

Araştırma / Original article**Kadın fibromiyalji hastalarında hastalık algısının ağrı ve depresyonla ilişkisi***İpek SÖNMEZ,¹ Ferdi KÖŞGER,² Seide KARASEL,³ Özgür TOSUN⁴**ÖZET**

Amaç: Fibromiyalji tanı ölçütlerinde ağrı halen en önemli bulgu iken, mental belirtiler de tanıda önemli bir yer tutmaktadır. Fibromiyaljide ağrı ve hastalık algısı ilişkisini araştıran çok az çalışma vardır. Bu çalışmada fibromiyaljide hastalık algısının ağrı ve depresyonla ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Ayaktan izlenen ve altı aydan uzun süredir fibromiyalji tanısı olan 50 kadın hasta çalışmaya alındı. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ), Görsel Ağrı Skalası (GAS) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ölçüm araçları olarak kullanıldı. **Bulgular:** Çalışmamızda GAS puanı ile HAÖ'nün alt ölçekleri olan hastalık belirti sayısı, bu belirtilerin hastalığı ile ilgili olduğunu düşünme, hastalık süresi, kişisel kontrol ve duygusal temsiller ile ilişki saptandı. GAS puanı ile yaş, tedavi süresi, BDÖ puanı ve HAÖ'nün alt ölçekleri olan hastalık sonuçları algısı, tedavi kontrolü ve hastalığı anlayabilme arasında ilişki saptanmadı. **Sonuç:** Bulgularımız fibromiyaljide ağrı ve duygudurum belirtilerinin farklı düzeneklerle oluşuyor olabileceğini düşündürmektedir. (*Anadolu Psikiyatri Derg* 2015; 16(5):329-336)

Anahtar sözcükler: Fibromiyalji, hastalık algısı, ağrı, depresyon

The relationship among pain, depression, and illness perception in female patients with fibromyalgia**ABSTRACT**

Objective: While pain is still the most important symptom among diagnostic criteria for fibromyalgia, mental symptoms also have an important role in diagnosis. There are a limited number of studies investigating the relationship between pain and illness perception in fibromyalgia. It was aimed to investigate the relationship between pain, depression and illness perception in this study. **Methods:** Fifty patients who were followed outpatiently and who had a diagnosis of fibromyalgia for more than 6 months were included in the study. Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), Visual Analogue Scale for Pain (VAS) and Beck Depression Inventory (BDI) were used as measuring tools. **Findings:** In our study, a significant positive correlation between VAS score and subscale scores of IPS which are number of illness symptoms, thinking that these symptoms are related with the illness, duration of illness, personal control and emotional representations. There was no relation between VAS and age, duration of illness, BDI score and the subscales of IPS that are perception of illness consequences, treatment control and understanding the illness. **Conclusion:** Our findings make us think that pain and mood symptoms may occur due to different mechanisms in fibromyalgia. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2015; 16(5):329-336)

Key words: fibromyalgia, illness perception, pain, depression

* 50. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde (12-16 Kasım 2014) poster bildiri olarak sunulmuştur.

¹ Yrd. Doç. Dr., Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD; ⁴ Yrd. Doç. Dr., Biyoistatistik ABD, Lefkoşa, KKTC

² Yrd. Doç. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye.

³ Uzm. Dr., Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, Magosa Devlet Hastanesi, Magosa, KKYC

Yazışma Adresi / Correspondence address:

Yrd. Doç. Dr. İpek SÖNMEZ, Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD, Yakın Doğu Bulvarı, Lefkoşa, KKTC

E-mail: dr_ipeks@yahoo.com

Geliş tarihi: 17.10.2014, Kabul tarihi: 24.12.2014, doi: 10.5455/apd.1419805631

GİRİŞ

Fibromiyalji (FM), tıbbi olarak açıklanamayan kronik ve yaygın kas ağrıları ile belirli ve sıklıkla yorgunluk, uyku bozuklukları ve baş ağrısının eşlik ettiği bir hastalıktır. FM'nin yaygınlığı %1.0-4.9 arasında bildirilmiştir.^{1,2} Türkiye'de toplum örnekleminde yapılan bir çalışmada, FM'nin kadınlardaki yaygınlığı %6.8 oranında bulunmuştur.³ Hastaların %80-90'ı kadındır. FM'de kadın cinsiyet, orta yaş, düşük eğitim düzeyi, düşük aile geliri, boşanmış olmak ve engelli olmak risk etkenleri olarak gösterilmiştir.⁴

