



Fibromiyalji Sendromlu Kadın Hastalarda Yaşam Kalitesi ve İlişkili Durumlar

Quality of Life and Associated Conditions in Women with Fibromyalgia Syndrome

Didem Sezgin Özcan, Meltem Aras, Belma Füsün Köseoğlu, Şeyma Şentürk Güven

Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

Özet

Amaç: Fibromiyalji sendromu (FMS), yaygın ağrı ve belirli anatomik bölgelerde hassas noktaların varlığı ile karakterize etyolojisi bilinmeyen romatizmal bir hastalıktır. Yorgunluk, uyku bozukluğu ve psikiyatrik semptomların da eşlik ettiği ağrı nedeniyle hastaların günlük aktiviteleri ve yaşam kalitesi etkilenebilmektedir. Bu çalışmada fibromiyalji sendromlu kadın hastalarda yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi ile sosyo-demografik özellikler, depresyon ve uyku bozukluğu arasındaki ilişki incelendi.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya poliklinikte ACR (American College of Rheumatology) kriterlerine (1990) göre FMS tanısı almış 100 kadın hasta alındı. Hastaların sosyo-demografik özellikleri detaylı olarak sorgulandı. Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Fibromiyalji Etki Anketi (FEA) kullanıldı. Yaygın ağrı ve uyku bozukluğu şiddetinin değerlendirilmesi amacıyla Vizüel Analog Skala (VAS) (0-10cm) kullanıldı. Depresyon, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Fibromiyalji hastalarının yaş ortalaması 42,2±9,5 yıl ve ortalama hastalık süresi 32,3±29,4 aydı. Hastaların FEA skorlarının ortalaması 59,49±14,25 olup, %26'sı ağır etkilenmişti. Hastaların FEA skorları ile sosyo-demografik değişkenler arasında anlamlı ilişki saptanmadı. FEA skorları ile ağrı VAS, uyku bozukluğu VAS ve BDÖ skorları arasındaki ilişki anlamlı bulundu. Yapılan çoklu regresyon analizinde FEA düzeylerine en fazla katkıda bulunan değişkenin ağrı olduğu, onu sırasıyla uyku bozukluğu ve depresyon skorlarının takip ettiği görüldü.

Sonuç: Depresyon ve uyku bozuklukları, fibromiyalji hastalarda yüksek oranda görülmektedir ve yaşam kalitesinin bozulmasıyla sonuçlanmaktadır. Fibromiyalji tedavisinde nihai amacın yaşam kalitesini yükseltmek olduğu düşünüldüğünde, hastaların depresyon ve uyku bozuklukları açısından klinik değerlendirmesi, tedaviye yön vermesi bakımından önem taşımaktadır. (Türk Osteoporoz Dergisi 2013;19: 42-7)

Anahtar kelimeler: Ağrı, depresyon, fibromiyalji sendromu, uyku bozukluğu, yaşam kalitesi

Summary

Aim: Fibromyalgia syndrome (FMS) is a rheumatic disease of unknown etiology, characterized by widespread pain and tender points at specific anatomical regions. Patients' daily activities and quality of life (QOL) might be affected by severe pain which is accompanied by fatigue, sleep disturbance and psychiatric symptoms. In this study, the QOL of women with fibromyalgia and the relationship between the QOL and socio-demographic characteristics, depression and sleep disturbance were investigated.

Material and Methods: One hundred women with diagnosis of FMS according to the ACR (American College of Rheumatology) criteria (1990) were included. Socio-demographic characteristics were questioned in detail. Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) was used to assess QOL. Visual Analogue Scale (VAS) (0-10cm) was used to assess the severity of widespread pain and sleep disturbance. Depression was assessed by using Beck Depression Inventory (BDI).

Results: Mean age was 42.2±9.5 years and mean duration of disease was 32.3±29.4 months. The mean FIQ total score was 59.49±14.25 and %26 of the patients were severely affected. There was no association between FIQ scores and socio-demographic variables. There were statistically significant relationship between FIQ scores and pain VAS, sleep disturbance VAS and BDI scores. In the multivariate regression analysis, pain was the most contributing variable to FIQ level and it was followed by sleep disturbance and depression scores, respectively.

