

Fibromiyaljili Hastaların Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi

■ **Etem Erdal Erşan,* Dudu Şencan,** Hüseyin Cengiz Gürbüz,** Hülya Deveci,** Ahmet Karadağ,****

* Uzman Doktor, Sivas Numune Hastanesi Psikiyatri Servisi

** Uzman Doktor, Sivas Numune Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Servisi

Yazışma adresi: Dr. E. Erdal Erşan

Numune Hastanesi Psikiyatri Servisi, Sivas

E-posta: eerdalersan@hotmail.com

Tel: +905323242445

Fax: +903462253939

ÖZET

Amaç: Çalışmanın temel amacı, Fibromiyalji (FMS) tanısı konulmuş hastaların anksiyete düzeylerini belirlemek ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkilerini incelemektir.

Yöntem: Çalışmaya; Sivas Numune Hastanesi Fizik Tedavi Polikliniğine başvuran, çalışmayı kabul eden, Amerikan Romatoloji Birliği (ACR) kriterlerine göre FTR uzmanları tarafından FMS tanısı konulduktan sonra psikiyatri polikliniğinde değerlendirilmeye alınan toplam 81 hasta alınmıştır. Sosyodemografik veri toplama formu, Spielberger Durumluk ve Süreklilik Kaygı Envanteri (STAI 1-2), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) içeren test formları doldurularak veriler elde edildi.

Bulgular: Çalışmamızda evli olmayanların evli olanlara göre durumluk kaygı puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çalışma grubunda hem durumluk-süreklilik kaygı düzeyi hemde anksiyete düzeyleri yüksek olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılanların %63,2' sinde orta ya da ciddi düzeyde anksiyete tespit edilmiştir. Psikiyatri hastalık öyküsü olanlarda olmayanlara göre durumluk-süreklilik kaygı ve anksiyete düzeyleri anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Durumluk kaygı düzeyleri, süreklilik kaygı düzeyleri ve anksiyete düzeylerinin birbirleri arasında pozitif bir korelasyon vardır.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda FMS hastalarında yoğun anksiyete tespit edilmiştir. FMS tanı ve tedavi planlanmasında anksiyete ilişkisine ve psikiyatrik hastalık öyküsüne özel önem verilmelidir. Bu hastalara psikiyatri konsültasyonu yapılmalı ve tedavi buna göre planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: fibromiyalji, psikiyatri, anksiyete, durumluk-süreklilik kaygı

A Study on Anxiety Levels of Patients with Fibromyalgia

ABSTRACT

Purpose: The fundamental objective of this study is to determine the anxiety levels and to review its relations with socio-demographic variables in cases presenting with fibromyalgia (FMS).

Methods: Eighty one patients participated in this study. These patients referred to Sivas Numune Hospital Physiotherapy Department, and approved to participate in this study, and they were diagnosed with FMS by physiotherapists according to American Rheumatology Association and they were referred to psychiatry department, afterwards. The relevant data were obtained by filling the test forms such as socio-demographic data acquisition form, Spielberger State and Continuous Anxiety Inventory (STAI 1-2) as well as Beck Anxiety Inventory.

Findings: In our study, we found out that single people demonstrated significantly higher state anxiety scores compared to those married people. In study group both state-continuous anxiety levels and anxiety levels were determined to be high. Moderate or severe anxiety was detected in 63,2% of the participants. In those patients with history of psychiatric disease state-continuous anxiety and anxiety levels were higher compared to naïve patients. State anxiety levels, continuous anxiety levels and anxiety levels have a positive correlation.

Discussion and Conclusion: In this study, severe anxiety was detected in patients with FMS. In planning FMS diagnosis and treatment, anxiety relation and psychiatric disease history should be specifically considered. Psychiatry consultation should be delivered to such patients and treatment should be planned, accordingly.

Keywords: fibromyalgia, psychiatry, anxiety, state-trait anxiety

GİRİŞ

Fibromiyalji Sendromu (FMS), etiolojisi tam olarak bilinmeyen, yaygın vücut ağrıları, belli anatomik bölgelerde hassas noktalar ve halsizlik ile kendini gösteren bir kronik ağrı sendromudur (Adler ve ark. 2002, Altunören ve ark. 2011) Fibromiyaljili kişilerde irritabl barsak sendromu, kronik baş ağrısı, depres-

yon, anksiyete, huzursuz bacak sendromu, temporomandibular disfonksiyon, kronik yorgunluk sendromu ve irritabl mesane sendromu gibi bazı semptom veya sendromlara sık rastlanmaktadır (Dönmez ve Erdoğan 2009).