FM'de psikiyatrik bozukluk eş tanısı sık görülmekte olup en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklar depresyon, somatoform bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluğudur.⁵⁻⁸ FM'nin oluş nedenleri arasında travma, enfeksiyon, otoimmünite, endokrin ve emosyonel etkenlerin üzerinde durulmakla birlikte, kesin olarak nedeni henüz bilinmemektedir.⁹ FM'nin etiolojisine ilişkin etkenler arasında üzerinde en çok durulanlardan biri nöroendokrin işlev bozukluğudur. Bu konu ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar bildirilmiştir. Bir varsayım göre, serotonerjik ve noradrenerjik nöronlardaki işlev bozukluğu hem inen, hem de çıkan yolları etkileyip depresyon, anksiyete, uyku bozukluğu ve ağrıya neden olmaktadır.¹⁰ Ağrı, depresyon ve anksiyete bozukluklarındaki etkisi en çok tartışılan nörotransmitterlerden biri serotonindir.¹¹ FM hastalarında beyin omurilik sıvısında serotonin, noradrenalin ve dopamin metabolit düzeylerinin belirgin derecede düşük olduğu bildirilmiştir.¹² Son yıllarda üzerinde durulan bir başka görüş de, FM'de serotonin taşıyıcı gen polimorfizmidir. Serotonin düzeyleri ve reseptör polimorfizmi FM'ye eşlik eden psikiyatrik bulgularla ilişkili olarak değerlendirilmektedir. Çalışmalarda, psikolojik strese karşı P maddesi salınımlarında artış olduğu, serotonin düzeyi yeterli değilse, P maddesinin yeterince baskılanamayacağı ve ağrının daha fazla algılanacağı bildirilmiştir.^{13,14}

Amerikan Romatoloji Cemiyeti (American College of Rheumatology-ACR) FM tanısı için 1990 yılında yayınladığı ölçütlerin¹⁵ ağrı dışı yakınma ve bulguların ön planda olduğu durumlarda ve tedavinin kişiselleştirilmesinde yeterli olmaması nedeniyle, 2010 yılında yaygın ağrı indeksi ve belirti şiddeti puanlarını içeren yeni tanı ölçütleri tanımlamıştır. Son araştırmalar FM'nin merkezi ağrı işlenişindeki bozuklukla karakterize, çok belirtili bir bozukluk olduğunu belirtmiştir.¹⁶ FM'de depresyon ve ağrının hastalık şiddetinin en önemli belirleyicisi olduğu, bilişsel, duygusal

ve davranışsal beceri yetersizliği olanlarda uygun olmayan uyumsal başa çıkma yollarının kullanılmasıyla ağrıda artma olabileceği bildirilmiştir.¹⁷ FM'de ağrı, depresyon ve stres ilişkisini araştıran çalışmalarda çelişkili sonuçlar ortaya çıkmıştır. Bir çalışmada, algılanan stres işlevsellikte bozulma ile ilişkili bulunurken, ağrı ile algılanan stres arasında ilişki bulunmamıştır.¹⁸ Kronik ağrılı fibromiyalji ve osteoartrit hastaları ile yapılan bir çalışmada, depresyonun stresle ilişkili ağrıyı etkilemediği bildirilmiştir.¹⁹ Başka bir çalışmada ise, FM hastalarında depresyon, anksiyete ve felaketleştirme şiddetinin birbiri ile ilişkili olduğu fakat ağrı ile ilişki olmadığı bildirilmiştir.²⁰ FM hastalarında özellikle sürekli kaygının durumsal kaygıdan daha yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir. Bu durum FM hastalarında çevresel olaylara tepkiden çok bilişsel ve duygusal alanda bir farklılık olabileceğine işaret etmektedir.²¹ Martinez ve arkadaşları da FM şiddeti ile depresyon şiddeti arasında pozitif bir ilişki olduğunu saptamışlardır.²²

Hastalık yaşantısı her kişiye göre farklı yaşanır ve bu farkı yaratan birçok etken vardır. Hastalar kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri ışığında hastalığı açıklamaya çalışırlar.²³ Hastalık algısı, bireylerin bir hastalık veya belirtiyle ilgili inanç ve beklentilerinin yansımasıdır.²⁴ Bu kavram Leventhal'in 'öz düzenleme modeli'ni temel alır. Bu modele göre, bireyler kendilerine somut ve soyut kaynaklardan sunulan bilgiler çerçevesinde zihinlerinde hastalık ve yaşamı tehdit eden diğer durumlarla ilgili şemalar oluşturur.²⁵ Hastaların oluşturdukları bu bilişsel modeller aynı zamanda tedavi ve durumun kontrolü ile ilgili inançları da içerir. Her bireyin bir diğerinden farklı olarak ortaya koyduğu inanç, yorum, duygusal ve davranışsal tepkilerden oluşan bu bilişsel model kişinin hastalığı anlamasını, baş etme biçimini, psikiyatrik bozukluk gelişimini ve yaşam kalitesini belirleyen unsurdur.²⁶