Conclusion: Depression and sleep disturbances are commonly encountered in patients with fibromyalgia which result in deterioration of QOL. Given that the final purpose of the management of fibromyalgia is to improve the quality of life, clinical evaluation of depression and sleep disturbances should be regarded to guide therapy. (Turkish Journal of Osteoporosis 2013;19: 42-7)

Key words: Depression, fibromyalgia syndrome, pain, quality of life, sleep disturbance

Giriş

Fibromiyalji sendromu (FMS), yaygın vücut ağrısı ve belirli anatomik bölgelerde hassas noktaların varlığı ile karakterize etyolojisi bilinmeyen bir romatizmal hastalıktır (1,2). Fibromiyalji sendromunda ağrıya yorgunluk, sabah tutukluğu, depresyon, uyku bozukluğu başta olmak üzere çeşitli somatik ve psikolojik semptomlar eşlik etmektedir(2). Fibromiyalji toplumun %1-2'sini etkiler ve çoğunluğu 40-55 yaş arası kadın hastalar oluşturur (1,3). Yapılan araştırmalar FMS'de nöroendokrin, otonom ve immünolojik mekanizmaların rol oynadığını ve genetik olarak yatkın kişilerde çevresel, fizyolojik ve psikolojik faktörler gibi bazı stresörlerle hastalığın geliştiğini ortaya koymaktadır. Özellikle son yıllardaki çalışmalar santral mekanizmaların etkinliğini desteklemekte ve tedavide yeni açılımlara yol açmaktadır (1,2,4).

Fibromiyalji sendromu, duygu durum bozuklukları ve uyku bozukluklarının sıklıkla ağrıya eşlik etmesi nedeniyle uzun yıllar psikolojik bir hastalık olarak düşünülmüştür. Psikolojik faktörler başta kronik ağrı olmak üzere her türlü ağrının önemli bir bileşenidir ve kısır döngü içinde birbirlerini besleyen bir etkileşim oluştururlar. Daha önce yapılan birçok çalışmada FMS'li hastalarda ömür boyu depresyon ve anksiyete prevalansında normal popülasyona göre artış saptanmıştır (5-7).

Yaşam kalitesi, bireylerin, hayat içerisindeki durumlarını, ait oldukları kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, algılama ve değerlendirme biçimidir (8). Daha önce yapılan çeşitli çalışmalarda FMS'li hastalarda yaşam kalitesinin negatif yönde etkilendiği gösterilmiştir (9-12). Yaygın ağrı, yorgunluk, uyku bozuklukları ve psikiyatrik semptomlar yaşam kalitesindeki bozulmada etkili gözükmektedir. İş gücü kaybı ve yüksek sağlık giderlerine yol açan hastalığın tedavisinde temel hedef ağrının azaltılarak yaşam kalitesinin artırılmasıdır.

Fibromiyalji sendromunda yaşam kalitesine etki eden faktörlerin belirlenmesi hastalığın tedavisine yön verme aşamasında önemli gözükmektedir. Biz de çalışmamızda polikliniğimize başvuran FMS'li kadın hastalarımızda yaşam kalitesini ve yaşam kalitesinin sosyo-demografik özellikler, depresyon, uyku bozukluğu ve ağrı şiddeti ile ilişkisini inceledik

Gereç ve Yöntemler

Bu çalışma Ocak 2010-Ağustos 2011 tarihleri arasında Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesi polikliniğine başvuran 1990 ACR kriterlerine göre FMS tanısı konan 18-65 yaş arası 100 kadın hasta üzerinde yapıldı. Çalışmaya alınan tüm hastalar çalışma hakkında bilgilendirilip, onamları alındı. Hastalara uygulanan standart değerlendirme formuyla sosyo-demografik özellikler, hastalık süresi, FM'ye eşlik eden semptomlar, ağrı, uyku bozukluğu ve depresyon şiddeti sorgulandı.

Sosyo-demografik Özelliklerin Değerlendirmesi

Hastaların cinsiyet, yaş, boy, kilo, vücut kitle indeksi (VKİ), medeni durum, çocuk sayısı, mesleki durumu, çalışma durumu, eğitim durumu, sigara kullanımı ve gelir düzeyi sorgulandı.

Ağrı ve Uyku Bozukluğu Şiddeti Değerlendirmesi

VAS (Vizüel Analog Skala) kullanılarak değerlendirildi. Hastaların ağrı ve uyku bozukluğu düzeylerini 10 cm'lik çizgi üzerinde işaretlemeleri istendi. Çalışmamızda 0-3 puan hafif, 4-6 orta, 7-10 puan şiddetli olarak değerlendirildi (13).

