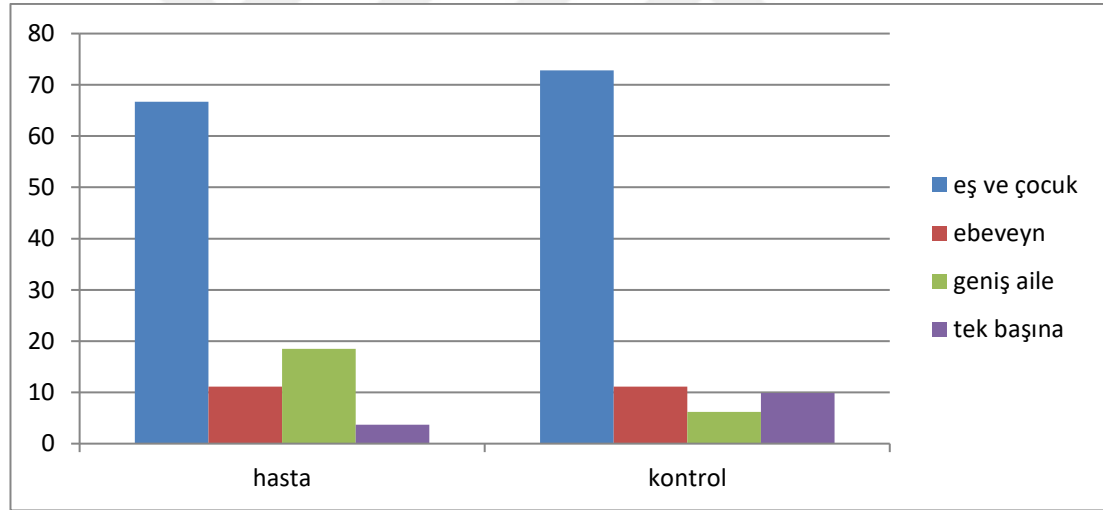
Şekil 6. Hasta ve kontrol gruplarında bağımlılık dağılımı

5.11 Birlikte yaşadığı bireyler

Her iki gruptaki bireyler en sık eş ve çocuklarından oluşan aile ile yaşamaktaydı (Bkz. Tablo 5, Şekil 7). Gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($p=0.058$).

Tablo 5. Hasta ve kontrol grubunda birlikte yaşanan bireylerin dağılımı

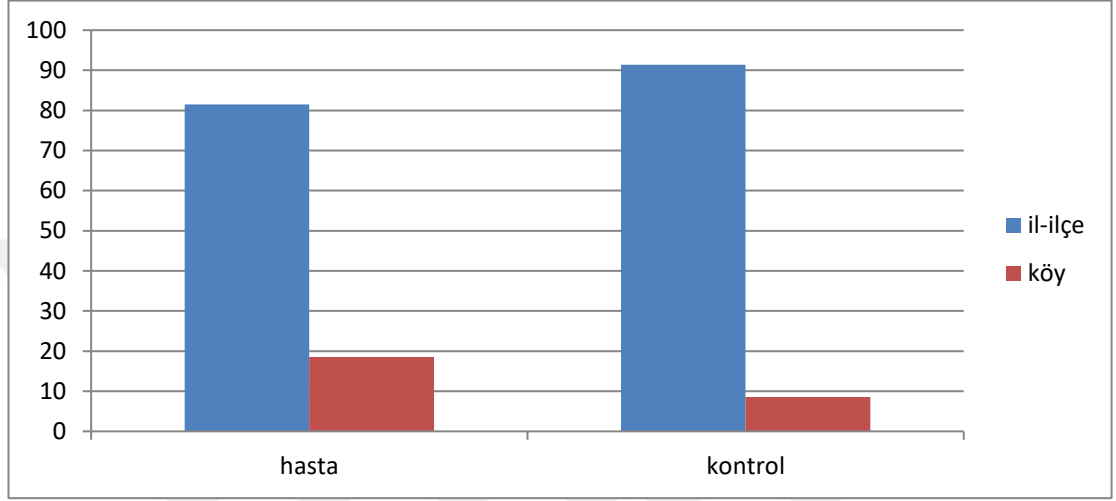
Kim ile Yaşadığı	Hasta		Kontrol		χ^2	p
	n	%	n	%		
Eş ve çocuklar	54	66.7	59	72.8	7.494	0.058
Ebeveyn ile	9	11.1	9	11.1		
Geniş aile	15	18.5	5	6.2		
Tek başına	3	3.7	8	9.9		
Toplam	81	100	81	100		



Şekil 7. Hasta ve kontrol grubunda birlikte yaşadığı bireylerin dağılımı

5.12 Yaşanılan Yer

Hasta grubunun %81.5 (n=66)'i, kontrol grubunun ise %91.4 (n=74)'ü il- ilçede yaşamaktaydı. Her iki grupta kalan diğer bireyler ise köyde yaşamaktaydı (Bkz. Şekil 8). Gruplar arasında yaşanılan yer açısından anlamlı fark yoktu($\chi^2=3.36$ p=0.067).



Şekil 8. Hasta ve kontrol grubunda yaşanılan yer dağılımı

5.13 Sosyal Destek

Kişinin sosyal desteğini sağladığı kişiler aile ve yakın arkadaş olarak sınıflandırıldı. Sosyal desteğini aileden sağlama oranı hasta grubunda %85.2 (n=69) iken bu oran kontrol grubunda %91.4 (n=74) idi. Sosyal desteğin türü açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=1.491$, p=0.222).

5.14 Çocukluk Çağı Travması

Çalışmaya katılan bireylere çocukluğunda unutamadığı kötü bir olayın varlığı sorgulanıp verilen cevaplar ise 'evet', 'hayır' şeklinde sınıflandırıldığında hasta grubunda 11 kişi (%13.6), kontrol grubunda ise 1 kişi (%1.2) bu soruya evet cevabını vermiştir. Hasta grubunda çocukluk çağı travması geçirme oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede fazlaydı ($\chi^2=9.00$, p=0.003).

5.15 Psikiyatrik Özgeçmiş

Hasta grubunda 12 (%14.8), kontrol grubunda ise 5 (%6.2) kişi daha önce psikiyatrik tedavi görmüştür. Her ne kadar hasta grubunda geçmişte psikiyatrik tedavi görme öyküsü kontrol grubundan fazla olsa da bu oran istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=3.22$ $p=0.073$). Ayrıca hasta grubunda bir kişi test yapıldığı esnada aktif psikiyatrik tedavi almakta iken kontrol grubunda aktif tedavi alan yoktu.

5.16 Ailede Psikiyatrik Öykü

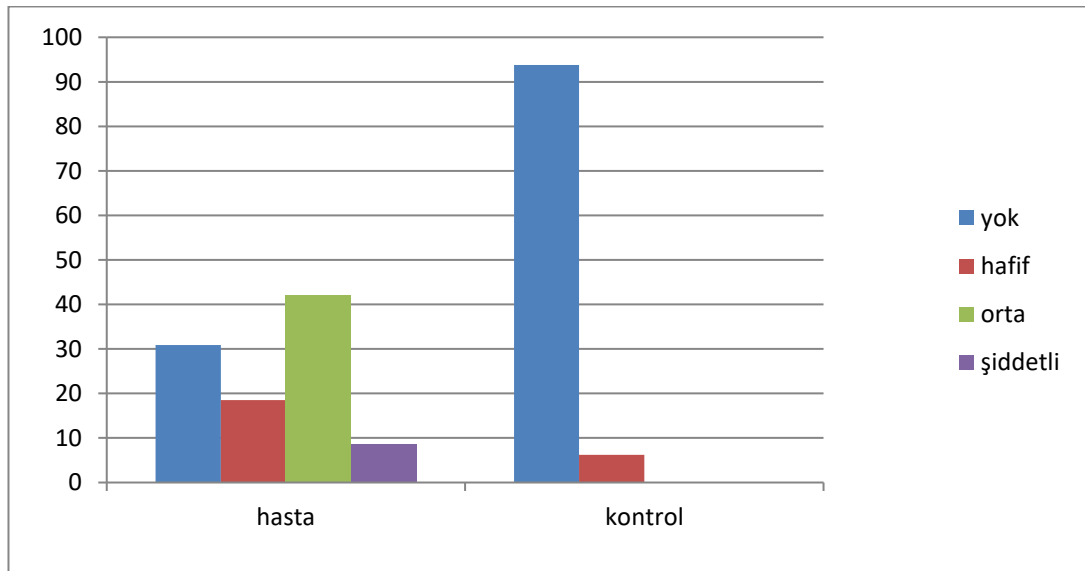
Hasta grubundaki kişilerin 4 (%4.9)'ünün birinci derece yakınında psikiyatrik tedavi görme öyküsü var iken kontrol grubunda ise bu durum 8 (%9.9) kişide saptandı. Her iki grup arasında bu parametre açısından anlamlı fark bulunmamaktaydı ($\chi^2=1.44$, $p=0.230$).

5.17 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Hasta grubunda BDÖ minimum puanı 0, maksimum puan 34 ve ortalama 15.36 ± 9.417 idi. Kontrol grubunda ise minimum ve maksimum puanlar 0 ve 12 iken ortalama 4.37 ± 3.064 idi. Her iki grupta depresyon ölçeği puanları açısından anlamlı fark vardı ($p=0.001$). Bununla birlikte her iki grupta depresyon şiddeti açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0.001$). Hasta grubunda orta şiddetli depresyon oranı %42 idi (Bkz. Tablo 6, Şekil 9).

Tablo 6. Hasta ve kontrol grubunda depresyon şiddeti dağılımı

DEPRESYON	Hasta(n, %)	Kontrol(n, %)	χ^2	P
Yok	25 30.9	76 93.8	71.75	0.010
Hafif	15 18.5	5 6.2		
Orta	34 42	0 0		
Şiddetli	7 8.6	0 0		
Toplam	81 100	81 100		



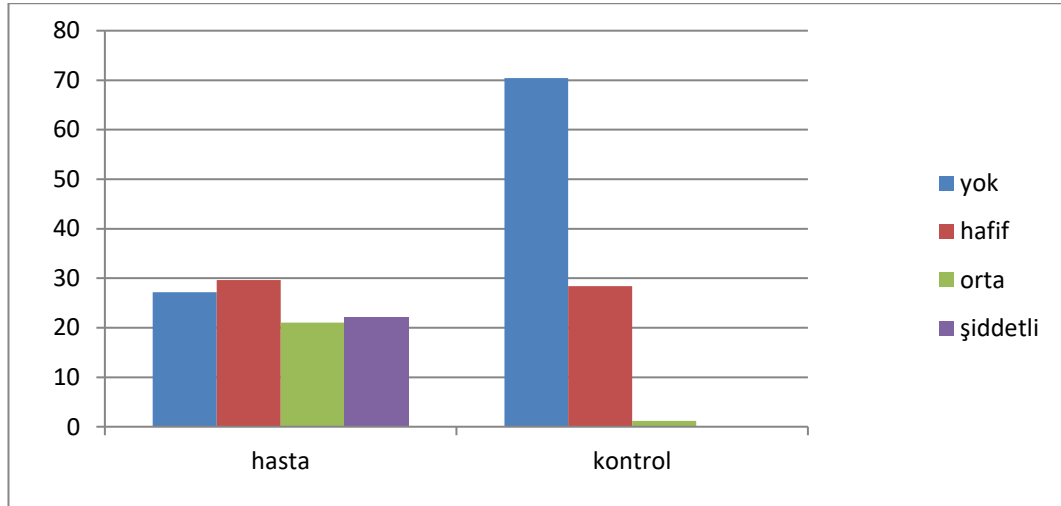
Şekil 9. Hasta ve kontrol grubunda depresyon şiddeti dağılımı

5.18 Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Hastalarda BAÖ puan ortalaması 16.99 ± 12.849 , kontrol grubunda 5.47 ± 4.379 idi. İki grup arasında ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0.001$). Hasta grubunun çoğunluğunun ($n=24$, %29.6) anksiyete şiddeti hafif idi (Bkz. Tablo 7, Şekil 10) ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark vardı ($p=0.001$).

Tablo 7. Hasta ve kontrol grubunda anksiyete şiddeti dağılımı

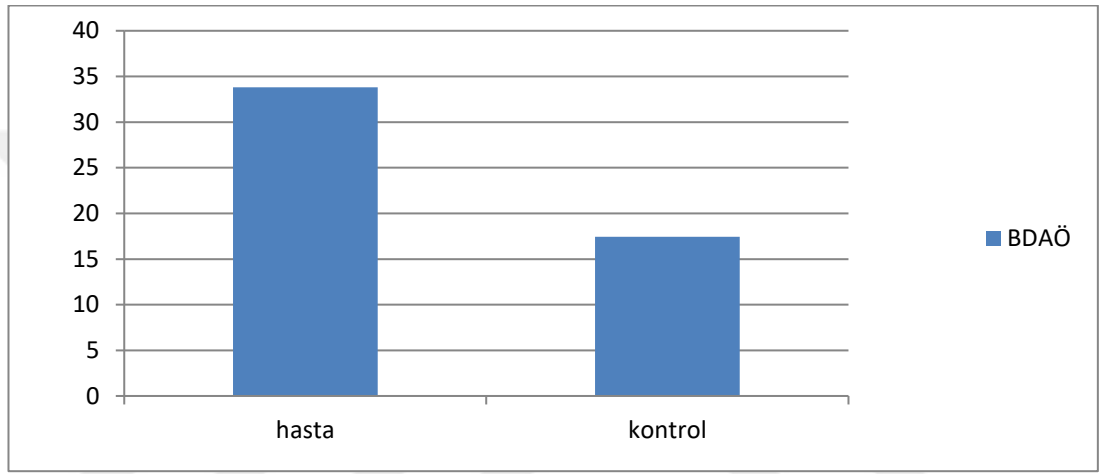
ANKSİYETE	Hasta(n , %)	Kontrol(n , %)	χ^2	P
Yok	22 27.2	57 70.4	47.75	0.001
Hafif	24 29.6	23 28.4		
Orta	17 21.0	1 1.2		
Şiddetli	18 22.2	0 0		
Toplam	81 100	81 100		



Şekil 10. Hasta ve kontrol grubunda anksiyete şiddeti dağılımı

5.19 Bedenssel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ)

Hasta grubunda BDAÖ puanı ortalaması 33.84 ± 8.112 kontrol grubunda ise 17.44 ± 6.872 idi (Bkz. Şekil 11). İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0.001$).