Son yıllarda hastalık algısı ile ilgili çalışmalar artarken, FM'de hastalık algısını inceleyen az sayıda çalışma vardır. Kadın FM hastalarının hastalık algısını araştıran bir çalışmada, hastaların hastalıkla ilgili algısı oldukça olumsuz olarak bulunmuştur. Bu çalışmada hastaların FM'yi kronik ve yaşamlarında ciddi sonuçları olan bir hastalık olarak gördükleri ve tedavi ile kontrolünün yetersiz olduğuna inandıkları saptanmıştır.²⁷ FM'deki hastalık algısı ve yaşam kalitesi ilişkisini araştıran başka bir çalışmada ise, hastalarda FM'nin kronik ve ciddi sonuçları olduğu, ayrıca hastalık üzerinde kişisel ve tedavi kontrolünün az olduğu algısı saptanmıştır.²⁸ Hollanda'da FM hastalarının hastalık algısını araştıran bir çalış-

bir çalışmada, hastaların FM'nin günlük yaşam üzerine sonuçlarıyla ilgili olumsuz inançlarının, FM ile ilişkili belirtileri anlamada yetersizlik ve hastalığın kronik ve döngüsel gidişi ile ilgili güçlü inanışlarının olduğu bildirilmiştir.²⁹

Bu çalışmada bugüne kadar Türkiye ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (KKTC) hiç araştırılmamış olan FM'de hastalık algısının ağrı ve depresyonla ilişkisinin araştırılması planlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışmaya Mağusa Devlet Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniği'ne başvuran ve ACR 2010 ölçütlerine göre fibromiyalji tanı ölçütlerini karşılayan, yakınmaları 6 aydan uzun süredir olan 50 kadın hasta, Nisan 2013-Aralık 2013 tarihleri arasında ardışık olarak alındı. Motor-duyusal ve refleks muayenelerinde bozukluk saptanan, gebe olan, ciddi osteoporoz, osteomalazi, kontrolsüz hipertansiyon, kardiyovasküler sistem hastalığı, kanser ve ruhsal bozukluk öyküsü olan hastalar çalışmaya alınmadı. Hastalar çalışma hakkında bilgilendirildi ve yazılı onam formu alındı. Hastaların sosyodemografik veri formu ile yaş, meslek, eğitim durumu, medeni durum ve hastalık süreleri bilgileri alındı. Hastalara Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Görsel Ağrı Skalası (GAS) uygulandı.

Sosyodemografik Veri Formu: Hastaların yaş, meslek, eğitim durumu, medeni durum ve hastalık süresi gibi değişkenlerinin kaydedildiği, araştırmacılar tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir ölçektir.

Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ): Weinman tarafından 1996 yılında geliştirilmiş³⁰ ve Moss-Morris ve arkadaşları tarafından gözden geçirilmiştir.³¹ Çalışmada HAÖ'nün gözden geçirilmiş formunun Armay ve arkadaşları tarafından, kanser hastalarında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmış modeli kullanılmıştır.³² HAÖ hastalık belirtileri, hastalık algısı ve hastalık nedenleri olmak üzere üç bölümden oluşmuştur. Hastalık belirtileri bölümü sık görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, uyku güçlükleri, sersemlik duygusu, güç kaybı) içerir. Bu belirtilerin her biri için kişiye önce, 'bu belirtiyi hastalığın başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığı' daha sonra 'bu belirtiyi hastalığı ile ilgili görüp görmediği' sorulur. Bu bölüm her belirtiyi için iki soruya da kişinin evet/hayır biçiminde yanıt vereceği şekil-