Depresyon Değerlendirmesi

Hastalarda depresyon varlığı ve şiddeti Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılarak değerlendirildi (14). Toplam 21 maddeden oluşan ölçekte her madde 4 cümleden oluşmaktadır. Bu cümleler, nötral durumdan (0 puan), en ağır duruma (3 puan) göre sıralanmıştır. Çalışmamızda anket şeklinde düzenlenen bu ölçekte, hastalardan kendilerine en uygun olan cümleyi seçmeleri istendi. Toplam puan olarak 0-12 minimal, 13-18 hafif, 19-28 orta ve 29-63 ise şiddetli depresyon olarak değerlendirildi (15).

Fonksiyonel Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi

Çalışmamızda FMS'de yaşam kalitesini ve fonksiyonel durumu değerlendirme amacıyla Sarmer ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiş olan Fibromiyalji Etki Anketi (FEA) kullanıldı (16). Bu ölçekte fiziksel fonksiyon, kendini iyi hissetme hali, işe gidememe, işte zorlanma, ağrı, yorgunluk, sabah yorgunluğu, tutukluk, anksiyete ve depresyon olmak üzere 10 ayrı özellik ölçülmektedir. Kendini iyi hissetme özelliği hariç, düşük skorlar iyileşmeyi veya hastalıktan daha az etkilenildiğini gösterir. FEA, hasta tarafından doldurulmaktadır ve maksimum skor 100'dür. Ortalama bir FM hastası 50 puan alırken, ağır etkilenmiş bir hasta genellikle 70'in üzerinde puan alır (17).

Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel değerlendirmesi SPSS 20.0 kullanılarak yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testiyle araştırıldı. Nicel verilerin ortalaması, ortanca (minimum-maksimum) ve ortalama±standart sapma olarak gösterildi. Nitel veriler ise sayı (n) ve yüzde (%) şeklinde ifade edildi.

FEA skorları ile sosyo-demografik veriler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Student's T test, Varyans analizi ve lineer regresyon analizi kullanıldı. FEA skorları ile ağrı VAS, uyku bozukluğu VAS ve BDÖ skorları arasındaki ilişki, veriler parametrik varsayımları sağlamadığından Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. FEA skorları üzerinde birden fazla bağımsız değişkenin toplu etkisinin değerlendirilmesinde çoklu regresyon analizi kullanıldı. Analizler $p < 0.05$ ise anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya katılan 20-65 yaş arası 100 kadın hastanın yaş ortalaması $42,2 \pm 9,5$ yıl, ortalama hastalık süresi ise $32,3 \pm 29,3$ aydı. Hastaların diğer sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. FM hastalarının ağrı VAS ortalaması $7,17 \pm 1,28$, FEA skor ortalaması ise $59,49 \pm 14,25$ idi. Fibromiyalji hastalarının klinik değerlendirme skalaları ve şiddete göre alt grupları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Fibromiyalji hastalarının sosyo-demografik özellikleri ve FEA skorları ile değerlendirilen yaşam kaliteleri arasındaki ilişki Tablo 3'te gösterilmiştir. Hastalar medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çalışma durumu, sigara kullanım durumuna göre kategorize edildiğinde gruplar arasında FEA skorları açısından anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Ayrıca yapılan regresyon analizinde yaş, çocuk sayısı ve VKİ ile FEA skorları arasındaki ilişki anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Fibromiyalji hastalarında yaşam kalitesi, yaygın ağrı, uyku bozukluğu ve depresyonun birbirleriyle ilişkisi değerlendirildi. FEA skorları ile ağrı VAS, uyku bozukluğu VAS ve BDÖ skorları arasında anlamlı korelasyon saptandı (sırasıyla $r:0,622$ $p<0,001$, $r: 0,504$ $p<0,001$, $r: 0,653$ $p<0,001$). Ayrıca ağrı VAS, uyku bozukluğu VAS ve BDÖ skorlarının kendi aralarında korelasyonları değerlendirildi ve sonuç istatistiksel olarak anlamlı

bulundu ($p<0,01$). Klinik skalalar arasındaki korelasyon analizleri Tablo 4'te gösterilmiştir.

