



T.C

BEZMİÂLEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

FİBROMİYALJİ SENDROMUNDA HASTA EĞİTİMİNİN FONKSİYONEL DURUM,
DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON

UZMANLIK TEZİ

Dr. HATİCE KÜBRA AŞIK ÇELİK

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. MUSTAFA GÜLER

İSTANBUL-2012

ÖNSÖZ

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Rektörü Sayın Prof.Dr. Adnan Yüksel ve Tıp Fakültesi Dekanı Sayın Prof. Dr. Ömer Göktekin'e, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Mustafa Güler ' e,

Tezimin hazırlanmasında ilgi ve desteğini esirgemeyen Dr. Saliha Eroğlu Demir 'e,

Eğitimimde emeği geçen Sayın Doç. Dr. İlhan Karacan, Doç. Dr. Teoman Aydın, Doç. Dr.Nihal Özaras, Doç. Dr. Meltem Esenyel ve Dr. Aylin Rezvani' ye,

İstatistik konusunda yardımlarını esirgemeyen Yrd.Doç.Dr.Ömer Uysal'a,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli asistan arkadaşlarıma,

Fizyoterapist ve hemşire arkadaşlarım ile tüm klinik personeline,

Hayat boyu benden emeğini, sevgisini ve şefkatini esirgemeyen ve varlıklarıyla hayatımı kolaylaştıran canım annem ve canım babama,

Tüm bu süreç boyunca sabrını ve desteğini esirgemeyen sevgili eşim Ömer Çelik'e ve hayatımın anlamı, canlarım Sena ve Serra'ya,

En içten teşekkür, sevgi ve saygılarımla...

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER	ii
ŞEKİL LİSTESİ	iii
TABLolar LİSTESİ	iv
GRAFİKLER LİSTESİ	v
KISALTMALAR	vi
ÖZET	1
ABSTRACT	2
GİRİŞ ve AMAÇ	3
TANIM, TARİHÇE, EPİDEMİYOLOJİ	4
ETİYOLOJİ, PATOGENEZ, KLİNİK	6
LABORATUVAR ve TANI	8
AYIRICI TANI	11
TEDAVİ	14
OLGULAR ,YÖNTEM	21
BULGULAR	26
TARTIŞMA	39
SONUÇ	44
KAYNAKLAR	45

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Fibromiyalji Noktaları

Sayfa No

9



TABLolar LİSTESİ	Sayfa No
Tablo 1: FMS’de Görülen Semptomlar ve Görölme Sıklıkları	8
Tablo 2: Fibromiyalji Sendromunda Tedavi Prensipleri	17
Tablo 3: Fibromiyalji Sendromu Etki Sorgulaması Formu Toplam Puan Hesaplanması	25
Tablo 4: Gruplara Göre Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması	27
Tablo 5: Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması	27
Tablo 6: Gruplara Göre Semptomların Karşılaştırılması	28
	29
Tablo 7: Grup içi ve gruplararası VAS AĞRI Karşılaştırması	
Tablo 8: Grup içi ve gruplararası VAS Yorgunluk Karşılaştırması	30
Tablo 9: Grup içi ve gruplararası BDÖ Karşılaştırması	31
Tablo 10: Grup içi ve gruplararası FIQ skoru Karşılaştırması	32
Tablo 11: Grup içi ve gruplararası Nottingham Sağlık Profili Fiziksel Aktivite Karşılaştırması	33
Tablo 12: Grup içi ve gruplararası Nottingham Sağlık Profili Enerji Seviyesi Karşılaştırması	34
Tablo 13: Grup içi ve gruplararası Nottingham Sağlık Profili Ağrı Durumu Seviyesi Karşılaştırması	35
Tablo 14: Grup içi ve gruplararası Nottingham Sağlık Profili Emosyonel Reaksiyonlar Seviyesi Karşılaştırılması	36
Tablo 15: Grup içi ve gruplararası Nottingham Sağlık Profili Uyku Seviyesi Karşılaştırılması	37
Tablo 16: Grup içi ve gruplararası Nottingham Sağlık Profili Sosyal İzolasyon Karşılaştırılması	38

GRAFİKLER LİSTESİ

Sayfa No

Grafik 1: Gruplara göre VAS AĞRI dağılımı	29
Grafik 2: Gruplara göre VAS YORGUNLUK dağılımı	30
Grafik 3: Gruplara göre BDÖ dağılımı	31
Grafik 4: Gruplara göre FIQ skoru dağılımı	32
Grafik 5: Grup içi ve gruplararası Nottingham Sağlık Profili Fiziksel Aktivite Karşılaştırması	33
Grafik 6: Grup içi ve gruplararası Nottingham Sağlık Profili Enerji Seviyesi Karşılaştırması	34
Grafik 7: Grup içi ve gruplararası Nottingham Sağlık Profili Ağrı Durumu Seviyesi Karşılaştırması	35
Grafik 8: Grup içi ve gruplararası Nottingham Sağlık Profili Emosyonel Reaksiyonlar Seviyesi Karşılaştırılması	36
Grafik 9: Grup içi ve gruplararası Nottingham Sağlık Profili Uyku Seviyesi Karşılaştırılması	37
Grafik 10: Grup içi ve gruplararası Nottingham Sağlık Profili Sosyal İzolasyon Karşılaştırılması	38

KISALTMALAR

ACR American College of Rheumatology

ALP Alkalen Fosfataz

BDÖ Beck Depresyon Ölçeği

BDT Bilişsel Davranış Tedavisi

BMI Vücut Kitle İndeksi

CRP C Reaktif Protein

EMG Elektromiyografi

FIQ Fibromiyalji Sendromu Etki Sorgulaması

FM Fibromiyalji

FMS Fibromiyalji Sendromu

HE Hasta Eğitimi

IGF-1 İnsülin Benzeri büyüme Faktörü-1

MR Manyetik Rezonans

MSS Merkezi Sinir Sistemi

NSAID Non Steroidal Antiinflatuar İlaçlar

PMR Polimiyalji Romatika

PTH Paratiroid Hormon

RA Romatoid Artrit

REM Hızlı Göz Hareketi

SLE Sistemik Lupus Eritematozis

SSRI Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

SSS Santral Sinir Sistemi

TAD Trisiklik Antideprasanlar

TSH Tiroid Stimüle edici Hormon

VAS Vizüel Analog Skala

TÖ Tedavi öncesi

TS Tedavi sonrası

ÖZET

Fibromyalji sendromu (FMS), yaygın vücut ağrıları ve halsizlikle kendini gösteren kronik ağrı sendromudur. Tedavisinde ilaç ve ilaç dışı çok çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Randomize kontrollü çalışmamızda FMS'da hasta eğitimi ve ev egzersiz tedavisinin ağrı, yorgunluk ,fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırmaktı.

Bu amaçla American college of Rheumatology (ACR) tanı kriterlerine göre FMS tanısı konulan, 18-60 yaş arası hastalar rastgele yöntemle 2 gruba ayrıldı. 1. gruba (n=26) ev egzersiz proogramı , 2. Gruba (n=24) hasta eğitimi ve ev egzersiz programı uygulandı. Olgular tedavi öncesi ve tedavi bitiminden 8 hafta sonra ağrı ve yorgunluk açısından VAS, depresyon açısından BDÖ, fonksiyonel değerlendirme açısından FIQ ve yaşam kalitesi açısından NSP ile değerlendirildiler.

Günümüzde FMS tedavisinde kabul edilmiş ortak bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Biz bu çalışmamızda hasta eğitimi ve ev egzersiz tedavisinin FMS üzerine olan etkisini inceledik. Çalışmanın sonucunda hasta eğitimi verilen grupta ağrı, yorgunluk , fonksiyonel durum ve yaşam kalitesinde anlamlı bir iyileşme saptadık.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji Sendromu, hasta eğitimi, ev egzersiz programı

ABSTRACT

Fibromyalgia syndrome (FMS) is characterized by widespread pain and fatigue. There are various treatment modalities. The aim of this randomized controlled study is to assess the effect of patient's education and home-based exercise program on pain, fatigue, functional status and quality of life in FMS.

Fifty women aged between 18-60, who fulfilled the American College of Rheumatology criteria for FMS were separated into two groups. The first group (n:26) received home-based exercise program; the second group (n:24) received patient's education and home-based exercise program.

Our evaluation parameters were VAS index for pain and fatigue, Beck depression inventory, Fibromyalgia impact questionnaire, Nottingham health profile at the beginning and 8 weeks after.

There are different type treatment methods for fibromyalgia syndrome (FMS), but there is no consensus on a standard treatment method. In patient's education treatment groups significant improvements were achieved in all outcome parameters out of sleep disturbance ($p < 0.05$). Our findings show that patient's education is efficient on the treatment of FMS.

Key words: Fibromyalgia syndrome, patient education, home-based exercise.

GİRİŞ

Fibromiyalji Sendromu (FMS) etiyolojisi belli olmayan yaygın vücut ağrıları, belirli anatomik bölgelerde hassasiyet, azalmış ağrı eşiği, uyku bozuklukları, yorgunluk ve sıklıkla psikolojik sıkıntı ile karakterize eklem dışı romatizmal bir hastalıktır (1).

Fibromiyaljinin etiyolojisi ve mekanizmaları tam olarak anlaşılmamakla birlikte; ortaya çıkmasında nöroendokrin disfonksiyonların yanısıra santral ağrı mekanizmaları ve santral sensitizasyon en önemli faktörler olarak gözükmemektedir(2).

Yaygın kas iskelet sistemi ağrıları bulunmasına karşın, fizik muayene, laboratuvar bulguları ve radyolojik tetkikler normaldir. Hastalık daha çok 20-50 yaş arasındaki kadınlarda görülmektedir (3). FMS görülme sıklığı çeşitli serilerde % 5.7- 20 arasında değişen rakamlarla verilmektedir (4, 5). Hasta eğitimi, psikoterapi, bilişsel davranış tedavisi (BDT), fiziksel tıp uygulamaları, egzersiz, hidroterapi ve medikal tedavi FMS’da kullanılan başlıca tedavi yöntemleridir (7, 8, 9). Ancak günümüzde FMS tedavisinde kabul edilmiş ortak bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Tek başına herhangi bir yöntem şu anda FMS tedavisi için yeterli görülmemektedir(6). Doğal gidişi sürekli olan ve geçmeyen ağrılarla seyreden FMS’nin uzun dönem başarılı tedavisi oldukça zordur. Biz bu çalışmamızı FMS’lu hastalarda, hasta eğitiminin tedavi açısından önemini ve günlük yaşam aktivitelerindeki fonksiyonel düzelmeye etkisini araştırmak ve FMS’da uygulanacak multidisipliner tedavi programlarının düzenlenmesine yardımcı olmak amacıyla yaptık.

GENEL BİLGİLER

TANIM

FMS; yaygın ağrı, spesifik anatomik bölgelerde belirgin hassasiyet, uyku bozukluğu, yorgunluk, spastik kolon gibi klinik belirtilerle karakterize, kronik bir kas-iskelet sistemi hastalığıdır (10, 11, 12).

Sabah tutukluğu, baş ağrısı, baş dönmesi, irritabl bağırsak ve mesane sendromu, karın ve göğüs ağrıları, Raynaud fenomeni, sikka semptomları, dismenore, ellerde subjektif şişlik hissi, paresteziler, mitral valv prolapsusu gibi bulgu ve yakınmalar hastalığa eşlik etmektedir (13, 14).

TARİHÇE

Fibromiyalji semptomlarının varlığı ilk olarak 1800' lü yıllarda bilinmeye başlandı. 1850'de Frorier, bazı hastaların kaslarının basınca hassas olduğunu ve bu hastalarda lokal veya sistemik enflamasyon bulgusuna rastlanmadığını, bununla birlikte yorgunluk ve uyku düzensizliğinin ise sık olarak gözlemlendiğini bildirdi.

Gowers ilk kez 1904'de "fibrositis" terimini kullandı. Lewis ve Kellgren 1930 yıllarında derin kas dokusu içine hipertonic salin enjeksiyonunu takiben, yansıyan ağrıyı tanımladılar (7). Kas biyopsisinde inflamasyon saptanmaması sonucu Yunus ve arkadaşları'da hastalığın aynı isimle anılmasının daha uygun olacağı görüşüne katıldılar.

Fibromiyalji Sendromu konusunda günümüz anlayışı ile modern yaklaşım ve araştırmaların başlamasında Kanadalı Romatolog Hugh Smythe'in yayınları önemli bir tetikleyici olmuştur. Smythe, birlikte çalıştığı ve Kanada'lı bir psikiyatrist olan Harvey Moldovsky 'nin yayınlanmamış uyku elektroensefalogram (EEG) bulgularını refere ederek ilk kez FMS'nun objektif patofizyolojik temelini oluşturmuştur (8). Smythe ve Moldovsky, kendi klinik deneyimleri doğrultusunda, kronik ağrı, uyku bozukluğu, sabah katılığı, yorgunluk ve tanımladıkları 14 noktanın 12'sinde hassasiyetten oluşan ilk fibromiyalji tanı kriterlerini yayınlamışlardır (15).

1990 yılında Amerika Romatoloji Birliği'nin (American College of Rheumatology: ACR) çok merkezli kriter komitesi tarafından yaygın ağrı ve hassas noktaların ayrıntılı tanımlandığı

kriterler yayınlanmıştır. Kuzey Amerika'nın 16 merkezinde 293 fibromiyaljili hasta 265 kontrol hastası olmak üzere, toplam 558 hasta üzerinde yapılan çalışma ile bu kriterler oluşturulmuştur. Bu kriterler % 88,4 sensitif ve % 81,1 spesifiktir (15).

EPİDEMİYOLOJİ

Fibromiyalji Sendromu tüm etnik gruplarda, her yaş ve cinsiyette görülebilmekle birlikte en sık 40-60 yaş grubu kadınları etkilemektedir. Hastaların %85-90' ını kadınlar oluşturmaktadır. (16, 17) FMS prevalansı %2-8 arasında bildirilmekte olup Amerika Birleşik Devletlerinde %2, Kanada'da %3,3 oranında saptanmıştır (27, 28). 20-64 yaşında 1930 kadın üzerinde yapılan bir tarama çalışması sonucu Türkiye' de (Trabzon) kadınlarda FMS prevalansı %3,6 bulunmuştur (19). Prevalans yaşla artmakta olup en dramatik artış 5-6. dekatlar arasındadır ve bu yaşta görülme sıklığı %7,5-10'dur. Toplum çalışmalarında, eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlarda daha sık FMS geliştiği bildirilmektedir (18, 20). Toplumda yaygın romatolojik bir hastalık olan osteoartritten sonra en sık görülen ikinci romatolojik bozukluk olarak kabul edilebilir (21).

ETİYOPATOGENEZ

FMS'da etiyoloji belirlenememiştir. Hastalıkta rol oynayabileceği düşünülen bazı yapısal (22), kasa ait, biyokimyasal, nörohormonal, santral sinir sistemi, immunolojik, psikolojik ve çevresel faktörlere ait kanıtlar bulunmuştur(23, 24).

FMS' DA KLİNİK SEMPTOMLAR

Fibromiyalji Sendromunda en sık görülen ve en karakteristik olan semptomlar pek çok anatomik bölgeyi içerecek şekilde yaygın ağrı, katılık, yorgunluk, tüm vücutta sızı ve uyku bozukluğudur. Ağrı dört ekstremitede, bel ve boyun bölgesinde olmak üzere tüm vücutta hissedilir. Ağrı ve katılıktan en sık yakınılan bölgeler bel, boyun, omuz kuşağı, kollar, eller, dizler, kalça çevresi ve bacaklardır (24). Hastaların %75-85' inde özellikle sabah hissedilen katılık ve %75- 90' ında halsizlik söz konusudur. Halsizlik fiziksel aktivite ile artar ve günlük yaşam aktivitelerinde önemli ölçüde işlev kaybına neden olur (25). Ağrı ve katılığı arttıran faktörler soğuk ve nemli hava, endişe ve stres, aşırı kullanma veya hareket azlığı, uyku bozukluğu ve gürültüdür. Hastaların çoğunluğu hafif fiziksel aktivite, bölgesel sıcak uygulama,

masaj, istirahat, gevşeme ve germe egzersizlerinin yararlı olduğunu ifade etmektedirler (24, 25, 26).

Uykuya dalmada güçlük, gece sık uyanma gibi çeşitli uyku bozuklukları %72 sıklıkta yakınma nedenidir. Huzursuz bacak sendromu ve periyodik bacak hareketi bozukluğu varlığı uyku sorunlarına katkıda bulunur. Uyku bozukluğunun iyi bir göstergesi olan sabah yorgun kalkma oldukça yaygın bir semptomdur ve hastaların %75-90 ' ında görülür (24).