de düzenlenmiştir. İkinci sorudaki evet yanıtlarının toplamı hastalık belirtisi bölümünün değerlendirme sonucunu oluşturur. Algı bölümü hastanın hastalığı hakkında görüşlerini içeren 38 maddeden oluşur. Beşli Likert tipi ölçüm (kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmıştır. Bu bölüm süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsillerden oluşan yedi alt ölçeği içermektedir. Süre alt ölçekleri kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırır ve akut, kronik, döngüsel, epizodik olarak gruplanır. Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine ve fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırır. Kişisel kontrol, kişinin hastalığının süresi, gidişi ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırır. Tedavi kontrolü, kişinin uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırır. Hastalığı anlayabilme kişinin hastalığını ne kadar anladığını veya kavradığını araştırır. Duygusal temsiller kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştırır. Hastalık nedenleri bölümü hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur. Beşli Likert tipi ölçüm (kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, karasızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmıştır. Bu bölüm, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve psikolojik yüklemeler (stres veya endişe, duygusal durumum, aile sorunları, kişilik özelliklerim gibi), risk etkenleri (kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma gibi), bağışıklık (mikrop veya virüs, vücut direncimin az olması gibi) ve kaza veya şans (kaza, yaralanma, kötü talih gibi) içeren dört alt ölçekten oluşur. Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli nedeni olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenmektedir.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Depresyonda görülen bedensel, duygusal ve bilişsel belirtileri ölçmektedir. Yirmi bir belirti kategorisini içeren kendini değerlendirme ölçeğidir. Alınacak en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup³³ Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır.³⁴

Görsel Ağrı Skalası (GAS): Price ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir ölçek olup hastada ağrının şiddetini ölçmektedir.³⁵ Ölçek 10 cm uzunluğunda yatay bir hattan oluşur. Uygulanan kişiden hissettiği ağrı şiddetine karşılık gelen

noktayı işaretlemesi istenir. İşaret konulan nokta ile hattın başlangıç ucu arasındaki uzunluk cm. olarak ölçülmekte ve bulunan sayısal değer hastanın ağrı şiddetini göstermektedir. Ağrı şiddeti gece, gündüz ve ortalama olarak değerlendirilir.

İstatistiksel analiz

Verilerin değerlendirilmesi sırasında SPSS 17.0 sürümü kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik durumları, GAS ve BDÖ ortalama puanları

	Sayı	%
Medeni durum		
Bekar	19	38
Evlü	31	62
Eğitim		
Okuryazar	2	4
İlkokul	10	20
Ortaokul	6	12
Lise	24	48
Üniversite	8	16
Yaş (Ort.±SS)	40.68±11.82	
Görsel Algı Skalası (Ort.±SS)	3.51±1.56	
Beck Depresyon Ölçeği (Ort.±SS)	12.20±6.81	

BULGULAR

Çalışmaya alınan 50 kadın hastanın yaş ortalaması 40.68 ± 11.82 idi. Hastaların sosyodemografik durumları, GAS ve BDÖ ortalama puanları Tablo 1'de verilmiştir (Tablo 1).

Çalışmamızda GAS puanı ile hastalık belirti sayısı ($r=0.517$, $p < 0.05$), bu belirtilerin hastalıkla ilgili olduğunu düşünme ($r=0.480$, $p < 0.05$), hastalık süresi ($r=0.376$, $p < 0.05$), kişisel kontrol,

Tablo 2. GAS puanı ile diğer değişkenlerin ilişkisi

Değişkenler	Görsel Algı Skalası r	p
Yaş	-0.173	0.230
Tedavi süresi	-0.137	0.342
Hastalık belirtileri	0.517	0.000
Hastalık ile ilgili olanlar	0.480	<0.001
Hastalık süresi algısı	0.376	0.007
Hastalık sonuçları algısı	0.044	0.760
Kişisel kontrol	0.479	<0.001
Tedavi kontrolü	-0.200	0.164
Hastalığı anlayabilme	0.126	0.384
Süre döngüsel	0.351	0.012
Duygusal temsiller	0.280	0.049
Beck Depresyon Ölçeği	0.061	0.673

Tablo 3. Hastalık Algısı Ölçeğinin hastalıkların oluşumundaki olası nedenler alt ölçek oranları

Nedenler	Kesinlikle böyle düşünmüyorum/ böyle düşünmüyorum/kararsızım		Böyle düşünüyorum/ kesinlikle böyle düşünüyorum	
	Sayı	%	Sayı	%
Stres veya endişe	8	16	42	84
Duygusal durum	11	28	39	78
Vücut direncinin azalması	12	24	38	76
Aile problemleri	20	40	30	60
Aşırı çalışma	22	44	28	56
Kişilik özellikleri	33	66	17	34
Kalıtısal	37	74	13	26
Şans veya kötü talih	37	74	13	26
Kendi davranışım	37	74	13	26
Benim tutumum	38	76	12	24
Geçmişteki kötü tıbbi bakım	38	76	12	24
Mikrop veya virüs	42	84	8	16
Kaza	44	88	6	12
Sigara	45	90	5	10
Diyet/yemek alışkanlıkları	46	92	4	8
Çevre kirliliği	47	94	3	6
Yaşlanma	47	94	3	6
Alkol	50	100	0	0

