

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON
ANABİLİM DALI**

**ROMATOİD ARTRİT VE FİBROMYALJİ HASTALARINDA
HASTALIK AKTİVİTESİ, HASTALIK ALGISI, SOSYAL DESTEK VE
BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİNİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE
ETKİSİ**

Dr. HAKAN KESMEN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN-2018

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON
ANABİLİM DALI**

**ROMATOİD ARTRİT VE FİBROMYALJİ HASTALARINDA
HASTALIK AKTİVİTESİ, HASTALIK ALGISI, SOSYAL DESTEK VE
BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİNİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE
ETKİSİ**

Dr. Hakan KESMEN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Prof.Dr.Ayhan BİLGİCİ

SAMSUN-2018

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi sürecimde güncel bilimsel gelişmeleri yakından takip ederek ve asistanlarını da teşvik ederek bilgilerimizi her gün tazeleme imkanı sunan, adeta yorulmaksızın bilime, mesleğimize katkılar sunan, hasta yaklaşımı ve tedavileri konusunda tecrübelerini bizimle paylaşan, her zaman örnek aldığım, Romatoloji Bilim Dalı'nın ülkemizdeki en önde gelen bilim adamlarından olan saygıdeğer hocam **Prof.Dr.Ömer KURU'ya** ,

Asistanlığım süresince, gerek mütevazı kişiliği, gerekse mesleki etik konusundaki hassas tutumunu hiçbir zaman unutmayacağım; meslek hayatım boyunca hasta yaklaşımını, güleryüzlü, sevecen tavırlarını hep hatırlayacağım, bilgi ve deneyimlerini her fırsatta bizlerle paylaşarak eğitime çok büyük katkıları olan ve tez sürecinde desteğini hiç esirgemeyen saygıdeğer tez hocam **Prof.Dr.Ayhan BİLGİCİ'ye**;

Uzmanlık eğitimim boyunca eğitimime katkıda bulunan, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım saygıdeğer hocalarım **Prof.Dr.Gamze ALAYLI'ya** , **Prof.Dr.Dilek DURMUŞ'a**, **Doç.Dr.Yeşim AKYOL'a**, **Doç.Dr. Yasemin ULUS'a**; teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlık sürecimde birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma, kliniğimizdeki tüm fizyoterapist, hemşire, sekreter ve personellerimize teşekkür ederim.

Hayatımın her döneminde desteğini hissettiğim, her zaman yanımda olan ve varlığı mutluluk kaynağım olan sevgili eşim Dt.Emine KARLI KESMEN'e çok teşekkür ederim.

Kendisini evlatlarına adayan ve bugünlere gelmemdeki en büyük pay sahibi olan fedakar anneme ve babama, desteklerini her zaman hissettiğim kardeşlerime teşekkürlerimi sunarım.

Dr.Hakan KESMEN

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı	Hakan KESMEN	
Doğum Tarihi	10.01.1989	
ve Yeri	Almus\Tokat	
Öğrenim Durumu	Yüksek Lisans	
Derece	Okul	Yıl
İlk\orta	26 Haziran İlköğretim Okulu	1995-2003
Lise	Tokat Fen Lisesi	2003-2007
Lisans\Yüksek lisans	Ege Üniiversitesi Tıp Fakültesi	2007-2013
Uzmanlık Eğitimi	Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı	2013-halen
Görevler		
Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Araştırma görevlisi	Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı	2013-halen

BEYAN

Romatoid artrit ve fibromyalji hastalarında hastalık aktivitesi, hastalık algısı, sosyal destek ve başa çıkma yöntemlerinin yaşam kalitesi üzerine etkisi başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı , bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Hakan KESMEN

ÖZET

Romatoid artrit ve Fibromyaljili hastalarda hastalık aktivitesi, hastalık algısı, sosyal destek ve başa çıkma yöntemlerinin yaşam kalitesi üzerine etkisi

Amaç: Çalışmamızda romatoid artrit’li (RA) hastalarda yaşam kalitesini fibromyalji sendromlu (FMS) hastalar ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırmayı; RA ve FMS hastalarında hastalık algısı, sosyal destek, hastalıkla başa çıkma yöntemleriyle yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Metod: Çalışmaya 58 RA, 50 FMS hastası ve 50 sağlıklı kontrol alındı. Ağrı Vizüel Analog Skala (VAS), yaşam kalitesi kısa form (SF-36), hastalık algısı Revize Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ), sosyal destek Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (CBASDÖ), başa çıkma tutumları Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) ile değerlendirildi. RA’da hastalık aktivitesi DAS-28 ve Klinik Hastalık Aktivitesi (CDAİ) ile, fonksiyonel durum Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ) ile değerlendirildi. FMS hastalarının klinik değerlendirmesinde Fibromyalji Etki Anketi (FİQ) ölçeği kullanıldı.

Bulgular: RA ve FMS hastalarında COPE-emosyonel ve COPE-problem skorları sağlıklı kontrollere göre daha yüksek bulunurken ($p<0.05$), iki grup arasında fark tespit edilmedi ($p>0.05$). Tüm CBASDÖ skorları üç grup arasında farklı değildi ($p>0.05$). SF-36 fiziksel fonksiyon, ağrı, sosyal fonksiyon ve mental sağlık skorları FMS’li hastalarda RA hastaları ve sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak daha düşük bulundu ($p<0.05$).

RA hastalarında CBASDÖ-arkadaş ve CBASDÖ-özel ile SF-36’nın tüm parametreleri arasında pozitif korelasyon tespit edildi. HAÖ-sonuçlar, SF-36’nın tüm parametreleriyle negatif ilişkiliydi ($p<0.01$). HAÖ-tedavi kontrolüyle SF-36 fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyon skorları arasında pozitif korelasyon saptandı ($p<0.05$).

FMS hastalarında HAÖ-süre akut-kronik ve SF-36 fiziksel fonksiyon, ağrı ve sosyal fonksiyon arasında negatif ilişki tespit edildi. HAÖ-süre döngüsel, SF-36 mental

sağlık ile negatif koreleyken ($p<0.01$), COPE-duygusal skorları SF-36 genel sağlıkla negatif koreleydi ($p<0.05$).

Sonuç: RA ve FMS’de yaşam kalitesi ve fiziksel fonksiyonlar, hastalık aktivitesi kadar hastalık algısı, sosyal destek ve başa çıkma yöntemleriyle ilişkili bulunmuştur.



ABSTRACT

Effects of disease activity, illness perception, social support and coping methods on quality of life in the patients with rheumatoid arthritis and fibromyalgia syndrome

Objective: In the present study, we aimed to compare the quality of life (QOL) of the patients with rheumatoid arthritis (RA) with fibromyalgia (FMS) patients and healthy controls and to assess the relationship between QOL and illness perception, social support, disease coping methods in the patients with RA and FMS.

Methods: Fifty-eight patients with RA, 50 patients with FMS and 50 healthy controls were enrolled in the study. Pain (Visual Analogue Scale, VAS), QOL (Short Form SF-36), illness perception (Revised Illness Perception Scale, IPQ-R), social support (Multidimensional Perceived Social Support Scale, MSPSS) were assessed in the patients. In RA patients, disease activity was evaluated with DAS 28 and Clinical Disease Activity (CDAI), and functional status was evaluated with Health Assessment Questionnaire (HAQ). Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) scale was used in the clinical assessment of FMS patients.

Results: While RA and FMS patients had higher COPE-emotional and COPE–problem scores than the healthy controls ($p < 0.05$), there was no significant difference between the patients with RA and FMS ($p > 0.05$). Regarding the all MSPSS scores, there was no significant difference between the three groups ($p > 0.05$). FMS patients had lower scores than the RA patients and healthy controls regarding the physical function, pain, social functioning and mental health subscales of SF-36 ($p < 0.05$).

In RA patients, MSPSS-friend and MSPSS-special one scores were positively correlated with all subscales of SF-36. IPQ-R consequences scores were negatively associated with all subscales of SF-36 ($p < 0.01$). There were positive correlations between IPQ-R treatment control and SF-36 physical function and social function subscales ($p < 0.05$).

In FMS patients, IPQ-R-timeline acute\chronic score was negatively correlated with physical function, pain and social function subscales ($p < 0.05$). While IPQ-R

timeline cyclical was negative correlated with SF-36 mental health subscale, COPE-emotional was negatively correlated with SF-36 general health.

Conclusion: In RA and FMS patients, QOL and physical functions were found to be related with illness perception, social support and coping methods as much as disease activity.



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	iv
İÇİNDEKİLER	viii
TABLO LİSTESİ	ix
KISALTMALAR	x
1-GİRİŞ VE AMAÇ	1
2-GENEL BİLGİLER	2
2.1 Romatoid Artrit	2
2.1.2 Etiyoloji	2
2.1.3 Patogenez	6
2.1.4 Klinik bulgular	9
2.1.5 Tanı	12
2.2-Fibromyalji	15
2.2.1 Epidemiyoloji	15
2.2.2 Etiyoloji	15
2.2.3 Patogenez	15
2.2.4 Klinik bulgular	18
2.2.5 Tanı	19
2.3 Algılanan Sosyal Destek, Hastalık Algısı, Başa Çıkma Tutumları	22
2.3.1 Algılanan sosyal destek	22
2.3.2 Hastalık algısı	23
2.3.3 Stresle başa çıkma tutumları	23
3-GEREÇ VE YÖNTEM	26
4-BULGULAR	33
5-TARTIŞMA	48
6.SONUÇ	56
KAYNAKLAR	57
EKLER	72

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. RA, FMS ve sağlıklı kontrollerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	333
Tablo 2. FMS ve RA hastalarının klinik ve laboratuvar bulguları	344
Tablo 3 : RA hastalarında semptom süresi, ağrı düzeyi, hastalık aktivitesi, sosyal destek düzeylerinin yaşam kalitesi ve özürlülük üzerine etkisi	366
Tablo 4: RA hastalarında hastalık algısı, başa çıkma yöntemleri, depresyon ve anksiyete düzeylerinin, yaşam kalitesi ve özürlülük üzerine etkisi	388
Tablo 5: RA hastalarında cinsiyetin hastalık algısı, sosyal destek, başa çıkma tutumları, yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve hastalık aktivitesi üzerine etkisi. 40	
Tablo 6: RA hastalarında yaşanan yerin hastalık algısı, sosyal destek, başa çıkma tutumları, yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve hastalık aktivitesi üzerine etkisi 411	
Tablo 7 : FMS hastalarında ağrı ,yorgunluk düzeyi, semptom süresi ve sosyal destek düzeylerinin, yaşam kalitesi ve hastalık semptomları üzerine etkisi	422
Tablo 8: FMS hastalarında hastalık algısı, depresyon, anksiyete ve başa çıkma tutumlarının yaşam kalitesi ve hastalık semptom düzeyleri üzerine etkisi	444
Tablo 9: RA ve FMS ile Kontrol gruplarının başa çıkma, sosyal destek, hastalık algısı, depresyon ve anksiyete açısından karşılaştırılması	466
Tablo 10:Çoklu doğrusal regresyon analizi sonucuna göre RA hastalarında mental sağlık puanına etki eden faktörler	477

KISALTMALAR

RA : Romatoid artrit

FMS : Fibromyalji sendromu

MSPSS : Multidimensional Perceived Social Support Scale

CBASDÖ : Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

IPQ-R : Revised Illness Perception Scale

HAÖ : Hastalık Algısı Ölçeği

VAS : Vizuel Analog Skala

VKİ : Vücut Kitle İndeksi

CRP : C-reaktif protein

ESH : Eritrosit sedimentasyon hızı

COPE :Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

MAF : Multidimensional Assosication of Fatigue

ACR : American Collage of Rheumatology

EULAR : European League Against Rheumatism

FIQ : Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)

HAQ : Health Assessment Questionnaire (HAQ)

SF-36 : Short form-36

1-GİRİŞ VE AMAÇ

Romatoid artrit (RA) sıklıkla küçük eklemlerde simetrik tutulumla giden, eklemlerde destrüksiyona neden olan kronik, progresif seyirli ve yaşam kalitesinde ciddi bozulmalara neden olan sistemik otoimmün hastalıktır (1). Hastalığın kronik ve destrüktif seyri nedeniyle zaman içinde hastaların fiziksel, emosyonel, sosyal fonksiyonları olumsuz etkilenir ve yaşam kaliteleri bozulur. Hastalık seyrinde, ağrı ve fonksiyonel yetersizlik yaşam kalitesini etkileyen en temel faktörlerdir (2,3). Ancak sadece fiziksel fonksiyonlardaki kısıtlanma değil, psikososyal fonksiyonlardaki bozulma da kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Psikolojik ve sosyal fonksiyonlar, hastalık şiddeti yanında kişisel özelliklerden, eğitim düzeyinden ve sosyal çevreden de etkilenir.

Fibromyalji sendromu (FMS), yaygın kas ve eklem ağrıları nedeniyle inflamatuvar artritler kadar kişinin yaşam kalitesini bozan, toplumda sık görülen (%0.5-5) diğer kronik seyirli bir hastalıktır. Yaygın vücut ağrısı, yorgunluk ve hassasiyet, uyku bozukluğu, irritabl barsak sendromu eklem ağrılarına eşlik eden yaygın semptomlardır (4).

Son yıllarda RA tedavisinde yaşanan büyük gelişmeler sonucunda, hastalık aktivitesinin baskılanması yanında, yaşam kalitesinin artırılmasını tedavinin temel hedefi haline gelmiştir. Ancak tedavi planlanırken hastanın semptomları, laboratuvar ve eklem bulguları temel alınırken, hastanın bilişsel ve emosyonel durumu gözardı edilir. Bu nedenle aktif medikal tedaviye rağmen tatmin edici sonuçlar alınamayabilir. Bu durum özellikle RA ve FMS gibi yaygın görülen kronik hastalıklarda önemlidir.

FMS'nin RA'dan daha büyük emosyonel komponente sahip olduğu kabul edilir. Biz bu çalışmada ciddi yapısal hasara yol açan RA'li hastalarda yaşam kalitesini yapısal hasara neden olmayan FMS'li hastalar ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırdık. RA ve FMS hastalarında ağrı, hastalık aktivitesi ve fonksiyonel yetersizlik yanında kişisel faktörlerin; hastalık algısı, sosyal destek, hastalıkla başa çıkma yöntemlerinin, yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırdık.

2-GENEL BİLGİLER

2.1 Romatoid Artrit

Romatoid artrit (RA) etiyolojisi bilinmeyen, özellikle periferik sinoviyal eklemleri simetrik olarak tutan, sistemik tutulumların da olabildiği kronik, multisistemik bir hastalıktır. Toplumda prevalansı en yüksek görülen inflamatuvar artrit tipidir (5). Romatoid artrit (RA) otoimmünite, sinoviuma aktif inflamatuvar hücrelerin infiltrasyonu, sinovial hiperplazi, neoangiogenez, ilerleyici kıkırdak ve kemik yıkımı ile karakterizedir (5,6).

2.1.1 Epidemiyoloji

RA genel popülasyonun %0.5-1'ini etkileyen en sık kronik inflamatuvar artrit tipidir. Diğer otoimmün hastalıklar gibi kadın cinsiyette sıklığı daha fazladır. Erkeklerle oranla kadınlarda 3 kat daha sıktır. 30-50 yaş arası daha sık görülse de tüm yaşlarda ortaya çıkabilmektedir (7).

Yıllık insidansının 1000 kişi başına 0,2 – 0,4 civarında değiştiği bildirilmiştir. Yıllık insidans oranı 100 000 kişide, kadınlar için 36 ve erkekler için 14'tür. 45 yaş altında erkeklerde nadir görülür. Erkeklerde RA görülme insidansı yaşla artarken, kadınlarda insidans 45 yaşına kadar artar, 75 yaşına kadar plato çizer ve sonrasında ise azalır (2). RA yaşam boyu süren bir hastalık olması dolayısı ile yaş ile birlikte her dekatta prevalansı artmaktadır (8).

2.1.2 Etiyoloji

Yapılan çalışmalara rağmen RA'nın etiyolojisi halen tam olarak bilinmemektedir. Ancak kabul edilen yaygın görüşe göre hastalık, genetik yatkınlığı olan bireylerde, bilinmeyen çevresel etkenlerin antijenik uyarısıyla başlamaktadır. İmmün sistemde gelişen kompleks etkileşimler sonucu hastalık kronik hale gelmektedir (9).

Etiyolojide rol oynadığı düşünülen faktörler; enfeksiyöz ajanlar, genetik, immün sistem bozukluğu, travma, stres, cinsiyet, endokrin, metabolik, çevresel, beslenme ve psikolojik faktörlerdir (9).

2.1.2.1 Genetik

Birçok çalışma RA'da genetik faktörlerin rolünü ortaya koymaktadır. Seropozitif kişilerin birinci derece akrabalarında hastalık topluma oranla yaklaşık dört kat daha fazla izlenmektedir. Monozigot ikizlerde RA görülme oranı %30'larda iken, dizigot ikizlere bu oran %5'e düşer. Ancak tek yumurta ikizlerinde romatoid artritin ikizlerin her ikisinde de çıkma olasılığı %50'nin altında bildirilmiştir ve bu sonuç etyopatogeneizde genetik yatkınlığın dışında çevresel faktörlerin de önemli rolü olduğunu düşündürmektedir (10, 11).

Sınıf 2 major histokompatibilite kompleks aleli HLA DRB1 (401 ve 404 alelleri) RA ile ilişkili bulunmuştur (12, 13). Genetik çalışmalar sonucunda elde edilen veriler, siklik sitriline peptite (CCP) karşı gelişen antikor düzeyindeki farklılıkların, HLA DRB1 alel sayısındaki farklılıklar ile ilişkili olduğunu göstermiştir (14). Bu HLA alelleri benzer yapılar paylaşmakta olup bu olay ortak epitop olarak ifade edilmektedir. Günümüzde antijenlerin sitrüllinasyon denilen bir süreç ile modifiye edildiklerine inanılmaktadır ve bu süreç arjinin amino asidinin sitriline post-translasyonel modifikasyonunu gerektirmektedir. Bu modifikasyonun, antijenlerin HLA alelleri içinde yer almasını sağladığı ve ortak epitopa zemin hazırladığı düşünülmektedir (15).

2.1.2.2 Cinsiyet ve seks hormonları

RA kadınlarda erkeklere göre 3:1 oranında daha fazla görülmektedir. Hastalığa yatkınlık ile cinsiyet farklılığının temeli bilinmemektedir, seks hormonlarının ve reproduktif faktörlerin hem RA gelişimi hem hastalık şiddeti üzerine etkileri olabileceği düşünülmektedir (16).

Hamilelikte hastalık seyrindeki değişiklikler nedeniyle seks hormonlarının üzerinde durulmuştur. Gebeliğin RA üzerine etkisi tam anlaşılamamıştır. Genellikle hamilelik döneminde hastaların %75'inden fazlası remisyona girmekte ya da hastalık aktivitesi azalmaktadır. Hamilelik sona erdiğinde ise olguların %80-90'ında hastalık aktivitesi tekrar artmaktadır (17,18).

Son 30-40 yılda hastalığın genç kadınlarda gözlenen insidansının azalması nedeniyle oral kontraseptif kullanımının hastalık gelişiminde ve şiddetinde rolü olabileceği öne sürülmüştür (14). Oral kontraseptif kullanımının daha şiddetli hastalık gelişiminden koruyabildiğini gösteren yayınlar vardır (19). Östrojenin immün sistem üzerinde stimülatör etkileri bilinmektedir. Menarş yaşı küçük olan kadınlarda RA gelişme riski nispeten daha azdır (20).