Fibromiyalji insidansı popülasyon temelli çalışmalarda %1-2 olarak bulunmuştur (Sendur 2004). Genel polikliniklere başvuruların

%5-6'sını, romatoloji polikliniklerine yeni başvuranların %10-20 sini fibromiyalji hastaları oluşturmaktadır (Dönmez ve Erdoğan 2009). Prevalans yaşla birlikte artar, 60-80 yaş arası kadınlarda oran %7'ye ulaşır, hastaların %80-90'ı kadındır (Sendur 2004). Her yaş grubunda görülebildiği gibi, en sık 30-50 yaş arasında ortaya çıkmaktadır (Akkuş ve ark. 1998).

Etiyolojisi: Etiyolojide genetik faktörler, çeşitli virüs enfeksiyonları, stres, kronik uyku düzensizlikleri, fiziksel ya da emosyonel travmalar gibi birçok faktör suçlanmaktadır (Arnold ve ark. 2004, Altındağ 2009). Fibromiyalji hastalarının birinci derece yakınlarında fibromiyalji sıklığının sekiz kat fazla bulunması ve ailevi birikimi gösteren diğer çalışmalar genetik geçişi akla getirmiştir (Arnold ve ark. 2004).

PATOGENEZ

FMS patogenezinde uyku düzensizliği, nöroendokrin işlev bozukluğu, bölgesel kan akımı değişikliği, metabolik ve immünolojik bozukluklar gibi çeşitli faktörlerin rolü olduğu ileri sürülmüştür (Dönmez ve Erdoğan 2009, Altındağ 2009 Hayta ve ark. 2010, Altunören ve ark. 2011).

Ayrıca fibromiyalji sendromunun başlamasında genel psikolojik sıkıntı depresyon ve diğer psikolojik etkenlerin de rolü olduğu gösterilmektedir (Dönmez ve Erdoğan 2009, Altunören ve ark. 2011).

FMS'lu hastalarda özellikle depresyon, anksiyete ve somatoform bozukluklar olmak üzere psikiyatrik belirtilerin artmış olduğunu göstermektedir (McBeth ve Silman 2001).

Bu bozuklukların ortaya çıkışında ebeveyn yoksunluğu, olumsuz çocukluk çağı deneyimlerinin rol oynayabileceği ileri sürülmüştür (Clauw 2007).

FİBROMİYALJİ ve PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

Fibromiyaljideki hassas noktalar ile psikolojik durum arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada hassas noktalarla psikolojik distress ve özellikle somatizasyon arasında ilişki saptanmıştır (Dönmez ve Erdoğan 2009). Hudson ve arkadaşları (1985) ortak bir sebepten kaynaklandığını düşündüğü fibromiyalji, majör depresif bozukluk, migren ve irritabl barsak sendromunu affektif bozukluk spektrumu adı altında toplamışlardır. Hastalarda yaşam boyu majör affektif bo-

zukluk oranını %71 olarak saptamışlardır.

Yapılan çalışmalarda anksiyete, stres ve çökkünlük gibi psikiyatrik semptomlar sıklıkla FMS ile birlikte ya da öncesinde vardır (Tariot ve ark. 1986, Hudson ve ark. 1992).

Beck Depresyon Ölçeği, SCL-90 ve anksiyete ölçekleri genellikle kontrollere göre yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda eşlik eden farklı psikiyatrik bozukluklar farklı semptomları şiddetlendirmektedir (Oran ve ark. 2002). FMS'da en yaygın eş tanı olarak bulunan bozukluklar majör depresyon, somatizasyon bozukluğu, panik bozukluk ve obsesif-kompulsif bozukluktur (Mufson ve Regeston 1993).

Depresyon, anksiyete, post-travmatik stres bozukluğu, panik bozukluğu, somatizasyon gibi emosyonel bozukluklar, akut şiddetli veya sürekli mental stres, güçlüklerle başa çıkmada yetersizlik fibromiyalji sendromunda semptomları agrave eden faktörlerdir (Dönmez ve Erdoğan 2009).