Hastaların yaklaşık %50' si özellikle subjektif şişlik ve parestezi tarif ederler. Bazı hastalarda bu semptomlar çok şiddetli olabilir. Pareteziler radikülopatiyi taklit eder tarzda yayılabilir, ancak fizik muayene ve elektronörofizyolojik çalışmalarda objektif patolojik bulgu saptanmaz (27). FMS semptomları arasında sersemlik, baş dönmesi ve kognitif disfonksiyon da önemli bir yer tutar ve sorgulandığında hastaların yarıdan fazlasında pozitif yanıt alınır (28). Baş ağrısı, primer dismenore, irritabl barsak sendromu, huzursuz bacak sendromu, sicca semptomları, Raynaud fenomeni gibi sorunlar FMS'lu hastalarda normal popülasyona oranla daha sık görülmektedir (24, 29, 30). FMS'lu hastalarda periyodik bacak hareketi bozukluğu ve temporomandibuler eklem disfonksiyonu da hem romatoid artritli hem de sağlıklı popülasyondan daha sık karşımıza çıkmaktadır (20).

FMS'na eşlik eden semptomlar hastadan hastaya değişkenlik göstermekte olup geniş serilerden elde edilen ortalama semptom sıklıkları Tablo 2' de gösterilmektedir (31).

Yaygın ağrı FMS'nun en temel semptomu olup tipik olarak dört ekstremitayı, omurga ve göğüs duvarını içerir. Ağrı soğuk ve nemli havalarda, anksiyete, stres, aşırı kullanma (mesleki aktiviteler), inaktivite, gürültü ve kalitesiz uyku ile şiddetlenir. Lokal sıcak uygulamaları, istirahat, orta derecede aktivite, germe egzersizleri ve masaj ise ağrıyı azaltmaktadır. Sigara kullanan hastalarda ağrı şiddetinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Eklemlerde objektif şişlik olmayıp, hastaların bir alt grubunda santral sensitizasyona bağlı genel hassasiyetin bir parçası olarak palpasyonla eklem hassasiyeti saptanabilir. Ağrıya bağlı hafif eklem hareket genişliği kaybı bulunabilir.

Tutukluk septomu ise sabahları ya da inaktivite sonrası daha belirgin olmaktadır. Subjektif şişlik ve parastezinin nedeni bilinmemektedir. Santral sensitizasyona bağlı anormal

duyusal algılama ile açıklanabilir. Vücudun herhangi bir bölgesinde olabilirse de daha çok ekstremitelerde görülür.

Sabah yorgun kalkma ve gün boyu devam eden orta/şiddetli halsizlik belirgin bir özelliktir. Bazı hastalarda alevlenmelerdeki major semptom halsizlik olabilir. Günlük yaşamda ciddi disfonksiyona neden olabilecek halsizliğin de santral orijinli olduğu düşünülmektedir. Sabah yorgunluğu kalitesiz uyku açısından duyarlı bir göstergedir (31).

Uyku bozukluğu hasta tarafından dile getirilmese de, yatağı paylaştığı kişi tarafından “bütün gece yatakda dönüp durduğu” belirtilir. Kişi hemen uyuyabilir ancak gece sık sık uyanır ve sabah kalktığında kendini yorgun hisseder. Uyku dinlendirici değildir.

Konsantrasyon bozukluğu, ani bellek kaybı ve çaresizlik duygusu bellek yakınmalarındandır. Migren tipi baş ağrısı hasta ve yakınlarında sıklıkla bildirilmiş olup öykü ve fizik bakılarında yüksek oranda migren, majör depresyon ve panik bozukluklar gözlenmiştir. Raynoud fenomeni için yapılan Nielsen testi, dijital fotofletismografi ve ölçümleri gibi objektif çalışmalarda hastalarda %40 oranında anormallik göstermiştir.

Kuru göz ve kuru ağız olağan yakınmalar olmasına karşın, objektif bulgular yoktur. Dudak biyopsisi, Ro ve La antikorları olumsuzdur. İrritabl barsak sendromu karın ağrısı ve konstipasyon, diyare veya her ikisi şeklindeki bozulmuş bağırsak alışkanlığı şeklinde kendisini gösterebilir. Dismenore, kadın üretral sendrom, huzursuz bacak sendromu, otonomik sinir sistemi disfonksiyonu, dermatografizm, kutis anserina, kutis marmorato, aşırı terleme, mitral valv prolapsusu, tinnitus, temporomandibular disfonksiyon diğer nadir görülen semptom ve bulgulardır (32, 33).

Tablo 1: FMS’de Görülen Semptomlar ve Görülme Sıklıkları

Semptom	Görülme sıklığı (%)	Semptom	Görülme sıklığı (%)
Ağrı	100	Anksiyete	60
Katılık	76	Parestezi	54
Tüm vücutta acı	62	Baş ağrısı	54
Yumuşak dokuda subjektif şişlik	52	Baş dönmesi	59
Halsizlik	87	Dismenore	43
Sabah yorgunluğu	75	Depresyon	37
Uyku bozukluğu	72	Sicca semptomları	15
Kognitif disfonksiyon	61	Raynaud fenomeni	14
Mental stres	61		
İrritabl bağırsak sendromu	38		
Huzursuz bacak sendromu	31		

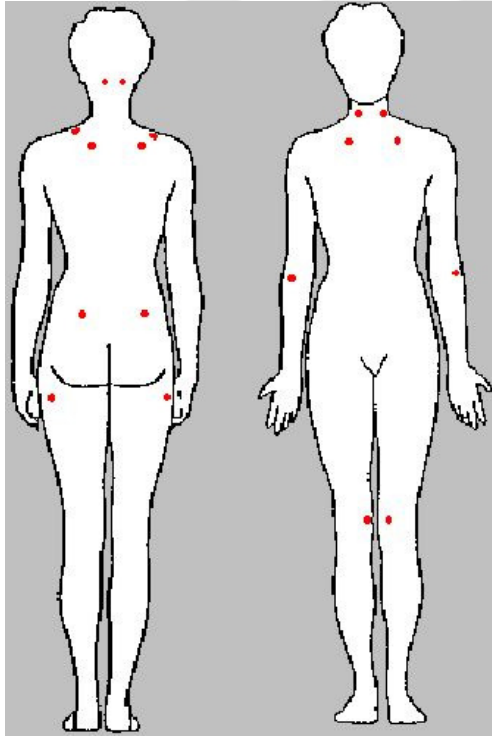
FİZİK MUAYENE ve LABORATUVAR BULGULARI

Fibromiyalji Sendromlu hastalar sağlıklı görünümündedirler, bazen kaygılı ve depresif yüz ifadeleri olabilir. Fizik muayenede objektif eklem şişliği, kas güçsüzlüğü ya da anormal nörolojik bulgu saptanmaz. Ağrı nedeniyle bazı hastalarda eklem hareket genişliklerinde hafif bir kısıtlanma görülebilir. FMS’nun tipik özelliği olan vücutta yaygın ağrı nedeniyle periferik eklemlerde hassasiyet bulunabilir. Fizik muayenede en önemli bulgu çok sayıda hassas nokta varlığıdır (25, 27). Bu noktalara, başparmakla 4 kg’lık bir baskı uygulayacak şekilde basılarak hassas noktalar saptanır. Muayene sırasında zaman zaman ağrılı noktaların sırasını değiştirerek ağrı oluşturmeyen alın, el başparmağı gibi bölgelerle de kontrol edilmelidir.

Bu hassas noktaların sayısı ve duyarlılık derecesi fibromiyalji hastalarını sağlam kişilerden ayırmaktadır. 1990 yılında Çok Merkezli Ağrı Kriter Komitesi tarafından bilateral olmak üzere FM'li hastalarda sağ ve sol vücut yarılarında simetrik olarak yer alan 18 adet hassas nokta belirlenmiştir (34). Bu hassas noktalar miyofasyal ağrı sendromundaki tetik noktalardan farklı olarak yeterli düzeyde bir uyararla uyarıldıklarında ortaya çıkan ağrı lokalize kalır ve yayılmaz. Muayene sırasında ortaya çıkan ağrının şiddeti, hastanın o an içinde bulunduğu ruh hali, yaşı, aerobik yeterlilik düzeyi ve kadınlarda menstruel siklusun hangi döneminde bulunduğu gibi faktörlere bağımlı olarak değişebilmektedir.

Fibromiyalji Sendromlu hastalarda eklemler de dahil olmak üzere pek çok hassas bölge bulunabilir, ancak tanı için 1990 ACR tanı kriterlerinde belirtilen 18 hassas noktanın muayene edilmesi gerekir. (Şekil 1)

Tam kan sayımı, kas enzimleri de dahil olmak üzere kan biyokimyası, eritrosit sedimentasyon hızı, C- Reaktif Protein, romatoid faktör gibi serolojik testler ve tiroid fonksiyon testleri FMS' lu hastalarda normal sınırlardadır. ANA pozitifliği oranı %10 olup sağlıklı popülasyondan farklı değildir (35).



Şekil1:Fibromiyalji noktaları

1-Başın arka kafa bölgesinde (2)

2- Boyunun ön ve alt bölgesinde (2)

3- Sırttaki trapez kasın ortasında (2)

4- Kürek kemiği çıkıntısında (2)

5- 2. kaburganın öne uzantısında (2)

6 - Dirsek dış yanında (2)

7 -Uyluk üstü ve dış yanında (2)

8 -Kalçanın üst, dış yanında (2)

9 -Dizlerin iç yan kısmında (2)

TANI

ACR'nin Şubat, 1990'da yayınlanan çok merkezli çalışmasına dayanarak saptadığı FMS tanı kriterleri şunlardır (15).

1. Yaygın ağrı öyküsü olması: Ağrının yaygın olarak kabul edilmesi için vücudun sağ ve sol tarafında, belin üzerinde ve belin altında olması gerekir. Buna ek olarak aksiyel iskelet ağrısının da (boyun, göğsün ön duvarı, torakal omurga veya bel ağrısı şeklinde) olması gerekir. En az 3 ay süre ile ağrı devam etmelidir.

2. Palpasyonla 18 hassas noktadan en az 11'inde ağrı olması: Dijital palpasyon yaklaşık 4 kg ile yapılmalıdır. Bir noktanın ağrılı kabul edilmesi için hasta palpasyonun ağrılı olduğunu söylemelidir. Hassas nokta muayenesi yapmak için hasta muayene masasına yatırılmalı, her bir anatomik bölge parmakla palpe edilerek ağrı olup olmadığı sorulmalıdır. Başparmak ya da işaret parmağı ile yaklaşık 4 kg' lık bir kuvvet uygulanarak yapılmalıdır (5). Hassas noktanın ağrılı sayılması için hasta palpasyonun ağrılı olduğunu vurgulamalıdır, duyarlılık ağrı olarak algılanmamalıdır. FMS'li olgular genelde daha duyarlıdır; yaygın duyarlılığı diğer nedenlerinden ayırmada kontrol noktaları kullanılabilir. Bu kontrol noktaları şunlardır;

- Alın iki taraflı

- Ön kol dorsali 1/3 bölüm, (2)

- El başparmak tırnağı, (2)
- Üçüncü metatars dorsali, (2)
- Ayak başparmak tırnağı, (2).

Bu iki bulgunun varlığı FMS tanısı koymak için yeterlidir (16).

Klinik uygulamalarda hastaların tümünde 11 Hassas nokta (HN) saptanmayabilir ya da hastanın yaygın ağrısı 1990 kriterleri tanımına tam olarak uymayabilir. Ancak bu hastaların diğer klinik özellikleri FMS ile paralellik göstermektedir. Bu hastalara inkomplet FMS tanısı konulmalı ve FMS için önerilen tedavi yaklaşımı uygulanmalıdır (37). Eşlik eden semptomlar açısından hastadan hastaya önemli farklılıkların bulunması ve bu semptomların klinik tabloya hakim olacak kadar şiddetli olabilmesi nedeniyle FMS periferik artrit, ankilozan spondilit, nörolojik hastalıklar, polimiyalji romatika, disk hernisi ve hipotiroidizm gibi çeşitli hastalıkları taklit edebilir. Ayrıca unutulmamalıdır ki FMS ile diğer romatizmal hastalıklar sıklıkla bir arada bulunabilir. Romatoid artritli hastalarda FMS görülme sıklığının normal popülasyona oranla daha fazla olduğu bilinmektedir (38).

AYIRICI TANI

1. Miyofasyal Ağrı Sendromu:

Miyofasyal ağrı sendromu (MAS), kas ve/veya fasiyalarda tetik nokta (trigger point) ve gergin bantların (taut band) varlığı ve bu noktaların uyarılması ile yansıyan ağrı, duyuşal değişiklikler ve lokal seğirme cevabının (local twitch response) gelişmesi ile karakterize bir yumuşak doku romatizması (nonartiküler romatizma) veya bölgesel ağrı sendromudur (39) .

İnsidansla ilgili olarak literatürde oldukça değişken sonuçlar vardır. Kas-iskelet sistemi şikayetleri ile başvuran hastaların %30-50'sinde MAS' a ait şikayetlerin olduğu bildirilmiştir.

Kronik ağrı merkezlerinde yapılan çalışmalarda bu oran %85 olarak bildirilmiştir. Bunda yüksek oranda aktif ve latent tetik noktalarının dikkate alınmasının da rolü vardır. Ağrı ile başvuran hastalarda ise akut miyofasyal ağrı %10-31 oranında saptanmıştır. Toplumdaki prevalansı %12 olan MAS'nin en çok 30-49 yaşlar arasında görüldüğü ve erkeklere oranla kadınlarda 2 kat daha fazla geliştiği bildirilmiştir (40) .

Sarkoplazmik retikulum yırtılması ile iyonize kalsiyum salınır, spontan aktivite artar ve bu durum sarkomerlerde kısalmaya neden olur. Sarkomerlerdeki kısalma da lokal dolaşımı bozarak anemik hipoksiye neden olur. Böylece bir ağrı-spazm-iskemi-ağrı kısır döngüsü gelişir. Germenin en önemli amacı da sarkomerlerdeki bu kısalmayı, normale döndürmektir. Tetik noktalardan köken alan impulsların sinir sistemini bombardımana uğratarak lokal ve yansıyan ağrı ile ek fenomenlere yol açtığı bildirilmektedir (42).

Elektrofizyolojik ve fizyopatolojik bazı çalışmalarda, gergin bant alanlarında kas-sinir kavşağında aşırı asetil kolin salınımının etkili olabileceği bildirilmiştir. Kas hareketlerinin kısıtlanması, vazomotor değişiklikler, sempatik deşarj, ekstrasellüler sıvıda hormonal ve humoral değişiklikler ve stres; kas ve fasiyanın hassaslaşmasına neden olur. Tetik nokta ve etrafında gelişen vazomotor değişiklikler; ekstrasellüler alanda aljezik bradikinin ve prostaglandinlerin açığa çıkmasına ve pH değerlerinin değişmesine yol açar ve bu bölgeyi daha da hassaslaştırır. Tetik noktalarda yapılan bir çalışma da ise, EMG’de uzamış spontan aktivite saptanmıştır (45).

Gergin bantlar ise sarkomerlerin kısalması ile oluşmaktadır. Aktif ve pasif gerilme ile şiddetli ağrı gelişir. Gergin banttaki kas liflerinin geçici kontraksiyonu ile lokal seğirme (local twitch response) oluşmaktadır. Bu bulgu spinal refleks mekanizmalarla açıklanmakta olup, EMG ile gösterilebilmektedir ve tanı değeri büyüktür (40).

MAS tanısı hastanın öyküsü ve fizik muayenesi ile konur. Tetik nokta ve gergin bantlar tanıda önemlidir. Başlangıçta tetik noktanın gelişmesine neden olabilecek mekanik stres ve diğer faktörlerin sorgulanmasında yarar vardır. Neden olan faktörler ortadan kalkınca latent tetik nokta haline geçebilir ve ağrı olmayabilir. Ancak bu latent noktalarda palpasyonla ağrı ortaya çıkarılabilir. Postür ve musküler aktivite şiddeti etkiler. MAS’ da zaman içinde spontan iyileşmeler ve rekürrensler görülür. Ağrı künt ve yayılma özelliğine sahiptir ve gün içinde değişiklik gösterir. Tetik nokta palpasyonu ile sıçrama belirtisi (jump sign) ve lokal seğirme cevabı (local twitch response) alınır (43, 46) .

Ayırıcı tanıda en çok diğer nonartiküler romatizmalar dikkate alınmalıdır. Benzer kas ağrılarının olması ve ikisinin de sık görülmesi dolayısıyla fibromiyalji ile sık karışmaktadır.