Yapılan çoklu regresyon analizinde ağrı, uyku bozukluğu ve depresyon ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve bu üç değişkenin FEA skorlarına %58 oranında katkıda bulunduğu saptandı ($F(3,96)=43,802$; $p<0,001$). Ayrıca aralarında yaşam kalitesini en fazla etkileyen değişkenin ağrı düzeyi olduğu, onu sırasıyla uyku bozukluğu ve depresyon şiddetinin takip ettiği görüldü. (Tablo 5).

Tartışma

Daha önce yapılmış birçok çalışmada Fibromiyalji sendromlu hastaların yaşam kalitesi, sağlıklı kontrollerle, diğer romatizmal ve non-romatizmal hastalıklarla karşılaştırılmıştır ve FMS'li hastalarda yaşam kalitesinin düşük olduğu ortaya konulmuştur(3,18-20). Bizim çalışmamızda ise amaç fibromiyalji hastalarda düşük yaşam kalitesine yol açabilecek çeşitli faktörleri değerlendirmek ve yaşam kalitesiyle ilişkisini incelemektir. Uyku bozukluğu, ağrı ve depresyonla birlikte sosyodemografik verilerin de yaşam kalitesi değerlendirilmesinde göz önünde tutulması çalışmamıza bütünleyici bir özellik kazandırmaktadır.

Fibromiyalji hastalarda yaşam kalitesini değerlendirmede çeşitli ölçekler kullanılmakta ve bu ölçeklerinin kullanımı, hastaların ihtiyaçlarının tanımlanması, tedavi etkinliğinin değerlendirilmesi

Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik özellikleri

		n=100
Yaş, Ort±SS		42,2±9,4
Boy (cm), Ort±SS		160,7±6,8
Kilo (kg), Ort±SS		71,3±11,7
VKİ (kg/m ²), Ort±SS		27,6±4,7
Çocuk sayısı, Ortanca (Min-Maks)		2(0-6)
Medeni durum n(%)		
	Bekar	9 (9)
	Evli	88 (88)
	Dul	3 (3)
Eğitim düzeyi n(%)		
	Okuma yok	7 (7)
	İlkokul	53 (53)
	Ortaokul	14 (14)
	Lise	12 (12)
	Üniversite	14 (14)
Gelir düzeyi n(%)		
	Düşük	44 (44)
	Orta-yüksek	56 (56)
Çalışma durumu n(%)		
	Çalışıyor	24 (24)
	Hiç çalışmamış	66 (66)
	İşi bırakan	10 (10)
Sigara kullanma n(%)		
	İçmiyor	70 (70)
	İçiyor	26 (26)
	Bırakmış	4 (4)
n:Sayı VKİ: Vücut kitle indeksi		

Tablo 2. Fibromiyalji hastalarının klinik değerlendirme skalaları ve şiddete göre alt grupları

		n=100
FEA (ort±SS)		59,49±14,25
	n (%)	
	hafif	74 (%74)
	şiddetli	26 (%26)
Ağrı VAS (ort±SS)		7,17±1,28
	n (%)	
	hafif-orta	29 (%29)
	şiddetli	71 (%71)
Uyku bozukluğu VAS (ort±SS)		4,72±2,24
	n (%)	
	hafif	34 (%34)
	orta	44 (%44)
	şiddetli	22 (%22)
BDÖ (ort±SS)		20,25±10,37
	n (%)	
	minimal	26 (%26)
	hafif	27(%27)
	orta	22 (%22)
	şiddetli	25 (%25)

BDÖ: Beck depresyon ölçeği (0-12: minimal, 13-18: hafif, 19-28: orta, 29-63: şiddetli)

FEA: Fibromiyalji Etki Anketi (0-70: hafif, 71-100: şiddetli)

VAS: Vizüel analog skala (0-3 cm: hafif, 4-6 cm: orta, 7-10 cm: şiddetli düzeyde)

ve takip edilmesi açısından önem taşımaktadır. En sık kullanılanları FEA ve SF-36 olup, çeşitli çalışmalarda birlikte kullanımları da mevcuttur. Son yıllarda, kısa olması, uygulama ve skorlama kolaylığı ve sensitivitesi nedeniyle FEA, FM hastalarında en yaygın kullanılan ölçek durumuna gelmiştir (17,21). Pagano ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada FEA'nın FM'yi tanımlamada SF-36'dan daha etkili bir ölçüm metodu olduğu ve bu nedenle sadece FM'li popülasyonların değerlendirildiği durumlarda tercih edilebileceği belirtilmiştir (3). Bu nedenle sadece FM'li hasta grubunu incelediğimiz çalışmamızda, hastalarımızda yaşam kalitesini değerlendirmede FEA'nın kullanılması tercih edildi. FEA skorlarına göre hastalarımızın %74'unun hafif, %26'sinin ise ağır etkilenmiş fibromiyalji olduğu saptandı.