Fibromiyaljililerin doktora başvuru sırasındaki depresyon oranı %20, özgeçmişlerindeki depresyon oranı da %50 gibi yüksek oranlarda bildirilmektedir. Bu hastaların ailelerinde de depresyonun normal popülasyona göre sık olduğu gözlenmektedir (Aaron ve ark. 1996). 34 FMS hastalarının %20'sinde majör depresyon, yaklaşık %50'sinde depresyon öyküsü vardır (Çapacı ve Hergüler 1998). Yapılan çok merkezli bir çalışmada FMS hastalarının %49'u depresif bulunmuştur (Ercolani ve ark. 1994). Ülkemizde yapılan bir çalışmada Doğan ve Hizmetli (1990), FMS'lu hastalardaki depresyon oranını (%54.8), genel toplumda rastlanan depresyon (%8-20) oranından daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Anksiyete Nedir? Anksiyete (bunaltı) içten veya dışardan gelebilecek bir tehlike beklentisinin neden olduğu kaygı ve endişe durumudur. Yaşamın sürdürülmesinde ve karşılaşılabilecek tehlikeleri önleyebilmede temel rol oynayan emosyonlardan biridir. Birçok farklı ruhsal bozuklukta ortaya çıkan, tehdide karşı geliştirilen bir tepki ve evrimsel olarak hayatta kalmaya yönelik bir duygudurumu halidir. Bu duyguya vücutta bir takım duyular eşlik edebilir. Bu duyulara örnek olarak göğüste sıkışma hissi, kalp çarpıntısı, terleme, titreme, baş ağrısı, bulantı, sersemlik hissi verilebilir. Anksiyetenin klinik görünümü kişiye kişiye büyük ölçüde değişir. Anksiyetenin ortada somut bir tehlike ol-

maksızın yaşanması, sık ve şiddetli bir biçimde ortaya çıkması ve kişinin olağan yaşamını etkilemeye başlaması bireyde bir anksiyete bozukluğu olduğunu düşündürür (Türkçapar 2004).

Spielberger, iki farklı kaygı yaklaşımında durumluk ve sürekli kaygıyı tanımlar.

1. Durumluk kaygı, bireyin içinde bulunduğu durumda huzursuz, endişeli, korkulu ve karamsar olması halidir. Stres durumu devam ettiği sürece birey huzursuz ve mutsuzdur. Bu koşullarda durumluk kaygı seviyesi yüksektir. Ancak, stres yaratan koşullar ortadan kalkınca bireydeki huzursuzluk, tedirginlik ve hoşnutsuzluk sona erer, birey rahatlar. Durumluk kaygı seviyesinde önemli düşme olur.

2. Sürekli kaygı ise, bireyin kaygı yaşantısına yatkınlığıdır. Çevresinde olan pek çok şeyi tehlikeli ya da özünü tehdit edici olarak algılama eğilimidir. Bu eğilim doğrudan doğruya çevresel koşullara bağlı değildir, içten kaynaklanır. Bireyin herhangi bir nedenle kendisini güvensiz hissetmesi ve dolayısıyla kolayca tehdit edilme duygusuna kapılmasıdır. Stres koşullarının ortaya çıkması durumluk kaygı seviyelerinde önemli yükselmelere neden olursa da, esas itibarıyla koşulların değişmesi sürekli kaygı seviyesini etkilemez (Öner ve LeCompte 1985).

Bu araştırmanın amacı; FMS tanısı konulmuş hastaların anksiyete ve durumluk-sürekli kaygı düzeylerini belirlemek ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkilerini incelemektir.

YÖNTEM

Çalışmaya başlamadan önce Yerel Etik kuruldan gerekli izin ve onay alınmıştır. Tüm hastalar bu çalışma öncesinde bilgilendirilmiş ve onayları alınmıştır. Çalışmaya Sivas Numune Hastanesi Fizik Tedavi polikliniğine başvuran Amerikan Romatoloji Birliği (ACR) kriterlerine göre FTR uzmanları tarafından FMS tanısı konulan hastalar alındı. Tanı alan hastalar psikiyatri polikliniğinde değerlendirilmeye alındı. İkinci aşamada kendilerine sosyodemografik veri toplama formu, Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI 1-2), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) içeren test formları verildi.

Psikotik bozukluğu, zekâ geriliği, madde kullanım bozukluğu, nörolojik bozukluğu; iletişimi etkileyecek düzeyde bir hastalığının olması ve son bir ay içinde psikotrop ilaç

kullanımı çalışmanın dışlama kriterleri idi.

Gereçler:

Sosyodemografik Veri Toplama Formu; Hastalara yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim, gelir durumu, psikiyatrik hastalık öyküsü ve ailede psikiyatrik hastalık sorularını içeren form verildi.

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Kişiden, her madde için "Hiç", "Hafif derecede", "Orta derecede" ve "Ciddi derecede" seçeneklerinden birini işaretlemesi istenir. Puan aralığı 0-63'tür. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş olup, ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır.