2.1.2.3 Enfeksiyöz ajanlar

RA etiyolojisinde rol oynadığına inanılan bir mikroorganizma tam olarak ortaya konulamamıştır. Mikoplazmaların, piyojenik bakterilerin ve mikobakterilerin etiyolojik rolleri üzerinde durulmuş ancak yeterli kanıt elde edilememiştir. Mikobakteriyum tüberkülozusun kıkırdak yapısındaki proteoglikanlar ile moleküler benzerlik gösterdiği ve sinoviyal sıvıda lenfosit proliferasyonuna neden olduğu ileri sürülmüştür (9).

RA'lı hastaların kanında, eklem sıvısı veya dokularından canlı mikroorganizma izole edilememiştir. Bundan dolayı ilgi bakteriyel enzimlere ve bakterinin diğer komponentlerine yönelmiştir. Bakteriyel proteinlerin, sinovyal hücreler ve makrofajlarca fagosite edildiği, ancak parçalanamadığı ve sonuç olarak kronik irritasyon geliştiği düşünülmüştür. Ancak romatoid artritli bireylerin sinoviyasında bakteriyel proteinlere rastlanmamıştır (9).

Etiyolojide rol oynadığı düşünülen virüsler arasında Human T-cell Lenfotrofik virüs Tip 1, diğer retrovirüsler Epstein Barr virüs, Hepatit B virüsü, Rubella, Parvovirüs B19 sayılabilir (9,10,21). Virüslerin üç farklı mekanizma ile RA'ya neden olabileceği ileri sürülmüştür. İlk mekanizma artrojenik bir ajanın eklem kıkırdığına ve diğer yapılara yayılarak direkt etkiyle veya lokalize immün yanıtla artrite yol açabileceğidir. İkinci mekanizma virüslerin immün kompleksler oluşturmak yoluyla artrite neden olabilecekleri, üçüncü olası mekanizma ise viral ajanların immün sistemi etkileyerek otoantikor oluşumuna yol açmalarıdır (9,21).

2.1.2.4. Sigara

Sigara, RA etyolojisi içerisinde etkisi gösterilmiş bir faktördür. Özellikle Romatoid Faktör(RF)-pozitif erkeklerde ve ağır içicilerde etkisi ön planda görülmektedir (22). Sigaranın, anti-CCP pozitif hastalarda ve özellikle HLA DRB1 paylaşılmış epitop alelleri mevcut olan hastalarda risk faktörü olduğu gösterilmiştir (23). Sigara kullanımını, yoğunluğu ve süresi, diğer faktörlerden bağımsız olarak RA risk artışı ile direkt ilişkili olup, sigaranın bırakılmasına rağmen risk artışı devam etmektedir (24). Sigaranın, genetik yatkınlığı olanlarda bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (25).

2.1.2.5. Isı sok proteinleri

Isı şok proteinleri (İŞP), hücreler tarafından strese cevap olarak sentezlenen proteinlerdir. İntrasellüler translokasyonları kolaylaştırır. Hücreyi mikroorganizma, serbest oksijen radikalleri gibi etmenlerden korur. İnflamatuvar artritlerde, sinoviyal hücrelerin İŞP oluşturdukları ve bunların çapraz reaksiyon veren T hücreleri ve antikorlar tarafından tanındığı bildirilmiştir (9,10,21).

2.1.2.6. Otoantikorlar

RA'da ilk tespit edilen otoantikor insan IgG'nin Fc kısmına karşı gelişen sıklıkla IgM yapısında bir antikor olan RF'dir. (25)

RF; eklemden immünkompleks oluşumunda, kompleman aktivasyonunda, kemotaktik faktörlerin salınımında ve damar geçirgenliğinde artışta önemli rol oynar. Ancak RF varlığı artrit başlatılması için yeterli değildir. Son zamanlarda RA patogeneğinde anti-sitrüline peptidin önemine dair birçok yayın vardır (26).

RA gelişiminde rol oynadığı düşünülen otoantikorlar arasında sitriline peptide karşı gelişen antikorlar (anti-CCP), gittikçe artan öneme sahiptir. Bu otoantikorlar RA hastalarının %60-70'inde pozitif olup, hastalık gelişmeden yıllar önce hastaların serumunda tespit edilebilmekte ve ciddi, eroziv seyirli hastalığın göstergesi olarak kabul edilmektedirler (26).

. Anti-CCP tanı için daha spesifik ve sensitif olup, progresif eklem harabiyeti açısından da kötü prognoz göstergesi olarak daha değerli olduğu gösterilmiştir (27).

2.1.3 Patogenezi

RA patogeneziinde hem humoral hem hücresele immunite önemlidir. İmmun yanıtta ilk basamak bir peptid dizisinin antijen sunan hücreler tarafından T hücrelerine sunulmasıdır. Makrofajlar, fibroblastlar, endotelyal hücreler , dendritik hücreler, B hücreleri antijen sunucu hücreler olarak görev yaparlar. T hücreleri, antijenleri ancak reseptörleri vasıtasıyla tanıyabilirler. T hücre reseptör fenotipleri fonksiyonel olarak da farklılık gösterir. En sık CD4+'ün yanı sıra daha az sıklıkla CD8+ ve fonksiyonel olarak inaktif olan CD45 fenotipi bulunmaktadır (30).

Romatoid artritte temel patoloji, eklem kıkırdağı ve subkondral kemiğin sinoviya aracılığıyla yıkıma uğratılmasıdır. Sonuçta RA'lı hastalarda sinoviyum; sistemik immun yanıtı oluşturan efektör bir organ gibi çalışır. Sinovial eklem aralığında T hücreleri, makrofajlar ve plazma hücreleri gibi inflamasyon hücreleri birikir. Sinovitin ciddiyeti ve gelişimi bu infalamatuvar hücrelerin birikimi ve aktivasyonu, sitokinlerin salınımıyla ilişkilidir (31).

RA'nın başlangıcında T hücrelerin ilk planda rol oynadığı düşünülmektedir. Antijen sunucu hücre yüzeyinde bulunan HLA molekülüne bağlanan antijenik peptid, ilk olarak T hücre reseptörü tarafından tanınmaktadır. Daha sonra T hücreler uyarılmakta ve otoantikör yapımı , sitotoksik yanıt, sitokin salınımı gibi çeşitli efektör yanıtların başlamasına neden olmaktadır (32).

CD4+hücreler aktif hale geldikten sonra, bir takım sitokinler salgılamaktadır. Salgılanan IL-2 ve IFN- γ ile diğer inflamatuvar hücreler uyarılmaktadır. IFN- γ , makrofajları aktifler. Aktifleşen makrofajlardan, salgılanan IL-1 ve TNF- α RA patogeneziinde en önemi rolü olan sitokinlerdir. IFN- γ ile TNF- α karşıt etkilere sahip sitokinlerdir. RA'lı hastalarda IFN- γ düşük saptanması TNF- α 'nın RA da yüksek olması ve bu karşıt etkiden kaynaklı olabilir (29).

B lenfositler T hücreleri tarafınca aktive edildikten sonra B hücreleri plazma hücrelerine dönüşmekte ve sonrasında Immunglobulin ve Romatoid Faktör

salgılamaktadır. Immunglobulinler eklem aralığı ve sinoviyada antijenlerle birleşerek immun kompleksler meydana getirirler. Oluşan immun kompleksler, kompleman aktivasyonuna ve kemotaktik faktörlerin salınmasına yol açarlar. Kemotaktik faktörlerin damar geçirgenliğini artırması sonucu, polimorfonükleer lenfositler ve monositler bu bölgede toplanır. Bu hücreler immün kompleksleri fagosit ederek doku hasarına neden olan prostaglandin, lökotrien, serbest radikal ve proteolitik enzimlerin yapım ve serbestleşmesine neden olurlar. Mast hücrelerinden salgılanan histamin gibi vazoaaktif peptitler de inflamatuvar bölgeye inflamatuvar hücrelerin girişini sağlarlar. Sonuçta sinoviyumu kaplayan hücrelerin sayısında artış ve mononükleer hücrelerin perivasküler alanda infiltrasyonu izlenir. (29).

RA patogenezinde sitokinler önemli rol sahibidir. Sitokinler, hücreler arasında kimyasal haberleşmeyi, hücrelerin büyüme ve farklılaşmasını, immun cevabın düzenlenmesini sağlayan proteinlerdir. İmmun sistem hücreleri tarafından salgılanan sitokinin RA'da, sinoviyada düzeyleri artar. En belirgin artışlar TNF- α ve IL-1'de olmaktadır. Her iki sitokin de lenfosit kemotaksisini, angiogenezi, damar geçirgenliğini ve metalloproteinaz üretimini arttırırlar. Ayrıca IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, IL-15, IL-18, granülosit monosit koloni stimüle edici faktör(GM-CSF), makrofaj koloni stimüle edici faktör(M-CSF), transforme edici büyüme faktörü β (TGF- β) gibi sitokinlerin de RA'da önemli pay sahibi gösterilmiştir. RA'lı hastalarda trombosit sayısı, C-reaktif protein (CRP), serum amiloid A ve gama globulin yüksekliği, IL-6'nın salınımının artmasıyla açıklanmaya çalışılmıştır (34,35).

Hastalığın kronik fazında sinoviyal tabakada hücre infiltrasyonu, özellikle tip A ve tip B sinoviyal hücrelerde artma sonucu villöz hipertrofi ve pannus meydana gelir. Pannus kıkırdak ile kemiğin birleştiği bölgede oluşur. Pannusta ye alan makrofajlar proteinaz ve kollajenaz salgılayamaktadır. Bu enzimatik etkiler subkondral kemikte erozyon gelişmesine neden olmaktadır. Pannusun eklem kıkırdağını yıkması sonucu eklem aralığında daralma meydana gelir. Sonrasında ise subkondral bölgede yüzeysel kistlerin oluşmasına sebep olur. Zamanla eklem deformiteleri gelişir (31,33,34).

RA'da klinik semptomlar sinoviyal membranda T lenfositlerin aktivitesinin arttığı dönemde ortaya çıkar. Eklemde ağrı, artrit ve hareketlerde kısıtlılık ile ilk bulgular oluşur.

RA bir sitokin dengesizliği hastalığı olup proinflamatuvar sitokinler artarken antiinflamatuvar sitokinler azalır.

Romatoid artrit'teki sitokin profili hücre kaynağına göre ;

1. T hücre kaynaklılar: INF- γ , IL-2, IL-4, IL-6, IL-10.

2. Makrofaj-Tip A sinoviosit kaynaklı: IL-1, IL-6, IL-8, TNF- α , GM-CSF, TGF- β .

3. Fibroblast-Tip B sinoviosit kaynaklı: IL-6, GM-CSF, TGF- β olarak sınıflandırılabilir.

Proinflamatuvar sitokinler; IL-1, IL-2, IL-6, IL-8, IL-12, IL-17, IL-18, TNF- α , GCSF, GM-CSF.

Antiinflamatuvar sitokinler; IL-4, IL-10, IL-11, IL-13, TGF- β , çözünür TNF reseptörü, çözünür IL-2 reseptörüdür (32).

Romatoid artrit ve diğer inflamatuvar artritlerde ilk dönemde ödem ve anjiogenez ön plandadır. Geç dönemde ise hücre hiperplazisi ile karakterize sinovit gelişir. Romatoid sinoviyumda bulunan makrofaj, fibroblast ve lenfosit gibi çeşitli hücreler anjiogenezi artırabilirler. Bu hücrelerden salınan FGF- α ve β , VEGF, TGF- β , heparin, TNF- α ve PGE2 anjiogenezi uyaran moleküllerdir. Sinovitin başlangıcında ilk olarak mikrovasküler hasar ve hafif sinoviyal hücre proliferasyonunun ilk lezyon olduğu düşünülmektedir. Önceleri polimorfonükleer lökosit (PMNL) hakimiyeti olur. Geç dönemde daha çok mononükleer hücre hakimiyeti, daha az nötrofil infiltrasyonu vardır. İntimal tabakada oluşan hücre artışı RA'da kronik sinoviyal inflamasyonu gösteren en belirgin bulgudur.

2.1.4 Klinik bulgular

2.1.4.1 Başlangıç şekilleri

Sinsi başlangıç: RA, hastaların yaklaşık %50'sinde haftalar ve aylar içerisinde yavaş ve sinsi başlangıç görülür. Başlangıç artiküler veya sistemik semptomlarla olabildiği gibi bazı hastalarda halsizlik, yorgunluk veya yaygın kas iskelet ağrıları ilk non-spesifik semptomlar olabilir. Eklem tutulumu daha sonra görülür. Hasta öyküsünde sıklıkla önceki bir eklem tutulduğunu sonra hızla diğer eklemlerin tutulduğunu ifade eder. Hastalığın başlangıcında asimetric tutulum görülmekle birlikte hastalığın ilerleyen dönemlerinde simetrik tutulum belirgin hale gelir. Sabah tutukluğu ağrıdan önce ortaya çıkabilir. Sabah tutukluğunda, gece salgılanan inflamatuvar sitokinler yanında, uyku sırasında mobilizasyonun azalması ve inflamasyon sıvısının eklemlerde birikmesi rol oynar. RA'da sabah tutukluğu en az 30-45 dakika devam etmelidir (35). Sinsi başlangıç el bilekleri, MKF, PİF, ayak bilekleri ya da MTF gibi küçük periferik eklemleri etkileyen en yaygın başlangıç şekli olarak bilinmektedir (35).

Akut veya Subakut Başlangıç: Hastaların yaklaşık %10-25'inde akut başlangıç görülmektedir. Semptomlar birkaç gün içinde pik yapar. Sinsi başlangıca göre daha az simetrik eklem tutulum görülür. Bu tip başlangıç şekli her yaşta hastayı etkileyebilse de yaşlılarda daha sık görülür (38). Hastaların yaklaşık %15-29'unda subakut başlangıç görülür.

Semptomlar günler veya haftalar içinde ortaya çıkabilir. Sistemik komplikasyonlar bu grupta sinsi başlangıçlı tipe oranla daha sık görülür (35).

Sistemik başlangıç şekli ateş, anemi, döküntü gibi sistemik bulgularla seyreder ve daha çok orta yaştaki erkek hastalarda görülür.

Palindromik başlangıç şekli, ortalama 48-72 saat devam edip geçen tarzda, belli aralıklarla tekrarlayabilen , akut mono veya oligoartikuler tutulum ile kendini gösterir.

Polimiyaljik baslangıç şekli ise daha çok yaşlılarda izlenir. Sabah tutukluğuna eşlik eden kalça kuşağı ve omuz kuşağında ağrı hastaların başvuru şeklidir. Hastalara tanı konması zamanla eklem tutulumunun gelişmesiyle olur (9,21) .

2.1.4.2 Eklem bulguları

RA'da tipik eklem tutulumu çok sayıda eklemden aynı anda başlayan ve genellikle simetrik olarak görülen şişlik, ağrı, hassasiyet ve fonksiyon kaybı ile karakterizedir. Eklem ağrısı pek çok hastanın en önemli problemidir ve hastalığın seyrini belirlemede, tedaviye yanıtı değerlendirmede kullanılan ölçütlerden biridir. Uzun süren sabah tutukluğu RA'nın tipik bulgusudur. Eklem şişliği eklem içinde sıvı varlığından veya sinoviyal proliferasyondan kaynaklanabilir. Sinoviyal proliferasyon cilt ile altta yatan kemik arasında palpe edilir ve hamurumsu kıvamdadır. RA'da erken dönemde inflame eklemlere komşu kaslarda sinsi bir atrofi başlar. Sonuçta hastanın ağrısı ile orantısız bir güçsüzlük oluşur (36).

RA'da gelişen eklemlerdeki hasar farklı mekanizmalar sonucu ortaya çıkar. Ancak tüm mekanizmalardaki benzer nokta, hastanın ağrısını en çok azaltan pozisyonda eklemi tutmayı tercih etmesidir. Diğer nedenler ise kırık ve kemiklerde oluşan hasar ve tendon, bağ ve kaslarda meydana gelen farklılıklardır. Eklemden inflamasyon, tendon kılıflarında inflamasyona ve bunun sonucunda tendon kılıfında kalınlaşmaya, tendonlarda rüptüre sebep olabilir (37).

En çok tutulan eklemler proksimal interfalangeal eklemler(PIF), metakarpofalangeal eklemler(MKF), el bilekleridir. Dizler, dirsekler ve metatarsofalangeal eklemler(MTF) de %60'a yakın oranda tutulum görülür. Kalçalar, omuzlar, ayak bilekleri az tutulan eklemlerdir (38,39). Servikal vertebranın atlantoaksial subluksasyonu görülebilir. RA'da torakal ve lomber vertebra tutulumu , sakroiliak eklem ve ellerde distal interfalangial (DIF) eklemlerin tutulumu beklenmez.

Omuz en sık tutulan eklemlerdendir. Hastalar ağrıları ve gelişen deformiteler sonucu eklem hareketlerini azaltmaktadır. Bu nedenle hastalarda adheziv kapsulit gelişebilir (39).

Dirsekte olekranon bursa tutulumu sık izlenmektedir. Romatoid nodüllerin en sık yerleştiği bölgelerde birisi dirsek ekstensor yüzeyleridir. El bileğinde radial deviasyon izlenirken MKF eklemlerde ulnar deviasyon izlenir. MKF eklem tutulumuna bağlı olarak gelişen diğer deformirte ise parmakların metakarplara göre volar subluksasyonudur. Kuğu boynu deformitesi DİF ve MKF eklemlerin fleksiyonu, PİF eklem hiperekstansiyonu sonucu gelişir. PİF eklem fleksiyonu ile birlikte DİF eklem hiperekstansiyonuna düğme iliği deformitesi denir (39).

Kalçada hareket ile ağrı oluşması ve hareket kısıtlılığı kalça eklemine tutulumunu gösterir. Kalça eklemine oluşan kırıkta hasarı diğer eklemlere göre daha hızlı ilerleme eğilimindedir.

Diz tutulumu olan hastalarda sinoviyal effüzyon ve kalınlaşma muayene sırasında patellar ballotmanla kolaylıkla hissedilenir. Eklem kapsülünün arkaya doğru herniye olması sonucu ile popliteal kist (Baker kisti) oluşabilir. Halluks valgus, çekiç parmak ve MTF başının ayak tabanına doğru subluksasyonu gelişebilen deformiteler arasındadır (37,38).

2.1.4.3 Eklem Dışı Bulgular

Sistemik bir hastalık olan romatoid artritte eklem dışı bulgular önemli morbidite ve mortalite nedenidirler. RA'nın eklem dışı tutulumları Tablo 1 'de sunulmuştur (41).

Romatoid artritte eklem dışı organ ve sistemlerin tutulumu.	
Genel	Ateş, halsizlik, yorgunluk, uyku bozuklukları, kilo kaybı
Deri/Derialtı dokusu	Subkutan nodüller, palmar eritem, vaskülitik döküntüler, deri atrofisi
Hematolojik sistem	Anemi, lenfadenopati, Felty sendromu(RF(+), splenomegali, nötropeni)
Solunum sistemi	Plevral effüzyon, plörit, romatoid nodul, interstisyel akciğer hastalığı, bronşiolit obliterans
Kalp-Damar sistemi	Perikardit, myokardit, valvülopati, koroner vaskülit
Göz	Keratokonjunktivis sikka, episklerit, sklerit, skleromalazi, koroid ve retinada nodüller
Periferik sinirler	Periferik sinir sıkışmaları (karpal tünel sendromu, tarsal tünel sendromu), periferik nöropati, mononöritis multipleks
Romatoid vaskülit	Tırnak kapillerinde tromboz, digital infarkt, gangren, iç organ- vaskülitik bulguları
Diğerleri	Osteopeni, Sjögren sendromu, amiloidoz, depresyon

2.1.5 Tanı

RA tanısında klinik bulgular esastır. Amerikan Romatizma Derneği tanı kriterlerini 1958 yılında ilk olarak yayınlamış, 1987'de ise revize etmiştir (42). 2010 yılında ACR / EULAR RA için yeni sınıflandırma kriterlerini yayınlamışlardır (43).