Şekil 11. Hasta ve kontrol grubunda BDAÖ puan ortalaması

5.20 D Tipi Kişilik Ölçeği (DS-14)

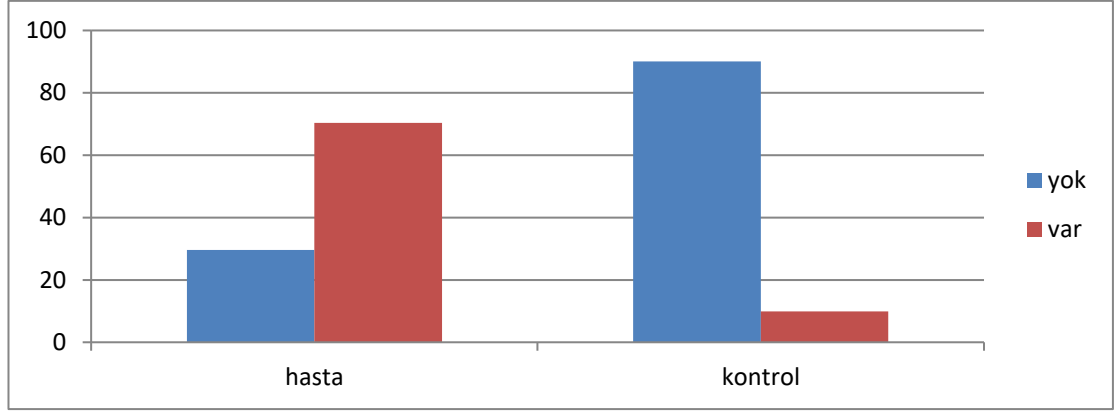
Hasta ve kontrol grubunun DS-14 alt gruplarının ve ölçeğin toplam puanı Tablo 8'deki gibidir. Negatif affekt ve sosyal inhibisyon alt başlıklarının her birinden 10 puan ve üzeri alan bireyler D tipi kişilik yapısına sahip bireyler olarak değerlendirildi. Hastalarda bu kişilik yapısı %70.4 olarak gözlenirken kontrol grubunda bu oran %9.9 idi (Bkz. Tablo 9, Şekil 12). Hasta grubunda DS-14 parametreleri kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksekti ($p=0.001$).

Tablo 8. Hasta ve kontrol grubunda DS-14 dağılımı

DS-14	HASTA				KONTROL				P
	Min.	Maks.	Ortalama	Std.Sapma	Min.	Maks.	Ortalama	Std.Sapma	
Negatif Affekt	0	28	15.12	8.086	0	26	5.57	4.664	0.001
Sosyal İnhibisyon	0	28	10.49	7.983	0	13	5.49	3.275	0.001
Toplam	0	53	25.62	14.014	0	33	11.06	6.918	0.001

Tablo 9. Hasta ve kontrol grubunda D tipi kişilik durumu

DS-14	Hasta(n, %)		Kontrol(n, %)		X ²	P
Var	57	70.4	8	9.9	61.69	0.001
Yok	24	29.6	73	90.1		
Toplam	81	100	81	100		



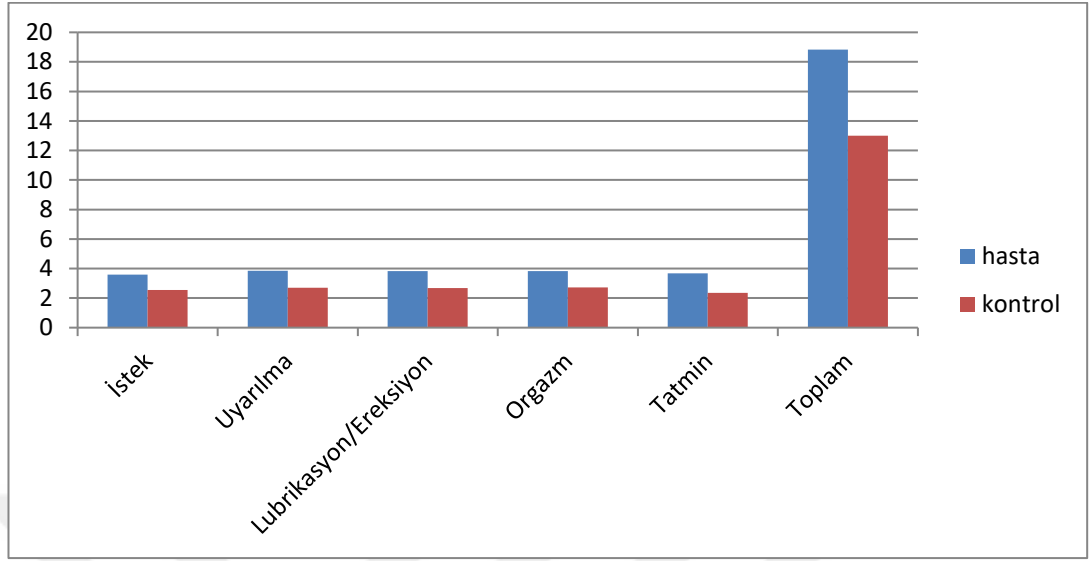
Şekil 12. Hasta ve kontrol grubunda D tipi kişilik durumu

5.21 Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)

Hasta grubunda ACYÖ puan ortalaması 18.83 ± 5.579 iken kontrol grubunda 12.99 ± 4.854 iken ACYÖ alt gruplarının tamamında hasta grubunda kontrollere göre anlamlı derecede yüksek puan (Bkz. Tablo 10, Şekil 13) saptandı ($p=0.001$). Ölçek puanı >19 olanlarda cinsel işlev bozukluğu (CİB) olduğu kabul edildi. Hasta grubunda CİB anlamlı derecede daha fazlaydı ($p=0.001$) (Bkz. Tablo 11, Şekil 14).

Tablo 10. Hasta ve kontrol grubunda ACYÖ alt grupları puan dağılımı

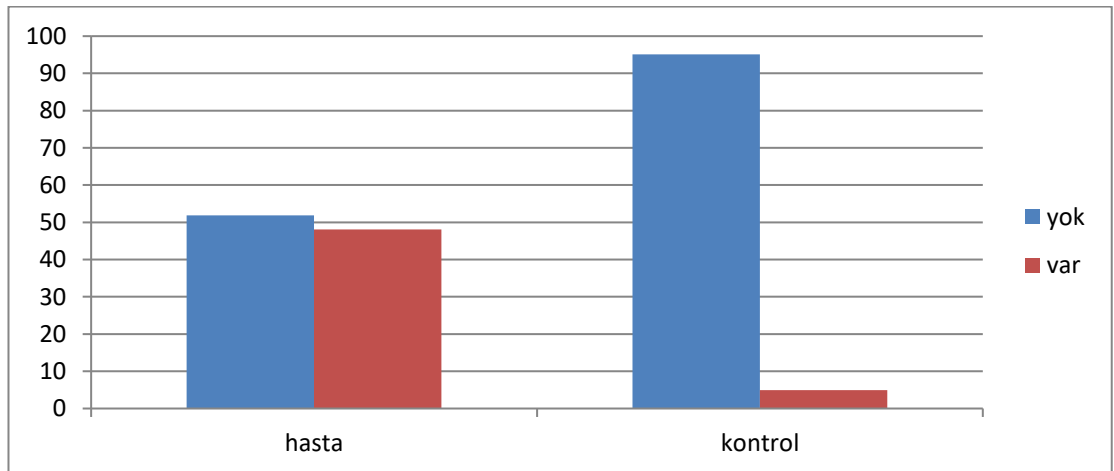
Arizona Cinsel yaşantılar ölçeği	Hasta		Kontrol		P
	Ortalama	Std.Sapma	Ortalama	Std.Sapma	
İstek	3.59	1.43	2.56	1.05	0.001
Uyarılma	3.86	1.13	2.70	1.04	
Lubrikasyon/Ereksiyon	3.82	1.09	2.69	1.04	
Orgazm	3.82	1.18	2.72	1.14	
Tatmin	3.67	1.35	2.35	1.05	
Toplam	18.83	5.57	12.99	4.85	



Şekil 13. Hasta ve kontrol grubunda ACYÖ alt grupları puan dağılımı

Tablo 11. Hasta ve kontrol grubunda CİB durumu

CİB	Hasta(n, %)	Kontrol(n, %)	χ^2	P
Var	39 48.1	4 4.9	38.78	0.001
Yok	42 51.9	77 95.1		
Toplam	81 100	81 100		



Şekil 14. Hasta ve kontrol grubunda CİB durumu

5.22 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ/CTQ)

CTQ'nun tüm alt bileşenlerinin puanları hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksekti (her bir alt grup için $p=0.001$) (Bkz. Tablo 12).

Tablo 12. Hasta ve kontrol grubunda CTQ alt grupları dağılımı

Grup	İstatistiksel Parametre	Fiziksel İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İstismar	Duygusal İhmal	Cinsel İstismar	Minimizasyon	Toplam
HASTA	N	81	81	81	81	81	81	81
	Minimum	5	5	5	5	5	0	25
	Maksimum	16	19	21	25	15	2	74
	Ortalama	5.85	8.26	6.65	10.69	5.69	0.35	37.21
	Std.Sapma	2.104	2.573	3.295	4.366	1.902	0.595	10.866
	Ortanca	5	8	5	10	5	0	34
KONTROL	N	81	81	81	81	81	81	81
	Minimum	5	5	1	5	4	0	21
	Maksimum	9	12	11	22	8	2	56
	Ortalama	5.22	6.23	5.51	7.40	5.09	0.28	29.36
	Std.Sapma	0.689	1.494	1.343	3.007	0.480	0.530	5.370
	Ortanca	5	6	5	6	5	0	29
	p	0.021	0.000	0.045	0.000	0.002	0.551	0.000

5.22.1 Fiziksel İstismar

Hastaların %25.9'unda çocukluğunda fiziksel istismar öyküsü mevcuttu (Bkz. Tablo 13, Şekil 15). Gruplar arasında fiziksel istismar açısından anlamlı fark vardı ($p=0.028$).

5.22.2 Fiziksel İhmal

Hastaların %54.3'ü çocukluğunda fiziksel ihmale uğramıştı (Bkz. Tablo 13, Şekil 15). Gruplar arasında fiziksel ihmal açısından anlamlı fark vardı ($p=0.001$).

5.22.3 Duygusal İstismar

Hastaların %22.2'sinde çocukluk çağında duygusal istismar öyküsü mevcuttu (Bkz. Tablo 13, Şekil 15). Gruplar arasında duygusal istismar açısından anlamlı fark vardı ($p=0.003$).

5.22.4 Duygusal İhmal

Hastaların %27.2'sinde çocukluğunda duygusal ihmal öyküsü mevcuttu (Bkz. Tablo 13, Şekil 15). Gruplar arasında duygusal ihmal açısından anlamlı fark vardı ($p=0.001$).

5.22.5 Cinsel İstismar

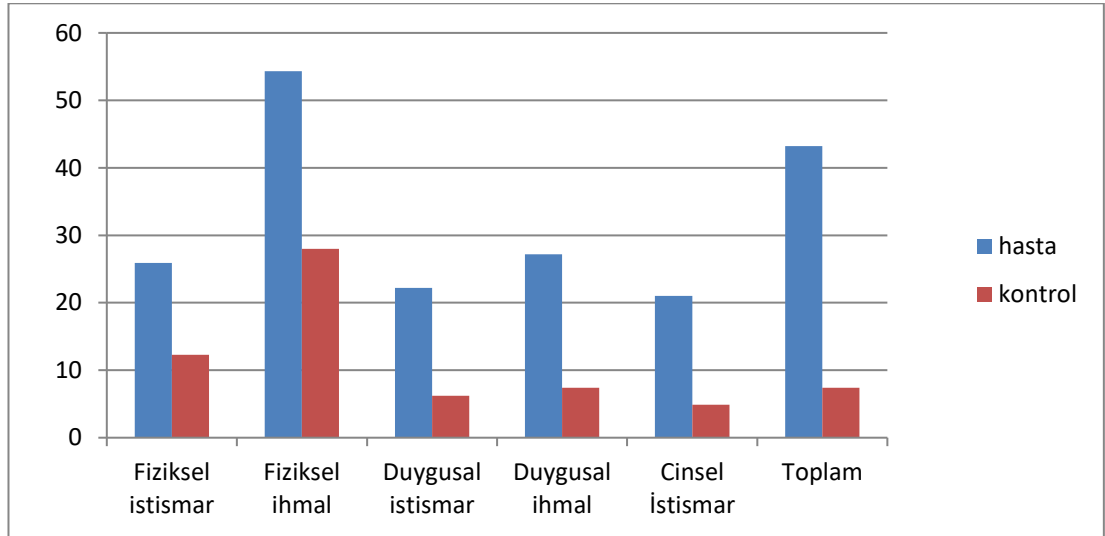
Hastaların %21'i çocukluğunda cinsel istismara uğramıştı (Bkz. Tablo 13, Şekil 15). Gruplar arasında cinsel istismar açısından anlamlı fark vardı ($p=0.002$).

5.22.6 Çocukluk Çağı Travması Toplamı

Hastaların %43.2'si çocukluğunda herhangi bir istismar türüne maruz kalmıştı. Kontrol grubunda ise bu oran %7.4'tü (Bkz. Tablo 13, Şekil 15). Gruplar arasında CTQ-toplamı açısından anlamlı fark vardı ($p=0.001$).

Tablo 13. Hasta ve kontrol grubunda CTQ alt grupları puan dağılımı

Çocukluk çağı travması	Hasta(n, %)	Kontrol (n, %)	χ^2	P
Fiziksel İstismar	21 25.9	10 12.3	4.82	0.028
Fiziksel İhmal	44 54.3	12 28	27.94	0.001
Duygusal İstismar	18 22.2	5 6.2	8.56	0.003
Duygusal İhmal	22 27.2	6 7.4	11.05	0.001
Cinsel İstismar	17 21	4 4.9	9.24	0.002
CTQ Toplam	35 43.2	6 7.4	27.46	0.001



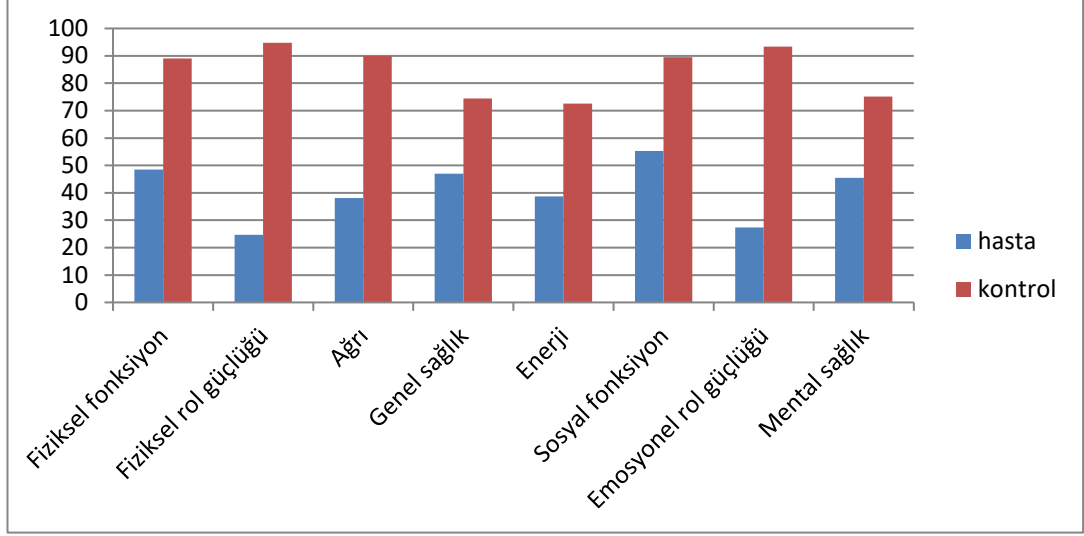
Şekil 15. Hasta ve kontrol grubunda çocukluk çağı istismar sıklığı dağılımı

5.23 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)

Yaşam kalitesi alt boyutlarının ortalama puanları kontrol grubunda hasta grubuna göre daha yüksekti (Bkz. Tablo 14, Şekil 16) ve bu istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.001).