Bununla birlikte patogenezi, bazı belirtiler ve fizik muayene bulguları ile birbirlerinden ayırt edilebilir. Fibromiyaljiye hassas noktaya (tender point) karşılık, MAS’de tetik nokta (trigger point) ve gergin bant (taut band) vardır. Fibromiyaljiye yaygın olan ağrı, MAS’de daha lokaldir. Ayrıca uykusuzluk, yorgunluk ve baş ağrısı gibi semptomlar daha çok fibromiyaljiye eşlik eder.

MAS’nin gelişiminde psikolojik faktörlerin rolü fibromiyaljiye olduğu kadar önemli değildir. Miyofasiyal ağrıda cilt bulguları nadirdir, fakat yayılan ağrı ve lokal seğirme cevabı tipiktir. Fibromiyaljiye ise kutanöz hiperemi ve deri katlama testi pozitifdir (40, 41, 43).

Tetik noktanın inaktivasyonu amacıyla germe ve sprey tedavisi yanında yüzeysel ve derin ısı yöntemleri, masaj, izometrik egzersiz, postizometrik relaksasyon, iskemik kompresyon, akupunktur ve elektrik stimülasyonu gibi fizik tedavi yöntemleri de uygulanmaktadır (40, 43).

Medikal tedavide çeşitli analjezik, miyorelaksan ve antidepresan ilaçlar kullanılmakla birlikte, etkinlikleri tartışmalıdır. Tedavide önemli bir nokta da olayı kronikleştiren veya devam ettiren faktörlerin ortadan kaldırılmasıdır. Bu faktörler arasında postür bozuklukları, ekstremiteler uzunluk farkları, vitamin B1, B6, B12 eksiklikleri, elektrolit bozuklukları, kronik enfeksiyonlar, bazı inflamatuvar, metabolik ve endokrin hastalıklar ile tazminat beklentisi, sekonder kazanç, anksiyete, depresyon, öğrenilmiş ağrı davranışı ve psikosomatik bozukluklar gibi psikolojik faktörler sayılabilir.

2.Kronik Yorgunluk Sendromu:

Kronik yorgunluk sendromu (KYS); açıklanamayan ve en az 6 ay süren yorgunlukla beraber, uyku bozukluğu ve psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiği, kronik, sakatlayıcı ve tedavisi zor bir kas iskelet sistemi hastalığıdır. KYS daha çok kadınlarda ve 30-40 yaş arasında sık görülür.

FMS benzer semptomlarla kendini gösterebilen kronik yorgunluk sendromu (KYS) ile sıklıkla örtüşebilmektedir. FM’li hastalarda topluma oranla daha sık, kronik, açıklanamamış teşhisler vardır, örneğin; irritabl bağırsak sendromu, çoklu kimyasal aşırı duyarlılık, temporomandibuler eklem disfonksiyonu, interstisyel sistitis ve psikiyatrik tanılar gibi.

Sosyodemografik, immünolojik ve psikiyatrik çalışmalar bu iki sendrom arasındaki çeşitli benzerlikleri ortaya koymaktadır. KYS, genellikle önceden sağlıklı olan orta yaşlı kadınlarda görülür (14, 15, 16).

KYS ve fibromyaljide benzer nöroendokrin, psikiyatrik ve beyin görüntüleme bulguları gösterilmiştir. Magnetik rezonans görüntüleme teknikleri ile, kontrol grubuna göre KYS'lu hastalarda subkortikal beyaz madde anomalileri ve ventriküllerde genişleme tesbit edilmiştir.

Hastalığın günümüzde en sık kullanılan tanı kriterleri, 1994'de ABD'de, Fukuda ve arkadaşlarının yayınladıkları tanı kriterleridir.

Major semptomlar:

- . Yorgunluk; En az 6 ay sürmeli
- . Kronik yorgunluk için saptanabilen bir başka neden olmaması

Minör semptomlar:

- . Boğaz ağrısı, ağrılı lenfadenopati, hafif dereceli yüksek ateş, fotofobi, egzersiz sonrası 24 saatten fazla süren yorgunluk, nörofizyolojik semptomlar (tekrarlayan yaygın baş ağrısı ve depresyon), uyku bozukluğu, eklem ağrıları, kas ağrıları, kaslarda güçsüzlük.

Fiziksel bulgular:

Düşük dereceli ateş (36,7- 38,6 C)

Noneksudatif farenjit,

Palpe edilebilen lenf düğümleri,

Tanı kriterleri :

-Major semptomlara ilave olarak 6 veya daha fazla minör semptom ve 2 fizik muayene bulgusu

veya

-Major semptomlara ilave olarak 8 veya daha fazla semptom varsa tanı konur.

Fukuda ve arkadaşları ile Holmes ve arkadaşları, son 6 aydır var olan yorgunluğun eşlik ettiği en az 4 minör semptom varlığını şart koşmuşlardır. Bu nedenle kronik yorgunluk sendromu (KYS) tanısı; en az 6 aydır var olan, yeni başlayan, yatak istirahati ile geçmeyen yorgunluk ve en az 4 minör bulgu (unutkanlık veya konsantrasyon bozukluğu, boyun ağrısı, adenopati, miyalji, artralji, yeni var olan baş ağrısı, dinlendirmeyen uyku, egzersiz sonrası yorgunluk) olarak tariflemiştir.

KYS tanısı konan olguların %70'inde fibromyalji kriterleri de bulunmaktadır. Fibromyaljili hastaların %30-70'i ise KYS tanısını karşılamaktadırlar. KYS'lu hastalar da, fibromyaljili hastalarda ileri sürüldüğü gibi depresyona eğilimlidirler. Konuyla ilgili 26 çalışma, KYS'luların üçte ikisinde majör depresif bozukluk belirtileri bulunduğunu, yarısının ise geçmişte en az bir majör depresyon epizodu geçirmiş olduğunu göstermektedir. KYS ile depresyon semptomları kısmen örtüşmesine rağmen, KYS'lu hastalarda depresyon için tipik olmayan boğaz ağrısı, lenfadenopati ve aktivite sonrası halsizlik gibi semptomlar bulunur. Depresyonda görülen anhedoni, suçluluk, motivasyon azlığı gibi semptomlar yoktur.

KYS tedavisi multidisiplinerdir. Amaç; immün sistem fonksiyonunu düzenlemek besin desteği sağlamaktır. Trisiklik antidepresanlar ağrı kontrolünde, depresyon ve uyku düzenlenmesinde faydalıdır. Diğer antidepresanlar da faydalı olabilmektedir. Nonsteroid antiinflatuar ajanlar; artralji, miyalji ve baş ağrısında kullanılırlar.

3. Polimiyaljika romatika:

Boyun, omuzlar ve pelvis kaslarında bir aydan fazla süren ağrı ve sabah sertliği yakınmaları ile kendini gösteren bir sendromdur. Hastaların yaşı 50'nin üzerindedir. Hastalar yataktan güçlükle kalkar, halsizlik, iştahsızlık, zayıflama ve ateş gibi sistemik yakınmaları da vardır. Fizik muayenede önemli bir bulgu saptanmaz. Kas kuvveti normal, ancak proksimal kaslar sıkılaşma ile ağrılıdır. Sedimentasyon genellikle 1 saatte 50mm üzerindedir. Anemi ve alkali fosfataz yüksekliği saptanır. Sabah sertliği ile birlikte ağrı, yaş ve sedimentasyon hızının 50'nin üzerinde olması ve ufak doz stroide iyi cevap tanı konmasını kolaylaştırır, fakat diğer yaygın ağrı nedenleri mutlaka ekarte edilmelidir.

Temporal arterit seyrinde de polimiyaljika romatika yakınmaları ortaya çıktığından başağrısı, çenede kladikasyon, temporal arterin ağrılı ve şiş olması gibi yakınma ve bulgular

varsa temporal arterit düşünmeli ve temporal arter biyopsisi yapılmalıdır. Yakınmalar 15-20 mg prednisolona birkaç gün içinde iyi cevap verir ve steroid dozu daha sonra yavaş yavaş azaltılır. Steroide birkaç ay-yıl, bazen hayat boyu devam etmek gerekebilir. Temporal arteritde ise steroid dozu daha fazladır.

4. Kanser: Yaygın ağrı nedenleri arasında hastanın yaş ve cinsiyetine uygun kanser olasılığını da düşünmek gerekir. Lösemilerde olduğu gibi yaygın infiltrasyona bağlı olarak yaygın eklem ve eklem dışı ağrılar oluşur. Yaygın tümör metastazları yine yaygın ağrıya neden olabilir. Tümör, paraneoplastik sendrom olarak da ortaya çıkabilir. Bunlar çeşitli endokrin sendromlar (Cushing, hiperparatiroidi) veya polimiyozit ve poliartrit gibi tablolardır.

5. Osteomalazi: Çocuklardaki karşılığı raşitizm olan bu tablo erişkinlerde güneşle çıkmayan, özellikle yaşlı ve malabsorbsiyonu olan hastalarda D vitamini emilimi bozulduğu için ortaya çıkar. Pelvis civarında daha fazla yaygın ağrı vardır ve hastalar ördek gibi yürürler. Kan kalsiyumu düşük veya normal, alkalen fosfatazı (kemik kökenli) ise yükselmiştir. Grafide osteoporoz ve yalancı fraktürler görülür. D vitamini ile tedavi edilir.

6. Hipotiroidi: Hipotiroidi yakınma ve bulguları yanında, organ ve dokularda mukoprotein birikiminden dolayı hastalarda sıkça karpal tünel sendromu, yaygın ağrı ve miyopatiye rastlanılır. Ellerde karıncalaşma ve uyuşma özellikle geceleri artar. Proksimal kaslarda kuvvetsizlik, sertlik, kramplar, hareketlerde yavaşlama yaygın ağrı ve sızı vardır. T3 ve T4 düzeyleri azalmış ve TSH ise artmıştır. Kas enzimleri yüksek bulunur.

7. Hiperparatiroidi: Yorgunluk, halsizlik, proksimal kas güçsüzlüğü, yaygın ağrı, sinirlilik, peptik ülser ve tekrarlayan böbrek taşları yakınmaları ile yüksek kalsiyum ve alkali fosfataz, düşük fosfor değerleri saptanır. Parathormon düzeyi de artmıştır. Grafide yaygın osteoporoz yanında özellikle el orta falanks radyal tarafta subperiostal resorpsiyon alanları ve erozyonlar, ileri devrede ise osteitis fibrosa sistika tablosu çıkar.

8. Kas hastalıkları: Dermatomyozit ve polimiyozit gibi inflamatuvar kas hastalıklarında ağrıdan daha çok proksimal kas gücündeki azalma ana yakınmadır; hasta kolunu ve bacağına kaldıramaz. Nekrotizan vaskülitlerin (PAN-poliarteritis nodosa) ve kollejen doku (SLE-sistemik

lupus eritematosus, SS-sistemik sklerosis) hastalıkları seyrinde de yaygın ağrı ve miyozit görülebilir.

TEDAVİ

FMS’de sorunların hastadan hastaya farklılık göstermesi nedeni ile karmaşık bir spektrum vardır. Bu nedenle tüm hastalara etkili bir tedavi stratejisi yoktur. Tedavide multidisipliner çalışılmalı, ekipte fiziyatristin yanı sıra psikolog, sosyal hizmet uzmanı, uğraşı terapisti, masör, endokrinolog ve diyetisyen bulunmalıdır (31).

FMS’de tedavi prensipleri Tablo 2’de gösterilmiştir (32).

Tablo 2: Fibromiyalji Sendromunda Tedavi Prensipleri

1. Hekimin pozitif empatik yaklaşımı
2. Doğru tanı konulması
3. Eşlik eden hastalıkların tanı ve tedavisi
4. Hastanın eğitimi ve endişelerinin giderilmesi
5. Semptomları şiddetlendiren faktörlerin tanımlanması ve ortadan kaldırılması
6. Kişisel tedavi planı çizilmesi
7. Uygunun düzenlenmesi ve kalitesinin artırılması
8. Fiziksel aktivitenin basamaklı artırılması
9. Medikal (Farmakolojik) tedavi
10. Non-medikal (Farmakolojik olmayan) tedavi yaklaşımları
11. Multidisipliner yaklaşım

FMS’li hastaların 1/3’ünde randomize klinik çalışmalarda, medikal ve nonmedikal yöntemlerle anlamlı düzelme bildirilmiştir (48).

A) Medikal Tedavi Yöntemleri

1-Trisiklik Antidepresanlar (TAD): Amitriptilin veya siklobenzapirin FMS tedavisinde etkilidir. Bu ilaçlar santral ve periferel mekanizmalarla etkili olurlar. Bu etkiler, seratoninin 5-Hidroksi indol Asetik Asit'in oksidatif metabolizmasını inhibe ederek beyinde seratonin veya öteki aminleri arttırmak, endojen opioidler, uykunun IV. fazına direk etki, santral sinir sisteminde motor aktivitenin ve dolayısıyla kas spazminin azaltılması, antikolinerjik etkiler ve depresyonun düzeltilmesi yoluyla olur. TAD, özellikle siklobenzapirinin EMG'de kas spazmını azalttığı gösterilmiştir. İlginç olarak bu etki iskelet kası üzerine direk olarak değil, daha çok beyin sapı yoluyla (48).

2. Selektif Seratonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI): Bu ilaçlar trisiklik antidepresanlardan daha az etkili bulunmuştur. FMS'de fluoksetin, amitriptilin ve plasebo karşılaştırılmış ve hem amitriptilin hem de fluoksetinin FMS'li hastalarda semptomları azaltmada etkin olduğu ve aynı anda verildiğinde ayrı ayrı verilmesine oranla daha etkili olduğu görülmüştür.

3. Non Steroid Antiinflatuvar İlaçlar (NSAID) ve Glukokortikoidler: NSAID'lerin FMS'de sınırlı kullanımı mevcuttur. FMS'li hastaların tedavisinde ağrı yakınmaları için NSAID başlanmasına rağmen, uzun dönem tedavide FMS ile ilişkili ağrıda çok ümit vaat etmez. Benzer olarak glukokortikoidler de FMS tedavisinde etkisizdir (49).

4. Duyarlı Nokta Enjeksiyonu: Her bir duyarlı noktaya 0,5-1 ml prokain/metilprednizolon karışımı enjekte edilir. Başlangıç etkisi dramatiktir. Bu dönemde hasta egzersiz programını sorunsuz sürdürebilir. Bu etki 1-2 hafta sürer. Enjeksiyonlar 2-3 ay geçmeden tekrarlanmamalıdır (48).

5. Sempatik Blokaj: FMS hastalarında bupivokainle stellat gangliyonun bölgesel sempatik blokajının tetik nokta ve etkilenen alanda istirahat ağrısını azalttığı gösterilmiştir. Guanetidinle intravenöz bölgesel sempatik blokaj ile tetik noktalar azalmıştır. Bununla birlikte pratik tedavi seçeneği değildir (49).

6. Diğer Medikasyonlar: S-adenozil-methionin (SAM) beyinde bazı metilasyon reaksiyonları için bir metil donörü olup antidepresan özellikleri de vardır. SAM FMS'li hastalarda plasebodan daha etkili bulunmuştur (49). FMS tedavisinde büyüme hormonu da denenmiş ancak bu tedavi şekli pek kabul görmemiştir (48). Santral analjezik etkili tramadol 200-300

mg/gün dozunda FMS tedavisinde kullanılmasıyla oldukça başarılı sonuçlar bildirilmiştir. İkinci jenerasyon antikonvülsan olan pregabalin FMS tedavisinde ümit verici görünmektedir (2).