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI): Spielberg ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilen ve yirmişer maddelik iki alt ölçekten oluşan durumluk ve sürekli kaygı düzeyini değerlendiren bir ölçektir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öner ve LeCompte (1985) tarafından yapılmıştır. Alpha güvenirlik katsayılarının Sürekli Kaygı Ölçeği için 0.83 ile 0.87 arasında; Durumluk Kaygı Ölçeği için 0.94 ile 0.96 arasında olduğu bulunmuştur (Öner ve LeCompte 1985).

İstatistiksel Değerlendirme:

Elde edilen verilerin analizi için SPSS 14.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Sosyodemografik verilerin analizinde, Bağımsız Örneklem t-Testi (Independent Sample t Test) ve ki kare testi kullanıldı. Eğitim düzeyleri puanları açısından fark olup olmadığı ANOVA yöntemi ile yapılmıştır. Yaş ve anksiyete ölçeklerinin kendi aralarındaki ilişkileri test etmek amacı ile korelasyon (Pearson) analizi kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri tablo 1. de gösterilmiştir.

Çalışmamıza toplam 81 FMS olan hasta alınmıştır. En küçük yaş 19, en büyük 59, yaş ortalaması $39,69 \pm 9,37$ idi. 81 hastanın 78'i (%96,3) kadın, 3'ü (%3,7) erkekti.

TABLO 1: Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri.

Yaş (n=81)	Minimum	Maximum	Ortalama±SD
	19	59	39,69±9,37
Cinsiyet	Kadın	78	96,3
	Erkek	3	3,7
Eğitim düzeyi (yıl)	6 yıla kadar	53	65,4
	6-10 yıl	12	14,8
	11 yıl ve daha üstü	16	19,8
Meslek	Ev hanımı olan	71	87,7
	Ev hanımı olmayan	10	12,3
Medeni Durum	Evli	67	82,7
	Evli olmayan	14	17,3
Aylık Geliri	1000 tl ve altı	36	44,4
	1000 tl üzeri	45	55,6
Psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	20	24,7
	Yok	61	75,3
Ailede psikiyatrik hastalık	Var	19	23,5
	Yok	62	76,5

Eğitim düzeyine bakıldığında 53'ü (%65,4) 6 yıla kadar (okuryazar olmayan, okuryazar, ilköğretim mezunu), 12'si (%14,8) 6-10 yıl (ortaokul mezunu ve lise terk), 16'sı (%19,8) 11 yıl ve üstü (lise, üniversite mezunu) eğitim almıştı. Çalışma grubunun 71'i ev hanımı (%87,7), 10'u (%12,3) ev hanımı değildi (çalışan, emekli v.b). 67 kişi (%82,7) evli, 14 kişi (%17,3) evli değildi (bekâr, dul, boşanmış). Gelir düzeyi açısından aylık eve giren miktar 36'sında (%44,4) 1000 tl ve altı, 45'inde (%55,6) 1000 TL üzeriydi. Psikiyatrik hastalık öyküsü 20'sinde (%24,7) var, 61'inde (%75,3) yoktu. Yine 19'unda (%23,5) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü vardı, 62'sinde (%76,5) yoktu.

Hastaların anksiyete ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar tablo 2.'de gösterilmiştir.

Çıkan sonuçlara göre çalışma grubunun; durumluk anksiyete puan (STAI-1) ortalaması 44.95, süreklilik anksiyete puan (STAI-2) ortalaması 49.27 ve Beck Anksiyete Ölçeği Puan (BAÖP) ortalaması 20,80 olarak çıkmıştır. Bu puan ortalamaları oldukça yüksektir.

Çalışma grubunun Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarına göre anksiyete düzeyleri tablo 3. de gösterilmiştir.

TABLO 2: Hastaların anksiyete ölçekleri puan ortalamaları gösterilmiştir.

n(81)	Ortalama	Standart Sapma
STAI-1 (Durumluk)	44,95	11,76
STAI-2 (Süreklilik)	49,27	8,82
BAÖP	20,80	11,08

Buna göre hastaların; 12'sinde (%14,8) 0-7 aralığında aldıkları puanla anksiyetelerinin olmadığı, 17'sinde (%21,0) 8-15 aralığında aldıkları puanla hafif anksiyetelerinin olduğu, 25'inde (%30,9) 16-25 aralığında

TABLO 3: Beck Anksiyete ölçeği puanlarına göre anksiyete düzeyleri.

	Sayı	%
Anksiyete yok (0-7 puan)	12	14,8
Hafif Anksiyete (8-15 puan)	17	21,0
Orta Anksiyete (16-25 puan)	25	30,9
Ciddi Anksiyete (26 puan üstü) 12	27	33,3

TABLO 4: Anksiyete ölçek puanlarının sosyodemografik özelliklere göre değerlendirilmesi.