Tablo 14. Hasta ve kontrol grubunda SF-36 alt grupları puan dağılımı

Grup	İstatistiksel Parametre	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Ağrı	Genel Sağlık	Enerji	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Güçlüğü	Mental Sağlık
HASTA	N	81	81	81	81	81	81	81	81
	Minimum	0	0	10	0	5	12	0	12
	Maksimum	100	100	84	90	90	100	100	92
	Ortalama	48.56	24.69	38.12	46.95	38.72	55.27	27.40	45.51
	Std.Sapma	26.52	31.75	17.76	19.35	22.54	23.0	34.81	19.71
	P	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
KONTROL	N	81	81	81	81	81	81	81	81
	Minimum	30	0	40	35	30	50	0	44
	Maksimum	100	100	100	100	100	100	100	96
	Ortalama	89.07	94.75	90.04	74.42	72.53	89.46	93.32	75.11
	Std.Sapma	13.13	16.16	15.17	14.08	15.89	11.75	17.17	10.93
	P	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001



Şekil 16. Hasta ve kontrol grubunda SF-36 alt grupları puan dağılımı

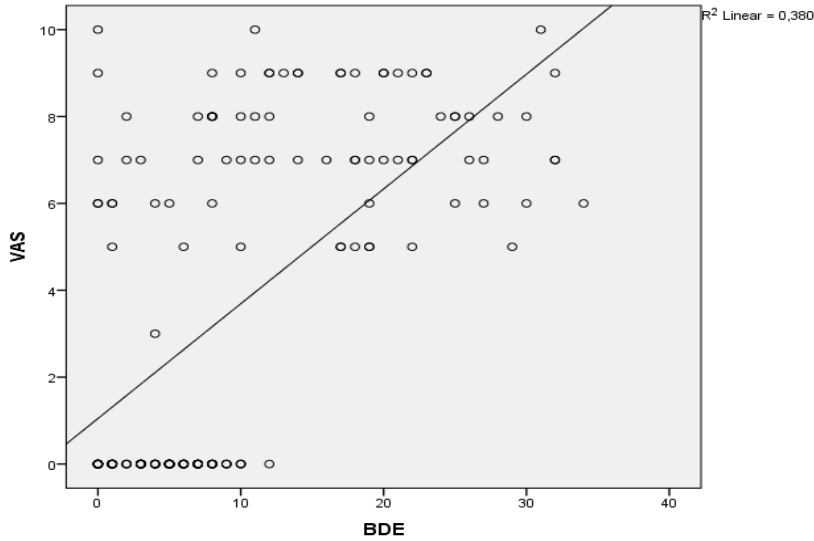
5.24 Regresyon Ve Korelasyon Analizleri

5.24.1 VAS-VKİ

VAS ile VKİ değerleri arasında orta derecede pozitif korelasyon vardı ($r=0.355$ $p=0.001$).

5.24.2 VAS-BDÖ İlişkisi

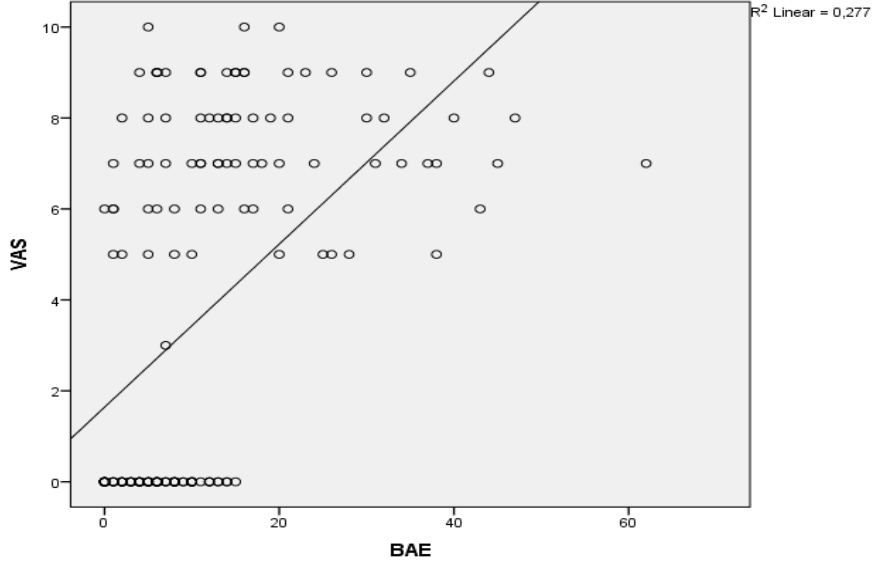
VAS değerleri ile beck depresyon ölçeği değerleri arasında iyi derecede pozitif korelasyon mevcuttu ($r=0.596$, $p=0.001$) (Bkz. Şekil 17) .



Şekil 17. Hasta ve kontrol grubunda VAS-BDÖ ilişkisi

5.24.3 VAS-BAÖ İlişkisi

VAS değerleri ile beck anksiyete ölçeği değerleri arasında iyi derecede pozitif korelasyon mevcuttu ($r=0.565$, $p=0.001$) (Bkz. Şekil 18).



Şekil 18. Hasta ve kontrol grubunda VAS-BAÖ ilişkisi

5.24.4 VAS-ÇÇTÖ İlişkisi

VAS değerleri ile çocukluk çağı travması ölçeğinin fiziksel ve duygusal istismar dışındaki alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde korelasyon mevcuttu. Bu korelasyon fiziksel ve duygusal ihmal, çocukluk çağı travması toplam puanında orta derecede cinsel istismarda ise düşük derecedeydi (Bkz. Tablo 15).

Tablo 15. Hasta ve kontrol grubunda VAS-ÇÇTÖ ilişkisi

Çocukluk Çağı Travması Alt Ölçekleri	VAS (r, p)	
Fiziksel İstismar	0.147	0.061
Fiziksel İhmal	0.414	0.001
Duygusal İstismar	0.136	0.085
Duygusal İhmal	0.38	0.001
Cinsel İstismar	0.244	0.002
ÇÇT Toplam	0.452	0.001

5.24.5 VAS-BDAÖ ilişkisi

VAS değerleri ile bedensel duyuları abartma ölçeği puanları arasında iyi derecede pozitif korelasyon mevcuttu ($r=0.731$ $p=0.001$).

5.24.6 VAS ile SF-36 ilişkisi

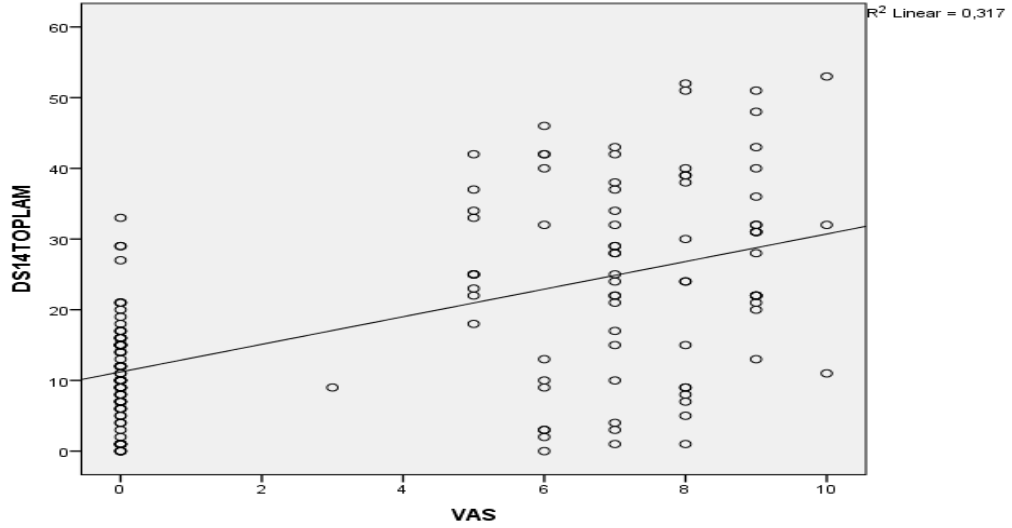
Gruplardaki VAS değerleri ile yaşam kalitesi ölçeği değerleri arasında negatif korelasyon mevcuttu. Bu korelasyonlar ağrı ve fiziksel rol güçlüğü alt gruplarında çok iyi derecede iken diğerlerinde orta derecede idi (Bkz. Tablo 16). Her bir alt grupta $p<0.001$ idi.

Tablo 16. Hasta ve kontrol grubunda VAS-SF-36 ilişkisi

SF-36	VAS (r)
Fiziksel Fonksiyon	-0.706
Fiziksel Rol Güçlüğü	-0.751
Ağrı	-0.834
Genel Sağlık	-0.646
Enerji	-0.614
Sosyal Fonksiyon	-0.674
Emosyonel Rol Güçlüğü	-0.729
Mental Sağlık	-0.637

5.24.7 VAS-DS14 İlişkisi

VAS değerleri ile D tipi kişilik ölçek puanları arasında pozitif korelasyon mevcuttu (Bkz. Şekil 19). Negatif affekt ve toplam alt gruplarında bu korelasyon iyi derecede iken (sırasıyla $r=0.567$ ve $r=0.524$) sosyal inhibisyonda orta derecedeydi ($r=0.282$). Tüm alt gruplarda anlamlılık düzeyi <0.001 idi.



Şekil 19. Hasta ve kontrol grubunda VAS-DS14 ilişkisi

5.24.8 VAS-ACYÖ ilişkisi

VAS değeri ile cinsel yaşantılar ölçeği total puanı arasında iyi derecede pozitif korelasyon mevcuttu ($r=0.519$ $p=0.001$). Ölçeğin lubrikasyon/ereksiyon alt grubunda korelasyon iyi derecede iken diğer alt gruplarında ise orta derecede idi ($p=0.001$) (Bkz. Tablo 17).

Tablo 17. Hasta ve kontrol grubunda VAS-ACYÖ ilişkisi

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği	VAS(r)
İstek	0.400
Uyarılma	0.499
Lubrikasyon/ereksiyon	0.512
Orgazm	0.438
Tatmin	0.491

5.24.9 BDAÖ-BDÖ, BDAÖ-BAÖ İlişkisi

BDAÖ skorları ile BDÖ ($r=0.624$) ve BAÖ skorları ($r=0.623$) arasında iyi derecede pozitif yönde bir korelasyon vardı ($p=0.001$).

5.24.10 ÇÇTÖ-BDÖ ve ÇÇTÖ-BAÖ İlişkisi

ÇÇTÖ skorları ile BDÖ skorları arasında orta derecede pozitif yönde bir korelasyon mevcuttu ($p=0.001$). ÇÇTÖ'nün duygusal ve cinsel istismar alt grupları ile BAÖ skorları arasında düşük derecede, diğer alt gruplarıyla ise orta derecede pozitif yönde korelasyon vardı ($p=0.001$) (Bkz. Tablo 18).

Tablo 18. Hasta ve kontrol grubunda ÇÇTÖ-BDÖ ve ÇÇTÖ-BAÖ ilişkisi

Çocukluk Çağı Travması Alt Ölçekleri	BDÖ (r)	BAÖ (r)
Fiziksel İstismar	0.308	0.266
Fiziksel İhmal	0.413	0.365
Duygusal İstismar	0.254	0.233
Duygusal İhmal	0.358	0.347
Cinsel İstismar	0.300	0.214
ÇÇT Toplam	0.449	0.408

5.24.11 SF-36-BDÖ, SF-36-BAÖ İlişkisi

BDÖ skorları ile SF-36'nın ruhsal sağlık alt grubunda çok iyi derecede negatif yönde bir korelasyon varken diğer alt grupları ve BAÖ skorları arasındaki korelasyon ise iyi derecede negatif yönde idi ($p=0.001$) (Bkz. Tablo 19).

Tablo 19. Hasta ve kontrol grubunda SF-36-BDÖ ve SF-36-BAÖ ilişkisi

SF-36	BDÖ(r)	BAÖ(r)
Fiziksel Fonksiyon	-0.605	-0.657
Fiziksel Rol Güçlüğü	-0.619	-0.595
Ağrı	-0.656	-0.667
Genel Sağlık	-0.682	-0.629
Enerji	-0.728	-0.573
Sosyal Fonksiyon	-0.702	-0.582
Emosyonel Rol Güçlüğü	-0.595	-0.582
Mental Sağlık	-0.751	-0.599

Katılımcılardaki MAS oluşumuna neden olan etkenleri belirlemek için lojistik regresyon analizi yaptık. Modelimiz D tipi kişilik, çocukluk çağı travmaları, anksiyete, depresyon, cinsel yaşantılardan oluşmaktadır. Bütün öngördürücüleri içeren model anlamlıdır ($\chi^2=89.93$, $p<0.001$). Model MAS olan bireylerle olmayanları ayırabilmektedir. Bütün katılanların %81.5'ini açıklayabilmektedir ($R^2=0.87$ (Nagelkerke)). Lojistik regresyon analizi sonuçları Tablo 20'de gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi D tipi kişilik ölçeği, çocukluk çağı travmaları ölçeği alt grubu olan fiziksel ihmal ve arizona cinsel yaşantılar ölçeği modele anlamlı katkı sağlamaktadır. Diğer etkenler sabit kaldığında miyofasyal ağrı olma ihtimalini; D tipi kişilik yapısına sahip olma 9.35 kat, cinsel işlev bozukluğunun olması 6.92 kat, çocukluk çağında fiziksel ihmale maruz kalmanın 3.74 kat arttırdığı görülmüştür

($p < 0.05$). Modelin duyarlılığı %77.8, özgülüğü %85.2, pozitif öngördürücü değeri %77.7 iken negatif öngördürücü değeri %85.1 şeklinde bulundu.

Tablo 20. Lojistik regresyon analizi

	B	Standart Hata	Wald	df	p	Odds Radio	%95 Güven Aralığı	
Fiziksel İstismar	-0.974	0.829	1.379	1	0.240	0.378	0.074	1.918
Fiziksel İhmal	1.319	0.613	4.635	1	0.031	3.740	1.125	12.429
Duygusal İstismar	-0.177	0.899	0.039	1	0.844	0.838	0.144	4.874
Duygusal İhmal	0.575	1.065	0.292	1	0.589	1.777	0.220	14.329
Cinsel İstismar	0.184	0.808	0.052	1	0.820	1.202	0.247	5.858
CTQ-Toplam	0.502	1.101	0.208	1	0.648	1.652	0.191	14.298
D Tipi Kişilik	2.236	0.521	18.415	1	0.000	9.357	3.370	25.982
ACYÖ	1.935	0.634	9.306	1	0.002	6.927	1.998	24.022
Sabit	-3.943	1.057	13.916	1	0.000	0.019		

6. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmada hasta ve kontrol grubunda yaş, cinsiyet, medeni hal benzer tutuldu. Yapılan analizlerde de hasta ve kontrol grubu çocuk sayısı, kişi başı aylık gelir, meslek, bağımlılık, kimle yaşadığı, yaşadığı yer, sosyal desteğini sağlama şekli bakımından benzer öğrenim durumları açısından farklıydı.

Bu çalışmada hastalardaki yaş ortalaması 39.47 ± 10.18 olup Şahin ve ark. (2008) , Evren ve ark. (2005) tarafından yapılan MAS çalışmalarındakine benzerdi. MAS'ın en sık görüldüğü yaş 27.5-50 arasında olup bu çalışmada da yaş bakımından literatürle uyumlu idi (Delgado ve ark.).