Sosyo-demografik verilerle yaşam kalitesi ilişkisini değerlendiren fazla çalışma olmamakla birlikte sonuçlar çelişkilidir. Ubago Linares ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada, FEA skorları ile cinsiyet, yaşam alanı (kırsal/şehir), evlilik durumu, çalışma durumu, aylık gelir, eğitim seviyesi, yaş ve çocuk sayısı arasındaki ilişki değerlendirilmiş ve fazla çocuk sayısı, yaş artışı ve düşük eğitim seviyesi daha düşük yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur (21).

Campos ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada ise sosyo-demografik verilerden şehirde yaşama durumunun, daha iyi yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (11). Bizim çalışmamızda incelediğimiz hiçbir sosyo-demografik veri ile FEA skoru arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Çalışmalarda değerlendirilen hasta sayılarının kısıtlı olması sonuçların anlamlı çıkmamasının sebebi olabilir. Sosyo-demografik verilerle yaşam kalitesi arasındaki ilişki daha geniş hasta popülasyonlu çalışmalarla değerlendirilmelidir.

Yaygın kas-iskelet sistemi ağrısı FM'nin ana semptomudur. Ağrı şiddetinin değerlendirilmesi, hastalık şiddetinin saptanması ve takibinde önem taşımaktadır. Çeşitli çalışmalarda FM'de ağrı modülasyonunda görevli nörotransmitterlerde düşüklük ve endojen opioid sisteme ait birçok peptidin ağrıyı modüle etmekte yetersiz kaldığı görülmüştür. Çalışmamızda FM'li hastalardaki yaygın ağrı VAS ortalaması 7,17 olarak tespit edildi. Bu değer daha önce yapılmış çalışmalarla uyumlu olduğu görüldü (6,03-7,63) (11,20).

Yaşam kalitesi ile ağrı, uyku bozukluğu ve depresyon arasındaki ilişki çalışmamızda anlamlı bulundu ve bu üç değişkenden yaşam kalitesinde bozulmaya en fazla katkıda bulunan değişkenin

Tablo 3. FEA skorları ve sosyo-demografik özellikler arasındaki ilişki

Sosyo-demografik özellikler	n	%	FEA (ort±SS)	p değeri
Medeni durum n(%)				
Bekar	12	12	55,63±10,2	0,32 ^a
Evli	88	88	60,01±14,68	
Eğitim düzeyi n(%)				
Okuma yok	7	7	62,88±7,07	0,273 ^b
İlkokul	53	53	60,04±14,41	
Ortaokul	14	14	57,76±16	
Lise	12	12	64,63±14,67	
Yüksekokul	14	14	52,99±13,16	
Gelir düzeyi n(%)				
Düşük	44	44	58,36±13,68	0,487 ^a
Orta-yüksek	56	56	60,36±14,73	
Çalışma durumu n(%)				
Çalışıyor	24	24	58,42±13,6	0,679 ^a
Çalışmıyor	76	76	59,82±14,52	
Sigara kullanma n(%)				
İçmiyor	74	74	58,31±14,28	0,167 ^a
İçiyor	26	26	62,81±13,88	
Yaş	42,2 ^c	9,4 ^d	0,09 ^e	0,55 ^f
Çocuk sayısı	29	0-6 ^h	1,522 ^e	0,17 ^f
VKİ (kg/m ²)	27,6 ^c	4,7 ^d	0,168 ^e	0,59 ^f

^aStudent T Test ^bTek yönlü varyans analizi, ^cOrtalama, ^dStandart Sapma, ^eKatsayı ^fLineer Regresyon Analizi ^gOrtanca

^hMinimum-Maksimum
VKİ: Vücut kitle indeksi

ağrı düzeyi olduğu, onu sırasıyla uyku bozukluğu ve depresyon şiddetinin takip ettiği tespit edildi. Fibromiyalji ile ağrı, uyku, duygu-durum bozukluklarının nedensel ilişkisi ve birbirleriyle ilişkisi çok net olmamakla birlikte tetikleyici nöroendokrin ve genetik faktörlerin olduğu yönünde kanıtlar mevcuttur. Örnek olarak serotoninin ağrı sinyal iletiminde, uyku regülasyonunda ve duygudurum açısından önemli olduğu ve serotonin anormalliklerinin FM ve FM ilişkili uyku ve duygu durum bozukluklarında rol oynayabileceği düşünülmektedir (24).