ACR/EULAR 2010 RA Sınıflandırma Kriterleri	
1- En az bir eklemde klinik olarak sinovitin(şişlik) bulunması * 2- Sinoviti açıklayacak başka patolojinin bulunmaması	
RA sınıflandırma kriterleri	Puan
A.Eklem tutulumu	
Bir büyük eklem tutulum	0
2-10 büyük eklem tutulumu	1
1-3 küçük eklem tutulumu(büyük eklem tutulumu olsun veya olmasın)	2
4-10 küçük eklem tutulumu(büyük eklem tutulumu olsun veya olmasın)	3
>10 eklem tutulumu(en az bir tanesi küçük eklem olacak)	5
B.Seroloji (sınıflandırma için en az bir test sonucu gerekir)	
Negatif RF ve negatif Anti CCP	0
Düşük titrede RF veya Anti CCP pozitifliği	2
Yüksek titrede RF veya Anti CCP pozitifliği	3
C.Akut faz reaktanları(sınıflandırma için en az bir test sonucu gerekir)	
Normal CRP ve normal ESH	0
Anormal CRP veya anormal ESH	1
D.Semptomların süresi**	
< 6 hafta	0
> 6 hafta	1

Bu kriterler yeni hastalar için oluşturulmuştur. Puanlama sonucu <6/10 olan hastalar RA kriterlerini karşılamasa bile takipte tutulmalıdır, bu kişiler takip edilme sürecinde RA kriterlerini karşılayabilir.

*Eklem tutulumu, fizik muayene sonucu ağrılı veya şiş eklemin tespit edilmesi veya görüntülemeler sonucu sinovit saptanmasıdır. Distal interfalangeal eklemler, 1. karpometakarpal eklem ve 1. metatarsofalangeal eklem sınıflandırma kriterlerindeki eklem tutulumlarına dahil değildir..

Yüksek-pozitif RF, normalin üst üst sınırından en az üç kat yükseklik bulunmasıdır. Romatoid Faktör (RF) yalnızca pozitif ya da negatif olarak belirtilmişse düşük-pozitif olarak kabul edilmelidir.

**Semptomların süresi, tedaviden bağımsızdır ve bizzat hastanın ifadesi doğrultusunda (ağrı, şişlik, hassasiyet), değerlendirilir.

2.2-Fibromyalji

Fibromyalji Sendromu (FMS) yaygın vücut ağrısı, yorgunluk ve hassasiyet, uyku bozukluğu, irritabl barsak sendromu gibi durumların eşlik ettiği kronik kas-iskelet sistemi hastalığıdır (4).

Fibromyalji Sendromu'nda etyopatogenez yaklaşık yüz yıldır araştırılmaktadır. Fakat ne fibromyaljide ne de kronik ağrıya yol açan diğer hastalıklarda tek bir faktör neden olarak tanımlanamamıştır (44).

2.2.1 Epidemiyoloji

Fibromyalji'nin toplumda yaygınlığı %2-4 tür. Hastaların %80-90'ı 40-60 yaş aralığındaki kadınlardır (45). FMS prevalansı yaş arttıkça yükselmektedir ve 60-79 yaşlarında en yüksek seviyeye ulaşmaktadır (46). Genel polikliniklerde FMS tanı sıklığı %2,1 ile %5,7 arasında bildirilirken romatoloji kliniklerinde FMS tanı oranı %20'ler seviyesine kadar artmaktadır (47).

İleri yaş, ailede FMS olması, eğitim düzeyinin düşük olması, kadın cinsiyet, ileri yaş, gelir seviyesinin düşük olması, romatolojik hastalığa sahip olmak FMS riskini artırmaktadır.

2.2.2 Etiyoloji

Fibromyaljinin etiyolojisi bilinmemekte ve patofizyolojisi tam olarak açıklanamamaktadır. Psikolojik stres, cerrahi operasyon, fiziksel stres, Lyme hastalığı, Epstein Barr Virüs, parvovirüs gibi enfeksiyöz hastalıkların FMS'yi tetiklediği öne sürülmüştür (48). FMS'nin gelişiminde çevresel faktörlerin dışında genetik faktörlerin de önemli rol oynadığı düşünülmektedir.

2.2.3 Patogenez

Genel olarak Fibromyalji'nin Etyopatogenez 4 ana başlık altında toplanabilir: Genetik faktörler ,immünolojik faktörler, periferik teoriler, santral teoriler (46).

2.2.3.1 Genetik faktörler

Fibromiyalji'li hastaların birinci derece akrabalarında FMS sıklığının genel topluma oranla sekiz kat fazla izlenmesi ve ailevi birikimi gösteren diğer çalışmalar etyolojide genetik faktörlerin önemli olduğunu düşündürmüştür (36). Yapılan son çalışmalar FMS'de ailesel geçiş ve gen polimorfizmine işaret etmektedir. Günümüz itibariyle, serotonin 5-hidroksitriptamin 2A (5-HT2A) reseptör polimorfizmi T/T fenotipi, serotonin transporter, dopamin-4 reseptörü ve katekolamin O-metil transferaz (COMT) polimorfizmi durumları FMS'de sık görülmektedir. ancak tespit edilen bu polimorfizm sadece FMS'de izlenmemektedir. Diğer somatoform bozukluklarda da mevcut polimorfizmler saptanabilmektedir (49-52).

2.2.3.2 İmmünolojik faktörler

Bazı hastaların ön kol deri biyopsilerinde dermal-epidermal bileşkede IgG depolanmasının tespit edilmesi, yine bazı FMS tanılı hastalarda anti nükleer antikorların pozitif (ANA) saptanmasıyla immünolojik faktörlerin FMS patogeneğinde önemli olduğunu düşünülmüştür. Sonraki yıllarda natürel killer (NK) hücre aktivitesinde azalma, periferik T-helper / Tsupressör hücre oranlarında bozukluk, serum interleokün (IL) düzeylerinde değişiklikler, interferon-alfa tedavisi ile FMS gelişimini gösteren çeşitli yayınlar olsa da bu sonuçlar tartışmalıdır. Nitekim daha sonra yapılan çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşılamamıştır (30).

İnflamasyonda rol oynayan sitokinlerden IL-6 ve IL-8 FMS'li hastalarda hiperaljeziden sorumlu olarak bildirilmiştir. Bazzichi ve ark. sitokinlerin yaygın ağrıda, inflamatuvar ve nöropatik hiperaljezi ile ilgili olduğunu göstermişlerdir (31). Sonuç olarak FMS'ye neden olabilecek immünolojik faktörler üzerinde durulmakla birlikte kesin kanıtlara ulaşılamamıştır.

2.2.3.3 Periferik teoriler

Uzun süreli kas gerginliği ve iskeminin fibromiyaljideki ağrıyı açıklayabileceğini ileri süren araştırmalar mevcuttur (31). Yapılan kas biyopsisi

patoloji görüntülerinde tipik inflamatuvar özellik yoktur. Kas biyopsilerinde görülen değişiklikler membran, mitokondri ve kas liflerinde gözlenmiştir. Özellikle tip 2 liflerde atrofi, tip 1 liflerde ekmek içi manzarası, kırmızı lifler, yağ birikimi, glikojen birikimi, milimetrede azalmış kapiller sayısı ve subsarkolemmal mitokondrial birikim tespit edilmiştir (33).

Yine bazı çalışmalarda FMS hastalarında otonomik sinir sistemi disfonksiyonunun varlığı gösterilmiştir. FMS’de son dönemde yapılan sempatik sinir sistemi fonksiyonu çalışmalarında deri mikrosirkülasyonunda saptanan değişiklikler, periferik sempatik aktivitede adrenerjik hipofonksiyonu düşündürmektedir (32).

FMS’de otonomik disfonksiyon hastalığın multisistem bulgularını teorik olarak açıklayabilir. Örneğin uyku düzensizliği, nokturnal sempatik hiperaktivite ile; yorgunluk olması, strese karşı sempatik yanıtta bozulma ile; kuru göz, kuru ağız, Raynaud fenomeni, irritabl barsak sendromu varlığı artmış adrenerjik aktivite ile; yaygın ağrı bulunması sempatik disfonksiyon ile ilişkilidir. Kesin olmamakla birlikte subjektif şişlik hissi de otonomik disfonksiyon ile açıklanabilir (47,53).

2.2.3.4 Santral teoriler

Fibromyaljide ağrı duyarlılığı artmaktadır. Serotonin, endorfin veya substance P gibi mediatörlerin değişmesi mizaçta değişiklik, uyku bozukluğu, ağrının artmasına neden olmaktadır. Örneğin P maddesi fibromyaljili hastaların beyin omurilik sıvısında normal kontrole göre 3 kat fazla bulunur. Serotonin, P maddesinin salınımını etkiler. Periferik ya da santral sebepli serotonin eksikliği normal duyuşsal algılamayı abartılı hale getirir (32). Klinik araştırmalar serotonin gibi nörotransmitterlerin fibromyalji patogenezindeki rolünü ortaya çıkarmaktadır. FMS hastalarının beyin omurilik sıvısında substace P daha yüksek; dopamin, serotonin, norepinefrin metabolitleri kontrol gruplarına göre daha düşük bulunmuştur (40). Kas ve iskelet sistem ağrısı, gastrointestinal semptomlar ,anksiyete, uyku bozukluğu, disesteziiler, semptomlarda iklim farklılıklarıyla değişikliklerin olmasının serotonin eksikliğinden kaynaklandığı kabul edilir (46).

Fibromyalji’li hastalarda uyku bozukluğu en sık izlenen yakınmalardan biridir. Hstaların birçoğu uykuya dalmada ve uykuyu devam ettirebilmekte

zorlanırlar, sık sık uyanırlar ve sabahları yorgun şekilde uyanırlar. Bazıları uyku bozukluğunun ağrıya sekonder geliştiğini düşünmektedir (39). Uyku elektroensefalogram (EEG) testinde FMS'li hastalarda uykunun NREM döneminde alfa dalgalarında artış, delta dalgalarına alfa intrüzyonu ve azalmış delta dalgaları bildirilmiştir. Alfa intrüzyonu olarak adlandırılan ve FMS için bir marker olduğu düşünülen elektroensefalografik anormallikler, daha sonrasında normal bireylerde ve diğer rahatsızlıklarda da gözlenmiştir (54-56).

2.2.4 Klinik bulgular

Fibromiyalji tanı ölçütleri 2010 yılında büyük oranda değiştirilmiştir. Yeni ölçütte mental belirtiler ve semptom şiddet skalası dahil edilmiş , hassas noktalar çıkartılmıştır. Klinik pratikte hassas nokta sayımında zorluklar yaşanmıştır. Yorgunluk ve bilişsel bozukluk gibi sık izlenen semptomların 1990 ACR FMS tanı kriterlerinin eksikliği olarak düşünülmüştür. Ayrıca tedaviler sonrası hastalarda hassas nokta sayısının azalması tanı koymada zorluklara neden olmuştur (57).

Hastaları hekime götüren en önemli nedeni ağrıdır. Ağrının vücudun hem alt hem üst kısmında ayrıca sağ ve sol yarısında yaygın olması temel koşuldur. Fibromiyaljili hastalarda ağrısız uyaranlarla ağrı olabilmekte ve hafif ağrılı uyarılarla şiddetli ağrı olabilmektedir. Hastalar ağrıyı yanıcı, batıcı, kemirici, sızlayan gibi farklı biçimlerde ifade edebilmektedirler (58). Fibromyalji'de ağrı şiddeti tipik artıp azalabilmektedir. Alışılmadık egzersizler, yumuşak doku yaralanmaları, uyku bozukluğu, soğuk ve psikolojik stresörler hastalarının armasına neden olabilmektedir. Ciddi Fibromyalji'li hastalarda ağrı eşiğinde azalma (allodini), ağrılı stimulusa aşırı yanıt (hiperaljezi), nosiseptör uyarısından sonra ağrının devamında artış (persistan ağrı) izlenir (59). Hastalar ağrıyan yerlerini tam olarak tarif edemez. FMS hastalarında ağrı şiddeti, RA hastalarına kıyasla yaklaşık iki kat fazla olarak bildirilmiştir (60).

Sabah tutukluğu bir-iki saat kadar sürer. Fibromyalji Sendromunda tutukluk yaygın olarak tarif edilirken, RA'nin sabah sertliği daha çok etkilenen eklemlerdedir.

Yorgunluk FMS’de ön planda görülen bir klinik semptomdur (61). Yorgunluk fiziksel aktivitelerle artmakta ve günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamaktadır (57). Hastaların doktora en sık başvuru sebepleri arasındadır. Orta veya yüksek şiddetli yorgunluk FMS’li hastaların yaklaşık %75-90’ ında görülmektedir (62). Sabah yorgunluğu uyku kalitesinin en önemli göstergelerindendir. Hastalar yataktan kalkmak istemediklerini ve dayak yemiş gibi uyandıklarını söylerler (63). Ayrıca uykularının hafif olması nedeniyle uykularından uyandıklarını, uyandıktan sonra tekrar uyumakta zorlandıklarını, sabah yorgun uyandıklarını ve sabah uyanmakta zorluk çektiklerini ifade eder. Hastaların bir bölümü ise aralıksız uykuya rağmen sabah dinlenmemiş ve yorgun olarak uyanırlar (64,65). Parestezi(lokal veya yaygın olabilir) ve yumuşak dokularda subjektif şişlik duygusu sık izlenen semptomlardır. Hastaların %50 kadarı eklemlerinin şiştiğini söyler, fizik muayenede şişlik izlenmez. Şişlik genellikle eklem çevresinde hissedildiği için yanlış olarak artrit tanısı almasına yol açabilir (44).

2.2.5 Tanı

ACR tarafından, 1990 yılında FMS klasifikasyon kriterleri oluşturulmuştur. Bu kriterlere göre FMS tanısı vücudun bir çok bölgesinde en az 3 aydır devam eden kronik yaygın ağrı ve aksiyal iskelette (servikal veya torakal veya lomber omurga veya göğüste), vücudun sağ ve sol yarısı, belin üst ve alt yarısı olmak üzere dört kadranda tanımlanan 18 hassas noktanın en az 11’inde palpasyonla ağrı olması ile konur (64).

ACR kriterleri yaygın olarak kabul görmüş ve 1990 yılından bu yana tüm dünyada tanı için yaygın olarak kullanılmıştır. ACR’nin oluşturduğu bu kriterler, araştırmalarda kullanılmak üzere standardize edilmiş FMS tanımı oluşturabilmeyi amaçlamıştır ve klinik pratikte kesin teşhis için kullanılma amacı taşımamaktadır. ACR kriterlerinde hassas noktalara uygulanacak basınç şiddeti ve süresi standardize edilmemiş ve hassasiyet terimi yeterli bir şekilde tanımlanmamıştır. Ayrıca bu kriterlerde FMS’ye eşlik eden yorgunluk, uyku bozukluğu, bilişsel ve ruhsal bozuklukları yer almamaktadır.

2010 yılında ACR, 1990 klasifikasyon kriterlerindeki hassas nokta muayenesini gerektirmeyen ve karakteristik FMS semptomları için şiddet skalası içeren birinci basamak ve uzman hekimler için uygun, basit ve pratik FMS tanı kriterleri geliştirmiştir (57).



ACR 2010 FMS tanı kriterleri
Kriter: Bir hasta eğer aşağıdaki 3 durumu karşılırsa fibromyalji tanı kriterlerine sahiptir.
1. Yaygın ağrı indeksi ≥ 7 ve semptom şiddet skalası ≥ 5 ya da Yaygın ağrı indeksi 3-6 ve semptom şiddet skalası ≥ 9 .
2. Semptom süresi 3 ayın üzerinde olmalı
3. Ağrıyı açıklayacak başka patoloji olmamalı
Tespit etme: 1. Yaygın ağrı indeksi Hastanın son bir haftadır ağrı duyduğu alanların sayısı belirlenir. Skor 0 ile 19 arasında olmalıdır. •Sol Omuz kuşağı, •Sol Kalça (trokanter), •Sol Çene •Sırt •Sağ Omuz kuşağı, •Sağ Kalça (trokanter), •Sağ Çene, •Bel •Sol Üst kol, •Sol Uyluk, •Göğüs •Boyun •Sağ Üst kol, •Sağ Uyluk, •Karın •Sol Ön kol, •Sol Bacak, •Sağ Ön kol, •Sağ Bacak.
2. Semptom şiddet skalası Yorgunluk, dinlenmemiş olarak uyanma, kognitif semptomlar Yukarıdaki her 3 semptom için son bir haftadaki ciddiyet düzeyini aşağıdaki ölçeği kullanarak belirleyin: 0: problem yok 1: hafif ya da gelip geçici problemler 2: orta düzey, önemli problemler, sıklıkla mevcut ve/veya orta düzeyde 3: ciddi, yaygın, devamlı, hayatı zorlaştıran problemler Genel olarak somatik semptomları değerlendirin, hastada hangisi olduğunu belirleyin: 0: semptom yok 1: az düzeyde semptom 2: orta düzeyde semptom 3: çok düzeyde semptom SS ölçek skoru 3 semptomun (yorgunluk, dinlenmemiş olarak uyanma, kognitif semptomlar) ciddiyetinin toplamı ve genel olarak somatik semptomların kapsamının

(ciddiyetinin) eklenmesiyle oluşur. Sonuç skoru 0 ile 12 arasındadır.

Somatik semptomlar: Kas ağrısı, irritabl barsak sendromu, yorgunluk, problemi düşünmek ya da hatırlamak, kas güçsüzlüğü, baş ağrısı, karında ağrı/kramp, uyuşma/karıncaalanma, baş dönmesi, insomnia, depresyon, kabızlık, üst batında ağrı, bulantı, sinirlilik, göğüs ağrısı, bulanık görme, ateş, ishal, ağız kuruluğu, kaşıntı, hırıltı, Raynaud fenomeni, kurdeşen/şerit, kulak çınlaması, kusma, mide yanması, oral ülserler, tat duyusunda kayıp/azalma, nöbetler, göz kuruluğu, nefes darlığı, iştah kaybı, döküntü, güneşe duyarlılık, işitme güçlükleri, kolay morarma, saç kaybı, sık idrara çıkma, ağrılı idrara çıkma ve mesane spazmları.

2.3 Algılanan Sosyal Destek, Hastalık Algısı, Başa Çıkma Tutumları

2.3.1 Algılanan sosyal destek

Kronik hastalığa sahip olan kişilerde hastalığın neden olduğu sorunlarla baş etmek için sosyal destek önemli bir faktördür (63). Sosyal destek, hastaları duygusal açıdan rahatlatmakta, sorunlarıyla başa çıkmasını sağlayarak, günlük yaşamında ve stres anlarında stresin olumsuz etkilerinden karşı kişileri korumaktadır (64,65). Yapılan pek çok çalışmada daha yüksek düzeyde sosyal destek alan ya da algılayan hastaların depresyon ve kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (66,67). Sosyal destek, bireyin acil ihtiyaçlarını karşılayabilen ve aile üyeleri, arkadaşlar, meslektaşları ve diğer topluluklar gibi başkaları tarafından sağlanan bir yardım kaynağı olarak tanımlanmaktadır (68).

Sosyal destek 2 gruba ayrılabilir:

Bireylerin yaşayabilecekleri öznel destek, bireyin öz-anlayışını, farklı kaynaklardan gelen sosyal destek hislerini ve deneyimlerini vurgulamak anlamına gelen algılanan sosyal destek(**PSS**);

Doğrudan fiziksel yardım ve sosyal ağdan yardım da dahil olmak üzere nesnel, pratik ve görünür destek anlamına gelen sosyal destek (**ESS**).