Çalışmada hasta grubunun %84(n=68)' ü kadın, %16(n=13)'sı erkeklerden oluşmaktaydı. Kadınların erkeklere oranla daha çok MAS tanısı alması bakımından literatür ile benzerdi (Giamberardino ve ark. 2011). Ayrıca çalışmadaki yaş ortalaması ve kadın popülasyonunun üstünlüğü Şahin ve ark. (2008)'nin çalışmasına benzerdi. Bununla birlikte çalışmadaki MAS'lı kadın oranı bu hastalıkla ilgili yapılan diğer çalışmalarla benzer olup hastalığın kadınlardaki prevalansı ile uyumlu idi (Hong 1994, Kamanlı ve ark. 2005, Ga ve ark. 2007, Munoz ve ark. 2012).

Bu çalışmada vücut kitle indeksi ortalaması hasta grubunda 28.2 ± 5.772 olup Durutürk ve ark. (2008) ile Cakit ve ark. (2010)'nin çalışmalarına benzer ve literatürle uyumlu idi. Yine çalışmada kas iskelet sisteminde ağrıyla seyreden bir hastalık olan MAS'ın kilolu ve obez kişilerde daha fazla görüldüğü saptandı. Obezitenin kronik ağrı ile ilişkisi bilinmektedir (Hitt ve ark. 2007, Somers ve ark. 2011). Obezite ve ağrı ilişkisinde farklı patofizyolojik mekanizmaların varlığından bahsedilmiştir. Mekanik faktörler ise bu önemli mekanizmalardan biridir. Obezite nedeniyle kas iskelet sistemine binen aşırı yükün ağrıyı artırdığı düşünülmektedir

Obezitenin akut faz reaktanlarını arttırdığı, adipoz dokuda makrofaj aktivasyonuna neden olduğu (Weisberg ve ark. 2003, Bluher ve ark. 2005) gerekçesiyle kronik inflamasyona yol açtığı gösterilmiştir (Okifuji ve ark. 2015). 681 kronik bel ağrılı hastanın değerlendirildiği bir çalışmada obezitenin ağrı tedavisini olumsuz yönde etkileyen bir değişken olduğu bildirilmiştir (Ewald ve ark. 2016). Yine yapılan bir metaanalizde normal vücut ağırlığının kronik ağrıların önlenmesinde önemli olduğu vurgulanmıştır (Zhang ve ark. 2018). Diğer bir çalışmada da kas iskelet sistemi ağrılarının leptin düzeyindeki artış ile ilişkisi

bulunduğu ve bu nedenle leptin seviyesinde artma ile giden bir durum olan obezitenin kas iskelet sistemi ağrılarında önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Blümel ve ark. 2017). Bu çalışmada obeziteye bağlı bu artmış inflamatuvar aktivitenin ağrıyı artırdığını ve bununla birlikte yaşam kalitesini de düşürdüğü düşünüldü. Hasta grubunda obezitenin daha fazla olmasının olası nedeni ağrı nedeniyle hastaların fiziksel aktivitelerinde kısıtlanma ve bunun sonucunda da kilo alımı olabileceği düşünüldü. Bununla birlikte MAS yönetiminde hastalara uygulanacak diyet ve yaşam tarzı değişikliğinin obezite ve bunun neden olduğu ağrıyı azaltabilir.

Bu çalışmada MAS grubundaki VAS ortalaması Kılıçarslan ve ark. (2018)'nin çalışmasındakine benzer ve literatürle uyumlu idi. Santral kaynaklı ve kronik ağrı ile giden bir hastalık olması nedeniyle hasta grubunda ağrı puanının daha fazla olması beklenen bir sonuçtur.

Bu çalışmadaki hasta grubunun %45.7(n=37)'si ilköğretim mezunu olup Gül ve ark. (2009)'nin çalışmasına benzerdi. Gruplar arasında eğitim düzeyi açısından anlamlı fark bulunmuştur. Bu farkın hasta grubunun kontrol grubuna göre daha fazla köyde yaşamasından kaynaklandığı söylenebilir. Çalışmada hastalardaki öğrenim durumunun hastalık şiddetiyle ilişkisi saptanmadı.

Boyun ağrısının nedenleri arasında en sık görülenlerden biri de servikal MAS'dır. Hastalığın yeterli ve etkili şekilde tedavi edilememesi kronikleşmeye ve bu kronikleşme de ağrı nedeniyle çeşitli psikiyatrik hastalıklara zemin hazırlamaktadır. Son yıllarda kronik servikal MAS ağrı, sakatlık gibi sonuçlarından ziyade neden olduğu psikiyatrik sonuçlarla daha ön sıralara taşınmıştır. Bu çalışmada depresyon düzeyi ile birlikte bunun ağrı ve yaşam kalitesine olan etkisi de incelendi. Çalışma sonuçlarına bakıldığında, kronik servikal MAS'lı hastalarda depresyon düzeyinin sağlıklı kontrollere göre yüksek olduğu, yaşam kalitesinin azaldığı ve bu sonuçların hastalığıdaki ağrı ile yakından ilişkili olduğu görüldü. Depresyonu olan MAS'lı hastalarda bu çalışmadaki gibi ağrı puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Altındağ ve ark. 2008, Kwak ve ark. 2012). Kronik ağrısı olanlarda en sık görülen psikiyatrik durumun depresyon olduğu bildirilmektedir. Toplumdaki depresyon sıklığı % 5-8 iken kronik ağrılı hastalarda ise bu oran % 30-54 şeklinde bildirilmektedir (Haythornthwaite ve ark. 1991). Diğer bir çalışmada da kronik ağrının

depresyon ve anksiyete ile sıklıkla birlikteliği bulunduğu, bu durumun ise hastada benlik saygısında azalmaya yol açtığı bildirilmiştir (Sayar ve ark. 2001). Yazıcı ve ark. (2003)'nın yaptığı bir çalışmada bel, boyun ve diz bölgesinde kronik ağrısı olan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyinin yüksek olduğu ve bu durumun yaşam kalitesinde düşmeye neden olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada servikal MAS tanılı hastalarda sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında depresyon görülme oranının literatürle uyumlu bir şekilde daha fazla olduğu saptandı.

Kronik servikal MAS'ı olan hastalarda, anksiyete ve depresyonun hastalıkla eş zamanlı mı meydana geldiği ya da hastalığın bir sonucu mu olduğu net değildir. Anksiyete ve depresyon, bu çeşit ağrıların sonucu olabileceği gibi depresyon, anksiyete ve servikal MAS ağrıları ortak bir biyolojik temele de sahip olabilir.

Kronik servikal MAS hastalarındaki boyundaki ağrı ile birlikte olan veya sonradan gelişen, anksiyete ve depresyon, kişinin iş görebilirliğini, günlük yaşam aktivitelerini ve fiziksel performansını azaltarak hayat kalitesini olumsuz etkilemektedir (Bundh ve ark. 2007). Bu çalışmada servikal MAS tanılı hastalarda ağrı şiddeti arttıkça depresyonun da arttığı görülmekle birlikte ağrı şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı saptandı. Bu bağıntılar literatürle uyumlu bulundu.

Bu çalışmada anksiyete ölçeği puanı ortalaması Gül ve ark. (2014)'ın çalışmasına benzerdi. Stres ve anksiyete sempatik sonlanmalarda epinefrin salınımını ile birlikte sempatik aktiviteyi artırır; bu da motor uç plağında asetilkolin aktivitesini artırır ve kas nosiseptörlerindeki ağrı eşiğini azalmasıyla sonuçlanan bir olaylar dizisini tetikler (Michelotti ve ark. 2000, Auerbach ve ark. 2001, Eli 2003, Gameiro ve ark. 2006). Bununla birlikte Velly ve ark. (2003)'ün çalışmasındaki yüksek anksiyete düzeyi de kronik MAS ile ilişkili bulunmuştur. Anksiyete, artmış sempatik çıkış, artmış kas gerimine, yorgunluğa ve miyofasiyal ağrı eşiğinin düşmesine neden olarak MAS'a predispozan bir faktör oluşturur. Sonuçlar arasındaki nedensel ilişkiye bakıldığında bu çalışmada MAS'lı hastalarda anksiyeteden çok depresyon şiddetinin ağrı şiddeti ile ilişkili olduğu tespit edildi.

Somatizasyon (bedenselleştirme) psikososyal stres maruziyeti sonrasında bedenle ilgili bir cevap verme ve bununla ilişkili tıbbi yardım arama davranışıdır. Barksy ve ark. (1988) somatizasyonu açıklamak için bedensel duyuları abartma gibi bir görüş ortaya koymuştur. Bu görüşe göre somatize eden kişiler, normal

fizyolojik bedensel algılarını şiddetli, rahatsızlık ve sonunda kişiye zarar vericiymiş gibi algılar (Barsky ve ark. 1990a). Kosturek ve ark. (1998) da kronik ağrısı olan hastalarda bedensel duyuları abartma ölçeğinin depresyon, anksiyete ve aleksitimi yordayıcısı olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada da depresyon ve anksiyete şiddetinin bedenselleştirmeyi arttırdığı gözlemlendi.

Bu çalışmada MAS grubunun bedensel belirtilerini kontrol grubuna göre daha fazla yaşadığı saptandı. Raphael ve ark. (2000)'ın yaptığı 106 miyofasiyal ağrı sendromlu hastayı içeren çalışmada da bedensel duyuları abartma puanının kontrol grubuna göre yüksek çıktığı gözlemlenmiştir. Duruk ve ark. (2015)'in MAS gibi ağrı ile giden ve santral kökeni olan fibromiyalji hastalarında yaptığı çalışmada BDAÖ puanını bu çalışmadakine benzer şekilde bulmuştur. Yine bu çalışmada ağrının bedenselleştirmeyi etkilediği gözlemlendi. Ağrı şiddeti fazla olanlarda bedenselleştirme oranı daha yüksekti.

D tipi kişilik özellikle negatif affektivite bileşeninin özellikleri kardiyak hastalarda yapılan ağrı çalışmalarında olumsuz sağlık durumları ile ilişkilendirilmiştir (Lumley ve ark. 1997). Çalışmamızda hasta grubunda D tipi kişilik oranı, Barnet ve ark. (2009)'nın ağrı şikayeti ile algoloji kliniğine başvuran 161 ağrı hastasında yaptığı D tipi kişilik ve ağrı ilişkisini inceleyen çalışması ile 558 fibromiyalji hastası ile yapılan bir prevalans çalışmasındaki D tipi kişilik oranına benzerdi (Van-Middendorp ve ark. 2016). Bu çalışmada ağrı şikayeti olan 10 hastadan 7'sinin başkalarının onaylamamasını önlemek için olumsuz duyguların ifadesini engelleme eğiliminde olduğu ve bununla birlikte de olumsuz duyguları yaşama eğiliminde bulunduğu gözlemlenmiştir. Aynı zamanda D tipi kişilik ölçeği puanı yüksek olanlarda ise ağrı şiddetinin de arttığı gözlemlendi.

Bu çalışmada D tipi kişilik oranının fazla olması daha önce Tip D üzerine yapılan Mommersteeg ve ark. (2012), Kupper ve ark. (2013) çalışmaları gibi bu tip kişilik kavramının başlangıçta geliştirildiği kardiyovasküler hastalığı olan hastalar dahil olmak üzere çeşitli popülasyonlarda bildirilen yüzdeler (% 24-37) ile ve genel popülasyon yüzdesinden (% 13-34) daha fazla bulundu (Mols ve Denollet 2010, Grande ve ark. 2010, Michalve ark. 2011, Beutel ve ark. 2012). Sadece psikiyatri poliklinik ve servis hastaları, ülseratif kolitli kadın hastalar gibi belirli popülasyonlardaki az sayıda çalışmada, benzer oranlar bulunmuştur (Sajadinejad ve

ark. 2012, Grande ve ark. 2004). Çok sayıda araştırma, fibromiyaljide negatif duyguların prevalansının ve şiddetinin arttığını bulmuş olmasına rağmen (Kool ve ark. 2010, Low ve ark. 2012) literatürde MAS da D tipi kişilik ile ilgili bir çalışmaya rastlanmadı.

Bu çalışmada servikal MAS'ı olan hastalardaki CİB varlığı araştırıldı ve MAS'lı bireylerde cinsel işlev bozukluğunun daha fazla olduğu saptandı. Hastalar en sık uyarılma ile ilgili sorun yaşarken bunu ıslanma/sertleşme bozukluğu ve orgazmla ilişkili sorunlar izlemekteydi. Hastaların cinsel yaşantılar ölçeği alt gruplarından aldıkları puanlar Akman ve ark. (2014)'ın pelvik miyofasyal ağrısı olan 37 premenopozal hasta ile yaptığı çalışmanın sonuçları ile benzerdi. Yine çalışmamızdaki hasta grubunda CİB oranı %48.1 olup bu oran Cayan ve ark. (2004)'nın Türk kadınlarındaki cinsel işlev bozukluğu prevalansını değerlendiren çalışması ile benzerdi. MAS'la santral kökenli olması bakımından benzerlik gösteren fibromiyalji ile ilgili çalışmalarda cinsel isteksizlik başta olmak cinsel işlev bozukluğu tespit edilmiştir (Amasyalı ve ark. 2016, Granero-Molina ve ark. 2018). Yine bu çalışmada hastalarda ağrı şiddeti arttıkça cinsel yaşantılarının da olumsuz etkilenme oranının arttığı gözlemlendi. Literatürde servikal MAS'lı hastalarda CİB'i araştıran bir çalışmaya rastlanılmadı.

Travmatik deneyimlerin varlığı psikiyatrik bozuklukların etiolojisinde önemli bir yer kaplar. MAS ve çocukluk çağı istismarı ile ilgili literatürde sınırlı sayıda çalışma mevcuttu. Bu çalışmada çocukluk çağı istismarı oranı %43.2 idi. Hasta grubunda en sık görülen çocukluk çağı istismarı türü fiziksel ihmal idi. Bunu sırasıyla duygusal ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar takip etmekte idi. Hastalardaki cinsel istismar oranı %21 iken bu oran Goldberg ve ark. (1999) çalışmasındakine benzerdi. Yine bu çalışmada hasta grubunda fiziksel istismar oranı %25.9, cinsel istismar oranı ise %21 idi ve bu oran Finestone ve ark. (1992) çalışmasındakine benzerdi. Bu çalışmada çocukluk çağı travması olan hastalarda ağrı şiddetinin daha fazla, depresyon ve anksiyete puanlarının da daha yüksek olduğunu saptandı. Literatürde MAS'ın çocukluk çağı travmasının depresyon ve anksiyete ile ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. ÇÇT ile ilgili çeşitli çalışmaların FMS ile ilişkisi bulunmuştur (Alexander ve ark. 1998, Clauw ve Williams 2002). MAS santral kökenli olması nedeniyle FMS ile benzerdir. Bu

nedenle benzer şekilde travmatik deneyimlerin özellikle de ÇÇT'nin MAS ile ilişkili olabileceği düşünöldü. Travmatik çocukluk çağı yaşantıları MAS'ın psikopatolojisini anlamak için göz önünde bulundurulması gereken faktörlerden biridir.