		STAI-1			STAI-2			BAÖ		
		Ort.	Ss	P	Ort.	ss	P	Ort.	ss	P
Eğitim Düzeyi (yıl olarak)	6 yıla kadar	44,19	11,90	F=,388	49,11	8,72	F=,362	20,11	11,13	F=,468
	6-10 yıl	45,42	10,15		51,17	6,39		20,67	10,20	
	11 yıl ve üstü	47,12	12,80	P=,680	20,67	10,86	P=,697	23,19	11,89	P=,628
Meslek	Ev Hanımı	44,51	11,90	F=,018	49,17	8,77	F=,221	21,11	11,31	F=,692
	Ev hanımı olmayan	48,10	10,71		P=,346	50,00		9,66	P=,801	
Medeni Durum	Evli			F=,388			F=,362			F=,468
	Evli olmayan	45,42	10,15		P=,680	51,17		6,39	P=,697	
Gelir Düzeyi	1000 TL ve altı	46,08	11,09	F=,524	50,47	7,87	F=,570	20,17	10,80	F=,700
	1000 TL üzeri	44,04	12,32		P=,436	48,31		9,49	P=,266	
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var	50,20	10,19	F=,802	53,80	6,98	F=1,198	29,00	12,07	F=2,726
	Yok	43,22	11,80		P=,015*	47,79		8,91	P=,003*	
Ailede Psikiyatrik Öykü	Var	47,68	11,18	F=,232	50,68	7,56	F=996	22,37	11,75	F=,026
	Yok	44,11	11,89		P=,239	48,84		9,19	P=,383	

*p<0,05

aldıkları puanla orta düzeyde anksiyetelerinin olduğu, 27'sinde (%33,3) 26 puan üstü ile ciddi düzeyde anksiyetelerinin olduğu gösterilmiştir.

Hastaların anksiyete ölçek puanlarının sosyodemografik özelliklere göre değerlendirilmesi tablo 4'de gösterilmiştir.

Çıkan sonuçlara göre; eğitim düzeyine, mesleğe, gelir düzeyine ve ailede psikiyatrik öyküsüne göre anksiyete ölçek puanları arasında istatistiksel anlamda fark yoktur.

Medeni duruma göre sadece durumluk anksiyete ölçeği puanları arasında anlamlı

fark çıkmıştır. Buna göre evli olmayanların oranlarına göre durumluk anksiyete puanları anlamlı olarak yüksektir (p=0,004).

Psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda olmayanlara göre her 3 anksiyete ölçek puanları anlamlı olarak yüksek çıkmıştır (STAI-1 P=0,015, STAI-2 p=0,003, BAÖP p=0,001).

Cinsiyet açısından 78 kadın 3 erkek olduğu için sayının yetersizliğinden dolayı istatistiksel karşılaştırma yapılmamıştır.

Yaş ile anksiyete ölçek puanları ve Anksiyete ölçek puanlarının kendi aralarındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile değer-

lendirilmiş ve tablo 5’de gösterilmiştir.

Yaş ile anksiyete ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Anksiyete ölçekleri arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). Birisinin puanı arttıkça diğerlerinin puanları da artmaktadır.

TARTIŞMA

Çalışmadan çıkan sonuçlara göre, FMS’lu hastaların; yaş ortalamaları $39,69\pm 9,37$, 78’i (%96,3) kadın, 53’ü (%65,4) 6 yıla kadar eğitim almış, 71’i ev hanımı (%87,7), 67 kişi (%82,7) evli, aylık eve giren miktar 45’inde (%55,6) 1000 tl üzeri, 20’inde (%24,7) kendisinde psikiyatrik hastalık öyküsü, 19’unda (%23,5) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Çıkan sonuçlar FMS’lu hastalarla yapılan birçok çalışma ile uyumludur.

Çalışma grubumuzun; durumluk anksiyete puan (STAI-1) ortalaması 44.95, süreklilik anksiyete puan (STAI-2) ortalaması 49.27 ve Beck Anksiyete Ölçeği Puan (BAÖP) ortalaması 20,80 olarak çıkmıştır. STAI-1 ve STAI-2 ölçeklerinde bir kesme puanının olmamasına rağmen yapılan diğer çalışmalar göz önüne olduğunda puan ortalamaları yüksek olarak değerlendirilmiştir. Durumluk ve süreklilik kaygı puanlarının yüksek çıkması kişinin kaygı düzeylerinin ve anksiyetelerinin yüksek olduğunun bir göstergesidir. Durumluk kaygı, bireyin içinde bulunduğu stres durumu nedeniyle huzursuz ve mutsuz olmasıdır. Bu koşullarda durumluk kaygı seviyesi yüksektir. Çalışma yaptığımız sırada birçok hastanın hastalığına bağlı olarak ağrı şikayetinin olması stresör faktör olarak durumluk kaygı

düzei puanlarımızın yüksek olmasını açıklayabilir.