PSS'nin fiziksel sağlık üzerinde ESS'den daha büyük bir rol oynayabileceği öne sürülmüştür . RA'lı hastalarda sosyal destek doğrudan ve orta derecede sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerinde yararlı etkiler sağlamaktadır (68-70). Ancak RA

hastalarının genellikle kendilerini yeterli sosyal destekten yoksun buldukları bildirilmiştir (71).

2.3.2 Hastalık algısı

Birçok kişi yaşamında bir hastalık geçirmesine rağmen, yaşadıkları deneyim her bireyde aynı olmamaktadır. Kişiler bu deneyimleri, değerleri, inançları ve ihtiyaçları ışığında hastalıklarını algılamaya çalışırlar. Hastalık algısı, hastalık durumunun bilişsel görünümüdür. Kişiler dış dünyadaki olayları açıklamak ve öngörmek için bilişsel modeller oluştururlar. Hastalar da, geçici veya uzun süreli hastalığın belirtileri ile ilgili olarak benzer modelleri geliştirirler (54,72). Literatürde hastaların bu bilişsel modellerle kendi baş etme düzeneklerini geliştirdikleri ileri sürülmüştür (73,74). Bu bilişsel modellere göre her birey zihninde yaşadığı olaylardan bir takım sonuçlara ulaşmaktadır. Hastalar hastalığının süresi ,kendisinde oluşturduğu semptomlar, ve yaşamındaki sonuçlar, tedavi hakkındaki inançları da kapsamaktadır (73,75-77). Hastanın kişisel olarak hastalığıyla ilgili yorumu, algı ve değerlendirmeleri, duygusal ve davranışsal tepkileri yaşam kalitesini etkilemektedir (78).

RA, ankilozan spondilit, fibromiyalji, spor yaralanmaları, bel ağrısı, osteoartrit ve kronik yorgunluk sendromu gibi çeşitli hastalıklarda hastalık algısı hakkında raporlar bulunmaktadır (82-90). RA hastalarında hastalık algısının hastalık aktivitesi, ağrı, engellilik, yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(79-82). Çalışmaların sonuçları, hastalıkları hakkında olumsuz inançları olan RA hastalarında hastalığın daha ciddi seyrettiğini ortaya koymaktadır (79,80).

Revize Hastalık Algısı Anketi (IPQ-R) hastalık algısının değerlendirilmesi için yaygın olarak kullanılmaktadır (55). Türk IPQ-R'nin güvenilirliği ve geçerliliği Armay ve ark. tarafından kanser hastalarında uygulanmıştır(88).

2.3.3 Stresle başa çıkma tutumları

Stres, kişinin baş etme sınırlarını aşan durumlarda ortaya çıkan yanıttır (89). İnsanın günlük yaşamındaki verimini düşürmekte , duygusal açıdan zarar vermekte

ve yaşamından zevk almamasına neden olmaktadır. Kişiler karşılaştığı olayları kendi zihinsel süreçlerinde değerlendirdikten sonra yaşadığı olaylara bir anlam yükler, stres yaşayıp yaşamaması yaptığı bu değerlendirmeler sonucunda stres ortaya çıkar (90).

Stresin tehlikeli olup olmamasının algılanmasında kişilik özellikleri ve baş etme yetenekleri de önemlidir (91).

Baş etme stratejileri genel olarak algılanan tehdidi ya da problemi azaltma amacıyla olur (92). Başa çıkma; bireyin kendisi için stres oluşturan olaylara karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanmak için gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal yanıtlardır. Başa çıkma tutumları yaş, cinsiyet, kültür ve hastalık gibi farklılıklara göre değişiklik gösterebilir ve kişiye özgüdür (93,94).

Başa çıkma stratejileri ya mevcut durum üzerine direkt etki eder (problem odaklı başa çıkma) ya da duygusal yanıtları yönetmeye yardımcı olur (duygusal odaklı başa çıkma). Problem odaklı baş etme stratejilerinin daha kişinin gelişmesine daha çok yardım eden; duygusal odaklı başa çıkmanın ise gelişimi engelleyen rolü olduğu düşünülmektedir (59,95,96).

Başka bir ifadeyle, başa çıkma tutumları aktif ve pasif olarak ikiye ayrılmaktadır. Aktif olanlar stresörü ortadan kaldırmayı amaçlar. Pasif olanlar ise stresörlerden uzaklaştıran davranışları içerir. Aktif başa çıkma tutumlarından çok, emosyonel gerilimi azaltmaya yönelik başa çıkma tutumlarının kullanılmasının psikiyatrik semptomlarla ilişkili gösterilmiştir. Sonuç olarak kişinin stres karşısında hangi başa çıkma tutumlarıyla yanıt verdiğini bilmek; tedavide hedef belirlemeye ve tedaviye yanıtı değerlendirme konusunda katkı sağlayacaktır (97-99).

Araştırmalar aktif baş etme stratejilerinin strese karşı olumlu sonuçlar verdiğini ancak kaçınmacı baş etme stratejilerinin olumsuz psikolojik sonuçlara neden olduğunu göstermektedir. Ek olarak pasif baş etme yöntemleri, üretkenliğin azalmasına neden olmaktadır (74,100,101).

FMS'li hastalar, katastrofikasyon gibi pasif olarak baş etme eğilimindedir (102,103). FMS'li hastalarda ağrı, pasif başa çıkma yöntemleri ile olan ilişkisi yoluyla dolaylı olarak depresyonla ilişkilidir (104). Pasif başa çıkma yöntemi, depresyon ile anlamlı bir şekilde ilişkilidir. Ayrıca diğer romatizmal hastalıkları olan

hastalarda yapılan çalışmalarda, geri çekilme ve endişe verici pasif baş etme stratejileri psikolojik sorunlarla ilişkilendirilmiştir (102).

Uyumsuz başa çıkma yöntemi, kötü hastalık algısı ile ilişkilidir. Kötü hastalık algısı ise depresyon ve anksiyete yol açar. Bu durum kronik yaygın ağrılı hastalarda fiziksel fonksiyonlarda azalması ve yaşam kalitesinde bozulmayla sonuçlanır (105-109).



3-GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel, kontrollü olarak planlanan bu çalışmaya Aralık 2016 -Aralık 2017 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı polikliniğinde ACR 2010 tanı kriterlerine göre takip edilen 58 RA ile 50 FMS hastası ve eklem yakınması olmayan 50 sağlıklı kontrol dahil edildi.

Çalışmamız Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu tarafından onaylandı. Hastalar çalışma hakkında bilgilendirildi. Hastaların sorgulanması aynı hekim tarafından yapıldı. Hasta ve kontrollerin demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, boy, kilo, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleki durumu, yaşadığı yer) sorgulandı. Ayrıca hastalar şikayetlerinin süresi, tanı, eşlik edebilecek hastalıkları, ilaç kullanımı (NSAİİ, DMARD, TNF bloke edici ajan kullanımı, duloksetin, pregabalin), yönünden sorgulandı. Otoantikör(RF,anti CCP), akut faz reaktanları (sedimentasyon, CRP) bakıldı VKİ değerleri, vücut ağırlıkları, boy uzunluklarının karesine bölünerek hesaplandı (kg/m²). Hastaların klinik muayeneleri aynı hekim tarafından yapıldı.

Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. ACR 2010 kriterlerine göre romatoid artrit tanısı almış bireyler
2. ACR 2010 kriterlerine göre fibromyalji tanısı almış bireyler

Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

1. Türkçe okuma yazması olmayanlar
2. Geçmişte veya mevcut tanı konmuş psikiyatrik hastalığı olanlar
3. Sekonder fibromyaljisi olan RA hastaları
4. Alkol veya ilaç bağımlılığı olanlar
5. Demansı olanlar

Sosyodemografik form ve klinik bilgi formu

Çalışma için hazırladığımız bu formda hasta grubunun sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, yaşadığı yer, meslek, eğitim durumu, medeni durum) sorgulandı. Hastaların tanısı, semptom süresi, aldığı tedavileri içeren klinik bilgi formu dolduruldu

Hastalık aktivitesinin belirlenmesi

Romatoid artrit hastalık aktivitesi DAS28 skoru ile değerlendirildi. DAS28 hesaplamasında CRP, ESH, şiş ve hassas eklem sayısı kullanıldı. Tüm bu parametreler DAS28 için özel olarak hazırlanmış hesap yöntemleriyle hesaplandı. $DAS28 = (0.56 \times V \text{ HES}) + (0.28 \times V \text{ ŞES}) + (0.70 \times \ln (ESH)) + (0.014 \times GSD)$. $DAS28 < 2.6$ remisyon kabul edildi (56).

Klinik Hastalık Aktivitesi (CDAİ)

CDAİ: Hastaların 28 eklemi fizik muayene ile hassas şiş olarak değerlendirildi. Hastanın ve doktorun hastalık aktivite değerlendirmesi 0-10 üzerinden yapıldı. CDAİ için özel olarak hazırlanmış hesap makineleri kullanılarak sabit bir formülle hesaplandı.

$$CDAI = \text{ŞES28} + \text{HES28} + \text{HG} + \text{DG}$$

$CDAI \leq 2.8$ remisyon, 2.9-10 düşük hastalık aktivitesi, 10.1-22 orta hastalık aktivitesi değeri, 22.1-76 yüksek hastalık aktivitesi olarak değerlendirildi (102).

HAQ

Romatoid artritli hastaların özürlülük düzeyi Health Assessment Questionnaire (Sağlık Değerlendirme Anketi) ile değerlendirildi. HAQ günlük yaşam aktivitelerini içeren 20 sorunun yer aldığı bir ankettir. Bu form 8 alt grup içermektedir. Bu 8 alt grup giyinip kuşanma, doğrulma, yemek yeme, yürüme, hijyen, kavrama, günlük işler ve uzanma faaliyetlerinden oluşur. Hastaların bu konulara ilişkin sorulara verdiği cevaba göre; hiç zorluk çekmeden yapabiliyorsa=0, biraz zorlanıyorsa=1, çok zorlanıyorsa=2, hiç yapamıyorsa=3 olarak skorlandı. Her alt gruptaki en yüksek puan alınarak toplanması ve sonrasında 8'e bölünerek ortalama HAQ puanı belirlendi. HAQ puanı 0-3 arasında bir değer olarak hesaplandı (110).

Yaşam kalitesi kısa form (SF-36) değerlendirmesi

SF-36, 36 maddeden oluşmaktadır ve yaşam kalitesini değerlendiren sekiz alt parametresi vardır. Bu sekiz alt parametre; fiziksel fonksiyon, ağrı, sosyal fonksiyon fiziksel rol kısıtlılıkları, mental sağlık, emosyonel rol kısıtlılıkları, zindelik, genel sağlık parametreleridir.

Alt ölçeklerin puanları 0-100 arasında değişmektedir. Puanın yükselmesi yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir. SF-36'nın Türkçe geçerlilik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (53).

Beck Depresyon Ölçeği

Depresyonda görülen bedensel, bilişsel , duygusal, belirtileri ölçen 21 soruluk ölçektir. Maksimum puan 63'tür. 17 puan üzeri puan depresyon olarak değerlendirilir. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Hisli tarafından yapılmıştır (57).

0-8 puan: Depresyon yok

9-16 puan: Hafif depresyon

17-29 puan: Orta derecede depresyon

30-63 puan: Şiddetli depresyon

Beck Anksiyete Ölçeği

Günümüzde bireylerdeki anksiyete durumunu değerlendirmeye yönelik çeşitli ölçekler olup bunlardan birisi Beck Anksiyete Ölçeğidir. Beck Anksiyete Ölçeği anksiyete semptomlarını sorgulayan 21 maddeden oluşan, her maddede 0-3 arası puan olan bir ölçektir. Maksimum puan 63'tür ve puan yükseldikçe anksiyete şiddeti artmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını 1993'te Ulusoy ve arkadaşları yapmıştır (58).

COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği)

Ölçekte 60 soru mevcut olup 15 alt parametresi vardır. Her alt parametre dört sorudan oluşur. Bu alt parametrelerin her biri farklı başa çıkma tutumunu yansıtır. Alt parametre puanının artması kişinin o parametrede belirtilen başa çıkma yöntemini daha fazla kullandığını göstermektedir. Bu 15 alt parametre; pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, yararlı sosyal destek kullanma, aktif başa çıkma, inkar etme, din aracılı başa çıkma, şakaya vurma, davranışsal olarak boş verme, geri durma, duygusal sosyal destek kullanma, madde kullanma, kabullenme, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapmadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (59).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

(Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS) sosyal desteği alınan kaynağa göre değerlendirmeyi sağlayan; alınan kaynağa göre(aile, özel biri, arkadaş) üçe ayrılan bir ölçektir. Her grupta 4 soru yer alır. Her soru 1-7 puan arasında değişmekte olup alınan puanın artması alınan sosyal desteğin arttığını gösterir (63).

Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Eker ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (61,62).

Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)

1996 yılında geliştirilmiştir ve 2002'de Moss-Morris ve ark. tarafından yenilenmiştir (55,58). Çalışmamızda IPQ-R'nin yenilenmiş formu kullanılmıştır. HAÖ'nün üç boyutu vardır:

Hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri, hastalık nedenleri

Çalışmamızda ölçeğin ilk iki boyutu kullanılmıştır.

Hastalık tipi

Bu boyutu değerlendirmek amacıyla hastalara sık görülen 14 hastalık belirtisi (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı) sorulur. Öncelikle kişiye, 'bu semptomu hastalığın başlangıcından bu yana yaşıyor yaşımadığı' daha sonraysa 'bu semptomu hastalığıyla ilişkili görüp görmediği' sorulur. Hastalık tipi puanının değerlendirilmesinde ikinci soruya verdiği 'evet' yanıtları toplanır ve toplam puan hesaplanır.

Hastalık hakkındaki görüşleri

38 sorudan oluşan ve beşli Likert tipi ölçümle yanıt verilen (Kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) alt boyutudur. Bu boyutun da kendi içinde yedi alt ölçeği vardır. Bunlar; süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller alt ölçekleridir. Süreyi değerlendiren alt ölçekler, akut, kronik, döngüsel şeklinde ayrılır ve hastalık süresi hakkındaki kişinin algısını değerlendirir. Sonuçlar alt ölçeği, kişinin yaşamı

üzerindeki etkileriyle ilgili algılarını, kişisel kontrol, kişinin hastalığı üzerindeki iç kontrol algısını değerlendirir. Tedavi kontrolü, hastanın tedaviye olan inancı hakkındaki değerlendirmeyi sağlar. Hastalığı anlayabilme, hastanın hastalığı hakkında ne kadar bilgi sahibi olduğunu değerlendiren alt ölçektir. Duygusal temsiller ise hastanın hastalığıyla ilgili hissettiği duyguları araştıran alt ölçektir.

MAF

Yorgunluğu değerlendirmek amacıyla fibromyalji hastalarında Multidimensional Assessment of Fatigue (MAF) kullandık. Bu anketle yorgunluğun sıklığı, şiddeti, psikolojik yönü, günlük işleri ne ölçüde etkilediği ve son bir hafta içerisindeki yorgunluk sıklığı değerlendirilmektedir. Toplam skor 0 ile 50 arasında değişmekte olup puan arttıkça yorgunluğun şiddeti artmaktadır (57).

VAS

Hastaların ağrı düzeyi VAS ile değerlendirildi. VAS, ağrı yok =0 ile en şiddetli ağrı=10 arasında değerlendirmenin yapıldığı bir skaladır. Hastadan hissettiği ağrıyı çizgi üzerinde işaretlemesi istenerek kişinin hissettiği ağrı ölçülür.

FIQ

FMS hastalarında fonksiyonel durumu değerlendirmek için geliştirilen fibromyalji etki anketinin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Sarmer ve ark. tarafından yapılmıştır(111,112).

Bu ölçekte değerlendirilen parametreler ; fiziksel fonksiyon, kendini iyi hissetme durumu, iş devamı, iş yapmada zorluk, ağrı, yorgunluk, sabah yorgunluğu, tutukluk, anksiyetedir.Kendini iyi hissetme özelliği dışındaki düşük skorlar iyilik halini ya da hastalık etkisinin daha az olduğunu göstermektedir. Her alt başlıkta en yüksek skor

10'dur. Böylece toplam maksimum skor 100'dür. Alınan puanın yüksek olması fibromyalji etkisinin arttığını göstermektedir (111,112)

İstatistiksel değerlendirme

Araştırmadan elde edilen veriler kodlandıktan sonra SPSS (Version 15 for Windows, SPSS Inc, Chicago, IL, USA) paket programında bilgisayara aktarılmış ve analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken sürekli değişkenler parametrik ise ortalama $\pm$ standart sapma ile, parametrik değilse ortanca (minimum ve maksimum değer) ile ifade edilirken frekans veriler ise sayı ve yüzde(%) ile ifade edilmiştir. İstatistiksel analizlerde tüm ölçümsel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu "Kolmogorov-Smirnov Testi" ile değerlendirilmiştir. Sayımla elde edilen verilerin karşılaştırmasında "Ki-kare Testi" kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında normal dağılıma uymayan değişkenler için "Mann-Whitney U Testi" ve "Kruskal Wallis Testi" kullanılarak değerlendirilmiştir. İki ve üzeri grupta anlamlı fark saptanan değişkenlerde "Bonferroni Düzeltmesi" yapılmıştır. Gruplar arasındaki Korelasyonel ilişkiye veriler normal dağılıma uymadığı için "Spearman Korelasyon Testi" ile bakılmıştır. Elde edilen korelasyon katsayısı (r)'nin değerine göre ilişkinin gücü $r=0,00-0,024$ ise "zayıf", $r=0,25-0,49$ ise "orta", $r=0,50-0,74$ ise güçlü ve $r=0,75-1,00$ ise çok güçlü olarak kabul edilmiştir (117). İstatistiksel anlamlılık düzeyi tüm testler için $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4-BULGULAR

Çalışmaya katılan RA hastalarının (n=58) yaş ortalaması 50,13±11,82yıl, FMS hastalarının (n=50) yaş ortalaması 42,8 ±10,16 yıl ve kontrol grubunun yaş ortalaması 35,02±11,28 yıl idi. RA hastalarının 15'i (%25,9) erkek, 43'ü (74,1) kadın ve FMS hastalarının 4'ü (%8) erkek, 46'sı (%92) kadın iken kontrol grubunun 25'i (%50) erkek 25'i (%50) kadındı.

RA ve FMS hastaları ile sağlıklı kontrol gruplarının yaş, cinsiyet ve diğer sosyodemografik özellikleri Tablo 1' de verilmiştir.

Tablo 1. RA, FMS ve sağlıklı kontrollerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı				
Parametreler	Fibromyalji(FMS) n =50	Romatoid artrit(RA) n=58	Kontrol n=50	P
Yaş (ort) ±ss	42,8 ±10,16	50,13±11,82	35,02±11,28	0,001 ^{*a'b'c}
Cinsiyet n (%) erkek kadın	4(8,0) 46(92,0)	15(25,9) 43(74,1)	25(50,0) 25(50,0)	0,001 ^{*a'b'c}
Medeni durum Evli n(%) Bekar-dul n (%)	40(80,0) 10(20,0)	52(89,7) 6(10,3)	32(64,0) 18(36,0)	0,005 ^{*a'b'c}
VKİ	28,17±5,11	29,03±5,76	24,18±3,31	0,001 ^{*b'c}
Eğitim süresi	9,02±4,41	6,06±3,67	13,54±5,03	0,001 ^{*a'b'c}
Eğitim durumu Düşük Orta Yüksek	21(42,0) 21(42,0) 8(16,0)	44(75,9) 10(17,2) 4(6,9)	7(14,0) 12(24,0) 31(62,0)	0,001 ^{*a'b'c}
Yaşadığı yer Kırsal Kent	6(12,0) 44(88,0)	6(10,3) 58(89,7)	1(2,0) 49(98,0)	0,146
[*] p<0.05 anlamlı, VKİ: Vücut kitle indeksi a; Romatoid artrit ve Fibromyalji grupları arasında anlamlı fark b; Fibromyalji ve sağlıklı kontrol grupları arasında anlamlı fark c ; Romatoid artrit ve sağlıklı kontrol grupları arasında anlamlı fark				

RA, FMS ve kontrol grupları arasında cinsiyet, medeni durum ve eğitim süresi arasında anlamlı fark vardı.