DSÖ'nün tanımı ile yaşam kalitesi kişinin içinde yaşadığı kültür ve değerler sisteminde amaç, hedef, beklenti, standartları ve kaygıları bakımından yaşamdaki pozisyonlarını algılamasıdır (Tüzün ve ark. 2003). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, kişinin olağan ya da beklenen fiziksel, duygusal ve sosyal iyilik halinin sağlıkla ilgili durum veya bu durumun tedavisinden etkilenmesi ile yakından ilişkilidir (Khanna ve Tsevat 2007). MAS yaşam kalitesini önemli oranda etkileyen, hastaların farklı doktorlara fazla sayıda gitmesine neden olan çok sayıda tedavi yönteminin kullanıldığı buna rağmen kesin sonuç alınmadığından psikiyatrik kökeni olduğuna inanılan bir hastalıktır. Yaşam kalitesini olumsuz etkilediği için toplumda ciddi iş gücü kaybına da neden olmaktadır (Han ve Harrison 1997). MAS'ın erken teşhisi ve agresif tedavi, hastalık kronikliğinin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisini önleyecektir. MAS'lı hastalarda kronik ağrıyla birlikte günlük yaşam fonksiyonlarını yerine getirememe ve depresyon belirtileri de olmaktadır ve yaşam kalitesi de düşmektedir. Bununla birlikte hastalık süresi ağrı, depresyon ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Çakıt ve ark. 2009). Ülkemizde MAS'lı hastalar üzerinde yapılan bazı çalışmalarda hastalığın SF-36'nın özellikle fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü ve ağrı alt ölçeklerindeki düşük değerler ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Sahin ve ark. 2008, Tuzun ve ark. 2004). Bunun yanı sıra MAS'ın hastaların yalnızca fiziksel sağlığını değil aynı zamanda duygusal ve mental sağlığını da olumsuz etkilediğini bildiren yazarlar da bulunmaktadır (Sim ve ark. 2006). Bu çalışmada hasta grubunda SF-36'nın tüm alt grup skorları düşük ve kontrol grubuna göre anlamlıydı. Hastalıktan en fazla etkilenen alt ölçekler ise fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğü idi. Bunu ağrı ve enerji alt ölçekleri takip etmekteydi. Hastalarda fiziksel sağlıkla birlikte emosyonel sağlık ve mental sağlık da olumsuz etkilenmişti. Bu çalışmadaki yaşam kalitesi alt ölçeği puanları daha önce MAS ile yapılan ve yaşam kalitesini araştıran çalışmalardan daha düşüktü.

Hastaların yaşam kalitesi alt ölçeklerinden düşük puan almalarının nedeni mevcut durumlarına eşlik eden kilolu veya obez olma, ağrı şiddetinin fazla olması, depresyon veya anksiyetenin MAS'a eşlik etmesi ve cinsel sağlıklarının da MAS'dan

olumsuz etkilenmesi olabileceği şeklinde düşünöldü. Kontrol grubunun ise tüm yaşam kalitesi parametreleri Türk toplumu ortalaması ile uyumlu şekildeydi (Koçyiğit 1999).

Psikiyatrik bozukluklar kısıtlayıcı kronik bir hastalığa sekonder veya depresyon ve anksiyete belirtileri ise MAS'ın belirtisi olarak ortaya çıkabilir. Tedavi arayışında olan MAS'lılar olmayanlara göre daha çok psikiyatrik sorun yaşıyor olabilir. Psikiyatrik bozuklukların tedavi arama davranışı ile direkt ilişkili olduğu gösterilmiştir (Aaron ve ark. 1996). Anksiyete ve depresyon gibi komorbid durumlar da hastaların belirti şiddetini algılamalarına etki edebilir (Hawley 1988). Bu durum ise bireylerdeki bedenselleştirmeyi de etkiliyor görünmektedir. MAS'daki ağrı şikayeti ile depresyon, anksiyete, bedenselleştirme, cinsel işlev bozukluğu, D tipi kişilik arasındaki ilişkiyi tam olarak belirleyebilmek için toplumda yapılacak daha geniş kapsamlı çalışmalara gereksinim vardır.

Sonuçların değerlendirilmesine D tipi kişilik ve çocukluk çağı travması ile ilgili parametrelerin yanı sıra ağrı şiddeti, depresyon, anksiyete, bedensel duyumların abartılması, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi ile ilgili parametrelerin de dahil edilmesi bu çalışmanın gücünü arttıran bir diğer etkidir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları:

Örnekleme sayımız yeterli olsa da nispeten grupları oluşturan olgu sayısının kısıtlılık gösterdiği söylenebilir. Hastanemiz üniversite araştırma ve uygulama hastanesi olduğundan, üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuran hastaların belli bir sosyo-kültürel ve ekonomik seviyede kümelenmiş olabileceği de göz önüne alınmalıdır. Bu nedenle bulgularımızın tüm MAS'lı hastalara genellenemeyeceği dikkate alınmalıdır.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada MAS olan grupta depresyon, anksiyete, çocukluk çağı travması, D tipi kişilik ve cinsel işlev bozukluğu oranı ve bedenselleştirme oranının daha çok görüldüğü ve yaşam kalitesinin düştüğü saptandı.

Bu çalışmada MAS'ın risk faktörleri çocukluk çağı fiziksel ihmali, D tipi kişilik varlığı ve cinsel işlev bozukluğu olarak saptandı. Bireylerin MAS olma ihtimalini çocukluk çağında fiziksel ihmale uğrama 3.74 kat, Tip D kişilik yapısına sahip olma 9.35 kat, cinsel işlev bozukluğunun bulunması ise bu ihtimali 6.92 kat artırdığı saptandı.

Literatürde; MAS tanısı alan bireylerde çocukluk çağı travmaları, tip D kişiliği, depresyon, anksiyete, bedenselleştirme, cinsel işlevler gibi faktörleri bir arada, aynı anda değerlendiren başka bir araştırma bulunamadığından bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünüldü. Ağrı şikayeti ile başvuran ve MAS tanısı alan hastalarda ağrıyı gidermenin yanında kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi ve altta yatabilecek olan depresyon, anksiyete, çocukluk çağı travması, cinsel işlev bozukluğu gibi ruhsal faktörlerin araştırılıp uygun psikiyatrik yaklaşımlar ile hastalığındaki tedavi başarısı artırılabilir. Bu nedenle bu hastaların psikiyatrik bakış açısı ile birlikte değerlendirilmesi daha uygun olacaktır.

7. KAYNAKLAR

Aaron LA, Bradley LA, Alarcon GS, Alexander RW, Triana-Alexander M, Martin MY ve ark. Psychiatric diagnoses in patients with fibromyalgia are related to health care-seeking behavior rather than to illness. *Arthritis Rheum* 1996; 39: 436-445.

Afifi TO, MacMillan HL, Boyle M, Taillieu T, Cheung K, Sareen J. Child abuse and mental disorders in Canada. *CMAJ*. 2014; 186(9): E324-332.

Akman MK, Akman T, Güzeland AY, Huner B, Uludağ M, Tepeler A, Akçay M, Armağan A. The Relationship Between Female Sexual Dysfunction And Myofascial Pain Syndrome And The Effect Of Interferential Current Therapy On Female Sexual Function. *The Journal of Sexual Medicine* 2014; 11(1): 76-77.

Akram U, McCarty K, Akram A, Gardani M, Tan A, Villarreal D, Bilsborough E, Dooher G, Gibbs G, Hudson JL, Mills R, Subramaniam V, Allen S. The relationship between Type D personality and insomnia. *Sleep Health*. 2018; 4(4): 360-363.

Alexander RW, Bradley LA, Alarcón GS, Triana AM, Aaron LA, Alberts KR, et al. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia: Association without patient health care utilization and pain medication usage. *Arthritis Care and Research* 1998; 11: 102-115.

Altındag O, Gur A, Altındag A. The relationship between clinical parameters and depression level in patients with myofascial pain syndrome. *Pain Med* 2008; 9(2): 161-165.

Altındag O, Gur A, Altındag A. The relationship between clinical parameters and depression level in patients with myofascial pain syndrome. *Pain Med* 2008; 9(2): 161-165.

Alvarez DJ, Rockwell PG. Trigger points: diagnosis and management. *American Family Physician* 2002; 65: 653-660.

Amasyalı SY, Dıraçoğlu D. Miyofasiyal ağrı sendromu patofizyolojisinde son görüşler. *Nobel Medicus Journal*. 2014; 10(2): 5-11.

Amasyali AS, Taştaban E, Amasyali SY, Turan Y, Kazan E, Sari E, Erol B, Cengiz M, Erol H. Effects of low sleep quality on sexual function, in women with fibromyalgia. *Int J Impot Res*. 2016; 28(2): 46-49.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5nd ed.. American Psychiatric Publishing; Arlington, VA: 2013.

Aral G. Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi*, 2001; 151: 36-39.

Aral N, Gürsoy F. Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi* 2001; 151(5): 4-6.

Aslan SH, Alparslan ZN. Çocukluk örselenme yaşantıları ölçeğinin bir üniversite öğrencisi örnekleminde geçerlik, güvenirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999; 10: 275-285.

Auerbach SM, Laskin DM, Frantsve LM, Orr T. Depression, pain, exposure to stressful life events, and long-term outcomes in temporomandibular disorder patients. *J Oral Maxillofac Surg*. 2001; 59: 628-633.

Ay S, Evcik D, Tur BS. Comparison of injection methods in myofascial pain syndrome: a randomized controlled trial. *Clinical Rheumatology* 2010; 29: 19-23.

Aydemir Ö. Konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: Kısa Form-36. 3 P Dergisi 1999; 7 (Ek. 2): 14-22.

Aydın R, Şen N, Ellialtıoğlu A. Eklem dışı romatizmal hastalıklar. Diniz F, Ketenci A (editörler). Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul. s.299-320, 2000.

Barnett MD, Ledoux T, Garcini LM, Baker J. Type D personality and chronic pain: construct and concurrent validity of the DS14. J Clin Psychol Med Settings. 2009; 16(2): 194-199.

Barsky AJ, Goodson JD, Lane RS. The amplification of somatic symptoms. Psychosom Med 1988; 50(5): 510-519.

Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL: The Somatosensory Amplification Scale and its relationship to hypochondriasis. J Psychiatry Res. 1990a; 24: 323-334.

Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988; 56(6): 893-897.

Beck AT. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 561-571.

Beitchman J, Zucker K, Hood J, DaCosta G, Akman D, Cassavia E. A review of the long-term effects of child sexual abuse. Child Abuse Negl 1992; 16: 101-118.

Bernet W. Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997; 36(10 Suppl): 37-56.

Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. Am J Psychiatry. 1994; 151(8): 1132-1136.

Between Type D personality and insomnia. Sleep Health. 2018; 4(4): 360-363.

Beutel ME, Wiltink J, Till Y, Wild PS, Münzel T, Ojeda FM, Zeller T, Schnabel RB, Lackner K, Blettner M, Zwiener I, Michal M. Type D personality as a cardiovascular risk marker in the general population: results from the Gutenberg health study. Psychother Psychosom. 2012; 81(2): 108-117.

Bifulco A, Brown G, Adler Z. Early sexual abuse and clinical depression in adult life. Br J Psychiatry 1991; 159: 115-122.

Bilir Ş, Arı M, Dönmez N, Güneysu S. 4-12 Yaşları Arasında 16.100 Çocukta Örselenme Durumları ile İlgili Bir İncelenme. Çocuk İstismarı ve İhmali, Çocukların Kötü Muameleden Korunması. I. Ulusal Kongresi, Ankara. Gözde Repo Ofset 1991: 45-53.

Bluher M, Fasshauer M, Tonjes A, Kratzsch J, Schon MR, Paschke R. Association of interleukin-6, C-reactive protein, interleukin-10 and adiponectin plasma concentrations with measures of obesity, insulin sensitivity and glucose metabolism. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2005; 113: 534-537.

Blümel JE, Arteaga E, Mezones-Holguín E, Zúñiga MC, Witis S, Vallejo MS, et al; Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America (REDLINC). Obesity is associated with a higher prevalence of musculoskeletal pain in middle-aged women. Gynecol Endocrinol. 2017; 33: 378-382.

Borg-Stein J, Simons DG. Focused review: myofascial pain. Arch Phys Med Rehabil. 2002; 83(Suppl 1): S40-477, S48-49.

Borg-Stein J. Treatment of fibromyalgia, myofascial pain, and related disorders. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2006; 17: 491-510.

Bozdemir N, Sofuoğlu S. Chronic Fatigue syndrome: A Review *T Klin Psikiyatri* 2001, 2: 51-59.

Bradley LA, McKendree-Smith NL, Alberts KR, Alarcón GS, Mountz JM, Deutsch G. Use of neuroimaging to understand abnormal pain sensitivity in fibromyalgia. *Current Rheumatology Reports* 2000; 2: 141-148.

Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *Am J Psychiatry*. 1991; 148(1): 55-61.

Budh CN, Osteråker AL. Life satisfaction in individuals with a spinal cord injury and pain. *Clin Rehabil* 2007; 21(1): 89-96.

Cakit BD, Taskin S, Nacir B, Unlu I, Genc H, Erdem HR. Comorbidity of fibromyalgia and cervical myofascial pain syndrome. *Clin Rheumatol*. 2010; 29(4): 405-11.

Caterina MJ, Julius D. Sense and specificity: a molecular identity for nociceptors. *Curr Opin Neurobiol*. 1999; 9(5): 525-30.

Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int*, 2004; 72: 52.

Chandola HC, Chakraborty A. Fibromyalgia and myofascial pain syndrome-a dilemma. *Indian J Anaesth*. 2009; 53(5): 575-581.

Clauw DJ, Williams DA. The relationship between stress and pain in work-related upper extremity disorders: the hidden role of chronic multisymptom illnesses. *Am J Ind Med* 2002; 41: 370-382.

Cook SP, McCleskey EW. Cell damage excites nociceptors through release of cytosolic ATP. *Pain*. 2002; 95(1-2): 41-47.

Corey S, Bouffard N, Langevin H. Immunohistochemical characterization of the mouse subcutaneous perimuscular fascial plexus. In: *Fascia Research Congress, Boston, Elsevier*. 2007.

Costa J, Marôco J, Gouveia JP, Ferreira N. Depression and physical disability in chronic pain: The mediation role of emotional intelligence and acceptance. *Australian Journal of Psychology* 2017; 69: 167-177.

Cummings M, Baldry P. Regional myofascial pain: diagnosis and management. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2007; 21(2): 367-387.

Çakit BD, Genç H, Altuntaş V, Erdem HR. Disability and related factors in patients with chronic cervical myofascial pain. *Clinical Rheumatology*, 2009; 28: 27-65.

Daruy-Filho L, Brietzke E, Lafer B, Grassi-Oliveira R. Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2011; 124(6): 427-434.

Delgado EV, Romero JC, Escoda CG. Myofascial pain syndrome associated with trigger points: A literature review. (I) Epidemiology, clinical treatment and etiopathogeny. *Med Oral Patol Oral CirBucal*. 2009; 14: 494-498.

Demir H, Çalış M. Miyofasiyal ağrı sendromu –derleme. *Türk Fiz Tıp Rehab. Derg.* 2004; 50: 22-25.

Demiral Y, Ergör G, Ünal B, Semin S, Akvardar Y, Kıvrırcık B, et al. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel toplum örneğinde güvenilirliği. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı. Emek Matbaası, İzmir, s.45, 2004.