B) Non-Medikal Tedavi Yöntemleri

1-Eğitim: FMS tedavisinde hasta eğitimi önemli bir yer tutmaktadır. Eğitim, görsel ve yazılı materyaller kullanılarak bireysel veya grup halinde yapılabilir. Eğitimler sırasında FMS'nin nasıl bir hastalık olduğu, belirtileri, tedavi seçenekleri, hastalığın gidişatı ve doğası açıklanmalı ve güven verilmelidir. Uyku kalitesinin artırılması ve bireyin tedaviye aktif katılımının önemi vurgulanmalıdır. Ayrıca hasta eğitimi ile hastaya semptomlarla başetme becerisini kazandırmak, anksiyeteyi azaltmak, tedavi programlarına uyumu arttırmak, başa çıkma davranışlarını ve öz-yeterliliği geliştirmek, dikkati semptomlardan iyileşen işlevlere ve yaşam kalitesine çevirmek hedeflenmektedir (50). Anksiyete, depresyon, stres, mevsimsel değişiklikler, uyku bozukluğu, çalışma koşulları, kötü postür, travma gibi faktörlerin şikayetleri artırabileceği belirtilmelidir (51). Hastalara ağrılarının çok olmasına rağmen bu durumun kendilerinde herhangi bir doku hasarına yol açmayacağı, hayatı tehdit eden bir durum olmadığı, sakatlığa, deformiteye neden olmayacağı açıkça anlatılmalıdır (51, 52, 53). FMS tedavisinde iyi eğitilmiş, semptomlarla baş etme becerisini kazanan hasta başarılı bir tedavi ekibinin en önemli parçasıdır. En başarılı eğitim programları sağlıklı davranışlara dayanarak öz-yeterliliği vurgular ve içerik olarak çok disiplinli olan kendi kendine tedavi teorisi üzerine kurulmuştur. Kendi kendine tedavinin etkinliği başta hastaların özgül düşünme kalıplarını değiştirme yönündeki kendi inanışlarına dayalıdır ve sonuç olarak semptomların azalması veya kaybolmasına neden olur. Duygulanımın kontrolü olarak tanımlanabilecek bu durum için öz-yeterlilik terimi kullanılmaktadır (52). Öz-yeterliliği daha fazla olan hastalar rehabilitasyon programlarına daha iyi uyum sağlamakta ve daha olumlu sonuçlar elde edebilmektedirler (54). FMS'lu hastaların tedavisinde yoğun eğitimin etkin olduğu yönünde güçlü kanıtlar mevcuttur. Hasta eğitimi uygulanan FMS' lu hastalar ile tedavi edilmeyen veya egzersiz verilen kontroller randomize kontrollu araştırmalar ile karşılaştırmıştır. Eğitim, gruplara konferanslar, yazılı materyaller, grup tartışmaları ve demonstrasyonlar şeklinde gerçekleştirilmiştir. Eğitim süresi genellikle 6 -17 oturum arasındadır. Eğitim gruplarında ağrı, uyku, yorgunluk, öz-yeterlilik, yaşam kalitesi ve 6 dk yürüme testi gibi parametrelerin 1 ya da daha fazlasında iyileşme olduğu gözlenmiştir (55).

Gowans ve ark yüksek kaliteli olarak tanımlanan araştırmalarında eğitim ve aerobik program uygulanan hastalarda sırada bekleyen kontrol grubundaki hastalara göre aerobik performans , global iyilik hali, yorgunluk ve uykuda anlamlı düzeyde olumlu olduğunu bildirmişlerdir (56).

2- Bilişsel Davranış Tedavisi (BDT): BDT, bir hastanın deneyimlere verdiği reaksiyon ve maladaptif baş etme alışkanlıklarını onarma yollarını, etkin baş etme alışkanlıklarına dönüştürmeyi inceler. FMS’de BDT ile yapılan çalışmalarda düzelme görölmüşür. BDT’nin semptomları ve kendi hastalıklarını daha iyi kontrol edebilmelerini sağladığı öne sürlmüşür. Egzersiz programları gibi diğer tedavi yöntemlerine de katılımlarını arttırdığı gösterilmiştir (57).

3- Egzersiz: FMS tedavisinde egzersizin temel etki ve hedefleri kondisyonun geliştirilmesi, mikrotravmalara direncin artması, güç, endurans ve esneklik kazanılması, gevşeme ve ağrı modülasyonu etkileri ve genel aktivitenin daha yüksek düzeylere çıkarılması olarak sıralanabilir. Kardiyovasküler kondüsyon egzersizlerinin olumlu etkileri kaslarda kan akımı artışına yol açması ve Santral Sinir Sistemine etki eden endojen opioidlerin aktivasyonu yolu ile hipotaljeziye yol açmasından kaynaklanır. Egzersiz aynı zamanda adrenokortikotropik hormon ve kortizol düzeylerinde artışa yol açar ve bu yolla yine analjezi sağlanır. Tedavide yararlanılan başlıca egzersizler tüm vucut aerobik egzersizleri, bisiklet, dans, yürüme, havuz egzersizleri, germe ve güçlendirme egzersizleridir (58, 59). Egzersizin tipi ve şiddeti kişiye göre ayarlanmalıdır (32).

FMS tedavisinde başlıca önerilen aerobik egzersizler, yürüme, yüzme, bisiklet, su içi aerobik egzersizler olarak sayılabilir. Başlangıçta egzersizin yoğunluğu ve miktarı bireyin fiziksel ve dayanıklılık seviyesine göre ayarlanmalıdır. Hedef kalp hızında 20-30 dakikalık, haftada 2-3 defa, en az 4-6 hafta süresince aerobik egzersiz önerilmektedir (60).

4-Fizik Tedavi Yöntemleri: Fizik tedavi genellikle ağrının giderilmesine yönelik olmaktadır (61). Bu amaçla başta Transkutan Elektriksel Sinir Uyarımı (TENS) olmak üzere ultrason, lazer, diğer alçak frekanslı akımlar, buz masajı, lokal sıcak uygulamaları, masaj ve manipulasyonlar kullanılmaktadır (32). Bu tedavi yöntemlerinin etki mekanizması Melzack ve Wall tarafından ortaya atılan “kapı kontrol teorisi” ile açıklanabilir. Buna göre, A alfa, beta ve gama lifleri gibi kalın çaplı dokunma ve derin duyuyu taşıyan lifler taşıyan liflere karşı geçiş kapısının

kapatılması sağlanır. Dolayısıyla, kalın çaplı sinir uçlarını uyaran birçok fizik tedavi ajanı ile bu etki mekanizması devreye girecektir. Ayrıca talamusa ve serebral kortekse çıkan uyarıların, inen ağrı supresyon sistemindeki nöronlardan substansia jelatinozaya endojen opiyat niteliğinde bir madde salgılanmasına neden olduğu kabul edilmektedir. Bu maddenin nosiseptif sinapslardaki iletimi inhibe edici özellik gösterdiği ve bu yolla da analjezi sağlandığı düşünülmektedir (62, 63).

5- Diğer Tedaviler: Akupunktur, hidroterapi, biofeedback, masaj ve ılık su banyoları etkili olabilir (50). FMS'li hastaların elektromiyografi (EMG), biofeedback, hipnoterapi ve meditasyon yöntemlerinden de fayda gördükleri gösterilmiştir (32).

C) Multimodal Tedavi Yaklaşımları

Tedavi bileşenleri bilişsel-davranışsal tedavi (BDT) ve diğer bilişsel psikoterapiler, eğitim ve egzersiz programlarına ek olarak özgül teknikler ve ilaç tedavilerinden oluşmaktadır. Optimal FMS tedavisi hastanın eğitimi ve endişelerinin giderilmesi, semptomları arttıran faktörlerin tespit edilmesi ve ortadan kaldırılması, eşlik eden hastalıkların tedavisi, farmakolojik ve non farmakolojik tedavilerin (fiziksel, bilişsel ve davranışsal tedaviler) uygun kombinasyonu ile mümkündür. En etkili tedavi kişisel tedavi programının oluşturulmasından geçer(32). Tedavi semptomlara yöneliktir. Amaç ağrının azaltılması ve işlevselliğin artırılmasıdır.

OLGULAR VE YÖNTEM

Çalışmaya Ocak 2012- Nisan 2012 tarihleri arasında Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran ACR tanı kriterlerine göre tanısı konmuş Fibromiyalji hastaları dahil edildi.

Çalışmaya alınma kriterleri:

- 1) ACR 1990 kriterlerine göre FMS tanısı konan hastalar.
- 2) Rutin testleri (ESH, hemogram, tam biyokimya, tiroid fonksiyon testleri) normal olan hastalar.

Çalışmaya alınmama kriterleri:

- 1) Bilinen bir sistemik, metabolik, endokrin, tümöral, infeksiyöz, nörolojik veya kardiyovasküler (hafif hipertansiyon hariç) hastalığı olanlar ile psikiyatrik anamnezi olanlar.

2) Malignite öyküsü olanlar, hamile olanlar.

3) Kanama diatezi olanlar

4) 18 yaş altı ve 60 yaş üstü olanlar.

Hastalar randomize edilerek 25 kişilik iki gruba ayrıldı. Hastalar çalışma ile ilgili bilgilendirildi ve etik onam alındı. Demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, boy, kilo, vücut kitle indeksi(VKİ)), eğitim düzeyi yanısıra semptom süresi, tanı süresi, sigara kullanımı, ilaç kullanımı açısından sorgulandı.

Hastaların rutin fizik muayene, kas-iskelet sistemi muayenesi ve nörolojik muayenesi yapıldı. Tedavi sonrası yapılan değerlendirmeler ise, hasta eğitimi ve egzersizin etkilerini tedaviden 8 hafta sonraki kontrolde algolojik, psikolojik, yaşam kalitesi ve fonksiyonel açıdan saptamaya yönelikti.

Tüm bireyler klinik bulgular, depresyon için Beck depresyon ölçeği (BDÖ), fonksiyonel durum için Fibromiyalji etki skalası (FES), ağrı eşiği ölçümleri Visuel Analog Scala (VAS) , yaşam kalitesi Nottingham Sağlık Profili (NSP) ile değerlendirildi.

Baş ağrısı, uyku bozukluğu, parastezi, subjektif eklem şişliği, kadın üretral sendrom ve irritabl barsak sendromu değerlendirimi ise var-yok şeklinde yapıldı. Hassas nokta tayini FMS tanı kriterlerinde belirtilen 18 noktaya baş parmak ile tırnak yatağı solacak şekilde yaklaşık 4 kg'lık kuvvet uygulanarak yapıldı. Olguların çalışma süresince parasetamol dışında analjezik ilaç kullanmasına izin verilmedi.

Çalışmaya alınma kriterlerine sahip 60 olgu, rastgele olarak 30'ar kişilik 2 gruba ayrıldı.

Hasta Eğitimi:

Hasta eğitimi (HE), standart metinler ve görsel slaytlar kullanılarak hazırlanan 1 saatlik bir seminer programı ile fizik tedavi ve rehabilitasyon asistan doktoru tarafından verildi. Hastalar 10'ar kişilik gruplara bölünerek toplam 3 kez seminer düzenlendi. Hasta eğitim seminerinde şu konulara dair bilgi verildi:

- 1) Fibromiyalji nedir?
- 2) Fibromiyalji belirtileri nelerdir?
- 3) Fibromiyalji tanısı nasıl konur?
- 4) Fibromiyaljinin nedeni nedir?
- 5) Fibromiyalji hastalığında tedavi yöntemleri nelerdir?

Egzersiz tedavisi: Her iki gruba aynı egzersiz programı olmak üzere haftada en az 3 gün 40 dakika süre ile: 20 dakika aerobik egzersiz (tempolu yürüme) ve 20 dakika aktif eklem açıklığı (EHA), germe, kuvvetlendirme ve gevşeme egzersizleri verildi. Hastalara germe ve gevşeme egzersizleri teknikleri fizyoterapist tarafından öğretildi. Olguların değerlendirilmesi başlangıçta ve tedavinin 8. haftasında yapıldı. Değerlendirme parametreleri şunlardı:

Demografik özellikler: Hastaların boy, kilo, Vücut kütle indeksi (BMI) değerleri, medeni durumları, çocuk sayısı, mesleki durumları, eğitim durumları, alkol ve sigara kullanımı, ağrılı alanlar, eşlik eden şikayetler, şikayetlerin başlama zamanı, şikayetlerin başlangıcında önemli bir hadise varlığı, ağrıyı arttıran olaylar, ağrıların başlama bölgesi, daha önce gittiği doktorlar, daha önce kullandığı medikal tedaviler (doz, süre, etki), daha önce medikal tedavi dışında yapılan tedaviler standart formda sorgulandı.

Tedavi izleminde kullanılan değişkenler:

A) Ağrı: Hastaların ağrı değerlendirimi 10 cm'lik **Visual Analogue Scale (VAS)** ile yapıldı. (Hiç ağrı olmaması 0, dayanılamayacak düzeyde şiddetli ağrı 10). Hastalardan ağrılarını 10 cm'lik çizgi üzerinde işaretlemeleri istendi (64).

B) Yorgunluk: Hastaların yorgunluk değerlendirimi 10 cm'lik **VAS ile yapıldı** (Hiç yorgunluk olmaması 0, hissedilen en şiddetli yorgunluk 10). Hastalardan yorgunluk düzeylerini 10 cm'lik çizgi üzerinde işaretlemeleri istendi.

C) Depresyon: Beck Depresyon Ölçeği: 1967 yılında Beck tarafından geliştirilmiştir. Toplam 21 sorudan oluşur. Anket şeklinde düzenlenen bu ölçekte, hastalardan kendilerine en uygun olan cümleyi seçmeleri istenir. Her madde 4 cümleden oluşur. Bu ölçeği oluşturan cümleler tedaviye alınan depresyon hastalarının ifadelerinden oluşturulmuştur. En yüksek puan 63'tür. 0 -13 puan arası depresyon yok, 14 -24 puan arası orta derecede depresyon, 25 puanın üzeri ciddi depresyon olarak değerlendirilir (64).

D) Fonksiyonel değerlendirme:

Fibromiyalji Sendromu etki sorgulaması formu (Fibromyalgia Impact Questionnaire, FIQ): Burchardt ve arkadaşları tarafından FMS hastalarında fonksiyonel durumu ölçmek amacıyla

geliştirilmiştir. Fiziksel fonksiyon, kendini iyi hissetme hali, işe gidememe, işte zorlanma, ağrı, yorgunluk, sabah yorgunluğu, tutukluk, anksiyete ve depresyon olmak üzere 10 ayrı özelliği ölçer. Kendini iyi hissetme özelliği hariç, düşük skorlar iyileşmeyi veya hastalıktan daha az etkilenildiğini gösterir (65). FIQ hasta tarafından doldurulur ve tamamlanması yaklaşık 5 dakika sürer. Talimatlar basittir. Her 10 alt başlığın maksimum olabilecek skoru 10'dur. Böylece toplam maksimum skoru 100'dür. Ortalama bir FM hastası 50 puan alırken, ağır etkilenmiş bir hasta genellikle 100'ün üzerinden puan alır. İlk başlık 11 soru içerir ve fiziksel fonksiyon skalasını oluşturur. 11 soru skorlanır ve 1 fiziksel engellilik toplam skoru elde edilir. Her alt başlık 4'lü Likert tip skala ile puanlanır. Her alt başlık 0 (her zaman) . 3 (hiçbir zaman) arası puanlanır ve maksimum puan 33 olabilir. Hasta tarafından işaretlenen soruların puanları toplanır, soru sayısına bölünür ve 0-3 arası bir ortalama sonuç elde edilir. 2. başlık ters olarak skorlanır böylece daha yüksek skor engellilik anlamına gelmiş olur. (örnek: 0=7 , 1=6 , 2=5 , 3=4 ,4=3, 5=2 , 6=1, 7=0). Ortalama skor 0-7 arası olacaktır. Üçüncü başlık direkt olarak puanlanır (örnek: 7=7 , 0=0). Ortalama skor 0-7 arası olacaktır. 4 -10 arası sorular hasta tarafından 10 aşamalı puanlanır, skor her soru için 0-10arasında puan alır. Hasta bir soruda eğer 2 rakam arasını işaretlerse 0.5 puan anlamına gelir. Her sorudan elde edilen cevaplar toplanıp toplam sonuç elde edilebilmesi için bir normalizasyon prosedürüne ihtiyaç duyar. Normalize edilmiş skorlar 0-10 arası puanlanmış olur ve 0= engellilik yok ve 10= maksimum engellilik anlamına gelir.

Tablo 3: Fibromiyalji Sendromu etki sorgulaması formu toplam puan hesaplanması:

Alt başlık	Numara	Tersine çevirme işlemi	Skor(S) aralığı	Normalizasyon
Fiziksel engellilik	1	Hayır	0-3	S X 3.33
İyi Hissetmeme	2	Evet	0-7	SX1.43
İş günü kaybı	3	Hayır	0-10	SX1.43
İş yapabilme	4	Hayır	0-10	Yok
Ağrı	5	Hayır	0-10	Yok
Yorgunluk	6	Hayır	0-10	Yok
Dinlenmişlik	7	Hayır	0-10	Yok
Tutukluk	8	Hayır	0-10	Yok
Anksiyete	9	Hayır	0-10	Yok
Depresyon	10	Hayır	0-10	Yok

Eğer hasta tüm soruları yanıtlamamışsa elde edilen toplam sonuç 10'la çarpılıp işaretlenen soru sayısına bölünür (41). Türkçe geçerlilik çalışması Sarmer ve ark. tarafından yapılmıştır (36).