RA hastalarının şikayet süresi ortanca değeri 8 yıl (1-45), FMS hastalarının şikayet süresi ortanca değeri 5 yıl (1-21) idi ve istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. RA hastalarının VAS skoru ortanca değeri 5 (0-10), FMS hastalarının VAS skoru ortanca değeri 8'e (3-10) göre istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu($p<0,01$). ESH değerleri ortanca değeri FMS hastalarında 14mm\sa. (5-31) iken RA hastalarında 34mm\sa (3-104) idi ve RA grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptandı ($p<0,01$). Serum CRP değerleri ortanca değerleri FMS grubunda 3mg\dl (1-7), RA grubunda 6 mg\dl (2-61) olarak saptandı ve istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu($p<0,01$). RA grubunda 16 hastada (%25,4) RF ve anti-CCP her ikisi de negatif saptanırken, 42 (%74,6) hastada ise RF veya anti-CCP'den en az birisi pozitif bulundu. FMS ve RA hastalarının klinik ve laboratuvar bulguları Tablo 2 de verilmiştir.

Tablo 2. FMS ve RA hastalarının klinik ve laboratuvar bulguları			
Parametreler	FMS (n=50)	RA (n=58)	P
Şikayet süresi (yıl)	5(1-21)	8(1-45)	0,097
Ortanca(min-max)			
VAS(ağrı)	8(3-10)	5(0-10)	0,001**
Ortanca(min-max)			
ESH (mm/saat)	14(5-31)	34(3-104)	0,001**
Ortanca(min-max)			
CRP (mg/dl)	3(1-7)	6(2-61)	0,001**
Ortanca(min-max)			
Otoantikor n(yüzde)	-		-
RF ve Anti CCP negatif	-	16(%25,4)	-
RF veya Anti CCP pozitif	-	42(%74,6)	-
**p<0,01 anlamlı			

RA hastalarında hastalık süresi, hastalık aktivitesi, ağrı şiddeti, sosyal destek düzeyi ve semptom süresinin yaşam kalitesi üzerine etkisi değerlendirildi. Yaşam kalitesi değerlendirmesinde SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyon, mental sağlık alt parametreleri kullanıldı. Yine sağlık değerlendirme anketi (HAQ) skorları ile anlamlı korelasyon olup olmadığı araştırıldı.

Semptom süresi ile SF-36'nın fiziksel fonksiyon ve genel sağlık alt grupları arasında negatif korelasyon saptandı ($p<0,01$). Hastalık aktivitesi ölçeği DAS28 ve CDAİ skorları ile SF-36'nın tüm alt parametreleri arasında negatif korelasyon; HAQ skoru ile pozitif korelasyon kaydedildi (her biri için $p<0,01$). Hastaların VAS ağrı düzeyi, tüm SF-36 alt ölçekleri ile negatif korele; HAQ skoru ile pozitif korele bulundu (her biri için, $p<0,01$). Sosyal desteğin değerlendirildiği CBASDÖ alt ölçeklerinden CBASDÖ-aile ile SF-36 ağrı ($p<0,05$) SF-36 sosyal fonksiyon ($P<0,01$) ve mental sağlık ($P<0,01$) arasında pozitif korelasyon saptandı. CBASDÖ-arkadaş ve CBASDÖ-özel ile SF-36'nın tüm alt parametreleri pozitif ilişkili saptandı. CBASDÖ-arkadaş HAQ skoru ile negatif ilişkili idi ($P<0,01$). RA hastalarında semptom süresi, ağrı düzeyi, hastalık aktivitesi, sosyal destek düzeylerinin yaşam kalitesi üzerine etkisi Tablo 3 te gösterilmiştir.

Tablo 3 : RA hastalarında semptom süresi, ağrı düzeyi, hastalık aktivitesi, sosyal destek düzeylerinin yaşam kalitesi ve özürlülük üzerine etkisi

		SF-36 Fiziksel fonksiyon	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel sağlık	SF-36 Sosyal fonksiyon	SF-36 Mental sağlık	HAQ
Semptom Süresi		-0,389** 0,003	-0,065 0,627	-0,358** 0,006	-0,194 0,145	-0,180 -0,175	0,303 0,021
DAS28	r	-0,568	-0,746	-0,577	-0,487	-0,322	0,574
	p	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,014*	0,001**
VAS	r	-0,667	-0,747	-0,538	-0,563	-0,344	0,523
	p	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,008**	0,001**
CDAİ	r	-0,568	-0,629	-0,538	-0,627	-0,447	0,679
	p	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**
CBASDÖ Aile	r	0,181	0,290	0,225	0,448	0,340	-0,166
	p	0,173	0,027*	0,089	0,001**	0,009**	0,213
CBASDÖ Arkadaş	r	0,357	0,352	0,333	0,376	0,389	-0,271
	p	0,006**	0,007**	0,011*	0,004**	0,003**	0,039*
CBASDÖ Özel	r	0,310	0,310	0,329	0,315	0,463	-0,230
	p	0,018*	0,018**	0,012*	0,016*	0,001**	0,083
CBASDÖ Toplam	r	0,334	0,366	0,350	0,432	0,487	-0,261
	p	0,010*	0,005**	0,007**	0,001**	0,001**	0,048*
* p<0,05							
** p<0,01							

RA grubunda HAÖ-hastalık tipi alt parametresi, SF-36 fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık, mental sağlık, sosyal fonksiyon ile negatif korele saptandı ($p<0,01$). HAÖ-sonuçlar alt ölçeği, SF-36'nın tüm parametreleri ile negatif korele iken HAQ skoru ile pozitif korele bulundu ($p<0,01$). HAÖ-tedavi kontrolü alt ölçeği ile SF-36 fiziksel fonksiyon ($p<0,05$) ve sosyal fonksiyon ($p<0,01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon saptandı. HAÖ-duygusal temsiller alt ölçeği ile SF-36'nın ağrı, sosyal fonksiyon($p<0,05$), fiziksel fonksiyon, genel sağlık, mental

sağlık ($p<0,01$) parametreleri arasında negatif korelasyon, HAQ skoru($p<0,01$) ile pozitif korelasyon mevcuttu.

Beck depresyon ve anksiyete skorları, SF -36 nın tüm parametreleri ile negatif, HAQ skoru ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde pozitif korelasyon gösterdi($p<0,01$). COPE-problem odaklı başa çıkma ile SF-36-mental sağlık skorları arasında ve COPE-duygusal odaklı başa çıkma ile SF-36 genel sağlık skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki saptandı(her biri için $p<0,05$). RA hastalarında hastalık algısı, başa çıkma yöntemleri, depresyon ve anksiyete düzeylerinin yaşam kalitesi üzerine etkisi Tablo 4' te gösterilmiştir.



Tablo 4: RA hastalarında hastalık algısı, başa çıkma yöntemleri, depresyon ve anksiyete düzeylerinin, yaşam kalitesi ve özürlülük üzerine etkisi

		SF-36 Fiziksel fonksiyon	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel sağlık	SF-36 Sosyal fonksiyon	SF-36 Mental Sağlık	HAQ
HAÖ 1 Hastalık tipi	r p	-0,346 0,008**	-0,473 0,001**	-0,301 0,022*	-0,400 0,002**	-0,452 0,001**	0,292 0,026
HAÖ 2 süre akut/kronik	r p	-0,013 0,924	0,003 0,984	-0,233 0,078	-0,044 0,741	-0,183 0,169	0,044 0,744
HAÖ 3 sonuçlar	r p	-0,556 0,001**	-0,461 0,001**	-0,637 0,001**	-0,449 0,001**	-0,438 0,001**	0,445 0,001**
HAÖ 4 kişisel kontrol	r p	0,072 0,591	0,103 0,439	-0,139 0,239	0,116 0,385	0,139 0,298	-0,056 0,678
HAÖ 5 tedavi kontrolü	r p	0,314 0,017*	0,369 0,004	0,249 0,060	0,406 0,002**	0,086 0,521	-0,202 0,129
HAÖ 6 hastalığı anlayabilme	r p	0,090 0,503	0,127 0,343	0,088 0,512	0,103 0,443	-0,022 0,870	-0,034 0,801
HAÖ7 süre döngüsel	r p	-0,122 0,364	-0,133 0,321	-0,251 0,058	-0,181 0,173	-0,063 0,639	0,160 0,229
HAÖ 8 duygusal temsiller	r p	-0,375 0,004**	-0,307 0,019*	-0,347 0,008**	-0,315 0,016*	-0,386 0,003**	0,374 0,004**
Beck depresyon	r p	-0,751 0,001**	-0,627 0,001**	-0,687 0,001**	-0,458 0,001**	-0,650 0,001**	0,658 0,001**
Beck anksiyete	r p	-0,588 0,001**	-0,505 0,001**	-0,452 0,001**	-0,700 0,001**	-0,456 0,001**	0,477 0,001**
COPE Problem	r p	0,060 0,653	0,084 0,528	0,164 0,219	0,187 0,160	0,273 0,038*	-0,073 0,586
COPE Duygusal	r p	0,168 0,207	0,143 0,283	0,299 0,022*	0,222 0,093	0,368 0,134	-0,004 0,976
* p<0,05 ** p<0,01							

RA hastalarında cinsiyetler arasında hastalık algısı, başa çıkma yöntemleri, sosyal destek düzeyleri ve hastalık aktivitesi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. SF-36'nın fiziksel fonksiyon parametresi, kadınlarda erkeklere göre anlamlı olarak daha düşük saptandı ($p=0,015$). Beck anksiyete skoru erkeklerde ortalama 7 saptanmışken kadınlarda 15 saptandı ve istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($p=0,013$).

Romatoid artrit hastalarında cinsiyetin hastalık algısı, sosyal destek, başa çıkma tutumları, yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve hastalık aktivitesi üzerine etkisi Tablo 5 te gösterilmiştir.

RA hastalarında yaşanılan yer ile hastalık algısı, başa çıkma yöntemleri, sosyal destek, hastalık aktivitesi, depresyon, anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde kırsalda veya kentte yaşayanlar arasında mevcut parametreler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi. Bu muhtemelen hastaların %90'nın kentte yaşıyor olmasından kaynaklanabilir. Yaşanılan yerin RA hastaları üzerindeki etkisi Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 5: RA hastalarında cinsiyetin hastalık algısı, sosyal destek, başa çıkma tutumları, yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve hastalık aktivitesi üzerine etkisi

Parametreler	Erkek(n=15) Ortanca(min-max)	Kadın (n=43) Ortanca(min-max)	P
HAÖ 1 Hastalık tipi	4 (1-14)	5(1-14)	0,154
HAÖ 2 süre akut/kronik	28 (11-30)	30(6-30)	0,351
HAÖ 3 sonuçlar	22 (9-30)	24(6-30)	0,485
HAÖ 4 kişisel kontrol	21 (6-30)	26(6-30)	0,275
HAÖ 5 tedavi kontrolü	24 (17-25)	23(11-25)	0,452
HAÖ 6 hastalığı anlayabilme	25 (6-30)	25(5-25)	0,147
HAÖ7 süre döngüsel	20 (4-20)	18(4-20)	0,862
HAÖ 8 duygusal temsiller	27 (6-30)	29(6-30)	0,470
COPE duygusal	12,66 (10,17-11,17)	12,3 (9,00-15,00)	0,931
COPE problem	14(10,20-14,80)	12,2(6,40-15,40)	0,262
SF-36 fiziksel fonksiyon	90(55-95)	70 (0-95)	0,015*
SF-36 ağrı	61(10-100)	42(0-100)	0,277
SF-36 genel sağlık	45(0-87)	40(0-92)	0,278
SF-36 sosyal fonksiyon	62(25-100)	62(0-100)	0,653
SF-36 mental sağlık	76(32-100)	64(20-100)	0,929
CBASDÖ aile	28(10-28)	28(4-28)	0,822
CBASDÖ arkadaş	28(4-28)	28(4-28)	0,497
CBASDÖ özel	24(4-28)	24(4-28)	0,685
CBASDÖ toplam	76(32-84)	74(28-84)	0,882
Beck depresyon	5(0-18)	8(0-30)	0,076
Beck anksiyete	7(0-23)	16(0-54)	0,013*
DAS 28	2,24(0-6,80)	3,20(0-7,27)	0,074
CDAİ	10(0-48)	16(0-52)	0,103
VAS	3(0-10)	5(0-10)	0,182
* p<0,05 ** p<0,01			

Tablo 6: RA hastalarında yaşanan yerin hastalık algısı, sosyal destek, başa çıkma tutumları, yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve hastalık aktivitesi üzerine etkisi			
Parametreler	Kırsal (n=6) Ortanca(min-max)	Kent (n=52) Ortanca(min-max)	P
HAÖ 1 Hastalık tipi	6(3-9)	4(1-14)	0,394
HAÖ 2 süre akut/kronik	27(15-30)	30(6-30)	0,194
HAÖ 3 sonuçlar	29(9-30)	24(6-30)	0,309
HAÖ 4 kişisel kontrol	21(6-26)	21(6-26)	0,222
HAÖ 5 tedavi kontrolü	20(16-25)	20(16-25)	0,374
HAÖ 6 hastalığı anlayabilme	22(5-25)	22(5-25)	0,112
HAÖ7 süre döngüsel	17(4-20)	17(4-20)	0,402
HAÖ 8 duygusal temsiller	27(16-30)	27(16-30)	0,832
COPE duygusal	13,83(10,67-15,17)	12,41(9,00-15,00)	0,112
COPE problem	13,20(7,40-15,00)	12,80(6,40-15,40)	0,592
SF-36 fiziksel fonksiyon	72,5(20-90)	75(0-95)	0,737
SF-36 ağrı	56,5(22-84)	42(0-100)	0,609
SF-36 genel sağlık	43,5(5-72)	45(0-92)	0,794
SF-36 sosyal fonksiyon	81,5(25-100)	62(0-100)	0,575
SF-36 mental sağlık	70(48-96)	68(0-100)	0,775
CBASDÖ aile	28(18-28)	28(4-28)	0,718
CBASDÖ arkadaş	21,5(10-28)	28(4-28)	0,681
CBASDÖ özel	22(5-28)	28(4-28)	0,492
CBASDÖ toplam	68(43-84)	79(28-84)	0,592
Beck depresyon	6(0-26)	7(0-30)	0,990
Beck anksiyete	15,5(0-20)	14(0-54)	0,756
DAS 28	2,16(1,20-4,74)	3,13(0-7,27)	0,168
CDAİ	7(0-50)	13,5(0-52)	0,492
VAS	5(0-7)	5(0-10)	0,813
* p<0,05			
** p<0,01			

FMS hastalarında semptom süresi, ağrı, yorgunluk ve sosyal destek düzeylerinin, yaşam kalitesi ve hastalık semptom düzeyleri üzerine etkisi değerlendirildi. FMS hastalarında semptom süresi ile SF-36 genel sağlık parametresi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptandı($p<0.05$). Ağrı düzeyi ile SF -36'nın mental parametresi hariç diğer parametreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon, ağrı şiddeti ve FİQ skoru arasında ise pozitif korelasyon bulundu($p<0,01$). MAF skoru istatistiksel olarak anlamlı şekilde SF-36'nın tüm parametreleriyle negatif koreleydi($p<0,01$). CBASDÖ ile SF-36 ve FİQ skorları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı. FMS hastalarında ağrı, yorgunluk düzeyi, semptom süresi ve sosyal destek düzeylerinin yaşam kalitesi üzerine etkisi Tablo 7 de gösterilmiştir.

Tablo 7 : FMS hastalarında ağrı ,yorgunluk düzeyi, semptom süresi ve sosyal destek düzeylerinin, yaşam kalitesi ve hastalık semptomları üzerine etkisi							
		SF-36 Fiziksel fonksiyon	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel sağlık	SF-36 Sosyal fonksiyon	SF-36 Mental sağlık	FİQ
Semptom Süresi	r	0,076	0,247	0,325*	0,201	0,081	-0,072
	p	0,602	0,083	0,021	0,163	0,574	0,621
VAS	r	-0,708	-0,694	-0,446	-0,480	-0,205	0,771
	p	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,154	0,001**
MAF	r	-0,618	-0,654	-0,614	-0,618	-0,393	0,336
	p	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,475
CBASDÖ Aile	r	-0,034	0,015	-0,187	-0,121	-0,115	-0,103
	p	0,816	0,915	0,194	0,401	0,428	0,475
CBASDÖ Arkadaş	r	0,154	0,192	0,221	0,182	0,089	-0,147
	p	0,285	0,181	0,123	0,206	0,539	0,308
CBASDÖ Özel	r	0,163	0,248	0,119	0,175	-0,004	-0,106
	p	0,258	0,082	0,412	0,225	0,976	0,464
CBASDÖ Toplam	r	0,144	0,251	0,093	0,153	0,024	-0,190
	p	0,320	0,279	0,519	0,290	0,867	0,186
* $p<0,05$ ** $p<0,01$							

FMS hastalarında HAÖ-hastalık alt tipi ile SF-36 genel sağlık alt parametresi arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde negatif korelasyon saptandı($p<0,01$). HAÖ-süre akut-kronik alt başlığı ile SF-36 fiziksel fonksiyon($p<0,01$), ağrı($p<0,01$), sosyal fonksiyon($p<0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde negatif korelasyon, FİQ skoru($p<0,05$) ile pozitif ilişkili saptandı. HAÖ-süre döngüsel alt başlığı, SF-36 mental sağlık ile negatif koreleydi($p<0,01$). HAÖ-duygusal temsiller alt başlığı, SF-36'nın tüm parametreleri ile negatif korelasyon, FİQ skoru ile pozitif korelasyon gösterdi($p<0,01$). Beck depresyon ve anksiyete skorları, SF-36'nın tüm parametreleri ile negatif, FİQ skoru ile pozitif ilişkiliydi($p<0,01$). COPE-duygusal skorları ile SF-36'nın genel sağlık alt parametresi arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon bulundu($p<0,05$). FMS hastalarında hastalık algısı, depresyon, anksiyete ve başa çıkma tutumlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi Tablo 8' de gösterilmiştir.