Tablo 4. Belirtisi olan bireylerin belirtilerini hastalıkları ile ilişkilendirmesi

Belirtiler	Belirti olan		Hastalıkla ilişkilendiren	
	Sayı	%	Sayı	%
Ağrı	49	98	49	100.0
Boğazda yanma	7	14	6	85.7
Bulantı	6	12	5	83.3
Soluk almada güçlük	8	16	7	87.5
Kilo kaybı	6	12	5	83.3
Yorgunluk	42	84	39	92.9
Eklem sertliği	36	72	35	97.2
Gözlerde yanma	18	36	15	83.3
Hırıltılı soluma	14	28	12	85.7
Baş ağrıları	26	52	23	88.5
Mide yakınmaları	24	48	24	100.0
Uyku güçlükleri	38	76	37	97.4
Sersemlik hissi	15	30	15	100.0
Güç kaybı	37	74	37	100.0

($r=0.479$, $p<0.001$) ve duygusal temsiller ($r=0.280$, $p<0.05$) ile anlamlı pozitif ilişki saptandı. GAS puanı ile yaş ($r=-0.173$, $p>0.05$), tedavi süresi ($r=-0.137$, $p>0.05$), hastalık sonuçları algısı ($r=0.044$, $p>0.05$), tedavi kontrolü ($r=0.200$, $p>0.05$), hastalığı anlayabilme ($r=0.126$, $p>0.05$) ve BDÖ puanı ($r=0.061$, $p>0.05$) arasında ilişki saptanmadı (Tablo 2).

HAÖ'nün hastalıkların oluşumundaki olası nedenler alt ölçeğinde hastaların %96'sı ($s=48$) psikolojik yüklemelere, %40'ı ($s=20$) risk etkenlerine, %38'i ($s=19$) bağımsızlığa, %90'ı ($s=45$) kaza veya şansa 'böyle düşünüyorum' ve 'kesinlikle böyle düşünüyorum' yanıtını vermişlerdir (Tablo 3).

Hastaların belirtileri ve belirtisi olanların belirtilerini hastalıkları ile ilişkilendirmesi oranları Tablo 4'te verilmiştir (Tablo 4).

BDÖ puanı ile yaş, tedavi süresi, GAS puanı ve HAÖ bütün alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 5).

TARTIŞMA

FM'de ağrının fizyopatolojisi tam olarak açıklanamamış olsa da, bir varsayıma göre FM'de ağrı ve duygudurum bozuklukları aynı düzeneği paylaşırlar. Buna göre, beyin sapından omurilik ve ön beyne projeksiyon gönderen noradrenerjik ve serotonerjik yollar hem ağrı, hem de duygudurum düzenlenmesinden sorumludurlar.^{36,37} Bununla birlikte, Evren ve arkadaşları ağrı ile

Tablo 5. BDÖ puanı ile diğer değişkenlerin ilişkisi

Değişkenler	Beck Depresyon Ölçeği	
	r	p
Yaş	0.029	0.843
Tedavi süresi	-0.059	0.683
Hastalık belirtileri	0.203	0.157
Hastalık ile ilgili olanlar	0.174	0.226
Hastalık süresi algısı	0.245	0.087
Hastalık sonuçları algısı	0.223	0.119
Kişisel kontrol	-0.028	0.845
Tedavi kontrolü	-0.030	0.835
Hastalığı anlayabilme	-0.122	0.397
Süre döngüsel	0.045	0.755
Duygusal temsiller	0.128	0.376
GAS puanı	0.061	0.673

anksiyete ve depresyon bulgularının FM'de farklı görüngüler olduğunu, venlafaksin tedavisi ile ağrı iyileşmesinin depresyon ve anksiyete bulgularının iyileşmesinden bağımsız olduğunu bildirmişlerdir.³⁸ Gormsen ve arkadaşları FM'de ağrı ve ruhsal belirtilerden farklı düzeneklerin sorumlu olduğunu ve bu iki görüngünün FM'de farklı işlediğini öne sürmüşlerdir.³⁹ FM'li ve romatoid artritli hastalarda ağrıyı etkileyen etkenleri araştıran bir çalışmada anksiyete ve depresyonun algılanan ağrı üzerinde bir rolü olmadığı belirtilmiştir.⁴⁰