Depresyon FM'li hastalarda sık görülen psikiyatrik komorbiditelerden biridir ve çeşitli çalışmalarda prevalansı %20-80 olarak bildirilmiştir (25). Depresif semptomların FM'li hastalar ve sağlıklı kontroller arasında karşılaştırıldığı birçok çalışmada FM hasta grubunda depresif semptomu olanların oranı, kontrol grubuna göre belirgin olarak yüksek bulunmuştur (12,26). FM ve depresyon birlikteliği ile ilgili çeşitli olasılıklar öne sürülmüştür. Bunlar: Depresyonun kronik ağrı ve dizabiliteye sekonder olarak gelişen reaktif bir durum olduğu; FM'nin depresyon eşliğini düşürdüğü ve son olarak da FM ve depresyonun birçok periferik ve santral belirtiler açığa çıkaran aynı affektif spektruma ait hastalıklar olabileceğini görüşleridir (27). Çalışmamızda BDÖ ve FEA skorları arasında anlamlı korelasyon saptanarak, depresif semptom şiddeti artışının yaşam kalitesini negatif yönde etkilediği tespit edildi. Depresyon, ağrı algılaması ve fonksiyonel dizabiliteyi artırarak, enerjiyi düşürerek, boş zaman aktivitelerine ilgiyi, motivasyonu azaltarak ve kişiler arası iletişimi bozarak hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir (12,20). Çalışmamızda depresyon ve ağrı düzeyi arasındaki ilişki değerlendirildi ve anlamlı bulundu. Literatürde depresyon ve ağrı yoğunluğu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda çelişkili sonuçlar mevcuttur. Bazı çalışmalarda depresyon ile kronik ağrı arasında ilişki olmadığı bildirilmiş ve ağrı yoğunluğunun depresyonun nedenini açıklayamayacağı öne sürülmüştür (28,29). Homan ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada ise depresif semptomların şiddeti arttıkça, ağrı yoğunluğu artmış, günlük yaşam aktivitelerindeki performans düşerek yaşam kalitesi negatif yönde etkilenmiştir (12). Birçok çalışma serotonin ve norepinefrinin depresyonda işe karıştığını ayrıca beyin ve medulla anti-ağrı sisteminin bir parçası olduğunu göstermektedir (30).

Fibromiyalji hastaların çoğu (%75-90) derinleşmeyen, dinlendirici olmayan uyku bozukluğundan yakındır. Fibromiyalji hastalarda uykunun en derin fazında, delta dalga uykusunda normalde görülmemesi gereken alfa dalgalarının bulunması, rahatlatmayan uykuya sebep olmaktadır (31). Uyku bozuklukları FM'li hastalarda sık görülse de yaşam kalitesi ile ilişkisini gösteren çalışma sayısı azdır (32). Wagner ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada uyku bozukluğu olan hastaların yaşam kalitesi, olmayanlara göre belirgin olarak düşük bulunmuştur (33). Bizim çalışmamızda da uyku bozukluğu VAS ve FEA skorları arasında anlamlı korelasyon saptandı. Çalışmamızda ayrıca FM'li hastalarda depresyon ve uyku bozukluğu şiddeti arasındaki ilişki de değerlendirildi ve aralarındaki ilişki anlamlı bulundu. Uyku bozuklukları, depresyon semptomatolojisinde