F) Yaşam kalitesi:

Nottingham Sağlık Profili (NSP) : Genel yaşam kalitesi ölçeği olarak Nottingham Sağlık Profili formu kullanıldı. Kişinin kendisinin algıladığı sağlık durumunu fiziksel, emosyonel ve sosyal açılardan ölçmeyi amaçlayan jenerik bir genel sağlık durumu (sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi) ölçeğidir (47). Skordaki artış yaşam kalitesinde azalmayı gösterir. NSP; hasta tarafından algılanan emosyonel, sosyal ve fiziksel sağlık problemleri değerlendiren 6 alt bölümden oluşmaktadır: 1- Enerji düzeyi (3 alt parametre) 2- Ağrı (8 alt parametre) 3- Fiziksel aktivite (8 alt parametre) 4- Uyku (5 alt parametre) 5- Emosyonel reaksiyonlar (9 alt parametre) 6- Sosyal izolasyon (5 alt parametre) Anket toplam 38 sorudan oluşur. Sorular evet/hayır şeklinde cevaplandırılır. Ankette o andaki yakınmalar sorgulanır. Belirli alanlara verilen pozitif cevapların belirlenmiş puanlama cetveli vardır ve bu puanların toplamı şiddeti değerlendirir. Her bir alt kategorinin toplam puanı 100'dür. Alt kategorilerin toplamı bir profil olarak

verilebilir. Nottingham Sağlık Profili'nin Türkçeye adaptasyonu ve psikometrik özellikleri Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından 1997 yılında çalışılmıştır (67). Çalışmaya dahil edilen tüm olgularda Nottingham Sağlık Profili'nin 6 alt parametresi ayrı ayrı hesaplanmıştır.

Toplam 50 hasta hem ilk, hemde 8 hafta sonundaki değerlendirmeye katıldı. İkinci değerlendirmeye Grup I'den 4 hasta ve Grup II'den 6 hasta katılmadı.

İstatistiksel Analizler:

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.00 programı kullanıldı. Normal dağılım

gösteren parametrelerin grup içi karşılaştırmalarında paired sample t testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin grup içi karşılaştırmalarında ise Wilcoxon işaret testi, gruplar arası

karşılaştırmada Mann-Whitney U testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında gruplar

arasında kategorik değişkenler açısından fark olup olmadığı Ki-Kare testi ile belirlendi. Hasta ve

kontrol grubunun ortalamalarının karşılaştırmalarında student-t testi, hasta grubunda değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemede Pearson korelasyon testi ve Fisher kesin khi-kare testi

kullanıldı. Analizler $P < 0.05$ ise anlamlı kabul edildiler. Sonuçlar ortalama $\pm$ standart sapma olarak verildi.

BULGULAR

Çalışmayı toplam 50 hasta tamamladı (Grup I: 26, Grup II: 24). Grupların demografik özellikleri tablo 4 ve tablo 5'de gösterildi. Hastaların yaş ortalaması Grup I'de $41,5 \pm 8,76$ iken, Grup II'de $39,5 \pm 10,6$ idi. Vücut kitle indeksi (BMI) ortalamaları ise Grup I'de $26,15 \pm 4,23$ iken Grup II'de $27,19 \pm 3,73$ idi. Gruplar arasında demografik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p > 0.05$).

Tablo 4: Gruplara göre demografik özelliklerin karşılaştırılması (ortalama $\pm$ SD)

	GRUP 1	GRUP 2	p
Yaş	41,50 $\pm$ 8,76	39,5 $\pm$ 10,60	0,05
BMI	26,15 $\pm$ 4,23	27,19 $\pm$ 3,73	0,05
Hastalık süresi	4,58 $\pm$ 4,00	5,04 $\pm$ 4,15	0,05
Ağrılı nokta sayısı	13,35 $\pm$ 1,29	13,71 $\pm$ 1,46	0,05

Tablo5:Demografik özelliklerin karşılaştırılması

		GRUP1 (n=26)		GRUP 2 (n=24)		p
		%	n	%	n	
Cins	Kadın	100	26	95,6	23	>0,05
	Erkek	-	-	4,4	1	
Eğitim	İlkokul	53,8	14	54,2	13	>0,05
	Ortaokul	3,8	1	4,2	1	
	Lise	23,1	6	23,2	7	
	Üniversite	19,2	5	12,5	3	
Sigara		19,2	5	12,5	3	>0,05
Meslek	Ev hanımı	65,4	17	79,2	19	
	Öğretmen	19,2	5	12,5	3	
	Öğrenci	-	-	4,2	1	
	Diğer	15,4	4	4,2	1	
Medeni hal	Evli	88,5	23	87,5	21	>0,05
	Bekar	11,5	3	12,5	3	

n: olgu sayısı

TABLO 6:Gruplara göre semptomların karşılaştırılması

SEMPTOMLAR	GRUP1		GRUP2		P değeri
	n=26	%	n=24	%	
Başağrısı	23	88,5	23	95,8	>0,05
Yorgunluk	26	100	23	95,8	>0,05
Geç uyanma	24	92,3	19	79,2	>0,05
Ağız kuruluğu	19	73,1	16	66,7	>0,05
Ellerde uyuşma	20	76,9	22	91,7	>0,05
Ellerde şişme	25	96,2	20	83,3	>0,05
Reynaud's sendromu	7	26,9	9	37,5	>0,05
Çarpıntı	12	46,2	11	45,8	>0,05
Uyku problemi	16	61,5	18	75	>0,05
Pollakiüri	9	34,6	10	41,7	>0,05
Konstipasyon	15	57,2	7	29,2	>0,05
Sabah tutukluğu	24	92,3	18	75	>0,05
Karın ağrısı	6	23,1	7	29,2	>0,05

Başağrısı, yorgunluk, geç uyanma, ağız kuruluğu, ellerde uyuşma ve şişlik hissi, Raynaud sendromu, çarpıntı, uyku problemi, pollakiüri, kabızlık, sabah tutukluğu, karın ağrısına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 7: Grup içi ve gruplararası VAS AĞRI karşılaştırması

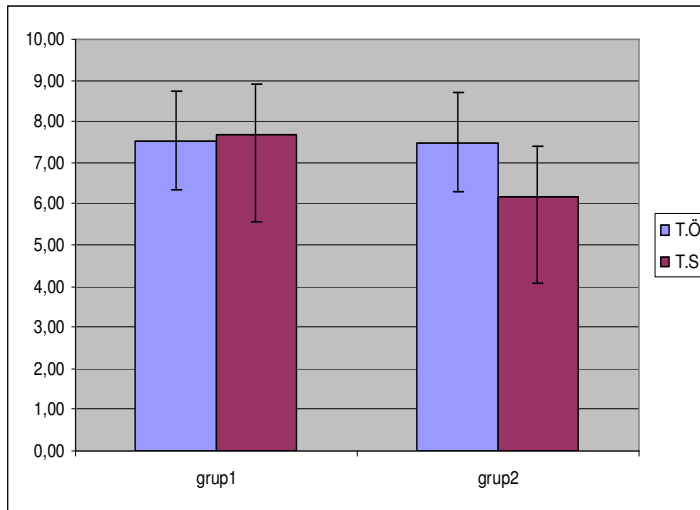
VAS-ağrı	Grup1	Grup2	p
TÖ	7,52±1,45	7,38±1,17	>0,05
TS	7,54±1,17	6,17±1,97	>0,05
Fark (TS-TÖ)	0,04±1,66	-1,21±2,11	<0,05
p	>0.05	<0,05	

Gruplar arasında tedavi öncesi VAS-ağrı değerleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$) (Tablo 7).

Gruplar arasında tedavi sonrası VAS-ağrı değerleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 7).

Grup 1'in tedavi öncesine göre tedavi sonrası VAS-ağrı sonuçlarında görülen artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Grafik 1).

Grup 2'nin tedavi öncesine göre tedavi sonrası VAS-ağrı sonuçlarında görülen azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$)(Grafik 1).



Grafik 1:Gruplara göre VAS-ağrı dağılım

Tablo 8: Grup içi ve gruplararası VAS- Yorgunluk karşılaştırması

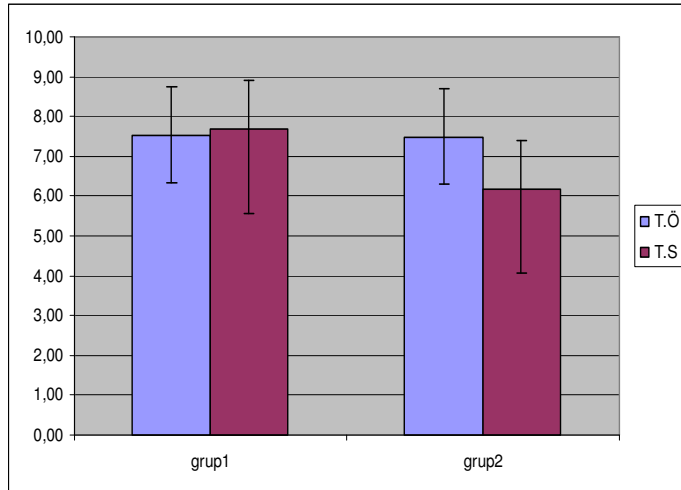
VAS-yorgunluk	Grup1	Grup2	p
TÖ	7,54±1,21	7,50±1,18	>0,05
TS	7,69±1,23	6,17±2,12	<0,05
Fark (TS-TÖ)	0,15±1,59	-1,33±2,22	<0,05
P	>0,05	<0,05	

Gruplar arasında tedavi öncesi VAS yorgunluk değerleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$) (Tablo 8).

Gruplar arasında tedavi sonrası VAS yorgunluk değerleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 8).

Grup 1'in tedavi öncesine göre tedavi sonrası VAS yorgunluk sonuçlarında görülen artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Grafik 2).

Grup 2'nin tedavi öncesine göre tedavi sonrası VAS yorgunluk sonuçlarında görülen azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Grafik 2).



Grafik 2: Gruplara göre VAS-yorgunluk dağılım

Tablo 9: Grupiçi ve gruplararası Beck depresyon ölçeği skoru karşılaştırılması

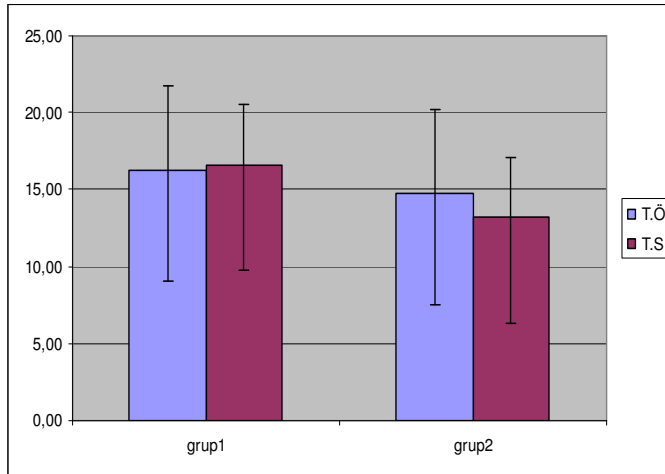
BDÖ	Grup1	Grup2	p
T.Ö	16,23±5,49	14,71±7,21	>0,05
T.S	16,62±3,92	13,17±6,91	<0,05
Fark (TS-TÖ)	0,38±3,91	1,54±6,21	<0,05
P	>0,05	<0,05	

Gruplar arasında tedavi öncesi BDÖ değerleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$) (Tablo 9).

Gruplar arasında tedavi sonrası BDÖ değerleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 9).

Grup 1'in tedavi öncesine göre tedavi sonrası BDÖ sonuçlarında görülen artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Gafik 3).

Grup 2'nin tedavi öncesine göre tedavi sonrası BDÖ sonuçlarında görülen azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$)(Grafik 3).



Grafik 3: Gruplara göre BDÖ dağılımı

Tablo 10: Grupiçi ve gruplararası FIQ skoru karşılaştırılması

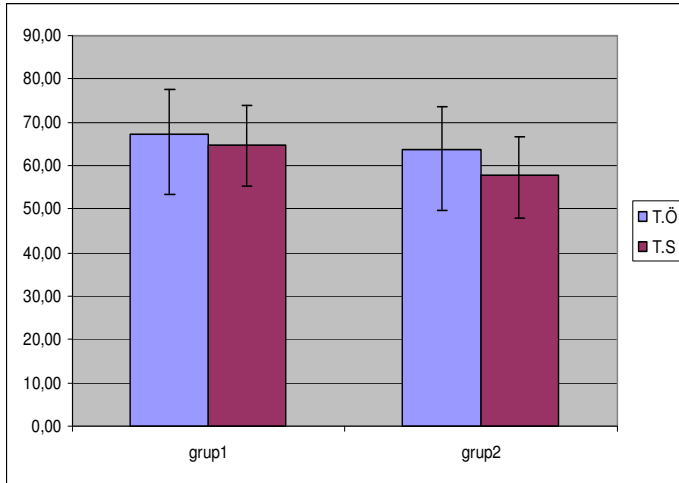
FIQ	Grup1	Grup2	p değeri
TÖ	67,46±9,97	63,65±13,95	>0,05
TS	64,85±9,01	57,69±9,66	<0,05
Fark (TS-TÖ)	2,61±4,49	5,96±11,82	<0,05
P değeri	<0,05	<0,05	

Gruplar arasında tedavi öncesi FIQ skorlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$)(Tablo 10).

Gruplar arasında tedavi sonrası FIQ skorlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 10).

Grup 1'in tedavi öncesine göre tedavi sonrası FIQ skorlarına göre görülen azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,05$) (Gafik 4).

Grup 2'nin tedavi öncesine göre tedavi sonrası FIQ skorlarına göre görülen azalma istatistiksel olarak daha ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$)(Grafik 4).



Grafik4: Gruplara göre FIQ skoru dağılımı

Tablo 11: Grupiçi ve gruplararası Nottingham Sağlık Profili Fiziksel

Aktivite (NSPFA) karşılaştırılması

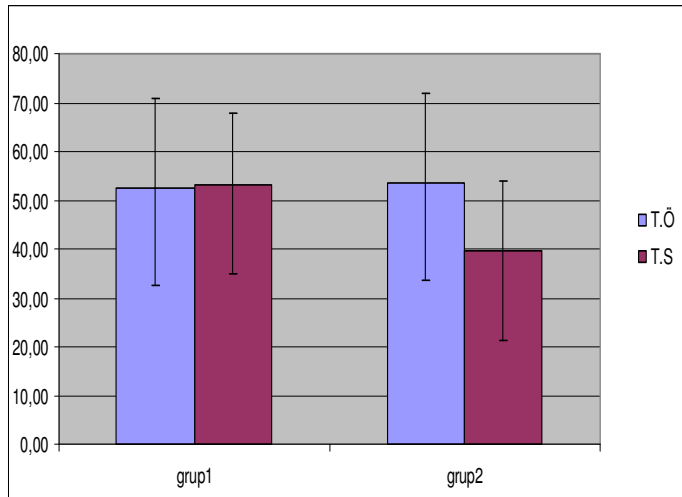
NSPFA	Grup1	Grup2	p değeri
T.Ö	52,40±18,38	53,65±20,01	>0,05
T.S	53,37±14,39	39,58±18,31	<0,05
Fark (TS-TÖ)	0,96±18,68	-14,06±19,61	<0,05
P değeri	>0,05	<0,05	

Gruplar arasında tedavi öncesi NSPFA skorlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$) (Tablo 11).

Gruplar arasında tedavi sonrası NSPFA skorlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 11).

Grup 1'in tedavi öncesine göre tedavi sonrası NSPFA skorlarına göre görülen azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p<0,05$) (Gafik 5).

Grup 2'nin tedavi öncesine göre tedavi sonrası NSPFA skorlarına göre görülen azalma istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Grafik 5).



Grafik 5: Grupiçi ve gruplararası Nottingham Sağlık Profili Fiziksel

Aktivite karşılaştırılması

Tablo 12: Grupiçi ve gruplararası Nottingham Sağlık Profili Enerji Seviyesi (NSPES)karşılaştırılması

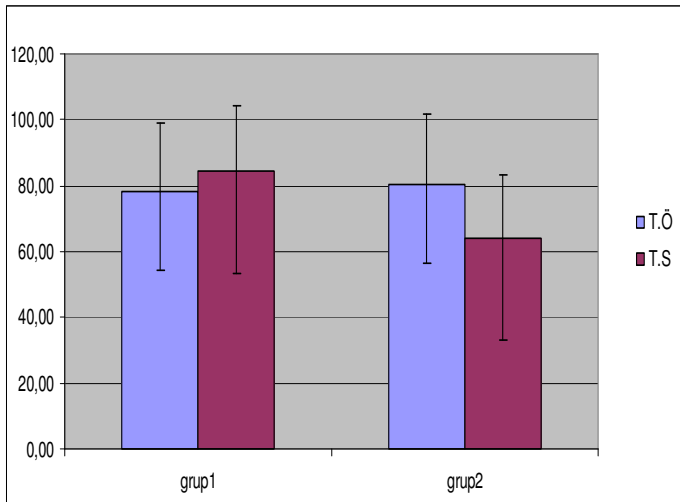
NSPES	Grup1	Grup2	p
T.Ö	78,17±20,98	80,53±23,93	>0,05
T.S	84,59±19,42	63,85±30,96	<0,05
Fark (TS-TÖ)	6,42±26,73	-16,68±35,44	<0,05
P	>0,05	<0,05	

Gruplar arasında tedavi öncesi NSPES skorlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$) (Tablo 12).