Tablo 8: FMS hastalarında hastalık algısı, depresyon, anksiyete ve başa çıkma tutumlarının yaşam kalitesi ve hastalık semptom düzeyleri üzerine etkisi							
		SF-36 Fiziksel fonksiyon	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel sağlık	SF-36 Sosyal fonksiyon	SF-36 Mental sağlık	FİQ
HAÖ 1 Hastalık tipi	r p	-0,254 0,075	-0,270 0,058	-0,446 0,001**	-0,195 0,176	-0,251 0,079	0,238 0,097
HAÖ 2 süre akut\kronik	r p	-0,410 0,003**	-0,405 0,004**	0,269 0,059	-0,295 0,038*	-0,150 0,229	0,431 0,002**
HAÖ 3 sonuçlar	r p	-0,594 0,001**	-0,616 0,001**	-0,545 0,001**	-0,448 0,001**	-0,282 0,047*	0,523 0,001**
HAÖ 4 kişisel kontrol	r p	0,097 0,502	-0,009 0,950	-0,070 0,629	-0,122 0,400	-0,182 0,206	0,173 0,229
HAÖ 5 tedavi kontrolü	r p	0,138 0,340	0,188 0,192	0,031 0,829	0,172 0,232	0,097 0,502	0,109 0,452
HAÖ 6 hastalığı anlayabilme	r p	0,110 0,447	0,027 0,850	-0,126 0,383	-0,003 0,986	0,021 0,882	-0,100 0,488
HAÖ 7 süre döngüsel	r p	-0,191 0,183	0,057 0,696	-0,014 0,921	-0,104 0,473	-0,311 0,028*	0,173 0,230
HAÖ 8 duygusal temsiller	r p	-0,444 0,001**	-0,401 0,004**	-0,511 0,001**	-0,471 0,001**	-0,374 0,007**	0,540 0,001**
Beck depresyon	r p	-0,581 0,001**	-0,495 0,001**	-0,617 0,001**	-0,592 0,001**	-0,564 0,001**	0,521 0,001**
Beck anksiyete	r p	-0,443 0,002**	-0,416 0,003**	-0,416 0,003**	-0,425 0,002**	-0,536 0,001**	0,550 0,001**
COPE Problem	r P	0,067 0,644	-0,090 0,533	0,010 0,944	0,144 0,319	0,204 0,115	0,089 0,540
COPE Duygusal	r P	-0,123 0,394	-0,173 0,231	-0,281 0,048*	0,047 0,743	0,021 0,885	0,051 0,723
* p<0,05 ** p<0,01							

Çalışmamızdaki COPE-duygusal ve COPE-problem skorları RA ve FMS gruplarında, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p<0,05$). RA ve FMS grupları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. SF-36'nın fiziksel fonksiyon ve ağrı parametreleri, FMS grubunda, RA grubundan anlamlı düşük bulundu ($p<0,05$). SF-36 genel sağlık parametresinde FMS ve RA gruplarında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken kontrol grubu skoru diğer iki gruba göre anlamlı şekilde yüksek saptandı($p<0,05$). SF-36 sosyal fonksiyon ve mental sağlık parametreleri FMS grubunda diğer iki gruba göre daha düşük saptandı ($p<0,05$). Hatalığının kronikleşeceğine olan inancını gösteren hastalık algısı ölçeği alt parametresi dışında($p=0,040$) diğer HAÖ parametrelerinde RA ve FMS grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Beck depresyon skorlarında FMS grubunda diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p<0,05$). RA ve kontrol gruplarında istatistiksel fark saptanmadı. Beck anksiyete skorları FMS grubunda en yüksek kontrol grubunda en düşük olacak şekilde üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde fark saptandı.($p<0,05$). RA ve FMS ile kontrol gruplarının başa çıkma, sosyal destek, hastalık algısı, depresyon ve anksiyete açısından karşılaştırılması Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9: RA ve FMS ile Kontrol gruplarının başa çıkma, sosyal destek, hastalık algısı, depresyon ve anksiyete açısından karşılaştırılması

	FMS (n=50) Median (min-max)	RA(n=58) Median (min-max)	KONTROL(n=50) Median (min-max)	P
COPE duygusal	12,83(9,33-15,33)	12,50(9,00-15,17)	11,08(6,83-14,83)	P<0,05* b ³ c
COPE problem	13,00(7,60-15,60)	12,80(6,40-15,40)	11,60(7,60-14,40)	P<0,05* b ³ c
CBASDÖ aile	28,00(4,00-28,00)	28,00(4,00-28,00)	27,00(13,00-28,00)	P=0,074
CBASDÖ arkadaş	18,50(4,00-28,00)	28,00(4,00-28,00)	24,50(7,00-28,00)	P=0,056
CBASDÖ özel	22,50(4,00-28,00)	24,00(4,00-28,00)	23,00(4,00-28,00)	P=0,347
CBASDÖ toplam	60,00(12,00-84,00)	75,00(28,00-84,00)	69,00(36,00-84,00)	P=0,066
SF-36 fiziksel fonksiyon	45,00(0-95,00)	75,00(0-95,00)	90,00(35,00-95,00)	P<0,05* a ³ b ³ c
SF-36 ağrı	32,00(0-72,00)	42,00(0-100)	72,00(0-100)	P<0,05* a ³ b ³ c
SF-36 genel sağlık	37,50(0-85,00)	45,00(0-92,00)	67,00(30,00-100)	P<0,05* b ³ c
SF-36 sosyal fonksiyon	50,00(0-100)	62,00(0-100)	68,50(12,00-100)	P<0,05* a ³ b
SF-36 mental sağlık	52,00(12,00-100)	68,00(20,00-100)	68,00(24,00-100)	P<0,05* a ³ b
HAÖ 1 Hastalık tipi	6,00(0-13)	4,50(1-14)	-	P=0,148
HAÖ 2 süre akut/kronik	28,00(6-30)	29,50(6-30)	-	P=0,040* a
HAÖ 3 sonuçlar	22,00(6-30)	24,00(6-30)	-	P=0,554
HAÖ 4 kişisel kontrol	25,00(5-30)	25,00(6-30)	-	P=0,436
HAÖ 5 tedavi kontrolü	22,00(5-30)	23,00(11-25)	-	P=0,109
HAÖ 6 hastalığı anlayabilme	25,00(5-30)	25,00(5-30)	-	P=0,611
HAÖ7 süre döngüsel	18,00(5-20)	18(5-25)	-	P=0,817
HAÖ 8 duygusal temsiller	30,00(6-30)	28,50(6-30)	-	P=0,095
Beck depresyon	14,50(0-37)	7,00(0-30)	5,00(0-42)	P<0,05* a ³ b
Beck anksiyete	22,00(1-55)	15,00(1-54)	7,00(0-42)	P<0,05* a ³ b ³ c

*p<0.05 anlamlı,

a; Fibromyalji ve romatoid artrit grupları arasında anlamlı fark

b; Fibromyalji ve sağlıklı kontrol grupları arasında anlamlı fark

c ; Romatoid artrit ve sağlıklı kontrol grupları arasında anlamlı fark

Tablo 10:Çoklu doğrusal regresyon analizi sonucuna göre RA hastalarında mental sağlık puanına etki eden faktörler

Rezidüel değişkenler				%95 Güven aralığı	
	B	t	P	En düşük	En yüksek
CBASDÖ1	,543	1,558	,127	-,160	1,246
CBASDÖ2	-,931	-2,078	0,144	-1,835	-,028
CBASDÖ3	1,137	2,497	,016	,219	2,055
HAÖ1 Hastalık tipi	-1,917	-2,532	,015*	-3,443	-,390
HAÖ2	-,254	-,765	,448	-,923	,415
HAÖ3	-,686	-1,966	,056	-1,390	,018
HAÖ4	,553	1,520	,136	-,181	1,286
HAÖ5	-1,406	-2,252	,129	-2,666	-,147
HAÖ6	-,198	-,616	,541	-,849	,452
HAÖ7	,120	,346	,731	-,578	,817
HAÖ8	-,132	-,542	,590	-,625	,360
COPE-problem	-,141	-,162	,872	-1,899	1,617
CDAI	,170	1,130	,265	-,133	,473
Beck Depresyon	-1,297	-3,988	,000*	-1,953	-,641

Yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucuna göre iki değişken SF-36 mental sağlık puanlarına etkide bulunmuş SF-36'nın diğer parametrelerine etkili değişken saptanmamıştır. Depresyon varlığı ve yaşanan semptomların RA ile ilişkilendirilmesi yaşam kalitesinin en önemli belirleyicileri olarak saptanmıştır. RA hastalarında yaşam kalitesi üzerine etkili değişkenler Tablo 10'da gösterilmiştir.

5-TARTIŞMA

Romatoid artrit özellikle küçük eklem tutulumuyla giden, tüm dünyada en yaygın kronik inflamatuvar artrit tipidir. Kronik seyirli olması, kişide oluşturduğu fiziksel ve fonksiyonel yetersizlik, psikososyal fonksiyonlarda oluşturduğu tahribat nedeniyle hastaların yaşam kalitelerinde ciddi bozulmalara neden olabilmektedir. Son yıllarda RA tedavisinde biyolojik tedavilerin yaygın kullanılmaya başlaması hastalık seyrini önemli oranda değiştirmiştir. Günümüzde hastalık aktivitesinin etkili şekilde baskılanması yanında yaşam kalitesinin artırılması tedavinin temel hedefi haline gelmiştir. Ancak aktif ve etkili medikal tedaviye rağmen her zaman yaşam kalitesiyle ilgili yeterli tatmin edici sonuçlar elde edilemeyebilir.

Fibromyalji sendromu da toplumda sık görülen, yaygın kas ve eklem ağrıları nedeniyle inflamatuvar artritler kadar kişinin yaşam kalitesini bozan kronik seyirli bir diğer kas iskelet sistemi hastalığıdır (4). FMS sendromu eklemlerde yapısal hasara yol açmasa da kronik seyirli olması, yaygın ağrı, etyolojinin tam olarak bilinmemesi ve tedaviye yanıtındaki yetersizlikler nedeniyle, RA'ya benzer şekilde kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Yaşam kalitesi üzerinde ağrı şiddeti yanında, fonksiyonel kısıtlılık, kişisel ve psikososyal faktörler de önemli rol oynamaktadır. Biz bu çalışmamızda toplumda sık görülen biri yapısal hasarla seyreden diğeri yapısal hasara yol açmayan iki ayrı hastalıkta; RA ve FMS hastalarında ağrı şiddeti ve hastalık aktivitesi yanında, hastalık algısı, hastalıkla başa çıkma yöntemleri ve sosyal desteğin yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırdık.

Kronik ağrı genellikle anksiyete ve depresyon gibi komorbiditeler ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkilidir (114). Kronik ağrıya neden olan RA ve FMS hastalarının karşılaştırıldığı çalışmaların bir çoğunda, FMS'li hastalarda ağrı ve anksiyete şiddeti RA'li hastalardan daha yüksek bulunmuştur (115,116). Biz de çalışmamızda, Beck depresyon ve VAS ağrı skorlarını FMS grubunda, RA grubundan anlamlı yüksek bulduk. Evren ve ark. (117) çalışmalarında FMS'li hastalardaki ağrı şiddetinin, depresyondan çok anksiyete şiddetiyle ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Campos ve

ark. (118) FMS hastalarında yaşam kalitesini etkileyen psikolojik ve klinik faktörler üzerine yapmış olduğu çalışmalarında anksiyetenin, SF-36 mental sağlık ve genel sağlığı olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada depresyon, SF-36 zindelik, mental sağlık ile negatif ve FIQ ile pozitif ilişkili bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde depresyon ve anksiyete, SF-36'nın tüm parametreleriyle negatif, FIQ skorları ile pozitif ilişkilidir.

Bijl ve ark. (119) RA'da depresyon prevalans oranlarının genel toplumda veya birinci basamakta bildirilenlerin çok üzerinde olduğunu belirtmişlerdir. Senra ve ark. (120) RA hastalarında depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmış ve depresyon ile tüm SF-36 skorları arasında anlamlı korelasyon saptamışlardır. Bizim çalışmamızda gerek RA gerekse FMS hastalarında ağrı, anksiyete ve depresyon skorlarını SF-36, HAQ ve FIQ ile anlamlı korele bulundu. Bu sonuç kronik ağrının yol açtığı anksiyete ve depresyonun, kişilerin fonksiyonel durumunu ve yaşam kalitesini anlamlı olarak olumsuz etkilediğini göstermektedir.

Ayrıca RA'lı kadın hastalarda anksiyete düzeyi erkeklerden anlamlı olarak daha yüksekti ve fiziksel fonksiyonlar daha kötüydü. Genel sağlık her iki hasta grubunda benzer olmasına karşılık FMS hastalarında ağrı şiddeti, fonksiyonel kısıtlılık, anksiyete ve depresyon skorları RA grubundan daha yüksekti. Sosyal fonksiyonlar ve mental sağlık RA grubunda kontrole benzerken FMS grubunda RA ve kontrolden anlamlı olarak daha kötüydü. Bu durum ağrı ve fonksiyonel kısıtlılığın yol açtığı emosyonel bozukluğun, sosyal fonksiyonlar ve mental sağlık üzerinde önemli rol oynadığını göstermektedir. Bu sonuçlar kronik ağrılı hastalarda tedavi planlanırken anksiyete ve depresyonun da göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir.

Evers ve ark. (121) kronik romatizmal hastalıkların (RA, FMS, osteoartrit) fiziksel ve psikolojik işlevler üzerinde uzun süreli bir etkiye sahip olduğunu belirtmişlerdir. Örneğin günlük stres, ağrı gibi bilişsel-davranışçı risk faktörleri yaşam kalitesini olumsuz etkilerken, iyimserlik, sosyal destek gibi direnç faktörleri

yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkilere sahiptir. Bu faktörleri ele alan psikolojik ve davranışsal tedaviler, fiziksel ve psikolojik işlevsellik üzerinde faydalı etkilere sahip olacaktır. Literatürde kaliteli sosyal desteğin psikolojik streslere ve fiziksel semptomlardaki artışa karşı koruyucu olduğunu gösteren klinik çalışmalar mevcuttur (122,123). Bununla birlikte problemlili, istenmeyen kişide stres yaratan ilişkilerin artmış psikolojik gerginliğe, daha yüksek semptom düzeylerine ve romatizmal hastalıklarda artmış hastalık aktivitesine yol açtığı da gösterilmiştir. Bu durum kişinin sosyal çevresinin ve bireysel olarak hastalıkla başa çıkma yöntemlerinin, hastalık şiddeti ve seyrinin yol açtığı fiziksel özrürlülük ve mental sağlık üzerinde olumlu veya olumsuz yönde etkilere sahip olduğunu göstermektedir (124).

Gong ve ark. (69) RA'lı hastalarda düşük sosyal destek düzeyinin tüm SF-36 skorlarıyla olumsuz yönde ilişkili olduğunu saptamışlardır. Pitsilka ve ark. (126) RA'lı hastalarında kaliteli sosyal desteğin yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilediğini bildirmişlerdir. Kostova ve ark. (68) ise RA'lı hastalarda sosyal desteğin internet aracılı olarak uygulandığında işe yarayabileceği konusunda çalışma yapmış ve internet üzerinden etkileşim ile hastalara yardımcı olunabileceğini bildirmişlerdir. Literatürde RA hastalarında sosyal desteğin yaşam kalitesi üzerine ve yorgunluk üzerine olumlu etkiler sağladığını bildiren çok sayıda çalışma mevcuttur (68-70,127). Biz çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak RA'lı hastalarda sosyal desteğin alt bileşenleri olan aile, arkadaş, özel birinden algılanan sosyal desteğin yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirdik. Arkadaş ve özel kişiden algılanan sosyal destek ile SF-36'nın tüm parametreleri arasında pozitif korelasyon saptadık. Yine aileden algılanan sosyal destek SF-36'nın ağrı ve sosyal fonksiyon parametreleri ile pozitif korele bulundu. Arkadaş kaynaklı sosyal destek ve toplam sosyal destek skorları ile HAQ skorları arasında negatif korelasyon saptandık. Çalışmamızda sosyal destek düzeyleri arttıkça RA hastalarının yaşam kalitelerinin ve fonksiyon düzeyinin arttığını tespit ettik. Günümüzde RA hastalarının tedavisinde yaşanan yenilikler hekimleri genellikle medikal tedavilere yönlendirmekte ve psikososyal faktörler gözardı edilebilmektedir. Literatürdeki çalışmalar ve bizim çalışmamızın sonuçları göz önüne alındığında kaliteli sosyal desteğin RA'da yaşam kalitesini iyileştirebileceği söylenebilir. Bu nedenle hasta tedavisi planlanırken hasta yakınlarının da plana dahil edilmesi, sosyal çevrenin pozitif desteğinin hastanın

yaşam kalitesi ve fonksiyonları üzerine olumlu etkileri olacağı konusunda bilgilendirilmeleri medikal tedaviye katkı sağlayacaktır.

Çalışmamızda anlamlılık düzeyine ulaşmasa da FMS hastalarının özel biri ve arkadaşlardan algıladıkları sosyal desteğin RA ve kontrolden daha düşük olduğunu gördük. Bu durum genel sağlık benzer olsa da eklemlerde yapısal hasara yol açmayan FMS’de daha yüksek ağrı, daha kötü fiziksel fonksiyon skorlarını ve daha kötü mental sağlık skorlarını açıklayabilir.

Yaşam kalitesi üzerinde etkili olması beklenen bir başka etki faktörü de hastanın hastalığını nasıl algıladığıdır. Hastalık algısını değerlendirmek için Hastalık Algısı Anketinin (IPQ-R)’nin ilk iki bölümüne odaklanılmıştır.

Ulus ve ark. (128) RA hastalarında yapmış oldukları çalışmalarında HAÖ-zaman çizelgesi akut\kronik, sonuç ve duygusal temsil ile yaşam kalitesi arasında negatif ilişkili saptamışlardır. Aynı çalışmada tedavi kontrolü ve hastalık uyumu ile yaşam kalitesi, pozitif ilişkili saptanmıştır. Lis Cordingley ve ark. (80) hastalık aktivitesi ve hastalık algısı arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmada HAÖ-sonuç ile DAS28 arasında zayıf pozitif korelasyon, HAÖ-hastalık tipi ile DAS28 arasında daha güçlü pozitif korelasyon saptamışlardır. Yapmış olduğumuz çalışmada hastalık algısı ölçeğinin hastalık tipi bölümü SF-36’nın tüm parametreleri ile negatif ilişkili saptanmıştır. HAÖ-hastalık tipi ile DAS28’in pozitif ilişkili olduğu çalışmalar da göz önüne alındığında, literatürdeki çalışmalar ve bizim çalışmamızın sonuçları, hastaların başka sistemlere de ait olabilecek semptomlarını primer hastalıkları ile ilişkilendirmelerinin yaşam kalitelerini olumsuz etkilediğini göstermektedir. Hastalık algısı ölçeğinin sonuç kısmı (Hastalığımın yaşamım üzerinde ciddi etkileri var gibi) da yine literatürle uyumlu şekilde yaşam kalitesiyle negatif ilişkili, sağlık değerlendirme anketi ile pozitif ilişkili bulunmuştur (128). HAÖ-tedavi kontrolü (Tedavim hastalığımın iyileşmesinde etkili olacak gibi), SF-36 fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyon ile pozitif korele saptanmıştır. HAÖ-duygusal temsiller (Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum gibi), yaşam kalitesinin tüm alt parametreleriyle negatif, sağlık değerlendirme anketi skorlarıyla pozitif ilişkili olduğunu tespit ettik. Bu sonuçlar hastanın hastalığının yaşamı üzerinde olumsuz

etkileri olduğunu düşünmesinin ve tedaviye inancının yetersiz olmasının yaşam kalitesini ve fonksiyonlarını olumsuz etkilediğini göstermektedir.

Literatürdeki çalışmalar ve bizim çalışmalarımızın sonuçları, RA hastalarında yaşam kalitesinin, hastalık algısı ile yakın ilişkili olduğunu göstermektedir. Hastanın yaşadığı semptomları hastalığıyla ilişkilendirmesi, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilerken kişilerin tedaviye olan inançları ise yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Çalışmamızın sonuçları RA hastalarında tedavi planı oluşturulurken, hastaların hastalığa yönelik algılarının da göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir. Olumsuz yöndeki algılarının değiştirilmesi, tedaviye olan inançlarının artırılması yaşam kalitelerinin artmasına katkıda bulunacaktır. Bu sonuç tedavi konusunda hastaların bilgilendirilmesinin, tedaviye hekim ve hastanın ortak karar vermesinin önemini ortaya koymaktadır.

De heer ve ark. (129) FMS hastalarında yaptığı kohort çalışmasında HAÖ-duygusal temsiller alt ölçeğini, depresif belirtilerle anlamlı ilişkili bulmuşlardır. Hastalığın tedavisi konusunda hastaların olumsuz düşünceye sahip olmalarının, hastalarda anksiyete ve depresyona neden olacağını belirtmişlerdir. van Wilgen ve ark (130) yapmış oldukları çalışmada FMS’li hastalarda, hastalıklarını kronik olarak düşünmenin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Ayrıca FMS hastalarının, hastalıklarını bireysel çabalarıyla kontrol edebileceklerine ve tedaviyle iyileşebileceklerine olan inançlarının düşük olduğunu kaydetmişlerdir.