önemli ve değişmeyen bir yere sahiptir. Uykuya dalmanın gecikmesi, uyuma süresinin uzaması, sabah erken uyanma ve gündüz uykululuk hali gibi şekillerde kendini gösterebilir. Ayrıca uyku bozukluğu, depresyon patogenezi de katkıda bulunmaktadır. Depresyon ve uyku bozukluğu arasındaki yakın ilişki, çalışmamızda bulduğumuz sonuçları destekler niteliktedir. Çalışmamızda ağrı ve uyku bozukluğu arasındaki ilişki değerlendirildi ve sonuç anlamlı bulundu. FM'li hastalarda yapılan elektroensefalografik çalışmalar, uykunun en sık 4. fazının etkilendiğini ve bunun da direkt olarak kas mikrotravmalarının tamirinde rolü olan GH ve IGF-1'de defisitle sonuçlandığını göstermektedir. Yine bu hastalar yüksek ACTH düzeyleri tarafından indüklenen artmış somatostatin (GH inhibitörü) düzeylerine sahiptir. Dolayısıyla hasarlı kas dokusundan santral sinir sistemine olan sensoriyal stimulus iletiminde uzama olmakta ve kas ağrı algısı artmaktadır. Yine bu artmış ağrı da uyku bozukluğuna katkıda bulunabilmekte ve böylece hastanın yorgunluğu ve kas dokusunun yetersiz tamiri devamlı hale gelmektedir (1,23).

Ağrı şikayetine ek olarak depresyon ve uyku bozuklukları, çalışmamızda da gösterildiği gibi, FM'li hastalarda yüksek oranda görülmekte, yaşam kalitelerinin bozulmasına, ağrı şiddet ve algılamasının artmasına yol açmaktadır. Fibromiyalji tedavisinde nihai amacın yaşam kalitesini yükseltmek olduğu düşünüldüğünde, hastaların depresyon ve uyku bozuklukları açısından klinik değerlendirmesi, tedaviye yön vermesi bakımından önem taşımaktadır. Son yapılan çalışmalar da FM tedavisinde farmakolojik tedavi, psikoterapi, eğitim programları, ağrı ve yorgunluk kontrolü, uyku paterni iyileştirilmesi, duygudurum kontrolü ve psikososyal reintegrasyonu içeren multidisipliner yaklaşımı önermektedir (34-36).

Sonuç olarak çalışmamızda FM'li kadın hastalarda yaşam kalitesinin negatif yönde etkilendiği, ağrı düzeyi, depresyon ve uyku bozukluğu ile de ilişkili olduğu tespit edildi. Ayrıca ağrı, depresyon ve uyku bozukluğunun birbirleriyle korelasyonu istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Yaşam kalitesi ve sosyo-demografik veriler arasında ise anlamlı ilişki saptanmadı. Hasta sayımızın kısıtlı olması ve sadece kadın popülasyonu içermesi özellikle sosyo-demografik veriler ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde, çalışmamızın limitasyonunu oluşturmaktadır. Fibromiyalji alanında her iki cinsiyeti de içeren, daha geniş popülasyonlu çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Bellato E, Marini E, Castoldi F, et al. Fibromyalgia syndrome: etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Pain Research and Treatment* 2012;2012:426130.
2. Clauw DJ. Fibromyalgia: an overview. *The American Journal of Medicine* 2009;122(Suppl 12):3-13.
3. Pagano T, Matsutani LA, Ferreira EAG, Marques AP, Pereira CAD. Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *Sao Paulo Medical Journal* 2004;122:252-8.
4. Price DD, Staud R. Neurobiology of fibromyalgia syndrome. *The Journal of Rheumatology Supplement* 2005;75:22-8.
5. Epstein SA, Kay G, Clauw D, et al. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. A multicenter investigation. *Psychosomatics* 1999;40:57-63.