Gruplar arasında tedavi sonrası NSPES skorlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 12).

Grup 1'in tedavi öncesine göre tedavi sonrası NSPES skorlarına göre görülen azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p<0,05$) (Grafik 6).

Grup 2'nin tedavi öncesine göre tedavi sonrası NSPES skorlarına göre görülen azalma istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$)(Grafik 6).



Grafik 6: Grupiçi ve gruplararası Nottingham Sağlık Profili Enerji Seviyesi (NSPES) karşılaştırılması

Tablo 13: Grupiçi ve gruplararası Nottingham Sağlık Profili Ağrı Durumu (NSPA) seviyesi karşılaştırılması

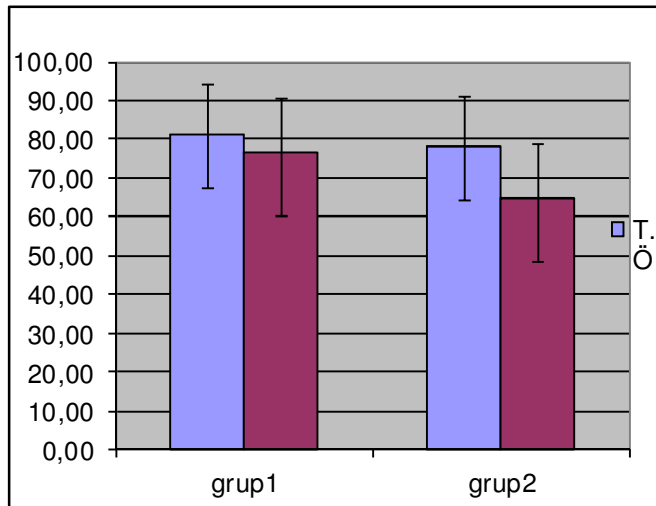
(NSPA)	Grup1	Grup2	p değeri
TÖ	81,25±12,87	78,13±13,91	>0,05
TS	76,44±14,29	64,58±16,35	<0,05
Fark (TS-TÖ)	-4,81±15,44	-13,54±12,72	<0,05
P değeri	>0,05	<0,05	

Gruplar arasında tedavi öncesi NSPA skorlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$) (Tablo 13).

Gruplar arasında tedavi sonrası NSPA skorlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 13).

Grup 1'in tedavi öncesine göre tedavi sonrası NSPA skorlarına göre görülen azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Grafik 7).

Grup 2'nin tedavi öncesine göre tedavi sonrası NSPA skorlarına göre görülen azalma istatistiksel olarak daha ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$)(Grafik 7).



Grafik 7: Grupiçi ve gruplararası Nottingham Sağlık Profili Ağrı Durumu (NSPA) seviyesi karşılaştırılması

Tablo 14: Grupiçi ve gruplararası Nottingham Sağlık Profili Emosyonel Reaksiyonlar (NSPER) seviyesi karşılaştırılması

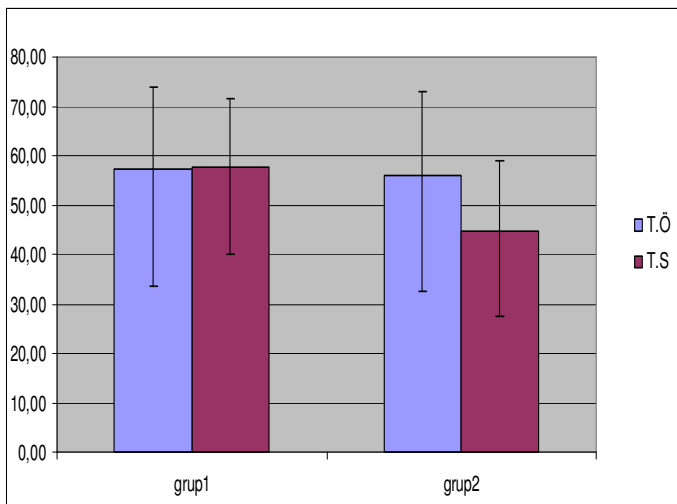
NSPER	Grup1	Grup2	p değeri
TÖ	57,21±16,82	78,13±13,91	>0,05
TS	57,63±14,05	64,58±16,35	<0,05
Fark (TS-TÖ)	0,43±17,33	-11,11±22,92	<0,05
P değeri	>0,05	<0,05	

Gruplar arasında tedavi öncesi NSER skorlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$) (Tablo 14).

Gruplar arasında tedavi sonrası NSER skorlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 14).

Grup 1'in tedavi öncesine göre tedavi sonrası NSER skorlarına göre görülen azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Grafik 8).

Grup 2'nin tedavi öncesine göre tedavi sonrası NSER skorlarına göre görülen azalma istatistiksel olarak daha ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Grafik 8).



Grafik 8: Grupiçi ve gruplararası Nottingham Sağlık Profili Emosyonel Reaksiyonlar (NSPER) seviyesi karşılaştırılması

Tablo 15: Grupiçi ve gruplararası Nottingham Sağlık Profili Uyku (NSPU) seviyesi karşılaştırılması

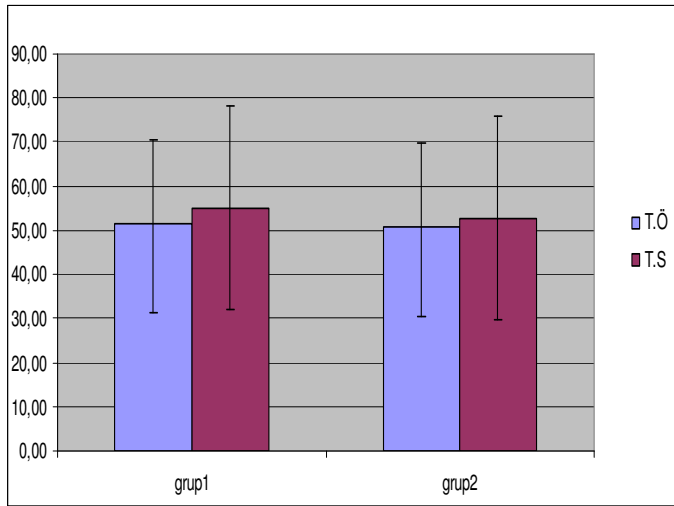
(NSPU)	Grup1	Grup2	p değeri
TÖ	51,54±18,91	50,83±20,41	>0,05
TS	54,81±23,26	52,50±22,70	>0,05
Fark (TS-TÖ)	3,27±20,73	1,67±21,20	>0,05
P değeri	>0,05	>0,05	

Gruplar arasında tedavi öncesi NSPU skorlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur, $p>0,05$ (Tablo 15).

Gruplar arasında tedavi sonrası NSPU skorlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur, ($p>0,05$) (Tablo 15).

Grup 1'in tedavi öncesine göre tedavi sonrası NSPU skorlarına göre görülen azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Grafik 9).

Grup 2'nin tedavi öncesine göre tedavi sonrası NSPU skorlarına göre görülen azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Grafik 9).



Grafik 9: Grupiçi ve gruplararası Nottingham Sağlık Profili Uyku (NSPU) seviyesi karşılaştırılması

Tablo 16: Grupiçi ve gruplararası Nottingham Sağlık Profili Sosyal İzolasyon (NSPSİ) seviyesi karşılaştırılması

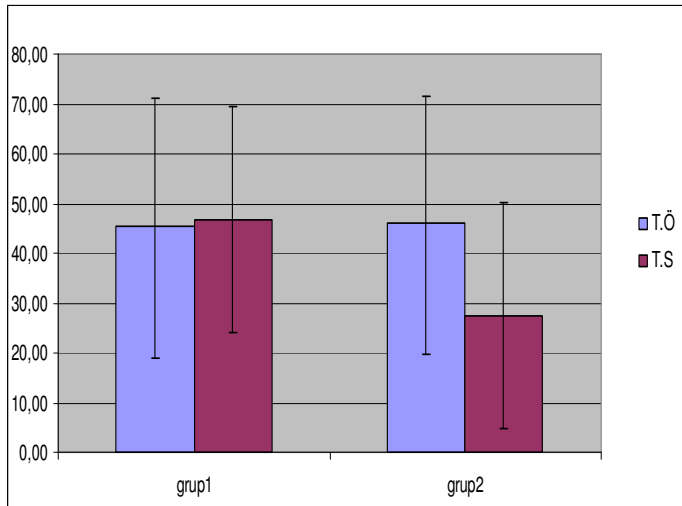
NSPSİ	Grup1	Grup2	p
TÖ	45,38±25,65	46,04±26,33	>0,05
TS	46,92±22,59	27,50±22,70	<0,05
Fark (TS-TÖ)	1,54±28,24	-18,54±29,91	<0,05
P	>0,05	<0,05	

Gruplar arasında tedavi öncesi NSPSİ skorlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur, ($p>0,05$) (Tablo 16).

Gruplar arasında tedavi sonrası NSPSİ skorlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 16).

Grup 1'in tedavi öncesine göre tedavi sonrası NSPSİ skorlarına göre görülen azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Grafik 10).

Grup 2'nin tedavi öncesine göre tedavi sonrası NSPSİ skorlarına göre görülen azalma istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$) (Grafik 10).



Grafik 10: Grupiçi ve gruplararası Nottingham Sağlık Profili Sosyal İzolasyon (NSSİ) seviyesi karşılaştırılması

TARTIŞMA

Bu çalışmada hasta eğitimi ile birlikte kombine edilen ev egzersiz programının etkinliği hasta eğitimi yapılmadan ev egzersiz programının etkinliği ile karşılaştırıldı. Hasta eğitimi ile birlikte egzersiz programı verilen grupta tedavi sonrasındaki iyileşmenin sadece ev egzersiz tedavisi verilen gruba göre hastalık aktivitesi, depresyon ve yaşam kalitesi parametrelerinde daha anlamlı olduğu saptandı.

FMS'ye en sık olarak 40-60 yaşları arasında kadınlarda rastlanmaktadır (16, 17). Bizim 50 vakalık çalışma serimizde yaş ortalaması 40,50 olarak bulunmuştur (18, 37). Yunus'un 113 vakalık serisinde hastaların %94'ü kadındır (24). Goldenberg'in serisinde kadın hasta oranı %87 (73). Wolfe' un serisinde ise %89'dur (55). Bizim 50 vakalık serimizin 59 tanesi(%98) kadın, 1 tanesi erkek (%2) hastadan oluşuyordu.

FMS'nun tipik özelliği uzun süreler boyunca devam eden vücutta yaygın ağrı şikayetidir. Hastalarımızın tümünde yaygın vücut ağrısı mevcuttu. Yunus'un çalışmasında semptomlar ortalama 7 yıldır mevcuttur (24). Goldenberg'in serisinde ise semptomların ortalama süresi 5 yıldır (55). Bizim serimizde de semptomların ortalama mevcudiyet süresi 4,81 yıldır.

Çalışmamızda hastaların meslek gruplarına göre dağılımı ise şöyledi; %72'si ev hanımı, %16'sı öğretmen, %2'si öğrenci, %10'u diğer mesleklerde çalışıyordu. Waylonis ve arkadaşları, FMS'nun değişik meslek grupları arasında görülme sıklığını incelemişler ve FMS tanısı koydukları 321 kişinin %20 sinin genel büro işlerinde çalıştığını, %14'ünün sağlık personeli olduğunu, %11'inin eğitimci olduğunu, %8'inin ise çalışmadığını belirlemişler(74). Nas ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hastaların %62'si ev hanımı, %12'si memur, %10 öğrenci, %7,5 serbest meslek ve %7,5'i ise işçi olarak bildirmişlerdir(75). Kılıç'ın çalışmasında hastaların meslek gruplarına göre dağılımı incelendiğinde %70'ini ev hanımı, %23,3'ünü aktif çalışanlar, %6,7'sini öğrenciler oluşturmaktadır(76).

Fibromiyalji tanısında öykü ve muayene çok önemlidir. Diğer hastalıkların ekarte edilmesi ve tanı kriterlerine dayanılarak teşhis konulur. Bu nedenle klinik bulgular oldukça önem kazanmaktadır.

Fibromiyaljili hastalar hekime öncelikle ağrı şikayeti ile gelirler ama beraberinde diğer bazı semptomlarda sıklıkla bulunmaktadır. Şencan 60 FMS'li hastanın %98,3'ünde yorgunluk,

%81.7'sinde sabah sertliği, %76.7'sinde uyku bozukluğu, %96,7'sinde yorgun uyanma, %91.7'sinde paretezik Şikayetler, %93.3'ünde baş ağrısı, %55'inde dismenore, %31,7'sinde Reyno fenomeni, %53.3'ünde irritabl kolon sendromu, %40'ında kadın üretral sendrom, %71,7'inde dokularda Şişlik hissi, %45'inde nefes darlığı hissi, %40'ında temporomandibular eklem disfonksiyonu bildirmiŐtir (77). Bizim bulgularımız ölkemizdeki çalıŐmalarla büyük oranda uyumludur. Çalışmamızda Şikayetlerin sıklığına ait farklılıklar, çalışmanın yapıldığı yerdeki toplumsal farklılıklar, çevresel faktörler ve çalışmaya dahil edilme ve edilmeme kriterlerinin farklı oluŐundan dolayı olabilir.

Hasta eğitiminin Fibromiyalji Sendromu tedavisindeki etkisini değerlendiren çalışmalar mevcuttur. Rooks ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, 207 FMS'lu hasta rastgele 4 gruba ayrılmıŐ. Birinci gruba aerobik egzersiz ve esneklik egzersizleri, 2. gruba kuvvetlendirme, aerobik ve esneklik egzersizi, 3. gruba hasta eğitimi kursu, 4. gruba ise bu tedaviler kombine olarak verilmiş. 16 haftalık tedavi sonucunda fiziksel fonksiyonda düzelme en fazla 4. grupta saptanmıŐ ve bu etki 6. aya kadar korunmuŐtur. Egzersize eğitimin eklenmesinin tedavi etkinliğini artırdığı sonucuna varmıŐlardır (60).

Gowans ve ark. yaptıkları bir araŐtırmada eğitim ve aerobik egzersiz programı uygulanan hastaları bekleme listesindeki kontrol grubu ile karşılaştırmışlar ve çalışma grubunda aerobik performans, global iyilik hali, yorgunluk ve uykuda anlamlı düzeyde iyileşme saptamışlardır (70).

Burckhardt ve arkadaşları çalışmalarında hastalık eğitimi ve fiziksel egzersizin FMS semptomları üzerine etkisini incelemiŐlerdir. Bu program ile yaşam kalitesinde ve kendine yeterlilikte anlamlı bir pozitif etki gösterilmiştir. Çaresizlik, kötü hissedilen gün sayısı, fiziksel disfonksiyon ve hassas noktalardaki ağrı, tedavi alan grupların birinde veya her ikisinde de tedavi bitiminden 6 hafta sonraki testte azalmıştır (81).

Bennett ve arkadaşları fibromiyalji tedavisinde grup programının etkinliğini araştırmak üzere düzenledikleri çalışma biçimsel derslerden, davranış modifikasyonunu vurgulayan grup toplantılarından, stres azaltma tekniklerinden, fitness ve esneklik geliŐtirici stratejilerden oluŐturmuŐlar. Tedavi sonunda VAS yorgunluk'da istatistiksel olarak anlamlı düzelme saptanmıştır. Ancak hastalara düzenli egzersiz yaptırılmıŐ, ağrılı nokta enjeksiyonları, spreyleme ve germe tekniği uygulanmıŐ ve trisiklik antidepresan verilmiŐtır (79). Bizim

bulgularımız bu literatür ile uyumlu olmakla birlikte, Bennet'in çalışmasında ek tedaviler uygulanması kıyaslama yapmayı güçleştirmektedir.