Biz çalışmamızda FMS hastalarında hastalık tipi boyutunun, SF-36 genel sağlık ile negatif korele olduğunu bulduk. FMS ile ilişkilendiren semptom sayısı arttıkça hastaların genel sağlığında bozulma olduğunu tespit ettik. Hastalıklarının kronik olduğuna dair algıları yaşam kalitesini ve hastalık etkisini olumsuz etkilediğini saptadık. HAÖ-sonuç alt parametresini mental sağlık dışındaki SF-36 parametreleriyle negatif, FİQ skoru ile pozitif ilişkili saptadık. FMS hastalarında, hastalığın kronik olduğu yönündeki düşünceye sahip olmak, hastalığının kendisini ciddi şekilde etkilediğine inanmak ve yaşadığı tüm semptomları hastalığıyla

ilişkilendirmek, hastaların yaşam kalitelerini ve fonksiyonlarını olumsuz etkilemektedir. HAÖ-süre döngüsel alt başlığı (Hastalığının daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor gibi) ise SF-36 mental sağlık parametresiyle negatif korele saptandı. HAÖ-duygusal temsiller tüm SF-36 parametreleriyle negatif, FİQ ile pozitif korele saptandı. Bu sonuç hastalarda iyilik dönemlerinin geçici olduğu, semptomlarının tekrarlayacağı düşüncesinin yarattığı kaygının yaşam kalitesini ve fonksiyonlarını olumsuz etkilediğini göstermektedir.

Matthias Englbrecht ve ark. (131) başa çıkma etkinliğinin, genel sağlık algısı ile pozitif ilişkili olduğunu, RA hastalarında bazı baş etme stratejilerinin, yaşam kalitesini olumlu etkileyeceğini belirtmişlerdir. Van der Elst ve ark. (132) pasif baş etme eğilimindeki RA hastalarının hastaneye başvurusunda gecikme olduğunu kaydetmişlerdir. Campos ve ark. (131) FMS hastalarında duygusal odaklı başa çıkma stratejilerini, genel sağlık ve duygusal rol işlevleri ile negatif ilişkili bulmuşlardır. Problem odaklı başa çıkma ile yaşam kalitesi arasında ise ilişki tespit etmemişlerdir.

Biz çalışmamızda RA hastalarında problem odaklı başa çıkma yöntemleri ile SF-36 mental sağlık arasında literatürle uyumlu şekilde pozitif korelasyon saptadık. Problem odaklı sorun çözme yöntemlerini kullanan hastalarda yaşam kalitesi olumlu yönde etkilenmekteydi. Duygusal odaklı başa çıkma ise RA hastalarında SF-36 genel sağlık parametresi ile pozitif ilişkiliydi. RA hastalarında problem odaklı sorun çözme mental sağlığa olumlu ; sorun çözümünde duysal yöntemlere başvurma genel sağlık üzerinde olumlu etkilere sahipken FMS hastalarında duygusal odaklı başa çıkma yöntemlerini kullanma genel sağlık üzerine olumsuz etkilere sahipti. RA ve FMS grupları arasında başa çıkma etkinliği ve şekli açısından farklılık saptamadık. Kişinin sorun çözümde başvurduğu yöntemlerin kişisel faktörler yanında, yaşadığı ülkenin ve çevrenin sosyokültürel özelliklerinden de etkilenebilir.

Literatürde hastalık algısı, sosyal destek, başa çıkma ile RA arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar mevcutken cinsiyetin bu faktörlere etkisi konusunda çalışmaya rastlamadık. Çalışmamızda cinsiyet ile sosyal destek, başa çıkma, hastalık algısı skorları arasında anlamlı fark saptanmadı. Cinsiyetin yaşam kalitesi üzerine etkinliği

değerlendirildiğinde fiziksel fonksiyonun kadınlarda daha kötü olduğunu tespit ettik. Bu durum çalışmamızda kadın hasta sayısının erkek hastalardan 3 kat fazla olması ve RA'nın kadınlarda daha kötü seyirli olmasıyla açıklanabilir. Kadın cinsiyette anksiyete skorlarının daha yüksek olması ise kadınların toplumda iş yükünün fazla olması ile ilişkili olabilir. Ayrıca kadınlarda hastalığın daha kötü seyretmesinin yarattığı fiziksel kısıtlılık ve ağrı nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorlanmasının yarattığı stres, veya RA'dan bağımsız olarak anksiyete bozukluklarının kadın cinsiyette daha sık görülmesi yaşam kalitesini ve fonksiyonlarını olumsuz etkileyecektir (134, 135)

RA hastalarında yaşanan yer(kent – kırsal) ile hastalık aktivitesi, hastalık algısı, sosyal destek düzeyi, başa çıkma tutumları ve yaşam kalitesi arasında ilişki saptamadık. Ancak çalışmamıza katılan hastaların %90'nın kentte yaşaması anlamlı bir ilişki tespit etmemizi engellemiş olabilir.

RA ve FMS hastalarını karşılaştırdığımızda başa çıkma yöntemleri açısından fark yoktu. Sosyal destek düzeylerini de üç grupta benzer olarak tespit ettik. Oflaz ve ark. (136) RA hastalarında fiziksel fonksiyon, mental sağlık, duygusal rol gücü, enerji canlılığı ve genel sağlık algısı, anksiyete ve depresyon düzeylerini, FMS hastalarından daha iyi bulmuşlardır. Bizim çalışmamız da literatürle uyumlu şekilde SF-36 fiziksel fonksiyon FMS grubunda en düşük, RA grubunda daha yüksek, kontrol grubunda en yüksekti. FMS hastaları RA hastalarına göre daha fazla ağrı ve daha kötü fiziksel fonksiyon skorlarına sahipti. Noninflamatuvar noneroziv olmasına rağmen FMS hastaları, RA ya kıyasla, fiziksel fonksiyon ve yaşam kalitesi açısından daha fazla etkilenmişti.

Moyano ve ark. (137) çok yeni bir çalışmada, FMS ve RA hastalarında, öğrenilmiş çaresizlik (LH) ve algılanan öz-güven (SE) karşılaştırmışlardır; ağrı, fonksiyonel durum ve yorgunluk ile ilişkisini değerlendirmişlerdir. FMS hastalarında öğrenilmiş çaresizlik ve depresyonu anlamlı derecede yüksek, öz-güveni anlamlı olarak daha düşük saptamışlardır. FMS ve RA hastalarında öğrenilmiş çaresizlik ile HAQ, ağrı, depresyon, yorgunluk, FIQ ve CDAI arasında pozitif bir korelasyon saptamışlardır. Her iki grupta öz-güven ile HAQ, ağrı, depresyon, yorgunluk, FIQ

(FMS) ve CDAI (RA) arasında negatif korelasyon saptamışlardır. Öğrenilmiş çaresizlik ve öz-güveni, RA ve FMS hastalarında fonksiyonel kapasite, ağrı, hastalık aktivitesi ve hastalık etkisiyle önemli ölçüde ilişkili olarak bildirmişlerdir. Öğrenilmiş çaresizlik, aktif hastalık veya yüksek hastalık etkisine sahip hastalarda, remisyonda olan veya düşük hastalık etkisine sahip olanlara göre daha yüksek, tersine özgüveni hastalık aktivitesi yüksek kişilerde daha düşük bulmuşlardır. Özellikle FMS'de olmak üzere her iki hastalıkta da öğrenilmiş çaresizlik ve öz-güvenin, potansiyel olarak değiştirilebilir bilişsel faktörler olarak dikkate değer olduğunu vurgulamışlardır.

Sonuç olarak literatürdeki çalışmalar ve bizim çalışmamızın sonuçları, RA ve FMS hastalarında fiziksel fonksiyonlar ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, tedavi sonuçlarının artırılması için hastaların bilişsel, sosyal ve emosyonel yönden değerlendirilmesinin önemini ortaya koymaktadır. Değiştirilebilir risk faktörleri olarak belirtilen bu faktörler konusunda hastaların ve yakın çevrelerinin bilgilendirilmesi en az medikal tedaviler kadar tedavi sonuçlarına olumlu katkı sağlayacaktır.



6.SONUÇ

Günümüzde RA patogeneğinde bilinmeyenlerin açığa çıkmasıyla yeni tedavi seçenekleri günden güne artmaktadır. Özellikle biyolojik ajanların kullanılmaya başlanması tedavide önemli gelişmeler sağlamıştır. Medikal tedavilerde yaşanan tüm bu gelişmelere rağmen yaşam kalitesi psikososyal faktörler tarafından etkilenebilir. FMS tedavisinde ise RA ya kıyasla medikal tedavi seçenekleri kısıtlıdır. Ayrıca FMS hastalarında depresyon ve anksiyete sıklıkla eşlik eden komorbiditelerdir. Bu nedenle medikal tedavi ile yaşam kalitesinin artırılması hedeflenirken psikososyal yönden de hastalar mutlaka değerlendirilmelidir.

RA ve FMS hastalarında tedavi planı oluşturulurken hastanın hastalığa dair olumsuz algılarının düzeltilmesi, tedaviye olan inancının artırılması hastaların yaşam kalitesine olumlu katkı sağlayacaktır. Hastalar değerlendirilirken psikososyal faktörler mutlaka göz önünde bulundurulmalı ve psikolojik destek bu hastalarda tedavinin önemli bir basamağını oluşturmalıdır. Hastaların sosyal çevreleri tedavi planına dahil edilmelidir. Hasta yakınlarının sosyal destek konusunda bilgilendirilmesi, yaşam kalitelerinin iyileşmesine olumlu katkıda bulunabilir.

KAYNAKLAR

1. Ergin S. Romatoid Artrit Etiyopatogenezi ve Patoloji. In :Romatoloji.Ed.Ataman Ş,Yalçın P.Ankara ,Akademisyen Kitabevi,2012; 457-468.
2. Katz PP, Patricia P. The impact of rheumatoid arthritis on life activities. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology* 1995;8(4):272-278.
3. Salaffi F, Stancati A. Disability and quality of life of patients with rheumatoid Arthritis:assessment and perspectives. *Reumatismo* 2004;56:87-106
4. Bradley LA, Alarcon GS. Fibromyalgia. In:Arthritis and Allied Conditions.Ed.Kopman WJ.14 th edition. Philadelphia,Lippincott &Williams& Wilkins,2001;1811-44
5. Rothschild BM, Turner KR, DeLuca MA. Symmetrical erosive peripheral polyarthritis in the late archaic period of Alabama. *Science* 1988; 241(4872):1498-1501.
6. Kondo Y, Yokosawa M, Kaneko S et al. Transcriptional regulation of CD 4+ T cell differentiation in experimentally induced arthritis and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2018;70(5):653-661.
7. Gümüşdiş G. Romatoid artrit. In: Klinik Romatoloji. Ed. Doğanavşargil E, Gümüşdiş G. İzmir, İzmir Guven Kitabevi, 2003; 209-227.
8. Carbonell J, Cobo T, Balsa A, et al. The incidence of rheumatoid arthritis in Spain: results from a nationwide primary care registry.*Rheumatology* (Oxford) 2008;47(7):1088–92.
9. Zvaifler NJ. Etiology and pathogenesis of rheumatoid arthritis. In: Arthritis and Allied Conditions. Ed. McCarty DJ, Koopman WJ . Pennsylvania, Lea and Febiger,1993; 723-736.

10. Harris ED. Etiology and pathogenesis of rheumatoid arthritis. In: Textbook of Rheumatology. Ed. Kelley WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB, Saunders WB. Philadelphia, 1993; 833-73.
11. Nepom GT, Nepom B. Genetics of the major histocompatibility complex in rheumatoid arthritis. In: Rheumatology. Ed. Klippel JH, Dieppe PS. 2. Baskin. London, 1998;1-12.
12. Wordsworth BP, Lanchbury JS, Sakkas LI, et al. HLA-DR4 subtype frequencies in rheumatoid arthritis indicate that DRB1 is the major susceptibility locus within the HLA class II region. *Proc Natl Acad Sci USA* 1989;86(24):10049–53.
13. Ronningen KS, Spurkland A, Egeland T, et al. Rheumatoid arthritis may be primarily associated with HLA-DR4 molecules sharing a particular sequence at residues 67–74. *Tissue Antigens* 1990;36(5):235–40.
14. Huizinga TW, Amos CI, van der Helm-van Mil AH, et al. Refining the complex rheumatoid arthritis phenotype based on specificity of the HLA-DRB1 shared epitope for antibodies to citrullinated proteins. *Arthritis Rheum* 2005;52(11):3433-8.
15. Hill JA, Southwood S, Sette A, et al. Cutting edge: the conversion of arginine to citrulline allows for a high-affinity peptide interaction with the rheumatoid arthritis-associated HLA-DRB1*0401 MHC class II molecule. *J Immunol* 2003;171(2):538–41.
16. Rantapää-Dahlqvist S, de Jong BA, Berglin E, et al. Antibodies against cyclic citrullinated peptide and IgA rheumatoid factor predict the development of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2003;48(10):2741-9.
17. McCarty DJ. Clinical picture of rheumatoid arthritis. In : Arthritis and Allied Conditions. Ed. McCarty DJ. Lea and Febiger, 1993; 781-809.
18. Rindfleisch JA, Muller D. Diagnosis and management of rheumatoid arthritis. *AFM* 2005; 72(6):1037-47.

19. Rowley M, Tait B, Mackay IR, Cunningham T, Phillips B. Collagen antibodies in rheumatoid arthritis. Significance of antibodies to denatured collagen and their association with HLA-DR4. *Arthritis Rheum* 1986;29(2):174-84.
20. Watson WC, Cremer MA, Wooley PH, Townes AS. Assessment of the potential pathogenicity of type II collagen autoantibodies in patients with rheumatoid arthritis. Evidence of restricted IgG3 subclass expression and activation of complement C5 to C5a. *Arthritis Rheum* 1986;29(11):1316-21.
21. Wilder RL. Rheumatoid arthritis, epidemiology, pathology and pathogenesis. In: Primer on the Rheumatic Diseases. Ed. Schumacher RH. Atlanta, Arthritis Foundation, 1993;86-89.
22. Sugiyama D, Nishimura K, Tamaki K, et al. Impact of smoking as a risk factor for developing rheumatoid arthritis: a meta-analysis of observational studies. *Ann Rheumatic Disease* 2010;69(1):70–81.
23. Källberg H, Padyukov L, Plenge RM, et al. Gene-gene and gene-environment interactions involving HLA-DRB1, PTPN22, and smoking in two subsets of rheumatoid arthritis. *Am J Hum Genet* 2007;80:867–75.
24. Costenbader KH, Feskanich D, Mandl LA, Karlson EW. Smoking intensity, duration, and cessation, and the risk of rheumatoid arthritis in women. *Am J Med* 2006;119(6):503.
25. Karlson EW, Chang SC, Cui J, et al. Gene-environment interaction between HLA-DRB1 shared epitope and heavy 40 cigarette smoking in predicting incident rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2010;69(1):54–60.
26. Avouac J, Gossec L, Dougados M. Diagnostic and predictive value of anticyclic citrullinated protein antibodies in rheumatoid arthritis: a systematic literature review. *Ann Rheumatic Disease* 2006;65:845-51
27. A. J. W. Zendman. Use and Significance of Anti-CCP Autoantibodies in Rheumatoid Arthritis. *Rheumatology (Oxford)*;2006;45(1):20-5

28. Matthews N, Emery P, Pilling D, Akbar A, Salmon M. Subpopulations of primed T helper cells in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1993;36:603.
29. Firestein G.S. (çeviren) Seçkin B. Başaran P. Romatoid artrit etyoloji ve patogenezi. In: Kelley Romatoloji. Ed. Arasıl T (çeviri editörü) . Ankara, Güneş kitabevi, 2006; 996-1042
30. Wordsworth P, Pile K. Rheumatoid arthritis etiology. In: Rheumatology. Ed. Klippel JH, Dieppe PA , Mosby Year Book Europa Limited, 1994;8.1-8.10.
31. John D Issacs, Larry W Moreland (eds). Romatoid artrit 1.Baskı, AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd.Şti. İstanbul, 2003.
32. Sack U, Kinner R, Marx T, et al. İnterleukin-6 insynovial fluid is closely associated with chronic synovitis in rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int* 1993;13:45-51.
33. Richard N. Mitchell. İmmün Bozukluklar. In:Robbins Temel Patoloji. Ed. Kumar. Türkçe 7. baskı. Nobel Tıp Kitabevi, 2003; 103-164.
34. Direskeneli H. Romatoid artrit etyopatogezi. In: Romatoid Artrit. Ed Hamuryudan V. Ankara, Fersa Matbaası,2002; 8-15.
35. Şenel K. Romatoid Artritin Klinik Özellikleri. In: Romatoloji. Ed.Ataman Ş. Ankara, 2012; 469-481.
36. Arnold LM, Hudson JI, Hess EV, et al. Family study of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2004;50(3):944-52.
37. Yavuz KŞ. Romatoid artrit eklem bulguları. In:Romatoid Artrit. Ed. Hamuryudan V. Ankara , MD Yayıncılık, 2002; 16-19.
38. Kobayashi S, Okamoto H, Iwamoto T, Toyama et al. A role for the aryl hydrocarbon receptor and the dioxin TCDD in rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2008;47:1317-22.

39. Cutolo M, Lahita RG. Estrogens and arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 2005;31:19- 27.
40. Ragan C, Farrington E. The clinical features of rheumatoid arthritis: prognostic indices. *JAMA* 1962;181(8):663-667.
41. M.C.Hochberg, A.J.Silman, J.S. Smolen. Rheumatoid Arthritis: Extraarticular manifestations of rheumatoid arthritis and systemic involvement. In: Rheumatology. Ed. Matteson EL. 3. Baskı. 2003;1: 781-792
42. Arnett FC, Edworthy S, Bloch DA, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988;31:315-324.
43. Aletaha D, Neogi T, Alan J, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum* 2010;62(9): 2569-81.
44. Koçanoğulları H. Fibromyalji sendromu. In:Klinik Romatoloji. Ed. Gümüşdiş G, Doğanavşargil E. İzmir, İzmir Güven Kitapevi, 2003; 635-45.
45. Yılmaz H, Uğurlu H, Sallı H. Muscle performance in patients with fibromyalgia syndrome. *Rheumatism* 2007;22:43-7.
46. Çapacı K, Hepgüler S. Fibromiyalji Sendromu: Etiyopatogenezi. *Ege Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 1998;4(3):219-225.
47. Mease PJ. Fibromyalgia syndrome: review of clinical presentation, pathogenesis, outcome measures, and treatment. *J Rheumatol* 2005;75:6-21.
48. Schmidt-Wilcke T, Clauw DJ. Fibromyalgia: from pathophysiology to therapy. *Nat Rev Rheumatol* 2011;7(9):518-27.
49. Bondy B, Spaeth M, Offenbaecher M, et al. The T102C polymorphism of the 5-HT2A-receptor gene in fibromyalgia. *Neurobiol Dis* 1999;6(5):433-9.