6. Abeles AM, Pillinger MH, Solitar BM, Abeles M. Narrative review: the pathophysiology of fibromyalgia. *Annals of Internal Medicine* 2007;146:726-34.
7. McBeth J, Silman AJ. The role of psychiatric disorders in fibromyalgia. *Current Rheumatology Reports* 2001;3:157-64.
8. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41:1403-9.
9. Wolfe F, Aarflot T, Bruusgaard D, et al. Fibromyalgia and disability. Report of the Moss International Working Group on medico-legal aspects of chronic widespread musculoskeletal pain complaints and fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Rheumatology* 1995;24:112-8.
10. Henriksson C, Burckhardt C. Impact of fibromyalgia on everyday life: a study of women in the USA and Sweden. *Disability and Rehabilitation* 1996;18:241-8.
11. Campos R, Vázquez M. Health-related quality of life in women with fibromyalgia: clinical and psychological factors associated. *Clinical Rheumatology* 2012;31:347-55.
12. Homann D, Stefanello JM, Goes SM, Breda CA, Paiva Edos S, Leite N. Stress perception and depressive symptoms: functionality and impact on the quality of life of women with fibromyalgia. *Revista Brasileira de Reumatologia* 2012;52:319-30.
13. Leith S, Wheatley RG, Jackson IJ, Madej TH, Hunter D. Extradural infusion analgesia for postoperative pain relief. *British Journal of Anaesthesia* 1994;73:552-8.
14. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961;4:561-71.
15. Kapci EG, Uslu R, Turkcapar H, Karaoglan A. Beck Depression Inventory II: evaluation of the psychometric properties and cut-off points in a Turkish adult population. *Depression and Anxiety* 2008;25:104-10.
16. Sarmer S, Ergin S, Yavuzer G. The validity and reliability of the Turkish version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rheumatology International* 2000;20:9-12.
17. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *The Journal of Rheumatology* 1991;18:728-33.
18. 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. *Disability and Rehabilitation* 2004;26:198-202.
19. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis and Rheumatism* 1995;38:19-28.
20. Consoli G, Marazziti D, Ciapparelli A, et al. The impact of mood, anxiety, and sleep disorders on fibromyalgia. *Comprehensive Psychiatry* 2012;53:962-7.
21. Ubago Linares Mdel C, Ruiz-Perez I, Bermejo Perez MJ, Olry de Labry-Lima A, Hernandez-Torres E, Plazaola-Castano J. Analysis of the impact of fibromyalgia on quality of life: associated factors. *Clinical Rheumatology* 2008;27:613-9.
22. Spaeth M, Briley M. Fibromyalgia: a complex syndrome requiring a multidisciplinary approach. *Human Psychopharmacology* 2009; 24(Suppl 1):3-10.
23. Ablin J, Neumann L, Buskila D. Pathogenesis of fibromyalgia - a review. *Joint, Bone, Spine : Revue du Rhumatisme* 2008;75: 273-9.
24. Spaeth M, Rizzi M, Sarzi-Puttini P. Fibromyalgia and sleep. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 2011;25:227-39.
25. Fietta P, Manganelli P. Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Bio-medica : Atenei Parmensis* 2007;78:88-95.
26. Martinez JE, Ferraz MB, Fontana AM, Atra E. Psychological aspects of Brazilian women with fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research* 1995;39:167-74.
27. Aguglia A, Salvi V, Maina G, Rossetto I, Aguglia E. Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: comorbidity and clinical correlates. *Journal of Affective Disorders* 2011;128:262-6.
28. Thieme K, Turk DC, Flor H. Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine* 2004;66:837-44.
29. Celiker R, Borman P, Oktem F, Gokce-Kutsal Y, Basgoze O. Psychological disturbance in fibromyalgia: relation to pain severity. *Clinical Rheumatology* 1997;16:179-84.
30. Rijavec N, Grubic VN. Depression and pain: often together but still a clinical challenge: a review. *Psychiatria Danubina* 2012;24: 346-52.
31. Anch AM, Lue FA, MacLean AW, Moldofsky H. Sleep physiology and psychological aspects of the fibrositis (fibromyalgia) syndrome. *Canadian Journal of Psychology* 1991;45:179-84.
32. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research* 2010;62:600-10.
33. Wagner JS, Dibonaventura MD, Chandran AB, Cappelleri JC. The association of sleep difficulties with health-related quality of life among patients with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2012;13:199.
34. Martins MR, Polvero LO, Rocha CE, Foss MH, Santos Junior RD. Using questionnaires to assess the quality of life and multidimensionality of fibromyalgia patients. *Revista Brasileira de Reumatologia* 2012;52:21-6.
35. Assumpção A, Pagano T, Matsutani LA, Ferreira EAG, Pereira CAB, Marques AP. Quality of life and discriminating power of two questionnaires in fibromyalgia patients: fibromyalgia Impact Questionnaire and Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey. *Revista Brasileira de Fisioterapia* 2010;14:284-9.
36. Van Abbema R, Van Wilgen CP, Van Der Schans CP, Van Ittersum MW. Patients with more severe symptoms benefit the most from an intensive multimodal programme in patients with fibromyalgia. *Disability and Rehabilitation* 2011;33:743-50.