FMS tedavisi, multidisiplinerdir. Hasta eğitimi, psikoterapi, kognitif davranış tedavileri, fiziksel tıp uygulamaları, egzersiz, hidroterapi ve ilaç tedavisi başlıca tedavi yöntemleridir (68). FMS hastalarında, egzersizin yararlı olduğuna ilişkin çok sayıda çalışma bulunmaktadır (69, 70, 71). Aerobik egzersizlerin, ağrı, hassas nokta sayısı ve depresyonun azaltılmasıyla birlikte, yaşam kalitesinin artırılmasında etkili olduğunu gösteren güçlü kanıtlar vardır. Özellikle gevşeme egzersizleri, germe egzersizleri, kardiovasküler kondüsyon programı, yürüyüş, yüzme ve bisiklete binme gibi egzersizlerin yararları bildirilmiştir (69). Egzersizin etkinliğini değerlendiren araştırmalarda aerobik egzersiz ve yürümenin fiziksel işlevlere, öz-yeterliliğe ve hassas noktalara ve yaşam kalitesine olumlu etkilerinin olduğu belirlenmiştir (72).

Evcik ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada 63 FS'li hasta; 1. gruptaki 21 hasta ev egzersizi, 2. gruptaki 21 hasta aerobik egzersiz, 3. gruptaki 21 hasta ise kontrol grubu olarak üç gruba ayrılmıştır. Grup halinde yapılan aerobik egzersiz, esneklik-gevşeme ve eklem hareket açıklığı egzersizlerinden oluşan ev egzersiz programını ve kontrol grubunu karşılaştırmışlar ve sonuçta aerobik egzersiz grubunda hassas nokta sayısı, ağrı ve fonksiyonel durumda, ev egzersiz grubunda ise ağrı ve fonksiyonel durumda anlamlı iyileşme saptamışlar (80).

Buckelew ve ark. 6 haftalık haftada bir kez aerobik yürüme, özgül olmayan ev programı ve eğitim gruplarını karşılaştırdığında kombine tedavinin fiziksel işlevler, öz-yeterlilik ve hassas nokta sayısında anlamlı değişim bildirmişler (66).

Ramsey ve ark. (73) tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise 48 hafta boyunca, bir gruba gözetim altında aerobik egzersiz yaptırılırken, diğer gruba ise ev egzersizleri verilmiş ve çalışmanın sonucunda VAS ölçümlerinde grup içi ve gruplar arasında herhangi anlamlı bir düzelme olmamıştır.

Hastaların ağrı ve yorgunluk parametrelerini değerlendirmede VAS skorlaması kullanıldı. VAS-ağrı skoru ve VAS-yorgunluk skoru açısından gruplar arasında tedavi öncesinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Tedavi sonrası ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. VAS-ağrı ölçümlerinde sadece ev egzersiz tedavisi verilen grupta artış olurken, hasta eğitimi ile beraber ev egzersiz tedavisi verilen grupta istatistiksel olarak anlamlı bir düzelme olmuştur. Sadece ev egzersiz tedavisi verilen grupta ağrı düzeyinde artış olması hastaların düzenli egzersiz yapmamış olmasıyla ya da egzersizleri

doğru uygulamalarıyla açıklanabilir. Hasta eğitimi verilen grupta elde edilen anlamlı düzelme ise hasta eğitimi ile hastaların FMS hakkında bilgilendirilmeleri sonucunda hastalığın klinik özellikleri ve tedavisinin vurgulanması yoluyla faydalı olduğu düşünüldü.

Çalışmada hastaların fonksiyonel durumları FIQ ile değerlendirildi. FIQ skorlarının takibinde her iki grupta anlamlı değişiklikler saptanmıştır ama hasta eğitimi grubunda tedavi sonrası FIQ skorlarına göre görülen azalma istatistiksel olarak daha ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur. Evcik ve ark.'nın yaptıkları çalışma sonucunda ev egzersiz programının hastaların FIQ değerlerinde istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit etmişlerdir ($p<0.05$) (80).

Da Costa ve ark. yaptıkları çalışmada ise 12 haftalık ev egzersiz uygulanan 79 FS'li hastada kontrol grubuna göre FIQ değerinde anlamlı bir gelişme saptamışlardır. Bizim sonuçlarımızda tedavi sonrası her iki grupta FIQ skorlarında anlamlı bir fark olmakla beraber hasta eğitimi grubunda bu fark belirgindir (80).

Fonksiyonel durumun iyileşmesinde sadece ev egzersizi yapan grupta da anlamlı düzelme olması literatür ile uyumlu olup FMS tedavisinde egzersizin etkin olduğunu göstermektedir. Hasta eğitimi ile ev egzersizinin birlikte uygulanmasıyla fonksiyonel durumda ileri düzeyde anlamlı düzelme olması eğitimin hastaya ek bir fayda sağladığını göstermektedir.

Çalışmamızda Beck depresyon ölçeği (BDÖ) skorları açısından gruplar arasında tedavi öncesinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Tedavi sonrası ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Hasta eğitimi grubunda tedavi sonrası BDÖ skorunda görülen düşüş istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu veriler tek başına ev egzersizinin FMS'de depresyon üzerine herhangi bir olumlu etkisi olmadığını, HE'nin depresyon üzerine olumlu etkileri olduğunu göstermiştir. Bu olumlu etkilerin hastaların tehlikeli bir hastalıkları olmadığı şeklindeki bilgilendirme ve eğitimin grup halinde yapılmasıyla yalnız olmadıklarını görmeleri neticesinde olması muhtemeldir. Sadece ev egzersizi yapan grupta BDÖ değerleri açısından hastaların depresyon düzeylerinde artış olması hastaların egzersizlerini düzenli yapmamaları ve eğitimin kazandırdığı psikolojik desteğin yeterince sağlanamamasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda yaşam kalitesini değerlendirmek için daha kolay anlaşılabilir ve kolay cevaplanabilir olması nedeniyle Nottingham Sağlık Profili (NSP) kullandık. NSP alt parametreleri değerlendirildiğinde sadece ev egzersizi yapan grupta hiç bir parametrede anlamlı bir düzelme saptanmadı, hasta eğitimi grubunda ise tedavi sonrası uyku parametresi hariç tüm alt bileşenlerde istatistiksel olarak anlamlı bir düzelme tesbit edildi. Sadece ev

egzersizi yapan grupta düzelme olmaması FMS'a bağılı olarak isteksizlik, yorgunluk gibi bulguların hastaların bireysel olarak ev egzersiz programını düzenli olarak yapmalarına bağılı olabilir. Hasta eğitimi verilen grupta düzelme olmaması ise eğitimin FMS'deki uyku bozukluğına kısa dönemde etkili olmadığını düşündürmektedir.

Hastaların ev egzersiz programını düzenli uygulayıp uygulayamadığının denetlenmemiş olması çalışmamızı sınırlandıran bir faktör olmuştur. Hasta eğitiminin, hastanın katılımının sağlanarak grup tedavisi şeklinde düzenlenmiş olması ve maliyet açısından uygunluğu ise önemli bir avantajdır.

FMS; yaygın ağrı, spesifik anatomik bölgelerde belirgin hassasiyet, uyku bozukluğu, yorgunluk, spastik kolon gibi klinik belirtilerle karakterize, kronik bir kas-iskelet sistemi hastalığıdır (10, 11, 12). Tedavide FMS semptomlarının tümünü giderecek tek bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Klinik uygulamalarda fibromiyalji hastalarının birçoğı multidisipliner yaklaşımlardan fayda görmüştür (76).

Tez çalışmamızın sonucunda FMS' da hasta eğitim grubundaki hastaların fonksiyonel durum, yaşam kalitesi ve depresyon düzeylerinde anlamlı iyileşme saptadık. Sonuç olarak ilaç dışı rehabilitasyon yaklaşımlarında hasta eğitimi tedavisinin FMS'da etkin olduğu görölmektedir.

SONUÇLAR

1.VAS-ağrı skoru incelendiğinde; Grup 1'in tedavi öncesine göre tedavi sonrası VAS-ağrı sonuçlarında görülen artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Grup 2'nin tedavi öncesine göre tedavi sonrası VAS-ağrı sonuçlarında görülen azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

2.VAS-yorgunluk skoru incelendiğinde; Grup 1'in tedavi öncesine göre tedavi sonrası VAS yorgunluk sonuçlarında görülen artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Grup 2'nin tedavi öncesine göre tedavi sonrası VAS yorgunluk sonuçlarında görülen azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

3. BDÖ skorları incelendiğinde; Grup 1'in tedavi öncesine göre tedavi sonrası BDÖ sonuçlarında görülen artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Grup 2'nin tedavi öncesine göre tedavi sonrası BDÖ sonuçlarında görülen azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

4. FIQ skorları değerlendirildiğinde; Grup 1'in tedavi öncesine göre tedavi sonrası FIQ skorlarına göre görülen azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,05$). Grup 2'nin tedavi öncesine göre tedavi sonrası FIQ skorlarına göre görülen azalma istatistiksel olarak daha ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

5.NSP alt parametreleri değerlendirildiğinde sadece ev egzersizi yapan grupta hiç bir parametrede anlamlı bir düzelme saptanmadı, hasta eğitimi grubunda ise tedavi sonrası uyku parametresi hariç tüm alt bileşenlerde istatistiksel olarak anlamlı bir düzelme tesbit edildi.

KAYNAKLAR

1. Cantürk F. Fibromiyalji ve diğer eklem dışı romatizmal hastalıklar. In: Beyazova M, Gökçe-Kutsal Y. Fiziksel Tıp ve rehabilitasyon. Güneş kitabevi: 2000; cilt 2, / (12): 1654-61
2. İnanıcı F. Fibromiyalji ve Miyofasial Ağrı Sendromları. Türkiye Klinikleri Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 2005; 10: 11-18.
3. Zanni GR. Diagnosing and treating fibromyalgia. Consult Pharm, 2009 Aug; 24(8): 572-8, 583-4, 587-9.
4. Wolfe F: The clinical syndrome of fibrositis. Am J Med. 1986; 81 (suppl. 3 A): 7-14.
5. Goldenberg DL: Soft tissue: Fibromyalgia. In: Klippel JH, Dieppe PA, editors. Rheumatology. London. 1994: 16.1-16.12.
6. Sim J, Adams N. Physical and other non-pharmacological interventions for fibromyalgia. Baillieres Best Pract Res Clin Rheumat. 1999; 13: 507-23
7. Boissevan MD, Mc Cain GA. Toward an integrated understanding of fibromyalgia syndrome, I. Medical and pathophysiological aspects; Pain, 1991: 45, 227-38
8. Bombardier CH, Burchwald D. Chronic Fatigue Syndrome and Fibromyalgia Syndrome; Physical Therapy in Perspective, 1997; 1: 5, 233-34
9. Yunus MB, Masi AT. Fibromyalgia, Restless Legs Syndrome, Periodic Limb, Movement Disorder and Psychogenic Pain; In arthritis and allied Condition, 12th edition, Lea & Febiger edited by D.J. Mc Carty and WJ. Kopman, 1992, 1383.
10. Goldenberg DL. Fibromyalgia end related syndromes. In: Klippel JH Dieppe PA (eds) Rheumatology. Mosby London. 15.5.1; 1998.
11. Cathey MA, Wolfe M, Kleinheksel SM et al. Socioeconomic impact of fibrositis: a study of 81 patients with primary fibrositis. Am J Med 1986; 81(suppl 3A): 78-84.
12. Ueges JM, Parker JC, Smarr KL, et al. Psychological symtoms in primer fibromyalgia syndrome. Relationship to pain, life stres and sleep disturbance: Arthritis Rheum 1990; 33: 1279-83.
13. Şendur Ö. F. Ağrılı Kas Sendromları. In: Oğuz H, Dursun E, Dursun N(eds.) Tıbbi Rehabilitasyon, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2004; 1221- 1238

14. Smythe HA, Moldofsky H. Two contributions to understanding of the fibrositis syndrome. *Bull Rheum Dis* 1977-1978; 28: 928-31.
15. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennet RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P, Campell SM; Abales M, Clark P, Fam AG, Farber SJ, Fiethner JJ, Franklin JM, Gatter RA, Hamaty D, Lessard J, Lichtbourn AS; Masi AT, McCain GA, Reynolds WJ, Romano TJ, Russell IJ, Sheon RP. The American College of Rheumatology 1990 criteria for classification of fibromyalgia: Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum.* 1990; 33: 80-4
16. Yunus M.B, Masi AT. Juvenile primary fibromyalgia syndrome, *Arthritis Rheum* 1985; 28: 138-44
17. Yunus M.B, Holt GS, Masi AT, et al. Fibromyalgia syndrome among the elderly: Comparison with younger patients. *J Am Geriatr Soc* 1988; 35: 987-95
18. White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. The London Fibromyalgia epidemiology Study: the prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *J Rheum* 1999; 26: 1570-6
19. Topbaş M, Çakırbay H, Güleç H: The prevalence of fibromyalgia in women aged 20-64 in Turkey. *Scand J Rheumatol.* 2005; 34(2): 140-144. 1.
20. Hawley DJ, Wolfe E. Pain, disability, and pain /disability relationships in seven rheumatic disorders a study of 1522 patients. *J Rheumat* 1991; 18: 1522-7.
21. Ünlü E. Fibromiyalji: Bir Kronik Ağrı Sendromu. In: Harris D. E, Budd R. C, Genovese M. C, Firestein G. S, Sargent J. S, Sledge Clement. B (Eds). Çeviri Ed: Arasıl T. Kelley Romatoloji. Güneş Kitabevi Ltd. Şti. Ankara: 2006; Cilt 1, 36: 522-536.
22. Pellegrino M.J, Waylanis G., Rommer A.: Familial occurrence of primary fibromyalgia; *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 1989; 70, 61-63.
23. Yunus MB., Kalyan-Raman UP.: Muscle Biopsy findings in Primary Fibromyalgia and other forms of nonarticular rheumatism; *Rheumatic Disease Clinics of North America* 1989; 15: 1,115-134.

24. Yunus MB., Masi A.T,Aldag JC.A controlled study of primer Fibromyalgia syndrome:clinical features and association with other functional syndromes.J Rheumatolo 1989; 19: 62-71,
25. 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 multicenter criteria committee. Arthritis Rheum 1990; 33: 80-72.
26. Prince A, Bernard AL, Edsall PA. A descriptive analysis of fibromyalgia from the patients' perspective. J Musculosk Pain 2000; 8(3): 35–47
27. Yunus MB, İnanıcı F. Fibromyalgia Syndrome: clinical features, diagnosis, and biopathophysiologic mechanisms. In: Rachlin ES, Rachlin IS, editors. Myofascial pain and fibromyalgia. New York: Mosby; 2002. p. 3-32.
28. Dick B, Eccleston C, Crombez G. Attentional functioning in fibromyalgia, rheumatoid arthritis, and musculoskeletal pain patients. Arthritis Rheum. 2002; 47. 639-44
29. Dinerman H, Goldenberg DL, Felson DT. A prospective evaluation of 118 patients with the fibromyalgia syndrome: Prevalence of Raynaud phenomenon. Sicca symptoms, ANA, low complement, and Ig deposition at the dermal-epidermal function. J Rheumatol 1986; 13: 368- 73.
30. Paira SO. Fibromyalgia associated with female urethral syndrome. Clin Rheumat 1994; 13: 88-89
31. İnanıcı F: Fibromiyalji ve Miyofasial Ağrı Sendromları. Türkiye Klinikleri Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 2005; 10: 11-12
32. Şendur Ö. F. Ağrılı Kas Sendromları. In: Oğuz H, Dursun E, Dursun N (eds.). Tıbbi Rehabilitasyon, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2004; 1221-1238
33. Çapacı K, Hepgüler S. Fibromiyalji Sendromu: Etiyopatogenezi. Ege Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 1998; 4 (3): 219-225.
34. Smythe H: Studies of sleep in Fibromyalgia techniques, clinical significance and future directions; British Journal of Rheumatology, 1995; 34 897-901.