FM hastalarının ağrı algısını araştıran bir çalışmada, hastaların ağrı başlangıcını sıklıkla ilişki sorunları veya bir yakının ölümü gibi ruhsal olaylarla ilişkilendirdikleri gösterilmiştir.⁴¹ Yüksek düzeyde felaketleştirme düşüncelerinin ağrının daha yoğun algılanmasıyla ilişkili olduğu saptanmıştır.⁴² FM hastalarının romatoid artrit hastalarına göre ağrı ve fiziksel hastalık hakkında felaketleştirme düşüncelerini daha fazla kullandıkları gösterilmiştir.⁴³ Hallberg ve arkadaşları FM hastalarındaki sürekli kaygının felaketleştirme düşünceleri ile pozitif, hastalıkla başa çıkma yöntemleri ile negatif ilişkili olduğunu belirtmiştir.⁴⁴ Bu durum kaygıyı FM'deki bilişsel çarpıtmalarla ilgili olarak merkezi bir noktada konumlandırabilir ve FM tanısı konan hastalarına sıklıkla anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluk tanıları konmasını açıklayabilir. Depresyonu ve anksiyete bozukluğu olan FM hastalarının hastalık yükü, olmayanlara göre daha fazla olduğundan FM hastalarının yaşam kalite-

lerinde depresyonun da ele alınması önerilmiştir.⁴⁵

Çalışmamızda da GAS puanları ve BDÖ puanları arasında ilişki saptanmadı. BDÖ puanları HAÖ alt ölçekleriyle de istatistiksel olarak ilişkili bulunmazken, GAS puanları hastalık belirti sayısı, süre, kişisel kontrol, döngüsel süre ve duygusal temsillerle ilişkili bulundu. Çalışmamız da bu bulgular eşliğinde FM'de ağrı ve duygudurum belirtilerinin farklı düzeneklerle oluşabileceğine işaret etmektedir.

FM hastalarındaki hastalık algısıyla ilgili bir çalışmada en sık yaşanan belirtiler ağrı, sert eklemeler, güç kaybı, yorgunluk ve uyku sorunları olarak saptanmıştır.⁴⁶ Bu belirtiler başka çalışmalarda da en sık yaşanan beş belirti olarak bulunmuştur. Ayrıca hastaların %80'inden fazlasının bu belirtileri FM ile ilgili olarak algıladıkları belirtilmiştir.²⁷⁻²⁹ Çalışmamızda da hastalar tarafından bildirilen en sık ilk beş belirti ağrı, yorgunluk, eklem sertliği, güç kaybı ve uyku sorunları olarak saptandı. Hastaların %70'inden fazlasının bu belirtileri FM ile ilişkili olarak algıladığı belirlendi.

FM hastaları tarafından en çok bildirilen nedenler vücut direncinin azalması ve psikolojik nedenlerdir.²⁸ Çalışmamızda da Stuijbergen ve arkadaşlarının çalışmasıyla uyumlu olarak²⁷ en sık bildirilen nedenler stres, duygusal durum ve vücut direncinin azalması idi. Ayrıca literatürde kadın FM hastalarında ağrının algılanmasında tetikleyici olarak sıklıkla psikolojik etkenleri algıladıkları gösterilmiştir.⁴¹

Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda hastalık algısı ile hasta yaşı ve tanıdan sonra geçen süre ile hiç veya çok az ilişki olduğu saptanmıştır.^{27,46} Çalışmamızda da benzer şekilde hastalık algısı ile sosyodemografik değişkenler ve tanıdan sonra geçen süre ile ilişki saptanmamıştır.

Daha önceki çalışmalarda da hastaların ağrı sorunları hakkındaki algılarının hastalıkla ilgili algılarında önemli rol oynadığı belirtilmiştir.⁴⁷ Hastalık algısı da somatoform bozukluklar,⁴⁸ kronik ağrı⁴⁹ ve FM gibi hastalıklarda yardım arama davranışı, hastalıkla baş etme ve uyum sağlama üzerine etkilidir.⁵⁰

Her ne kadar FM hastalarının çoğunluğunu kadınlar oluştursa da, çalışma grubumuzun sadece kadınlardan oluşması çalışmamızın sınırlılığıdır. Görece hasta sayısının az olması, çalışmamızda kontrol grubunun bulunmaması ve hastaların öznel yakınmaları üzerine kendi kendilerini değerlendirmeleri çalışmamızın diğer sınırlılıkları arasındadır.