Denollet J, Schiffer AA, Kwajtaal M, Hooijkaas H, Hendriks EH, Widdershoven JW, et al. Usefulness of Type D personality and kidney dysfunction as predictors of interpatient variability in inflammatory activation in chronic heart failure. *Am J Cardiol* 2009; 103 (3): 399-404.

Denollet J, Schiffer AA, Spek V. A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes: evidence from research on the type D (distressed) personality profile. *Circulation: cardiovascular quality and outcomes*. 2010; 3(5): 546–557.

Denollet J, Vaes J, Brutsaert DL. Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation*. 2000; 102(6): 630–635.

Denollet J, Van Heck GL. Psychological risk factors in heart disease. *Journal of psychosomatic research*. 2001; 51: 465-468.

Denollet J. DS 14: Standart Assesment of Negative Affectivity, Social inhibition, and Type D Personality. *Psychosomatic Medicine* 2005; 67: 89-97.

Denollet J. Personality and coronary heart disease: the type D scale 16(DS16). *Ann Behav Med* 1998; 20: 209-215.

Denollet J. Type D personality: A potential risk factor refined. *Journal of psychosomatic research*. 2000; 49(4): 255- 66.

DeRosse P, Nitzburg GC, Kompancaril B, Malhotra, AK. The relation between childhood maltreatment and psychosis in patients with schizophrenia and non-psychiatric controls. *SCHIZOPHR RES* 2014; 155, 66-71.

Dubowitz H. Preventing child neglect and physical abuse. *Pediatr Rev* 2002; 23: 191-196.

Duruk B, Sertel Berk HÖ, Ketenci A. Are fibromyalgia and failed back surgery syndromes actually "functional somatic syndromes" in terms of their symptomatological, familial and psychological characteristics? A comparative study with chronic medical illness and healthy controls. *Agri*. 2015; 27(3): 123-131.

Durutürk N, Daşkapan A, Tüzün EH, et al. Fibromyalji ve miyofasyal ağrı sendromlarında kişilik özellikleri. *Fizyoter Rehabil*. 2008; 19: 129-135.

Eli I. Psychosocial factors in the etiology, diagnosis and management of temporomandibular disorders. *Alpha Omegan*. 2003; 96: 20-23.

Ernst C, Angst J, Foldenyi M. The Zurich study, XVII: Sexual abuse in childhood. Frequency and relevance for adult morbidity: data of a longitudinal epidemiological study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993; 242: 293–300.

Evren B, Evren B, Yapıcı A, Guler MH. Fibromyalji hastalarında ağrı şiddeti ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6: 69-74.

Ewald SC, Hurwitz EL, Kizhakkeveettill A. The effect of obesity on treatment outcomes for low back pain. *Chiropr Man Therap*. 2016; 24: 48.

Eyigör S, Uyar M. Miyofasyal ağrı sendromu. *Ağrı*. 2008; 1: 1-6.

- Fang X, Fry DA, Brown DS, Mercy JA, Dunne MP, Butchart AR, Corso PS, Maynzyuk K, Dzhygyr Y, Chen Y, et al. The burden of child maltreatment in the East Asia and Pacific region. *Child Abuse Negl.* 2015; 42: 146-162.
- Fergusson D, Horwood L, Lynskey M. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood, II: psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996a; 35: 1365–1374.
- Finestone DH, Willingham SGJ, KoEman GE, et al. Physical and psychiatric impairment in patients with myofascial pain syndrome compared to patients with fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain* 1995; Supplement Number 1, 86, Abstract.
- Finkelhor D, Dziuba-Leatherman J. Children as victims of violence: a national survey. *Pediatrics* 1994; 94: 413–420.
- Fischer AA. New approaches in treatment of myofascial pain. *PhysMedRehabilClin North Am* 1997; 8: 153-169.
- Flores REU, Machuca IGN. Estudio descriptivo de la prevalencia y tipos de maltrato en adolescentes con psicopatología. *Salud Mental*, 2011; 34 (3): 219-225.
- Ga H, Choi JH, Park CH, Yoon HJ. Acupuncture needling versus lidocaine injection of trigger points in myofascial pain syndrome in elderly patients a randomised trial. *Acupunct. Med* 2007; 25: 130-136.
- Gameiro GH, Da Silva Andrade A, Nouer DF, Ferraz de Arruda Veiga MC. How may stressful experiences contribute to the development of temporomandibular disorders? *Clin Oral Investig.* 2006; 10: 261–268.
- Gazi MC, Issy AM, Avila IP, Sakata RK. Comparison of acupuncture to injection for myofascial trigger Point Pain. *Pain Practice* 2010.
- Gerwin RD, Dommerholt J, Shah JP. An expansion of Simons' integrated hypothesis of trigger point formation. *Curr Pain Headache Rep.* 2004; 8(6): 468-475.
- Gerwin RD. Diagnosing fibromyalgia and myofascial pain syndrome: a guide. *JFam Pract.* 2013; 62 (12 Suppl 1): S19-25.
- Gerwin RD. Diagnosis of myofascial pain syndrome. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2014; 25(2): 341-355.
- Giamberardino MA, Affaitati G, Fabrizio A, Costantini R. Myofascial pain syndromes and their evaluation. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2011; 25(2): 185-198.
- Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet.* 2009; 373(9657): 68-81.
- Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl.* 2002; 26(6-7): 697-714.
- Goldberg RT, Pachas WN, Keith D. Relationship between traumatic events in childhood and chronic pain. *Disabil Rehabil.* 1999; 21(1): 23-30.
- Gorey KM, Leslie DR. The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse Negl.* 1997; 21(4): 391-398.

- Grafman J, Johnson R, Scheffers M: Cognitive and moodstate changes in patients with chronic fatigue syndrome. *Rev Infect Dis* 1991; 13 (Suppl 1): S45.
- Grande G, Jordan J, Kümmel M, Struwe C, Schubmann R, Schulze F, Unterberg C, von Känel R, Kudielka BM, Fischer J, Herrmann-Lingen C. [Evaluation of the German Type D Scale (DS14) and prevalence of the Type D personality pattern in cardiological and psychosomatic patients and healthy subjects]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2004; 54(11): 413-422.
- Grande G, Romppel M, Barth J. Association between type D personality and prognosis in patients with cardiovascular diseases: a systematic review and meta-analysis. *Ann Behav Med*. 2012; 43(3): 299-310.
- Grande G, Romppel M, Glaesmer H, Petrowski K, C.Herrmann-Lingen C. The type-D scale (DS14) — norms and prevalence of type-D personality in a population-based representative sample in Germany. *Pers Individ Differ* 48. 2010; 935-939.
- Granero-Molina J, Matarín Jiménez TM, Ramos Rodríguez C, Hernández-Padilla JM, Castro-Sánchez AM, Fernández-Sola C. Social Support for Female Sexual Dysfunction in Fibromyalgia. *Clin Nurs Res*. 2018; 27(3): 296-314.
- Grassi-Oliveira R, de Azevedo Gomes CF, Stein LM. False recognition in women with a history of childhood emotional neglect and diagnose of recurrent major depression. *Conscious Cogn*. 2011; 20(4): 1127-1134.
- Gül Aİ, Uçar M, Sarp Ü, Karaaslan Ö, Börekçi E. The Relationship Between Myofascial Pain Syndromes and Health Anxiety. *International Journal of Clinical Research* 2014; 2(3): 89-92.
- Gül K, Onal SA. [Comparison of non-invasive and invasive techniques in the treatment of patients with myofascial pain syndrome]. *Agri*. 2009; 21(3): 104-112.
- Güleç H, Sayar K. Reliability and validity of the Turkish form of the Somatosensory Amplification Scale. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2007; 61(1): 25-30.
- Han SC, Harrison P. Myofascial pain syndrome and trigger-point management. *Regional Anesthesia*, 1997; 22 (1): 89-101.
- Hawley DJ, Wolfe F, Cathey MA. Pain, functional disability, and psychological status: a 12-month study of severity in fibromyalgia. *J Rheumatol* 1988; 15: 1551-1556.
- Haythornthwaite JA, Sieber WJ, Kerns RD. Depression and the chronic pain experience. *Pain* 1991; 46: 177-184.
- Hermenau K, Eggert I, Landolt MA, Hecker T. Neglect and perceived stigmatization impact psychological distress of orphans in Tanzania. *Eur J Psychotraumatol*. 2015; 6: 28617.
- Hickie I, Lloyd A, Wakefield D, Parker G. The psychiatric status of patients with chronic fatigue syndrome. *Brit J Psychiatry* 1990; 156: 534-540.
- Hisli, N. The reliability and validity study of the beck depression inventory in a Turkish sample. *Psikoloji Dergisi*, 1998; 6: 118-212.
- Hitt H, McMillen RC, Thornton-Neaves T, Koch K, Cosby AG. Comorbidity of obesity and pain in a general population: results from the Southern Pain Prevalence Study. *J Pain*. 2007; 8: 430-436.
- Ho KY, Tan KH. Botulinum toxin A for myofascial trigger point injection: a qualitative systematic reviews. *European Journal of Pain* 2007; 11: 519–527.

- Holsboer F. The corticosteroid receptor hypothesis of depression. *Neuropsychopharmacology*. 2000; 23(5): 477.
- Hong C-Z. Considerations and recommendations regarding myofascial trigger point injection. *Journal of Musculoskeletal Pain* 1994; 2: 29–59.
- Hubbard JE. Myofascial Trigger Points. What physicians should know about these neurological mitator. *MinnMed* 2010; 93: 42-45.
- Jain AM. Emergency department evaluation of child abuse. *Emerg Med Clin Nort Am* 1999; 17: 575-593.
- Kalichman L, Vulfsons S. Dry needling in the management of musculoskeletal pain. *J Am Board Fam Med*. 2010; 23(5): 640-646.
- Kamanli A, Kaya A, Ardicoglu O, Ozgocmen S, Zengin FO, Bayik Y. Comparison of lidocaine injection, botulinum toxin injection, and dry needling to trigger points in myofascial pain syndrome. *Rheumatol Int* 2005; 25(8): 604-611.
- Kao MJ, Hsieh YL, Kuo FJ, Hong CZ. Electrophysiological assessment of acupuncture points. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 2006; 85: 443-448.
- Kaplan S, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 1214-1222.
- Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Aguilar-Gaxiola S. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2010; 197: 378-385.
- Khan AA, Srivastava A, Passi D, Devi M, Chandra L, Atri M. Management of myofascial pain dysfunction syndrome with meditation and yoga: Healing through natural therapy. *Natl J Maxillofac Surg*. 2018; 9(2): 155-159.
- Khanna D, Tsevat J. Health-related quality of life--an introduction. *Am J Manag Care*. 2007;13 Suppl 9: 218-223.
- Kılıçaslan I, Ödevoğlu P, Yiğit B, Tunalı N. "Kronik Bel Ağrısı ve Servikal Miyofasiyal Ağrı Sendromu'nun Yaşam Kalitesi ve Depresyon Düzeyi Üzerine Etkisi". *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 1 (2018): 87-96.
- Kim EY, Park J, Kim B. Type of childhood maltreatment and the risk of criminal recidivism in adult probationers: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2016; 16: 294.
- Kim YH, Kim SR, Kim YO, Kim JY, Kim HK, Kim HY. Influence of Type D personality on job stress and job satisfaction in clinical nurses: the mediating effects of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction. *J Adv Nurs*. 2017; 73(4): 905-916.
- Koçyigit H, Aydemir Ö, Fişek G. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği: Romatizmal hastalığı olan bir grup hasta ile çalışma. *İlaç ve Tedavi* 1999; 12: 102-6. 165.
- Kool MB, Van Middendorp H, Lumley MA, Schenk Y, Jacobs JWJ, Bijlsma JWJ, et al. Lack of understanding in fibromyalgia and rheumatoid arthritis: the Illness Invalidation Inventory (3*I). *Ann Rheum Dis* 2010; 69: 1990–1995.
- Kosek E, Ekholm J, Hansson P. Sensory dysfunction in fibromyalgia patients with implications for pathogenic mechanisms. *Pain* 1996; 68: 375-383.

- Kosturek A, Gregory RJ, Sousou AJ, Trief P: Alexithymia and somatic amplification in chronic pain. *Psychosomatics*.1998; 39: 399-404.
- Kupper N, Denollet J. Type D personality as a risk factor in coronary heart disease: a review of current evidence. *Curr Cardiol Rep*. 2018; 20(11): 104.
- Kupper N, Pedersen SS, Höfer S, Saner H, Oldridge N, Denollet J. Cross-cultural analysis of type D (distressed) personality in 6222 patients with ischemic heart disease: a study from the International HeartQoL Project. *Int J Cardiol*. 2013; 166(2): 327-333.
- Kwak J, Kim HK, Kim T, Jang SH, Lee KH, Kim MJ, et al. The Prevalence and Characteristics of Depression in Work-related Musculoskeletal Disease. *Ann Rehabil Med* 2012; 36(6): 836-840.
- Labbe J. Ambroise Tardieu: The man and his work on child maltreatment a century before Kempe. *Child Abuse & Neglect* 2005; 29(4): 311-324.
- Lambertus F, Herrmann-Lingen C, Fritzsche K, et al. Prevalence of mental disorders among depressed coronary patients with and without Type D personality. Results of the multi-center SPIRR-CAD trial. *General Hospital Psychiatry*. 2018; 50: 69-75.
- Lambertus F, Herrmann-Lingen C, Fritzsche K, Hamacher S, Hellmich M, Junger J, et al. Prevalence of mental disorders among depressed coronary patients with and without Type D personality. Results of the multi-center SPIRR-CAD trial. *Gen Hosp Psychiatry*. 2018; 50: 69–75.
- Lang AM. Botulinum toxin therapy for myofascial pain disorders. *Current Pain & Headache Reports* 2002; 6: 355–360.
- Lee, Yu-Rim. Fibromyalgia and childhood abuse: Exploration of stress reactivity as a developmental mediator. *Developmental Review*. 2010; 30(3): 294-307.
- Leu HB, Yin WH, Tseng WK, Wu YW, Lin TH, Yeh HI, Cheng Chang K, Wang JH, Wu CC, Chen JW. Impact of type D personality on clinical outcomes in Asian patients with stable coronary artery disease. *J Formos Med Assoc*. 2019; 118(3): 721-729.
- Lewit K, Simons DG. Myofascial pain: relief by post-isometric relaxation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1984; 65: 452-456.
- Li M, D'Arcy C, Meng X. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychol Med*. 2016; 46(4): 717–730.
- Liu J, Gong J, Nie G, He Y, Xiao B, Shen Y, Luo X. The mediating effects of childhood neglect on the association between schizotypal and autistic personality traits and depression in a non-clinical sample. *BMC Psychiatry*. 2017; 17(1): 352.
- Lovallo WR, Pincomb GA, Brackett DJ, Wilson MF. Heart rate reactivity as a predictor of neuroendocrine responses to aversive and appetitive challenges. *Psychosomatic medicine*. 1990; 52(1): 17-26.
- Low LA, Schweinhardt P. Early life adversity as a risk factor for fibromyalgia in later life. *Pain Res Treat* 2012; 2012: 140832.
- Lumley MA, Kelley JE, Leisen PC. Predicting pain and adjustment in rheumatoid arthritis: The role of stressful life events and emotional processing. *Journal of Health Psychology*.1997; 2: 255-264.
- Majlesi J, Unalan H. Effect of treatment on trigger points. *Current Pain and Headache Reports* 2010; 14: 353–60.