Süreklilik kaygı düzeylerinin yüksek çıkmasını da FMS olan bireylerin kaygı yaşanmasına yatkınlığı ile açıklayabiliriz.

Bizim çalışmamızda Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ortalaması 20,8 olarak oldukça yüksek çıkmıştır. Anksiyete düzeyleri açısından incelediğimizde; sadece 12 (%14,8) hasta aldıkları puanla anksiyete varlığını karşılamamıştır. 17’sinde (%21,0) hafif, 52’sinde (%64,2) orta ve ciddi düzeyde anksiyete oldukları bulunmuştur.

FMS hastalarında depresyon ve anksiyete şiddetini yüksek olarak saptayan birçok çalışma mevcuttur (Pagano ve ark. 2004, Sayar ve ark. 2004, Evren ve ark. 2005). Hayta ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada anksiyete oranı %52 bulunmuştur.

H. Güleç ve arkadaşları (2004) yaptıkları çalışma ile FMS, romatoid artrit (RA) olan hastalar ve sağlıklı kontrol gruplarını karşılaştırmışlardı. FMS ve RA grubunun her ikisi de sağlıklı kontrol grubundan daha depresif ve anksiyeteli bulunurken, FMS grubunun, RA grubuna göre anlamlı ölçüde anksiyeteli idi. Depresyon puanlarını FMS grubunda RA grubundan daha yüksek bulmamıza rağmen, bu fark anlamlı değildi.

Hudson ve arkadaşları (1985), FMS’li hastalarla RA’lı hastaları karşılaştırdıkları çalışmada, hem depresyon hem de anksiyete oranını yüksek bulmuşlardır.

Çıkan sonuçlara göre; eğitim düzeyine, mesleğe, gelir düzeyine ve ailede psikiyatrik öyküsüne göre anksiyete ölçek puanları arasında istatistiksel anlamda fark yoktur.

Medeni duruma göre sadece durumluk

TABLO 5: Yaş ve anksiyete ölçeklerinin korelasyon analiz sonuçları.

		Yaş	STAI-1	STAI-2	BAÖ
Yaş	Pearson korelasyon	1	-,175	-,192	-,192
	p değeri		,117	,085	,306
STAI-1	Pearson korelasyon	-,175	1	,518*	,529
	p değeri	,117		,000	,000
STAI-2	Pearson korelasyon	-,192	,518*	1	,625*
	p değeri	,085	,000		,000
BAÖ	Pearson korelasyon	-,115	,529*	,625*	1
	p değeri	,306	,000	,000	

*Anlamlı korelasyon düzeyi $p<0,001$

anksiyete ölçeği puanları arasında anlamlı fark çıkmıştır. Buna göre evli olmayanların olanlara göre durumluluk anksiyete puanları anlamlı olarak yüksektir ($p=0,004$). evli olmayan FMS'lu hastaların yaşadığı stres durumlarının daha fazla olduğu söylenebilir.

G. Güleç ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada FMS, majör depresyon (MD) grubu ve kontrol grubu karşılaştırılmıştır. STAI-durumluk kaygı ortalama puanlarının, FMS grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak yüksek olduğu ($p<0.05$), STAI-sürekli kaygı ortalama puanlarının ise gruplar arasında anlamlı fark göstermediği saptanmıştır. STAI durumluk anksiyete puanlarının FMS hastalarında yüksek olması, bu grubun belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini kontrol grubuna göre anksiyeteli hissetmekte, durum ve koşullardan bağımsız olarak kontrol grubu veya MD hastalarına göre daha fazla anksiyete yaşamadıklarını göstermektedir.

Psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda olmayanlara göre her 3 anksiyete ölçek puanları anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. FMS etiolojisinde ve FMS'lu hastalarda anksiyete düzeylerinin yüksek çıkmasında altta yatan psikiyatrik hastalık önemlidir.

Yapılan çalışmaların birçoğunda psikiyatrik hastalıklarla FMS ilişkisi gösterilmiştir. Bunlara göre anksiyete, stres ve çökkünlük gibi psikiyatrik semptomlar sıklıkla FMS ile birlikte ya da öncesinde vardır (Tariot ve ark. 1986, Hudson ve ark. 1992).