Çalışmamızda FM hastalarında depresif belirtiler ve ağrının farklı düzeneklerle oluşabileceği ve ağrı algısının hastalık algısı ile ilişkili iken, depresif belirtilerin ilişkili olmadığı sonucu çıkmıştır. Yine de bu sonucun ileride görüntüleme çalışmalarlarıyla desteklenmesi uygun olabilir. Bildiğimiz kadarıyla çalışmamızla KKTC'de ilk kez değerlendirilen FM'de hastalık algısı ile ilgili bulgularımız ABD'de, Hollanda'da ve Almanya'da yapılan çalışmalarla benzer nitelikte çıkmıştır.

KAYNAKLAR

1. White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. The London fibromyalgia epidemiology study: The prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *J Rheumatol* 1999; 26:1570-1576.
2. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995; 38:19-28.
3. Çebi A. Trabzon'da Fibromiyalji Prevalansı ve Demografik Özellikler. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Trabzon, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2001.
4. Yunus MB. Fibromyalgia syndrome: Clinical features and spectrum. R Pillemer (Ed.), *The Fibromyalgia Syndrome: Current Research and Future Directions in Epidemiology, Pathogenesis and Treatment*, New York: The Haworth Medical Press, 1994, p.5-21.
5. Okifuji A, Turk DC, Sherman JJ. Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: Why aren't all patients depressed? *J Rheumatol* 2000; 27:212-219.
6. Soran N, Altındağ Ö, Demirkol A. Fibromiyalji sendromunda depresyon düzeyi ve klinik parametrelerle ilişkisi. *Romatizma* 2008; 23:1-4.
7. Yunus MB. Fibromyalgia an overlapping disorders: The unifying concept of central sensitivity syndromes. *Semin Arthritis Rheum* 2007; 36:339-356.
8. Tot Ş, Toros F. Fibromiyalji sendromunun psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2002; 3:232-239.
9. Bilgici A, Akdeniz O, Güz H, Ulusoy H. Fibromiyalji sendromunda depresyon ve sosyal uyumun rolü. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2005; 51:98-102.
10. Stahl SM. Fibromyalgia-pathways and neurotransmitters. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2009; 24:11-17.

11. Nampiaparampil DE, Shmerling RH. A review of fibromyalgia. *Am J Manag Care* 2004; 10:794-800.
12. Yunus MB, Ahles TA, Aldag JC. Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1991; 34:15-21.
13. Gursoy S, Erdal E, Sezgin M, Barlas IO, Aydeniz A, Alaşehirli B, ve ark. Which genotype of MAO gene that the patients have are likely to be most susceptible to the symptoms of fibromyalgia? *Rheumatol* 2000; 27:1526-1530.
14. Schwarz MJ, Spath M, Müller-Bardorff H, Pongratz DE, Bondy B, Ackenheil M. Relationship of substance P, 5-hydroxy indole acetic acid and tryptophan in serum of fibromyalgia patients. *Neurosci Lett* 1999; 259:196-198.
15. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multi-center Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33:160-172.
16. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, KatzRS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res* 2010; 62:600-610.
17. Epstein SA, Kay G, Clauw D, Heaton R, Klein D, Krupp L, et al. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. A multicenter investigation. *Psychosomatics* 1999; 40:57-63.
18. Homann D, Stefanello JMF, Goes SM, Breda CA, Paiva ES, Leite N. Stress perception and depressive symptoms: functionality and impact on the quality of life of women with fibromyalgia. *Rev Bras Reumatol* 2012; 52: 319-330.
19. Davis MC, Thummala K, Zautra AJ. Stress-related clinical pain and mood in women with chronic pain: moderating effects of depression and positive mood induction. *Ann Behav Med* 2014; 48:61-70.
20. Jensen KB, Petzke F, Carville S, Fransson P, Marcus H, Williams SCR, et al. Anxiety and depressive symptoms in fibromyalgia are related to poor perception of health but not to pain sensitivity or cerebral processing of pain. *Arthritis Rheum* 2010; 62:3488-3495.
21. Ramiro FS, Junior LI, Silva RCB, Montesano FT, Oliveria NRC, Diniz REAS, et al. Investigation of stress, anxiety and depression in women with fibromyalgia: a comparative study. *Rev Bras Reumatol* 2014; 54:27-32.
22. Martinez JE, Casagrande PM, Ferreira PPR, Rossatto BLG. Correlation between demographic and clinical variables and fibromyalgia severity. *Rev Bras Reumatol* 2013; 53:460-463.
23. Brown GB, Byrne C, Roberts J, Streiner D, Fitch M, Corey P, et al. The meaning of illness questionnaire: Reliability and validity. *Nurs Res* 1988; 37:368-373.
24. Diefenbach MA. Illness representations. Health behaviour constructs: Theory, measurement and research, *Cancer Control and Population Sciences, US. National Cancer Institute. http://cancercontrol.cancer.gov/brp/constructs.*
25. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ. Illness representations and coping with health threats. A Baum, SE Taylor, JE Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health, vol. IV: Social psychological aspects of health. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1984, p.219-252.*
26. Uysal Y, Akpınar E. Tip 2 diyabetli hastalarda hastalık algısı ve depresyon. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2013; 38:31-40.
27. Stuijbergen AK, Phillips L, Voelmeck W, Browder R. Illness perceptions and related outcomes among women with fibromyalgia syndrome. *Women's Health Issues* 2006; 16:353-360.
28. Van Wilgen CP, Van Ittersum MW, Kaptein AA, Van Wijhe M. Illness perceptions in patients with fibromyalgia and their relationship to quality of life and catastrophizing. *Arthritis Rheum* 2008; 58:3618-3626.
29. Van Ittersum MW, van Wilgen CP, Hilberdink WK, Groothoff JW, Van der Schans CP. Illness perception in patients with fibromyalgia. *Patient Educ Cons* 2009; 74:53-70.
30. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The Illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health* 1996; 11:114-129.
31. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron L, Buick DL. There wise illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health* 2002; 17:1-16.
32. Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık algısı ölçeğinin kanser hastalarında Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri* 2007; 10:192-200.
33. Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 7:151-169.
34. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7:3-13.
35. Price DD, McGrath PA, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain* 1983; 17:45-56.
36. Stahl SM. Antidepressants and somatic symptoms: Therapeutic actions are expanding beyond affective spectrum disorders to functional somatic syndromes. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:745-746.
37. Maletic V, Raison CL. Neurobiology of depression, fibromyalgia and neuropathic pain. *Front Biosci* 2009; 14:5291-5338.