Masafi S, Saadat SH, Tehranchi K, Olya R, Heidari M, Malihialzackerini S, Jafari M, Rajabi E. Effect of stress, depression and Type D personality on immune system in the incidence of coronary artery disease. *Open Access Maced J Med Sci.* 2018; 6(8): 1533-1544.

McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM, Manber R. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J Sex Marital Ther.* 2000; 26(1): 25-40.

Meclis Araştırma Komisyon Raporu.20 Haziran 2016 tarihinde, <https://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss589.pdf> adresinden alınmıştır.

Melzack R, Stillwell D, Fox E. Trigger point and acupuncture points for pain: correlations and implications. *Pain* 1977; 3: 3–23.

Mense S, Simons DG, Russell IJ. Muscle pain. Understanding its nature, diagnosis, and treatment.: Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. p. 385, 2001.

Michal M, Wiltink J, Grande G, Beutel ME, Brähler E. Type D personality is independently associated with major psychosocial stressors and increased health care utilization in the general population. *J Affect Disord.* 2011; 134(1-3): 396-403

Michelotti A, Farella M, Tedesco A, Cimino R, Martina R. Changes in pressure-pain thresholds of the jaw muscles during a natural stressful condition in a group of symptom free subjects. *J Orofac Pain.* 2000; 14: 279-285.

Mols F, Denollet J. Type D personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. *Health Qual Life Outcomes.* 2010; 8: 9.

Mommersteeg PM, Pelle AJ, Ramakers C, Szabó BM, Denollet J, Kupper N. Type D personality and course of health status over 18 months in outpatients with heart failure: multiple mediating inflammatory biomarkers. *Brain Behav Immun.* 2012; 26(2): 301-310.

Mullen P, Martin J, Anderson J, Romans S, Herbison G. Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 721–732.

Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, et al. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: a community study. *Child Abuse Negl* 1996; 20: 7-21.

Mumcu G, Inanç N, Ergun T. Oral health related quality of life is affected by disease activity in Behçet's disease. *Oral Disease* 2006; 12: 145-151.

Muñoz-Muñoz S, Muñoz-García MT, Albuquerque-Sendín F, Arroyo-Morales M, Fernández-de-las-Peñas C. Myofascial trigger points, pain, disability, and sleep quality in individuals with mechanical neck pain. *J Manipulative Physiol Ther.* 2012; 35(8): 608-613.

Ohrbach R, Michelotti A. The Role of Stress in the Etiology of Oral Parafunction and Myofascial Pain. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2018; 30(3): 369-379.

Okifuji A, Hare BD. The association between chronic pain and obesity. *J Pain Res.* 2015; 8: 399-408.

Orsel S, Karadağ H, Karaoğlan A, Kahiloğulları A, Akgun E, Aktaş E. Psikiyatri hastalarında cocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2011; 12: 130-136.

Özcan B. Bruksizme eşlik eden miyofasyal ağrı sendromlu ve temporomandibular rahatsızlığı olan hastalarda oklüzal splint ve tens tedavilerinin klinik ağrı eşiği üzerine olan etkilerinin karşılaştırılması. *Şişli Etfal Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2005.*

Özcan ME, Yurtsızoğlu Ö, Balki S, Altay Z, Eğri M. Bel ağrısı olan hastalarda hot-pack, TENS, ultrasound ve egzersizin HAMD skorlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2000; 1: 26-31.

Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Gözden geçirilmiş ve yenilenmiş 14. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, s. 380, 2016.

Paavilainen E, Tarkka MT. Definition and identification of child abuse by Finnish Public Health Nurses. *Public Health Nurs* 2003; 20(1): 49-55.

Paradisi A, Sampogna F, Di Pietro C. Quality of life assessment in patients with pemphigus using minimum set of evaluation tools. *J Am Acad Dermatol* 2008; 60 (2): 261-269.

Pedersen SS, Denollet J. Validity of the Type D personality construct in Danish post-MI patients and healthy controls. *Journal of psychosomatic research*. 2004; 57(3): 265–272.

Pedersen SS, Spindler H, Johansen JB ve ark. Clustering of poor device acceptance and Type D personality is associated with increased distress in Danish cardioverter-defibrillator patients. *Pacing Clin Electrophysiol* 2009a; 32: 29-36.

Pedersen SS, van den Berg M, Erdman RAM Increased anxiety in partners of patients with a cardioverter-defibrillator: the role of indication for ICD therapy, shocks and personality. *Pacing Clin Electrophysiol* 2009b; 32: 184-192.

Pedersen SS, van den Broek KC, Theuns DAMJ ve ark. Risk of chronic anxiety in implantable defibrillator patients: a multi-center study. *Int J Cardiol* 2011; 147: 420-423.

Peloso P, Gross A, Haines T, Trinh K, Goldsmith CH, Burnie S, et al. Medicinal and injection therapies for mechanical neck disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; 18. CD999319.

Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, Cooney MT ve ark. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European heart journal*. 2016; 37(29): 2315-2381.

Polat O. Çocuk istismarı. *Adli Tip Der Yayınevi*. İstanbul, 2000; 29: 207- 231.

Polat O. Çocuk ve Şiddet. İstanbul, Der Yayınları, 2001.

Polusny M, Follette V. Long term correlates of child sexual abuse: the oryand review of the empirical literature. *Appl Prev Psychol* 1995; 4: 143–166.

Putnam FW. Ten-year research update review: child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 42(3): 269-78.

Raphael KG, Marbach JJ, Gallagher RM. Somatosensory amplification and affective inhibition are elevated in myofascial face pain. *Pain Med*. 2000; 1(3): 247-53.

Rossi M, Bruno G, Chiusalupi M, Ciaramella A. Relationship between Pain, Somatisation, and Emotional Awareness in Primary School Children. *Pain Res Treat*. 2018; 2018: 4316234.

Runyan D, Corrine W, Ikeda R, et al. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: *World report on violence and health*. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA. (eds). World Health Organization, Geneva, 2002; 57- 86.

Runyan D, Corrine W, Ikeda R, Hassan F, Ramiro L. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: World report on violence and health. 2002; 57-86.

Sahin N, Karatas O, Ozkaya M, Cakmak A, Berker E. Demographics features, clinical findings and functional status in a group of subjects with cervical myofascial pain syndrome. *Agri*. 2008; 20(3): 14-19.

Sajadinejad MS, Molavi H, Asgari K, Kalantari M, Adibi P. Personality dimensions and type D personality in female patients with ulcerative colitis. *J Res Med Sci*. 2012; 17(10): 898-904.

Sayar K, Bilen A, Arıkan K. Kronik ağrı hastalarında öfke, benlik saygısı ve aleksitimi. *Türk Klin Psikiyatri Derg* 2001; 2: 36-42.

Scott NA, Guo B, Barton PM, Gerwin RD. Trigger point injections for chronic non-malignant musculoskeletal pain: a systematic review. *Pain Medicine* 2009; 10: 54-69.

Segura-Pérez M, Hernández-Criado MT, Calvo-Lobo C, Vega-Piris L, Fernández-Martín R, Rodríguez-Sanz D. A Multimodal Approach for Myofascial Pain Syndrome: A Prospective Study. *J Manipulative Physiol Ther*. 2017; 40(6): 397-403.

Shah JP, Gilliams EA. Uncovering the biochemical milieu of myofascial trigger points using in vivo microdialysis: an application of muscle pain concepts to myofascial pain syndrome. *J BodywMovTher* 2008; 12(4): 371-384.

Sher L, Oquendo MA, Galfalvy HC, Cooper TB, Mann JJ. Age effects on cortisol levels in depressed patients with and without comorbid post-traumatic stress disorder, and healthy volunteers. *Journal of affective disorders*. 2004; 82(1): 53-59.

Sim YJ, Lim JY, Kang EK. Assessment of Quality of Life and Disability in Patients With Myofascial Pain Syndrome. *Arch Phys Med Rehabil*. 2006; 87(11): e21-e2.

Simons DG, Travell JG, Simons LS. Upper half of body. In: Travell & Simons' myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual. 2nd ed. vol. 1. Williams & Wilkins, Baltimore. p. 1038, 1999.

Smyth J, Ockenfels MC, Porter L, Kirschbaum C, Hellhammer DH, Stone AA. Stressors and mood measured on a momentary basis are associated with salivary cortisol secretion. *Psychoneuroendocrinology*. 1998; 23(4): 353-70.

Sofuoğlu Z, Oral R, Aydın F ve ark. Türkiye'nin üç ilinde olumsuz çocukluk çağı deneyimleri epidemiyolojik çalışması. *Türk Ped Arş* 2014; 49: 47-56.

Somers TJ, Wren AA, Keefe FJ. Understanding chronic pain in older adults: abdominal fat is where it is at. *Pain*. 2011; 152: 8-9.

Soykan A. The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *Int J Impot Res*. 2004; 16(6): 531-534.

Srbely JZ, Dickey J. Randomized control study of the antinociceptive effect of ultrasound on trigger point sensitivity: novel applications in myofascial therapy? *Clinical Rehabilitation* 2007; 21: 411-417.

Srbely JZ, Dickey JP, Lowerison M, Edwards AM, Nolet PS, Wong LL. Stimulation of myofascial trigger points with ultrasound induces segmental antinociceptive effects: a randomized controlled study. *Pain* 2008; 139: 260-266.

Srbely JZ. New trends in the treatment and management of myofascial pain syndrome. *Current Pain and Headache Reports* 2010; 14: 346-352.

Staniute M, Brozaitiene J, Burkauskas J, Kazukauskienė N, Mickuviene N, Bunevicius R. Type D personality, mental distress, social support and health-related quality of life in coronary artery disease patients with heart failure: a longitudinal observational study. *Health Qual Life Outcomes*. 2015; 22: 13: 1.

Starrenburg AH, Kraaier K, Pedersen SS, van Hout M, Scholten M, van der Palen J. Association of psychiatric history and Type D personality with symptoms of anxiety, depression, and health status prior to ICD implantation. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2013; 20(3): 425-433.

Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin (CTQ) Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenilirliği, *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2012; 32: 1054-1063.

Şişli Etfal Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2005.

Talaulikar D, Shadbolt B, McDonald A, Pidcock M. Health related quality of life in chronic coagulation disorders. *Hemophilia* 2006; 12: 633-642.

The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders-5: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. E. Köroğlu (çev.), İstanbul: Hekimler Yayın Birliği.

Tough EA, White AR, Richards S, Campbell J. Variability of criteria used to diagnose myofascial trigger point syndrome: evidence from a review of literature. *Clinical Journal of Pain* 2007; 23: 276–86.

Travell JG, Simons DG. Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual, 2nd ed. Williams & Wilkins, Baltimore. 1999.

Treaster D, Marras WS, Burr D, Sheedy JE, Hart D. Myofascial trigger point development from visual and postural stressors during computer work. *Journal of Electromyography and Kinesiology*, 16 2006; 16: 115-124.

Tuzun EH, Albayrak G, Eker L, Sozay S, Daskapan A. A comparison study of quality of life in women with fibromyalgia and myofascial pain syndrome. *Disabil Rehabil*. 2004; 26(4): 198-202.

Tüzün EH, Eker L. Sağlık Değerlendirme Ölçütleri ve Yaşam Kalitesi. *Sağlık ve Toplum*, 2003; 2: 3-8.

Ulusoy M, Sahin N, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *J Cogn*. 1998; 12(2012): 163–72.

Unal F. Predisposing factors in childhood masturbation in Turkey. *Eur J Pediatr* 2000; 159: 338-342.

Ussher J, Dewberry C. The nature and long-term effects of childhood sexual abuse: a survey of adult women survivors in Britain. *Br J Clin Psychol* 1995; 34: 177–192.

Van Eck M, Berkhof H, Nicolson N, Sulon J. The effects of perceived stress, traits, mood states, and stressful daily events on salivary cortisol. *Psychosomatic medicine*. 1996; 58(5): 44-458.

Van-Middendorp H, Kool MB, van Beugen S, Denollet J, Lumley MA, Geenen R. Prevalence and relevance of Type D personality in fibromyalgia. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016; 39: 66-72.

Velly AM, Gornitsky M, Philippe P. Contributing factors to chronic myofascial pain: a case-control study. *Pain*. 2003; 104(3): 491-499.

- Versteeg H, Theuns DAMJ, Erdman R ve ark. Posttraumatic stress in implantable cardioverter defibrillator patients: the role of pre-implantation distress and shocks. *Int J Cardiol* 2011; 146: 438-439.
- Ware JE, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol* 1998; 51(11): 903- 12.
- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992; 30(6): 473-483.
- Weisberg SP, McCann D, Desai M, Rosenbaum M, Leibel RL, Ferrante AW. Jr Obesity is associated with macrophage accumulation in adipose tissue. *J Clin Invest*. 2003; 112: 1796-1808.
- Willard, F. Basic mechanisms of pain. In: Audette JF, Bailey A. (Eds.), *Integrative Pain Medicine: The Science and Practice of Complementary and Alternative Medicine in Pain Management*, Chapter 2. Humana Press, Totowa. 2008.
- World Health Organization. *Preventing Child Maltreatment: a Guide to Taking Action and Generating Evidence*, Geneva, 14-89.
- World Health Organization. *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*. Geneva: WHO, 1999.
- Yap EC. Myofascialpain--an overview. *AnnAcadMedSingapore*. 2007; 36(1): 43-48.
- Yargıç Lİ, Tutkun H, Şar V. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve erişkinde dissosiyatif belirtiler. *3P Dergisi* 1994; 2: 338-347.
- Yazıcı K, Tot Ş, Biçer A, Yazıcı A, Buturak V. Bel ve boyun ağrısı hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi. *Klinik Psikiyatri* 2003; 6: 95-101.
- Yıldırım A, Akbas A, Sürücü GD, Karabiber M, Gedik DE, Aktürk S. Effectiveness of mobilization practices for patients with neck pain due to myofascial pain syndrome: a randomized clinical trial. *Turk J PhysMedRehab* 2016; 62(4): 337-345.
- Yu XN, Chen Z, Zhang J, Liu X. Coping mediates the association between Type D personality and perceived health in Chinese patients with coronary heart disease. *International journal of behavioral medicine*. 2011; 18(3): 277–284.
- Yurdakök K, İnce O. Duygusal istismar ve ihmal. *Katkı Pediatri Dergisi*, 2010; 32 (4): 423-433.
- Yücel B, Ozyalcın S, Sertel HO, Camlica H, Ketenci A, Talu GK. Childhood traumatic events and dissociative experiences in patients with chronic headache and low back pain. *Clin J Pain*. 2002; 18(6): 394-401.
- Zhang TT, Liu Z, Liu YL, Zhao JJ, Liu DW, Tian QB. Obesity as a risk factor for low back pain: a meta-analysis. *Clin Spine Surg*. 2018; 31: 22-27.
- Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Kora ME, Alyanak B. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2(2): 69-78.