35. Bengtsson A, Ernerudh J, Vrethem M et al. Absence of auto-antibodies in primary fibromyalgia. *J Rheum* 1989; 8: 1466-1469
36. Sarmer S, Ergin S, Yavuzer G. The validity and reliability of the Turkish version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rheumatol Int* 2000; 20(1): 9-12.
37. Yunus MB, İnanıcı F, Aldag JC. Incomplete fibromyalgia syndrome. A clinical comparison with fibromyalgia syndrome (FMS). *Arthritis Rheum* 1998; 41
38. Wolfe F, Cathey MA. Fibrositis in rheumatoid arthritis. *J Rheumat* 1984; 11: 814-8
39. Friction JR. Myofascial pain syndrome: Characteristics and epidemiology. In: Friction JR ed. *Advances In Pain Research and Therapy*. New York: Raven Press, 1990; 107-24.
40. Bennett RM. Myofascial pain syndromes and the fibromyalgia syndrome: a comparative analysis. In: Friction JR, Award EA eds. *Advances In Pain Research and Therapy*. New York: Raven Press, 1990; 43-65.
41. Peker Ö. Fonksiyonel Değerlendirme. In: Beyazova M, Gökçe-Kutsal Y, eds. *Fiziksel Tıp ve Rehab*. Ankara: Güneş Kitabevi, 2000; 642- 656
42. G.JD, Goddard MJ. Pain Rehabilitation: chronic pain syndrome and myofascial pain syndrome. *Arch Phys Med Rehabil* 1994; 75: 9-14.
43. Simons DG. Myofascial pain syndrome due to trigger points. In: Goodgold J ed. *Rehabilitation Medicine*. St Louis: CV Mosby Co. 1988; 686-723.
44. Cheshire WP, Abashian SW, Mann JD. Botulinum toxin in the treatment of myofascial pain syndrome. *Pain* 1994; 59: 65-9.
45. Hubbard DR, Bekoff GM. Myofascial trigger points show spontaneous needle EMG activity. *Spine* 1993; 18: 1803-7.
46. Reynolds MD. Myofascial trigger point syndromes in the practice of rheumatology. *Arch Phys Med Rehabil* 1980; 62: 111- 4.

47. The European Group for Quality of Life Assessment and Health Measurement: European Guide to the Nottingham Health Profile. Brookwood-Surrey, Brookwood Medical Publications, 1993; pp 1-16.
48. Çapacı K, Hepgüler S. Fibromiyalji Sendromu: Tanı ve Tedavi. Ege Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 1999; 5 (1): 73-82.
49. Ünlü E. Fibromiyalji: Bir Kronik Ağrı Sendromu. In. Harris D. E, Budd R. C, Genovese M. C, Firestein G. S, Sargent J. S, Sledge Clement. B (Eds). Çeviri Ed: Arasıl T. Kelley Romatoloji. Güneş Kitabevi Ltd. Şti. Ankara: 2006; Cilt 1, 36: 522-536.
50. Zinnuroğlu M. Fibromiyalji Tedavisi: Rehabilitatif Yaklaşım. Romatizma Dergisi 2007; 22 (3): 104-109.
51. Bennet RM, Jones J, Turk DC. An internet survey of 2596 people with fibromyalgia. BMC Musculoskeletal Dis 2007; 8: 27
52. Burckhardt CS, Bjelle A. Education programs for fibromyalgia patients: Description and evaluation. Baillieres Clin Rheumatol 1994; 8: 935-55.
53. Şebnem KOLDAŞ, Saime AY, Deniz EVCİK. Yeni Tıp Dergisi 2011; 28 (2): 73-78. Fibromiyalji Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar.
54. Sim J, Adams N. Physical and other non-pharmacological interventions for fibromyalgia. Baillieres Best Pract Res Clin Rheum 1999; 13: 507-23
55. Goldenberg DL, Burckhardt C. Management of fibromyalgia syndrome. JAMA 2004; 292: 2388-95
56. Gomers SE, Dehueck A. A randomized controlled trial of exercise and education for individuals with fibromyalgia. Arthritis Care Res 1999; 12: 120-8
57. 134. Bradley LA, Alberts KR. Psychological and behavioral approaches to pain management for patients with rheumatic disease. Rheum Dis Clin North Am. 1999 Feb; 25(1): 215-32, viii.
58. Bennet R., Clark S.: The right approach to exercise: Fibromyalgia Newsletter. 1997; 10:3

59. Bennet K. Therapeutic exercise for fibromyalgia syndrome and chronic fatigue syndrome. In Therapeutic exercise moving toward function Hall C, Thein L Lippincott Williams and Wilkins 2005; 244-259
60. Rooks DS, Gautam S, Romeling M, et al. Group exercise, education and combination self management in women with fibromyalgia: Randomized trial. Arch Intern Med 2007;87(20):2192-200. Act Res Clin Rheum . 2003; 17: 629
61. Oltulu H, Cantürk F. Primer Fibromiyalji Sendromunda Ultrason ve Lazer Tedavilerinin Etkinliklerinin Karşılaştırılması. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 1998; 1 (1): 25-29.
62. Karaoğlu B, Özel S: Bel Ağrısında Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Yöntemleri. GökçeKutsal Y (ed.), In: Modern Tıp Seminerleri Dizisi; Bel Ağrısı, Güneş Kitabevi, Ankara, 2000; 11, 108-121.
63. Akyüz G: Transkutan Elektrik Sinir Stimulasyonu. In: Tuna N (eds.), Elektroterapi, 2. Baskı, Nobel Kitabevi, İstanbul, 2001; 83-176.
64. Moldofsky H., Lue F.A., Mously C. and colleagues: The effect of Zolpidem in patients with fibromyalgia; a dose ranging, double blind, placebo controlled, modified crossover study; J. Rheumatol 1996; 23, 3, 529.
65. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. J Rheumatol. 1991 May; 18 (5): 728-33.
66. Buckelew SP, Conway R, Parker J et al. Biofeedback/relaxation training and exercise interventions for fibromyalgia: a prospective trial. Arthritis Care and Research 1998; 11: 196-209
67. Küçükdeveci AA, McKenna SP, Kutlay S, et al. The development and psychometric assessment of the Turkish version of the Nottingham Health Profile. Int J Rehabil Res 2000; 23: 31-38.
68. Richards SC, Scott DL. Prescribed exercise in people with fibromyalgia: parallel group randomized controlled trial. BMJ 2005; 325: 185-7.

69. Bush AJ, Barber K, Overend TJ, Peloso PMJ, Schachter CL. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. By the cochrane Collaboration and published in the Cochrane Library 2006; 2: 1-35
70. Gowans SE, deHueck A. Effectiveness of exercise in management of fibromyalgia Curr Opin: rheumatol 2004; 8: 138-142
71. Cedraschi C, Desmeles J, Rapiti E, Baumgartner E, Cohen P. Fibromyalgia: A randomised, controlled trial of a treatment programme based on self management. Ann Rheum Dis. 2004; 63: 290-6
72. Mannerkorpi K, Iversen MD. Physical exercise in fibromyalgia and related syndromes. Best Pract Re Clin Rheum. 2003; 17: 629-47
73. Ramsay C, Moreland J, Ho M, Joyce S, Walker S, Pullar T. An Observer – blinded comparison of supervised and unsupervised aerobic exercise regimens in fibromyalgia. Rheumatolog. 2000; 39: 501-505.
74. Waylonis GW, Heck W. Fibromyalgia syndrome: new associations. Am J Phys Med Reh 1992; 71: 343-348
75. Nas ve ark. Genç Fibromiyalji Sendromlu olgularının klinik ve sosyodemografik özellikleri. Ege Fiz.Tıp Reh Derneği 2001; 7: 29-33
76. Philip Mease. Fibromyalgia Syndrome: Review of clinical presentation, pathogenesis, outcome measures, and treatment. The Journal of Rheumatology 2005; vol 32 suppl 75: 6-21
77. Şencan S. Fibromiyalji sendromunda aerobik egzersiz ve paroksetin tedavilerinin etkilerinin karşılaştırılması. Uzmanlık tezi, İstanbul. 1997.
78. Türkan A, Erdine S, Verimli A; Kronik ağrılı hastalarda psikiyatrik semptomatoloji. Ağrı dergisi. Cilt:5 Sayı:1 Sayfa: 13-21 1993.
79. Bennett RH, Burckhardt CS, Clark SR, et al: Group treatment of fibromyalgia: A 6 month outpatient program. J Rheumatol 23: 521-528, 1996.

80. Evcik D, Aytaç F. The effects of thearapy in the treatment of primary fibromyalgia patients.

Romatizma. 2001; 8(1): 27-31.

81. Burckhardt CS, Mannerkorpi K, Hedenberg L, Bjelle A. A randomized, controlled clinical trial of education and physical training for women with fibromyalgia. J Rheumatol. 1994 Apr; 21(4): 714-20.

82. DaCosta D, Abrahamowicz M, Lowensteyn I, Bernatsky S, Dritsa M, Fitzcharles MA, Dobkin L. A Randomized Clinical Trial Of An Individualized Home-Based Exercise Programme For Women With Fibromyalgia. Rheumatology. 2005; 19: 1-6.

FİBROMYALJİ ÇALIŞMA FORMU

Muayene tarihi:

Mail:

Adres-tel:

Adı-Soyadı :

Yas :

Kilo :

Boy :

Eğitim Durumu :

Medeni Durumu : Bekar ☐ Evli ☐ Dul ☐ Diğer ☐

Cinsiyet : Kadın ☐ Erkek ☐

Sosyal güvenceniz nedir?

Emekli Sandığı ☐ Bag-Kur ☐ SSK ☐ Yeşil Kart ☐ Özel sigorta ☐ Yok ☐

Günlük kaç tane sigara içersiniz?

Alkol içme miktarınız nedir?

Kafein(kahve-kola) içme miktarı:

Çay içme miktarınız:

Spor yapıyor musunuz? Evet ☐ Hayır ☐

Uğraştığınız spor	Ne kadar süredir yapıyorsunuz?	Ne kadar sıklıkla yapıyorsunuz?	Düzenli mi yapıyorsunuz?

Sürekli bir hastalığınız var mı? Evet ☐ Hayır ☐

Psikiyatrik hast ☐

Hipotroidi ☐ RA ☐

DM ☐

Migren ☐

Raynaud fenomeni ☐

Gebelik/emzirme ☐

Vit Eksikliği(b12, folik asit) ☐

Sürekli kullandığınız ilaçlar nelerdir?

Mesleğiniz nedir?:

İşinizi seviyor musunuz? Evet ☐ Hayır ☐

Aylık kazanç: ☐ 500-1000 ☐ 1000-2000 ☐ 2000-4000 ☐ 4000 ve üzeri

Yaygın vücut ağrıları varmı?: () Evet () Hayır

Ağrının süresi(ne zamandır):

Aksiyel iskelet ağrısı varmı?:

Bel () Sırt () Boyun ()

Ağrının başlangıç yeri:

Kaç kez doktora gittiği:

Menarş yaşı:

Adet düzeni: () düzenli

() düzensiz

Ne zamandan beri

düzensiz?:

Ağrılı adet: () yok () var

Menopoz yaşı:

HRT gördümü?: () hayır

() evet ise ne zaman?ay önce.

Süre(ay):

Jinekolojik operasyon:
Doğum sayısı:

Küretaj:

Düşük :

Kontrol Noktaları

	R	L
Parmak		
Alın ortası		
Diz laterali		
Kol ön 1/3		

Ağrılı bölgeler

0: normal 1: hassas	R	L
Ociput		
C5-7 nöral foramen		
Trapez		
Supraspinatus		
İkinci kk bileşke		
Lateral epi		
Gluteal üst kadran		
Büyük trokanter		
Diz		

Ağrıyı artıran faktörler	
Soğuk	
nem	
Aşırı çalışma	
Gürültü	
Adet öncesi dönem	
Stres	

Eşlik eden semptomlar	
Baş ağrısı	
Yorgunluk	
Sabah geç kalkma	
Ağız kuruluğu	
Ellerde ayakta uyuşma	
Elde ayakta şişme hissi	
Soğuk morarma-solma	
Çarpıntı	
Uykuya dalma zorluğu	
Dinç uyanamama	
Sık idrara çıkma	
Kabızlık	
Gece sık uyanma	
Sabah tutukluğu	
İdrar yaparken yanma	
Alt batın ağrısı	
Depresyon	

LABORATUVAR

RBC

WB

PLT

Hb

Hct

MCV

MCHC

ESH

CRP

RF

VAS-ağrı 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ağrı yok Olabilecek en
kötü ağrı

VAS-yorgunluk 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Yok olabilecek
en şiddetli düzeyde



BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen **4 seçenek** vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son **bir hafta** içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, **size en uygun olan ifadeyi** bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki yere **(X) işareti** koyunuz.

- 1) 0. Kendimi üzgün hissetmiyorum
1. Kendimi üzgün hissediyorum
2. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
3. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
- 2) 0. Gelecekte umutsuz değilim
1. Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok
3. Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek
- 3) 0. Kendimi başarısız görmüyorum
1. Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır
2. Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum
3. Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum
- 4) 0. Herşeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum
1. Herşeyden eskisi kadar zevk alamıyorum
2. Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum
3. Bana zevk veren hiçbirşey yok. Her şey çok sıkıcı.
- 5) 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum
- 6) 0. Kendimden memnunum
1. Kendi kendimden pek memnun değilim
2. Kendime çok kızıyorum
3. Kendimden nefret ediyorum
- 7) 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum
1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm
2. Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum
3. Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum
- 8) 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncem yok
1. Zaman, zaman kendimi öldürmek gibi düşüncelerim oluyor
2. Kendimi öldürmek isterim
3. Fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
- 9) 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor
1. Zaman, zaman içimden ağlamak geliyor
2. Çoğu zaman ağlıyorum
3. Eskiden ağlayabiliyordum şimdi istesem de ağlayamıyorum

- 10) 0. Şimdi her zaman olduğundan daha sinirli değilim
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor yada sinirleniyorum
2. Şimdi hep sinirliyim
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor
- 11) 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim
1. Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim
3. Hiç kimse ile görüşmek ve konuşmak istemiyorum
- 12) 0. Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum
3. Artık hiç karar veremiyorum
- 13) 0. Aynada kendime baktığımda bir değişiklik göremiyorum.
1. Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum
- 14) 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor
3. Hiçbir şey yapamıyorum
- 15) 0. Her zamanki gibi uyuyabiliyorum
1. Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum
- 16) 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum
2. Yaptığım hemen her şey beni yoruyor
3. Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum
- 17) 0. İştahım her zamanki gibi
1. İştahım eskisi kadar iyi değil
2. İştahım çok azaldı
3. Artık hiç iştahım yok
- 18) 0. Son zamanlarda kilo vermedim
1. İki kilodan fazla kilo vermedim
2. Dört kilodan fazla kilo verdim
3. Altı kilodan fazla kilo verdim
*Daha az yiyerek kilo vermeye çalışıyorum; 1) Evet, 2) Hayır
- 19) 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı sancısı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor
2. Sağlığım beni fazla endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum

- 20) 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim
3. Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim
- 21) 0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor
1. Cezalandırılabilceğimi seziyorum
2. Cezalandırılmayı bekliyorum
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum



FİBROMYALGİA İMPACT QUESTIONNAİRE (FIQ)

	Her zaman	Çoğu zaman	Arasıra	Hiç		
1.						
a.Çarşıya çıkıp alışveriş yapabiliyor musunuz?	0	1	2	3		
b.Çamaşır makinası ile çamaşırı yıkayıp kurutabiliyormusunuz?	0	1	2	3		
c.Yemek hazırlayabiliyor musunuz?	0	1	2			
3						
d.Ellerinizle bulaşık yıkayabiliyor musunuz?	0	1	2			
3						
e.Elektrik süpürgesiyle halılarınızı temizleyebiliyor musunuz?	0	1	2			
3						
f.Yatağınızı düzelteyebiliyor musunuz?	0	1	2			
3						
g.Birkaç yüz metre yürüyebiliyor musunuz?	0	1	2			
3						
h.Akraba veya arkadaşlarınızı ziyaret edebiliyor musunuz?	0	1	2			
3						
i.Ev ve bahçe işlerinizi yapabiliyor musunuz?	0	1	2			
3						
j.Araba kullanabiliyor musunuz?	0	1	2			
3						
2.Son bir hafta içinde kendinizi kaç gün iyi hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
7						
3.Son hafta içinde hastalığınızdan dolayı kaç gün iş kaybına uğradınız?(eğer işiniz yoksa boş bırakınız)	1	2	3	4	5	
4.İşe gittiğinizde ağrınız veya diğer şikayetleriniz nasıl? Mesleğinizi etkiliyor mu?	Problem yok-----Çok zor oluyor					
5.Ağrılarınız nasıl? Ne kadar şiddetli?	Ağrı yok-----Çok şiddetli					
6.Yorgunluk hissediyor musunuz?Ne kadar?	Yok-----Çok yorgun					
7.Sabahleyin uyandığınızda kendinizi nasıl hissediyor sunuz? Dinlenmiş-----Yorgun						
8.Sabahları kalktığınızda vücudunuzda tutukluk(katılık) oluyor mu? Yok-----Çok fazla						

9.Kendinizi sıkıntılı,gergin veya sinirli hissediyor musunuz?

Hayır-----Çok fazla

10.Kendinizi hüzünlü veya depresyonda hissediyor musunuz?

Hayır-----Çok depresif