38. Evren B, Evren C, Hosafcı Guler M. An open clinical trial of venlafaxine in the treatment of pain, depressive and anxiety symptoms in fibromyalgia. *The Pain Clinic* 2006; 18:167-173.
39. Gormsen L, Rosenberg R, Bach FW, Jensen TS. Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. *Eur J Pain* 2010; 14:1-8.
40. Trovato GM, Pace P, Salerno S, Trovato FM, Catalano C. Pain assessment in fibromyalgia and rheumatoid arthritis: influence of physical activity and illness perception. *Clin Ther* 2010; 161:335-339.
41. Cedraschi C, Girard E, Luthy C, Kossovsky M, Desmeules J, Allaz A-F. Primary attributions in women suffering fibromyalgia emphasize the perception of a disruptive onset for a long-lasting pain problem. *J Psychosom Res* 2013; 74:265-269.
42. Osborne TL, Jensen MP, Ehde DM, Hanley MA, Craft G. Psychosocial factors associated with pain intensity, pain-related interference, and psychological functioning in person with multiple sclerosis and pain. *Pain* 2007; 127:52-62.
43. Sullivan MJL, Rodgers WM, Kirsch I. Catastrophizing, depression and expectancies for pain and emotional distress. *Pain* 2001; 91:147-154.
44. Hallberg LR, Carlsson SG. Anxiety and coping in patients with chronic work-related muscular pain and patients with fibromyalgia. *Eur J Pain* 1998; 2:309-319.
45. Atagün Mİ, Atagün Z, Evren C, Balaban ÖD, Yalçinkaya EY, Öneş K. Mental symptoms are related with impact of the disease and impairment in quality of life in female patients with fibromyalgia. *Düşünen Adam* 2012; 25:338-344.
46. Glattacker M, Opitz U, Jackel WH. Illness representations in women with fibromyalgia. *Br J Health Psychol* 2010; 15:367-387.
47. Moscovici S. The phenomenon of social representations. RM Farr, S Moscovici (Eds.), *Social Representations*, Oxford, Paris: Cambridge University Press, 1984, p.3-69.
48. Rief W, Nanke A, Emmerich J, Bender A, Zech T. Causal illness attributions in somatoform disorders. *J Psychosom Res* 2004; 57:367-371.
49. Hiller W, Cebulla M, Korn HJ, Leibbrand R, Röers B, Nilges P. Causal symptom attributions in somatoform disorder and chronic pain. *J Psychosom Res* 2010; 68:9-19.
50. Güleç H. Normalizing attributions may contribute to non-help-seeking behavior in people with fibromyalgia syndrome. *Psychosomatics* 2008; 49:212-217.