Araştırma sonuçları FMS' de sıklıkla psikiyatrik ek tanılarının (özellikle depresyon ve anksiyete) bulunduğunu göstermiş, ancak bu ilişkinin doğası ve yönü hep tartışma konusu olmuştur (Evren ve ark. 2005). Çeliker ve arkadaşları (1997) ağrı şiddetini sürekli kaygı puanları ile ilişkili bulurken, Sayar ve ark. (2004) ile Evren ve ark. (2005) ağrı şiddetinin anksiyete şiddeti ile ilişkili olduğunu saptamıştır.

Thieme ve arkadaşları (2004) iki grup anksiyete hastasından söz etmiş, anksiyete bozukluğu olan FMS hastalarında daha fazla FMS ile ilişkili fiziksel belirti ve daha fazla ağrı yoğunluğu bulunduğunu; duygudurum bozukluğu olan FMS hastalarında daha fazla duygusal sıkıntı, ancak daha az fiziksel belirti ve ağrı yoğunluğu olduğunu bildirmiştir.

Bu çalışmaların hepsi bizim bulgularımızla uyum göstermektedir.

Yaptığımız korelasyon analizi sonuçlarına

göre; Yaş ile anksiyete ölçekleri arasında anlamlı bir bağlantı tespit edilmedi. Yaşın artması ile beraber FMS'lu hastalarda anksiyete puanları artmamaktadır. Durumluk kaygı ölçeği, sürekli kaygı ölçeği ve Beck anksiyete ölçeği puanları arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır. Kaygı düzeylerinin ve anksiyete düzeylerinin birisi arttıkça diğerleri de artmaktadır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu çalışmada, FMS tanısı konulmuş hastaların anksiyete ve durumluk-sürekli kaygı düzeylerini belirledik ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkilerini inceledik. Çıkan sonuçlara göre FMS olan 81 kişilik hasta grubunda hem durumluk-sürekli kaygı düzeyi hem de anksiyete düzeyleri yüksek olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılanların %63.2' sinde orta yada ciddi düzeyde anksiyete bulunmuştur. Psikiyatri hastalık öyküsü olanlarda olmayanlara göre anlamlı ölçüde durumluk-sürekli kaygı ve anksiyete düzeyleri yüksek çıkmıştır.

Çalışmamızın bulgularına göre:

FMS olan hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri yüksektir

FMS olan hastaların anksiyete düzeyleri oldukça yüksektir.

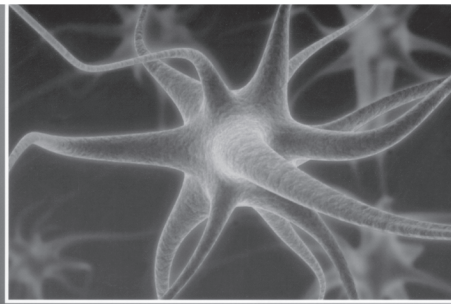
FMS etiolojisinde Psikiyatrik durumların önemi oldukça fazladır.

Sonuç olarak FMS tanı ve tedavi planlanmasında psikiyatrik hastalık öyküsüne ve anksiyete ilişkisine özel önem verilmelidir. Psikiyatri konsültasyonu yapılmalı ve tedavi buna göre planlanmalıdır. Ruhsal açıdan tedbirlerin alınması; hem hastalığın önlenmesine hem de tedavi sürecinin başarıyla sonuçlanmasına neden olacaktır. Daha çok sayıda hasta ve kontrol grubuyla yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

- Aaron CA, Bradley LA, Alaron GS, Alexander RW, Triana-Alexandar M, Martin MY, Alberts KR (1996) Psychiatric diagnoses in patients with fibromyalgia are related to health care seeking behavior rather than illness. *Arthritis Rheum*; 39: 436-445.
- Adler GK, Manfredsdottir VF, Creskoff KW (2002) Neuroendocrine abnormalities in fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep*; 6: 289-298.
- Akkuş S, Koflar A, Bayazit O (1998) Fibromiyalji tanısı konan 220 vakanın klinik özellikleri. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*; 44: 1.
- Altındağ Ö (2009) Fibromiyalji'de nöroendokrin işlev bozuklukları. *Türk J Rheumatol*; 24: 98-102.
- Altunören Ö, Orhan FÖ, Nacitarhan V, Özer A, Karaaslan MF, Altunören O (2011) Evaluation of depression,