EKLER

EK 1. Etik Kurul Onayı

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi
(Etik Kurulu Başkanlığı)
ETİK KURUL KARARI

TOPLANTI TARİHİ: 26.09.2018


TOPLANTI SAYISI: 2018/11



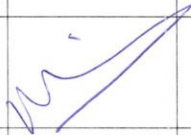


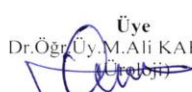

Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Prof.Dr.Başol CANBAKAN başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

KARAR 13

Dr.Öğr.Üy.Serhat TUNÇ'un "Miyofasyal Ağrı Sendromunun D Tipi Kişilik ve Çocukluk Çağı Travmaları İle İlişkisi" adlı çalışması.

Yukarıda belirtilen çalışmanın Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Yönergesine uygun olduğuna karar verildi.

Etik Kurul Başkanı	Prof.Dr.Başol CANBAKAN (İç Hastalıkları)	
---------------------------	--	--

Başkan Yardımcısı Prof.Dr.Müferet ERGÜVEN (Çocuk Sağlığı)	(Katılmadı)	Raportör Üye Dr.Öğr.Üy.Coşkun KOÇ (Hukuk)	
Üye Doç.Dr.Barlas SÜLÜ (Genel Cerrahi)	(Katılmadı)	Üye Dr.Öğr.Üy.Damla BINNETOĞLU (Tıbbi Farmakoloji)	
Üye Dr.Öğr.Üy.Neşe POLAT (Halk Sağlığı)		Üye Dr.Öğr.Üy.Caner YILDIRIM (Fizyoloji)	
Üye Dr.Öğr.Üy.Yavuz KARABAĞ (Kardiyoloji)	(Katılmadı)	Üye Dr.Öğr.Üy.Tolga KASACI (Tıbbi Biyokimya)	
Üye Dr.Öğr.Üy.M.Ali KARAGÖZ (Fizyoloji)		Tıp Dışı Üye Ümit Can GÜRBOĞA (Etik Kurul Sekreteri)	

EK 2. Bilgilendirilmiş Onam Formu

“Miyofasyal Ağrı Sendromunun D Tipi Kişilik Ve Çocukluk Çağı Travmaları İle İlişkisi” adlı bu çalışma Kafkas Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyesi olan Dr. Öğretim Üyesi Serhat Tunç tarafından yürütülmektedir. Çalışmanın amacı ağrı şikayeti ile başvuran ve miyofasyal ağrı sendromu tanısı konan hastalarda sosyodemografik özellikler, anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi, bedensel duyumları abartma, cinsel yaşantılar, çocukluk çağı travma yaşantıları ve D tipi kişilik özellikleri ile ağrı şiddeti arasındaki ilişkiyi incelemek, ilişkili risk etkenlerini saptamaktır. Bu yolla bu hastalığın altında yatan etkenlerin daha iyi anlaşılması ve de tedavisine katkı sağlamayı amaçlıyoruz.

Çalışmada yalnızca basılı kağıt materyali olan bir kısmını doğrudan sizin dolduracağınız anket ve benzeri soru formları (Sosyodemografik form, ilgili ölçekler) uygulanacaktır. Bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı sizi bilgilendirerek veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Araştırmacılar Helsinki Bildirgesi’ne uyacaklardır. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

Katılımcının Beyanı

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

	Katılımcı	Araştırmacı	Görüşme Tanığı
Adı-Soyadı:			
Adresi:			
Telefon:			
İmza:			
Tarih:			

EK 3. Sosyodemografik Veri Formu

1. Adı, soyadı:
2. Cinsiyeti: 0.Kadın 1.Erkek
3. Doğum tarihi (gün/ ay/ yıl):
4. Boy: Kilo:
5. Telefon Numarası:
6. Medeni Durumu: 1.Evli
2.Bekar (Boşanmış, eşi ölmüş)
7. Çocuk Sayısı:
8. Öğrenim Durumu: 1.Okuryazar
2.İlköğretim
3. Lise
4.Üniversite
9. Mesleği: 1. Ev Hanımı
2. İşçi
3. Memur
4. Düzensiz gelir (işsiz, esnaf, çiftçi)
10. Sigara /Alkol/Madde Kullanımı:
11. Ailede Kişi Başı Aylık Gelir Düzeyi:
12. Kimlerle Yaşıyorsunuz: 1. Eş ve çocuklar İle
2. Tek Başına
3. Ebeveyn İle
4. Geniş Aile
13. Yaşadığı Yer 1. İl- ilçe
2. Köy
14. Sosyal Desteğini Sağladığı Kişiler. 1.Yakın arkadaş-partner
2.Aile
15. Çocukluk Travması Var Mı? 0.Yok 1. Var
16. Daha Önce Psikiyatrik Tedavi Aldınız Mı? 0.Hayır 1.Evet
17. Şuan Psikiyatrik Tedavi Görüyor Musunuz? 0.Hayır 1.Evet
18. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü: 0.Yok 1.Var
19. Ağrı şiddetinize 0-10 arasında kaç puan verirsiniz?

EK4. Beck Depresyon Ölçeği

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundankurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanmıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarıyım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunuz.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkıcı ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkıcı şeylere bile artık kızmıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiyeye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uyküm her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiyeye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıfladım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancuları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünmüyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilginde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla seksle ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilirceğimi düşünmüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

EK 5. Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde Beni pek Etkilemedi	Orta Düzeyde Hoş değildi ama Katlanabildim	Ciddi Düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	(0)	(1)	(2)	(3)
2. Sıcak/ateş basmaları	(0)	(1)	(2)	(3)
3. Bacaklarda halsizlik, titreme	(0)	(1)	(2)	(3)
4. Gevşeyememe	(0)	(1)	(2)	(3)
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu	(0)	(1)	(2)	(3)
6. Baş dönmesi veya sersemlik	(0)	(1)	(2)	(3)
7. Kalp çarpıntısı	(0)	(1)	(2)	(3)
8. Dengeyi kaybetme duygusu	(0)	(1)	(2)	(3)
9. Dehşete kapılma	(0)	(1)	(2)	(3)
10. Sinirlilik	(0)	(1)	(2)	(3)
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu	(0)	(1)	(2)	(3)
12. Ellerde titreme	(0)	(1)	(2)	(3)
13. Titreklilik	(0)	(1)	(2)	(3)
14. Kontrolü kaybetme korkusu	(0)	(1)	(2)	(3)
15. Nefes almada güçlük	(0)	(1)	(2)	(3)
16. Ölüm korkusu	(0)	(1)	(2)	(3)
17. Korkuya kapılma	(0)	(1)	(2)	(3)
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	(0)	(1)	(2)	(3)
19. Baygınlık	(0)	(1)	(2)	(3)
20. Yüzün kızarması	(0)	(1)	(2)	(3)
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)	(0)	(1)	(2)	(3)

EK 6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Çocukluğumda yada ilk gençliğimde...	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
1. Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
2. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” yada “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirdi.	1	2	3	4	5
3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadasıklıkla sarhoş olur yada uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
5. Kirlî gjysler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
6. Sevdiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
7. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
8. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora yada hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
9. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı yada sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
10. Kayış, sopa, kordon yada başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
11. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
12. Ailedekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1	2	3	4	5
13. Ailedekiler bana kırıcı yada saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
14. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
15. Ailedekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.	1	2	3	4	5
16. Bana o kadar kötü vuruluyor yada dövülüyordum ki öğretmen, komşu yada bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
17. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
18. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde ben yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
21. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
22. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya yada cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
23. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
24. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
25. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
26. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
27. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
28. Gerektiği halde doktora götürülmezdim.	1	2	3	4	5

EK 7. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği

Aşağıdaki ifadelerin sizin için ne kadar doğru olduğunu lütfen belirtiniz.

Doğru değilse (1), Tamamen doğru ise (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Doğru değil				Tamamen doğru
1- Birisi öksürdüğünde, benim de öksüresim gelir.	1	2	3	4	5
2- Duman, sis ya da hava kirliliğine tahammül edemem.	1	2	3	4	5
3- Sıklıkla vücudumda değişik şeyler olduğunu fark ederim.	1	2	3	4	5
4- Bir yerim morardığında, uzun süre öylece kalır.	1	2	3	4	5
5- Ani yüksek sesler beni rahatsız eder.	1	2	3	4	5
6- Bazen nabzımın ya da kalbimin kulağımın içinde güm güm attığını duyarım.	1	2	3	4	5
7- Çok sıcakta olmayı da çok soğukta olmayı da sevmem.	1	2	3	4	5
8- Midemdeki açlık kasılmalarını çok çabuk hissederim.	1	2	3	4	5
9- Ufak bir böcek ya da sinek ısırığı bile beni gerçekten rahatsız eder.	1	2	3	4	5
10- Ağrıya çok az tahammülüm vardır.	1	2	3	4	5

EK 8. Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- a.Mükemmel 5
b.Çok İyi 4.4
c.İyi 3.4
d.Orta 2
e.Kötü 1

2. Geçen yıl öncesi ile karşılaştığınızda, şimdi sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

- a. Geçen seneden çok daha iyi 5
b. Geçen seneden biraz daha iyi 4
c. Geçen sene ile aynı 3
d. Geçen seneden biraz daha kötü 2
e. Geçen seneden çok daha kötü 1

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi kısıtlıyor mudur? Öyleyse ne kadar?

Her satırda bir sayıyı yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet,çok kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler , koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar yapmak	1	2	3
b. Orta aktiviteler , bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling,golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d.Merdivenle pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Merdivenle tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. Bir kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4.Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a.İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu?	1	2
b.İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c.İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

a. Hiç	5
b. Biraz	4
c. Orta derecede	3
d. Çok	2
e. Aşırı	1

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar ağrı hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

a) Hiç	6
b) Çok az	5.4
c) Orta	4.2
d) Çok	3.1
e) İleri derecede	2.2
f) Çok şiddetli	1

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrınız normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

a) Hiç	5
b) Biraz	4
c) Orta	3
d) Çok	2
e) Aşırı	1

9.Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece bir cevap işaretleyin.

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Oldukça	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
A. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi sizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar üzgün hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
D. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
E. Çok enerjiniz var mıydı?	1	2	3	4	5	6
f. Kendinizi kederli ve hüznü hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Tükenmiş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
H. Kendinizi mutlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

10.Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- | | |
|-----------------|---|
| a. Her zaman | 1 |
| b. Çoğu zaman | 2 |
| c. Bazen | 3 |
| d. Nadiren | 4 |
| e. Hiçbir zaman | 5 |

11.Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
B. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum	1	2	3	4	5
D. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK 9. D Tipi Kişilik Ölçeği (DS-14)

Aşağıda insanların sık sık kendisini tanımlamak için kullandığı durumlar belirtilmiştir. Lütfen tüm durumları okuyun ve sağdaki numaralardan size en uygun olanını işaretleyin. Doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır. Önemli olan tek şey sizin kendi izleniminizdir.

		Yanlış	Kısmen Yanlış	Kararsız	Kısmen Doğru	Doğru
1	İnsanlarla görüştüğümde çok kolay iletişime geçebilirim	0	1	2	3	4
2	Sıklıkla önemsiz şeyler için telaşlanırım	0	1	2	3	4
3	Yabancılarla sıklıkla konuşurum	0	1	2	3	4
4	Sıklıkla kendimi mutsuz hissederim	0	1	2	3	4
5	Sıklıkla çabuk kızarım	0	1	2	3	4
6	Sosyal ilişkilerimde genelde çekingenimdir	0	1	2	3	4
7	Olaylara karamsar bakarım	0	1	2	3	4
8	Konuşmayı başlatmakta zorlanırım	0	1	2	3	4
9	Genelde ruh halim kötüdür	0	1	2	3	4
10	İçine kapanık bir insanım	0	1	2	3	4
11	İnsanları kendimden uzak tutmayı tercih ederim	0	1	2	3	4
12	Genellikle kendimi bir şeyler için endişelenir/üzülür bulurum	0	1	2	3	4
13	Genelde çökkün bir ruh halim vardır	0	1	2	3	4
14	Sosyal ortamlarda üzerinde konuşulacak doğru konuları bulamam	0	1	2	3	4

EK. 10 Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

Lütfen her madde için bugün de dahil geçen haftaki durumunuza en çok uyan maddenin üstündeki kutucuğu işaretleyin

1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

- | | | |
|---------------------|------------------|----------------------|
| (1) Oldukça istekli | (2) Çok istekli | (3) Biraz istekli |
| (4) Biraz isteksiz | (5) Çok isteksiz | (6) Tamamen isteksiz |

2. Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

- | | | |
|-------------------|---------------|-----------------|
| (1) Oldukça kolay | (2) Çok kolay | (3) Biraz kolay |
| (4) Biraz zor | (5) Çok zor | (6) Oldukça zor |

3. Vajinanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir ?

- | | | |
|-------------------|---------------|-----------------|
| (1) Oldukça kolay | (2) Çok kolay | (3) Biraz kolay |
| (4) Biraz zor | (5) Çok zor | (6) Asla olmaz |

4. Ne kadar kolay orgazm olursunuz (doyuma ulaşırsınız)?

- | | | |
|-------------------|---------------|--------------------|
| (1) Oldukça kolay | (2) Çok kolay | (3) Biraz kolay |
| (4) Biraz zor | (5) Çok zor | (6) Asla boşalamam |

5. Orgazmınız tatmin edici midir ?

- | | | |
|--------------------------|------------------------|------------------------|
| (1) Oldukça tatmin edici | (2) Çok tatmin edici | (3) Biraz tatmin edici |
| (4) Pek tatmin etmiyor | (5) Çok tatmin etmiyor | (6) Doyuma ulaşamam |

Lütfen her madde için bugün de dahil geçen haftaki durumunuza en çok uyan maddenin üstündeki kutucuğu işaretleyin

1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

- | | | |
|---------------------|------------------|----------------------|
| (1) Oldukça istekli | (2) Çok istekli | (3) Biraz istekli |
| (4) Biraz isteksiz | (5) Çok isteksiz | (6) Tamamen isteksiz |

2. Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

- | | | |
|-------------------|---------------|-----------------|
| (1) Oldukça kolay | (2) Çok kolay | (3) Biraz kolay |
| (4) Biraz zor | (5) Çok zor | (6) Oldukça zor |

3. Penisiniz / cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü?

- | | | |
|-------------------|---------------|-----------------|
| (1) Oldukça kolay | (2) Çok kolay | (3) Biraz kolay |
| (4) Biraz zor | (5) Çok zor | (6) Asla olmaz |

4. Ne kadar kolay boşalrsınız?

- | | | |
|-------------------|---------------|--------------------|
| (1) Oldukça kolay | (2) Çok kolay | (3) Biraz kolay |
| (4) Biraz zor | (5) Çok zor | (6) Asla boşalamam |

5. Boşalmanız tatmin edici mi?

- | | | |
|--------------------------|------------------------|------------------------|
| (1) Oldukça tatmin edici | (2) Çok tatmin edici | (3) Biraz tatmin edici |
| (4) Pek tatmin etmiyor | (5) Çok tatmin etmiyor | (6) Doyuma ulaşamam |

ÖZGEÇMİŞ

Mart 1988’de Bursa’nın İnegöl ilçesinde doğdum. İlk ve ortaokulu Sinanbey İlköğretim Okulu’nda, liseyi İnegöl Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi’nde okudum. 2014 yılında Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden mezun oldum. Bir süreliğine İnegöl Devlet Hastanesi acil servisinde çalıştım. 2016 yılında Kafkas Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda uzmanlık eğitimime başladım. Halen bu bölümde eğitimime devam etmekteyim.