- temperament and character profiles in female patients with fibromyalgia syndrome. Archives of Neuropsychiatry; 48: 31-38.
- Arnold LM, Hudson JI, Hess EV, Ware AE, Fritz DA, Auchenbach MB et al. (2004) Family study of fibromyalgia. Arthritis Rheum; 50: 944-952.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. J Consult Clin Psychol; 56: 893-897.
- Clauw DJ (2007) Fibromyalgia. Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS et al (editors). In Rheumatology. 4th ed. New York: Mosby, 701-771.
- Çapacı K, Hepgüler S (1998) Fibromiyalji Sendromu: Etiyopatogenez. Ege Fiz Tıp Reh Der; 4: 219-226.
- Çeliker R, Borman P, Oktem F, Gökçe-Kutsal Y, Başgöze O (1997) Psychological disturbance in fibromyalgia: relation to pain severity. Clin Rheumatol; 16: 179-184.
- Doğan O, Hizmetli S (1990). Fibromyozitizli hastalarda depresyon ve anksiyete düzeyleri. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi; 16: 6-8.
- Dönmez A, Erdoğan N (2009) Fibromiyalji sendromu, Klinik gelişim; 22(3): 60-64.
- Ercolani M, Trombini G, Chattat R, Cervini C, Piergiacomini G, Salaffi F et al. (1994) Fibromyalgic syndrome: Depression and abnormal illness behavior. Psychother Psychosom; 61: 178-86.
- Evren B, Evren C, Yapıcı A, Güler MH (2005) Fibromiyalji hastalarında ağrı şiddeti ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişki. Anatolian Journal of Psychiatry; 6: 69-74.
- Güleç G, Temiz ST, Armağan O, Güleç MS (2011) Fibromiyalji ve majör depresyon hastalarının öznel uyku kalitesi açısından karşılaştırılması. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 12(2): 93-99.
- Güleç H, Sayar K, Topbaş M., Karkucak M, Ak İsmail (2004). Fibromiyalji Sendromu Olan Kadınlarda Aleksitimi ve Öfke. Türk Psikiyatri Dergisi; 15(3): 191-198.
- Hayta E, Doğan ÖT, Doğan SC, Akdeniz T, Şencan D, Karakaşlı S, Hizmetli S (2010) Clinical features of 100 female patients with fibromyalgia. Cumhuriyet Med J; 32: 74-79.
- Hudson JI, Goldenberg DL, Pope HG, Keck PE, Schlesinger L (1992) Comorbidity of fibromyalgia with medical and psychiatric disorders. Am J Med; 93: 363-367.
- Hudson JI, Hudson MS, Pliner LF, Goldenberg DL, Pope HG (1985) Fibromyalgia and major affective disorder: a controlled phenomenology and family history study. Am J Psychiatry; 142: 441-446.
- McBeth J, Silman AJ (2001) The role of the psychiatric disorders in fibromyalgia. Curr Rheumatol Rep; 3: 157-364.
- Mufson M, Regestein QR (1993) The spectrum of fibromyalgia disorders. Arthritis Rheum; 36: 647-650.
- Oran Ö, Dönmez A, Erdoğan N, Turan M (2002) Psychiatric Co-morbidity affects of symptoms of fibromyalgia. Phys Med Rehab Kuror 2002; 12: 284-287.
- Öner N, LeCompte A (1985) Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İkinci baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Matbaası.
- Pagano T, Matsutani LA, Ferreira EA, Ferreira EA, Marques AP, Pereira CA (2004) Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. Sao Paulo Med J; 122: 252-258.
- Sayar K, Gulec H, Topbas M, Kalyoncu A (2004) Affective distress and fibromyalgia. Swiss Med Wkly; 134: 248-253.
- Sendur OF (2004) Ağrılı kas sendromları. Oğuz H, Dursun E, Dursun N, editörler. Tıbbi Rehabilitasyon içinde. 2. baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1221-1238.
- Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushene RE (1970) Manual for State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Tariot PN, Yocum D, Kalın N (1986) Psychiatric disorders in fibromyalgia. Am J Psychiatry; 143: 812-813.
- Thieme K, Turk DC, Flor H (2004) Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. Psychosom Med; 66: 837-844.
- Türkçapar H (2004) Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. Klinik Psikiyatri; Ek 4: 12-16.
- Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H (1998) Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. J Cogn Psychother; 12: 163-172.



Nörolojik Rehabilitasyon

Sinir Sistemi Hastalıklarında Tanı - Tedavi ve Rehabilitasyon

Editör

Prof. Dr. Turgut Göksoy



Nörolojik Rehabilitasyon

TURGUT GÖKSOY

Sinir sistemi hastalıklarında tanıyı, tedaviyi, rehabilitasyonu içeriyor.

45 TL

YÜCE reklam/yayım/dağıtım a.ş.

Telefon: 0212-279 10 26 · Faks: 0212-279 18 64

www.yuceyayim.com.tr