50. Offenbaecher M, Bondy B, de Jonge S, et al. Possible association of fibromyalgia with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Arthritis Rheum* 1999;42(11):2482-8.
51. Buskila D, Cohen H, Neumann L, Ebstein RP. An association between fibromyalgia and the dopamine D4 receptor exon III repeat polymorphism and relationship to novelty seeking personality traits. *Mol Psychiatry* 2004;9(8):730-1.
52. Buskila D. Genetics of chronic pain states. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007;21(3):535-47.
53. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fisek G, et al. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999;12:102-6.
54. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health* 1996;11:431-445.
55. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, et al. The revised illness perception questionnaire. *Psychol Health* 2002;17:1-16.
56. Romatolojide Sınıflama Kriterleri ve Kısa Klinik Metroloji. Ed.Özgöçmen S. Veri Medikal Yayıncılık, 2008; 81-84
57. Neuberger GB. Measures of fatigue. *Arthritis Rheum*. 2003;49:175–83.
58. Boire G, Cossette P, de Brum-Fernandes AJ, et al. Anti Sa antibodies and antibodies against cyclic citrullinated peptide are not equivalent as predictors of severe outcomes in patients with recent-onset polyarthritis. *Arthritis Res Ther*, 2005;7(3):592-603
59. Ağargün MY, Beşiroğlu, L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H . COPE (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2005;6:221-226

60. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG et al. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess* 1988;52:30-41.
61. Eker, D, ve Arkar, H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995;10(34):17-25.
62. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Factorial structure, validity, and reliability of revised form of the multidimensional scale of perceived social support. *Turkish Journal of Psychiatry* 2001,12(1): 17-25.
63. Pennix BWJH, van Tilburg T, Deeg DJH, et al. Direct and buffer effects of social support and personal coping resources in individuals with arthritis. *Soc Sci Med.* 1997;44:393-402.
64. Dunst CJ, Trivette CM, Cross AH. Mediating influences of social support: personal, family, and child outcomes. *Am J Ment Defic.* 1986;90:403-417.
65. Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing social support: the social support questionnaire. *J Pers Soc Psychol* 1983;44:127-139.
66. Bisschop MI, Kriegsman DM, Beekman A, Deeg D. Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. *Soc Sci Med* 2004;59:721-733.
67. Oliver K, Cronan TA, Walen HR, Tomita M. Effects of social support and education on health care costs for patients with fibromyalgia. *J Rheumatol* 2001;28:2711-19.
68. Kostova Z, Caiata-Zufferey M, Schulz PJ. Can social support work virtually? Evaluation of rheumatoid arthritis patients' experiences with an interactive online tool. *Pain res manag* 2015; 20(4):199-209

69. Gong G, Mao J. Health-Related Quality of Life Among Chinese Patients With Rheumatoid Arthritis: The Predictive Roles of Fatigue, Functional Disability, Self-Efficacy, and Social Support. *Nurs res* 2016;65(1):55±67..
70. McInnes IB, Combe B, Burmester G. Understanding the patient perspective results of the RheumatoidArthritis: Insights, Strategies & Expectations (RAISE) patient needs survey. *Clin exp rheumatol* 2013;31(3):350-7.
71. Kostova Z, Caiata-Zufferey M, Schulz PJ. The impact of social support on the acceptance process among RA patients: a qualitative study. *Psychol health* 2014;29(11):1283-302.
72. Browne GB, Byrne C, Roberts J, Streiner, et al. The meaning of illness questionnaire: reliability and validity. *Nurs Res* 1988;37:368-73.
73. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ. Illness representations and coping with health threats. In: Handbook of Psychology and Health. Ed.A Baum, SE Taylor, JE Singer. 4.Bask1. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1984;219-252.
74. Leventhal H, Benyamini Y, Brownlee S, Diefenbach L, et al. Illness representations: Theoretical foundations. In: Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications. Ed. KJ Petrie, J Weinman. Amsterdam, Harwood Academic Publishers, 1997; 19-45.
75. Leventhal H, Leventhal EA, Contrada RJ. Selfregulation, health and behaviour: A perceptual cognitive approach. *Psychol Health* 1989;13:717-734.
76. Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA. Illness cognitions: Using common sense to understand treatment adherence. *Cognit Ther Res* 1992;16:143-163.
77. Lau RR, Bernard TM, Hartman KA. Further explorations of common-sense representationsof common illnesses. *Health Psychol* 1989;8:195-219.
78. Heijmans M, DeRidder D. Assessing illness representations of chronic illness: Explorations of their disease-specific nature. *J Behav Med* 1998;21:485–503.

79. Ziarko M, Mojs E, Piasecki B, Samborski W. The mediating role of dysfunctional coping in the relationship between beliefs about the disease and the level of depression in patients with rheumatoid arthritis. *ScientificWorldJournal* 2014;2014:585063.
80. Cordingley L, Prajapati R, Plant D, et al. Impact of psychological factors on subjective disease activity assessments in patients with severe rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res(Hoboken)* 2014;66:861-8.
81. Fraenkel L, Cunningham M. High disease activity may not be sufficient to escalate care. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2014;66:197-203.
82. Graves H, Scott DL, Lempp H, Weinman J. Illness beliefs predict disability in rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res* 2009;67:417-23.
83. Ruiz-Montero PJ, Van Wilgen CP, Segura-Jiménez V, Carbonell-Baeza A, Delgado-Fernández M. Illness perception and fibromyalgia impact on female patients from Spain and the Netherlands: do cultural differences exist? *Rheumatol Int* 2015;35:1985-93.
84. van Wilgen CP, Kaptein AA, Brink MS. Illness perceptions and mood states are associated with injury-related outcomes in athletes. *Disabil Rehabil* 2010;32:1576-85.
85. van Wilgen CP, van Ittersum MW, Kaptein AA. Do illness perceptions of people with chronic low back pain differ from people without chronic low back pain? *Physiotherapy* 2013;99:27-32.
86. Bijsterbosch J, Scharloo M, Visser AW, et al. Illness perceptions in patients with osteoarthritis: change over time and association with disability. *Arthritis Rheum* 2009;61:1054-61.
87. Moss-Morris R, Chalder T. Illness perceptions and levels of disability in patients with chronic fatigue syndrome and rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res* 2003;55:305-8.

88. Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeği'nin kanser hastalarında Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2007;10:192-200.
89. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol* 1986;992-1003.
90. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav* 1980;2: 219-239.
91. Folkman S, Lazarus R., Gruen R., DeLongis A. Appraisal coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol* 1986:571–579.
92. Freeman A, Simon KM, Beutler LE, Arkowitz H. Comprehensive handbook of cognitive therapy New York, Plenum Press, 1989;99–121.
93. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol* 1984;46:839-852
94. Holahan C, Moos RH. Personal and contextual determinants of coping strategies. *J Pers Soc Psychol* 1987;52:946-955
95. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer,1984
96. Lazarus RS, Folkman, S. Coping as a mediator of emotion. *J Pers Soc Psychol*,1988;54(3):466–475.
97. Rohde P, Lewinshon TM, Tilson M, Seeley J. Dimensionality of coping and its relation to depression. *J Pers Soc Psychol* 1990;58:499- 511.
98. Wegner DM, Schneider DJ, Carter SR, White TL. Paradoxical effects of thought suppression. *J Pers Soc Psychol* 1987;53:5-13.
99. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989;56:267–283

100. Derogatis LR. The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration scoring and procedures manual. II. Clinical Psychiatric Research Inc,1992.
101. Compas BE, Connor-Smith JK, Saltzman, H, Thomsen AH, Wadsworth ME. Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychol bull* 2001;127(1):87.
102. Hassett AL, Cone JD, Patella SJ, Sigal LH. The role of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 2000;43(11):2493–500.
103. Mellegård M, Grossi G, Soares JJ. A comparative study of coping among women with fibromyalgia, neck/shoulder and back pain. *Int J Behav Med* 2001;8(2):103–15.
104. Nicassio PM, Radojevic V, Schoenfeld-Smith K, Dwyer K. The contribution of family cohesion and the pain-coping process to depressive symptoms in fibromyalgia. *Ann Behav Med* 1995;17(4):349–56.
105. Nahlen Bose C, Elfström ML, Björling G, Persson H, Saboonchi F. Patterns and the mediating role of avoidant coping style and illness perception on anxiety and depression in patients with chronic heart failure. *Scand J Caring* 2016;30:704–13.
106. Le Grande MR, Elliott PC, Worcester MUC, et al. Identifying illness perception schemata and their association with depression and quality of life in cardiac patients. *Psychol Health Med* 2012;17(6):709–22.
107. Costa ECV, Vale S, Sobral M, Pereira MG. Illness perceptions are the main predictors of depression and anxiety symptoms in patients with chronic pain. *Psychol Health Med* 2016;21(4):483–95.
108. Järemo P, Arman M, Gerdle B, Larsson B, Gottberg K. Illness beliefs among patients with chronic widespread pain – associations with selfreported health status, anxiety and depressive symptoms and impact of pain. *BMC Psychol* 2017;5:24.

109. Sharpe L, Sensky T, Allard S. The course of depression in recent onset rheumatoid arthritis: the predictive role of disability, illness perceptions, pain and coping. *J Psychosom Res* 2001;51:713-9.
110. Kucukdeveci A, Şahin H, Ataman Ş, Griffiths B, Tennant A. Issue in cross-cultural validity: example from the adaptation, reliability, and validity testing of a Turkish version of the Stanford Health Assessment Questionnaire. *Arthritis Rheum* 2004;51:14-9
111. Burckhardt CS, Clark Sr, Bennet RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation *J Rheumatol* 1991;18(5):728-33.
112. Sarmer S, Ergin S, Yavuzer G. The validity and realibility of the Turkish version of the Fibromyalgia impact questionnaire *Rheumatol Int* 2000; 20:9-12.
113. Aksakoğlu G. Sağlıkta araştırma ve çözümleme. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlük Basımevi 2006; 215-23.
114. Gormsen L, Rosenberg R, Bach FW, Jensen TS et . Depression, anxiety, health- related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. *Eur J Pain* 2010;14(2):127.
115. Ataoğlu S, Ozcetin A, Ataoğlu A, et al. Fibromiyaljili ve romatoid artritli hastalarda ağrı şiddeti ile anksiyete ve depresyon ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2002;3(4):223-226.
116. Gulec H, Sayar K, Topbaş M, Karkucak M, Ak İ. Fibromiyalji sendromu olan kadınlarda aleksitimi ve ofke. *Turk Psikiyatri Derg* 2004;15(3):191-198.
117. Evren B, Evren C, Yapıcı A, Guler MH. Fibromiyalji hastalarında ağrı şiddeti ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2005;6(2):69-74.

118. Campos RP, Vázquez Rodríguez MI. Health-related quality of life in women with fibromyalgia: clinical and psychological factors associated. *Clin rheumatol* 2012;31.2:347-355.
119. Bijl R, Ravelli A, Van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:587-595.
120. Senra H, Rogers H, Leibach G, et al. Health- related quality of life and depression in a sample of Latin American adults with rheumatoid arthritis. *Int J Rheum Dis* 2017;20(11):1684-93.
121. Evers AW, Zautra A, Thieme K. Stress and resilience in rheumatic diseases: a review and glimpse into the future. *Nat Rev Rheum* 2011;7(7):409-15
122. Geenen R, Newman S, Bossema ER, Vriezolk JE, Boelen PA. Psychological interventions for patients with rheumatic diseases and anxiety or depression. *Best Pract Res Clin Rheumatology* 2012;26(3)305-19.
123. Walker JG, Littlejohn GO, McMurray NE, Cutolo M. Stress system response and rheumatoid arthritis: a multilevel approach *Rheumatology* 1999;38(11):1050-7
124. Sturgeon JA, Finan PH, Zautra AJ. Affective disturbance in rheumatoid arthritis: psychological and disease-related pathways. *Nat Rev Rheumatol* 2016;12:532-42.
125. Minnock, Patricia, Oliver Fitzgerald, and Barry Bresnihan. "Quality of life, social support, and knowledge of disease in women with rheumatoid arthritis." *Arthritis Rheum* 49.2 (2003): 221-227.
126. Pitsilka, D. A., K. Kafetsios, and D. Niakas. "Social support and quality of life in patients with rheumatoid arthritis in Greece." *Clinical and experimental rheumatology* 33.1 (2015): 27-33.

127. Matcham F, Ali S, Hotopf M, Chalder T. Psychological correlates of fatigue in rheumatoid arthritis: a systematic review. *Clinical psychology review*. 2015;39:16-29.

128. Ulus Y, Tander B, Akyol Y, et al. Are Illness Perceptions Associated With Disease Activity or Psychological Well-Being in Rheumatoid Arthritis? A Study With the Evidence of Confirmatory Factor Analysis. *Arch Rheumatol* 2017;32(4):315-324.

129. de Heer EW, van der Feltz-Cornelis CM, Vriesevink JE. Poor illness Perceptions are a risk Factor for Depressive and anxious symptomatology in Fibromyalgia syndrome: a longitudinal cohort study. *Front Psychiatry* 2017;8: 217.

130. van Wilgen CP, van Ittersum MW, Kaptein AA, van Wijhe M. Illness perceptions in patients with fibromyalgia and their relationship to quality of life and catastrophizing. *Arthritis Rheum* 2008;58(11):3618-26.

131. Englbrecht M, Gossec L, DeLongis A, et al. The impact of coping strategies on mental and physical well-being in patients with rheumatoid arthritis. *Semin arthritis rheum* 2012;41(4):545-555.

132. Van der Elst, De Cock D, Vecoven E, et al. Are illness perception and coping style associated with the delay between symptom onset and the first general practitioner consultation in early rheumatoid arthritis management? An exploratory study within the CareRA trial. *Scand J rheumatol* 2016;45(3):171-178.

133. Campos, Ricardo Pereira, and Maria Isabel Rodríguez Vázquez. "Health-related quality of life in women with fibromyalgia: clinical and psychological factors associated." *Clin rheum* 31.2 (2012): 347-355.

134. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51(5):355-64.
135. Kessler RC, Gruber M, Hettema JM. Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychol Med* 2008;38(3):365-74.
136. Oflaz FB, Zahidinova M, Arın G, et al. AB1450-HPR Comparison of biopsychosocial status of rheumatoid arthritis and fibromyalgia patients. *Ann Rheum Dis* 2018;77:1857.
137. Moyano S, Scolnik M, Vergara F, et al. Evaluation of Learned Helplessness, Perceived Self-efficacy, and Functional Capacity in Patients With Fibromyalgia and Rheumatoid Arthritis. *J Clin Rheumatol* 2018.

EKLER

EK-1: Hastalık algısı ölçeği

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen sizde var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

	Hastalığımın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım		Bu belirti hastalığımla ilgili	
Ağrı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Boğazda yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Bulantı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Kilo kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Yorgunluk	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Eklem sertliği	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Gözlerde yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Hırıltılı soluma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Baş ağrıları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Mide yakınmaları	Evet	Hayır	Evet	Hayır

Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Sersemlik hissi	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Güç kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenize uygun kutuya (X) işareti koyunuz..

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

3. Kararsızım

4. Böyle düşünüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek (r)					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek (r)					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor (r)					

9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13.Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15.Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez (r)					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek(r)					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek (r)					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var (r)					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez (r)					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor (r)					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor (r)					

26. Hastalığımı anlamıyorum (r)					
27. Hastalığma hiçbir anlam veremiyorum (r)					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemmez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor (r)					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

2. Böyle düşünmüyorum
3. Kararsızım
4. Böyle düşünüyorum
5. Kesinlikle böyle düşünüyorum



OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtsal (ırsi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet -yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.

EK-2: COPE (BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI ÖLÇEĞİ)

Ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz.

İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye calisin. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin.

Seçenekleri belirtirken su belirtilen puanlamayı kullanın:

1=Asla böyle bir şey yapmam 2=Çok az böyle yaparım 3=Orta derecede böyle yaparım 4=Çoğunlukla böyle yaparım

1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka turlu meşguliyetlere yönelirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

4.Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

5.Sorunla basa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

6.Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

7.Allah’a tevekkül eder, O’na dayanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vazgeçiririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

13.Kendimi yasadığım soruna alıştırmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

15. Diğ er d    nce ve me  g uliyetlere y  nelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.

1 () 2 () 3 () 4 ()

16. Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

17.     l  r  m ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

18. Allah`in yardımını umarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

19. Bir eylem planı yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

20. Söz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

21. Karışıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

22. Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

23. Arkadaş veya akrabalarım  dan moral ve manevi destek almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

24. Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

26.Alkol ya da sakinleştirici alarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

28.Duygularımı dışarı vururum. 1 () 2 () 3 () 4 ()

29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir acıdan ele almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

33.Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

36.Sorunla ilgili saka yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

37.İstediğimi elde etmek için uğraşmayı bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

41.Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bur durumda ne yaptıklarını sorarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tur hisleri dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek bunun için dobra dobra bir tavır takınırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

58.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

59.Basına gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

EK-3: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği

M1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

M2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

M3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

M4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

M5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

M6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

M7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim. .

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

M8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

M9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

M10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

M11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

M12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

(aile 3,4,8,11 arkadaş 6 7 9 12 özel biri 1 2 5 10)

EK-4: SF 36 Yaşam kalitesi değerlendirme skalası

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

a) Mükemmel (5) b) çok iyi (4) c) İyi(3) d)Orta (2) e)Kötü (1)

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştırıldığınızda, şimdi sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi (5)
- b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi (4)
- c) Bir yıl öncesi ile hemen hemen aynı (3)
- d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü (2)
- e) Bir yıl öncesine göre çok daha kötü (1)

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız aktivitelerle ilgilidir. Sağlık durumunuz bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor

Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi etkinlikler	(1)	(2)	(3)
Bir masayı çekmek, elektrik süpürGESİNİ İTMEK VE AĞIR OLMAYAN sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	(1)	(2)	(3)
Günlük alışverişte alınanları kaldırmak ve taşımak	(1)	(2)	(3)
Merdivenle çok sayıda kat çıkmak	(1)	(2)	(3)
Merdivenle bir kat çıkmak	(1)	(2)	(3)
Eğilmek ve diz çökmek	(1)	(2)	(3)
Bir-iki kilometre yürümek	(1)	(2)	(3)
Birkaç sokak öteye yürümek	(1)	(2)	(3)
Bir sokak öteye yürümek	(1)	(2)	(3)
Kendi kendine banyo yapmak ve giyinmek	(1)	(2)	(3)

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük aktivitelerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer aktiviteler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	(0)	(1)
Hedeflediğinizden daha	(0)	(1)

azını mı başardınız?		
İş veya diğer aktivitelerinizde kısıtlanma oldu mu?	(0)	(1)
İş veya diğer aktiviteleri yaparken güçlük çektiniz mi? (daha fazla çaba gerektirdi mi?)	(0)	(1)

5. Son 4 hafta boyunca duygusal sorunlarınızın (çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük aktivitelerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer aktiviteler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	(0)	(1)
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	(0)	(1)
İşinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?	(0)	(1)

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız; aileniz, arkadaşlarınız veya komşularınızla olan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi (5)
- b) Biraz etkiledi (4)
- c) Orta derecede etkiledi (3)
- d)Oldukça etkiledi (2)
- e) Aşırı etkiledi (1)

7.Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç (6) b) Çok hafif (5) c) Hafif (4) d) Orta (3) e) Şiddetli (2) f) Çok şiddetli (1)

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız normal işinizi (hem ev hem ev dışı işlerinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi (5)
- b) Biraz etkiledi (4)
- c) Orta derecede etkiledi (3)
- d)Oldukça etkiledi (2)
- e) Aşırı etkiledi (1)

9. Aşağıdaki sorunlar sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi tarifleyen yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önünde bulundurarak seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça a	Bazen	Nadir en	Hiçbir zaman
a)Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
b)Çok sinirli bir insan oldunuz mu?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

c)Sizi hiçbirşeyin neşelendiremeyeceği kadar üzgün hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
d)Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
e)Kendinizi enerjik hissettiniz mi?	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
f)Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
g)Kendinizi tükenmiş hissettinizmi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
h)Kendinizi mutlu hissettiniz mi?	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
İ)Kendinizi yorgun hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi ne sıklıkla etkiledi?

a) Her zaman (1) b) Çoğu zaman (2) c) Bazen (3) d) Nadiren (4) e) Hiçbir zaman (5)

11.Aşağıdaki her ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır(En uygununu seçiniz)

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyoru m	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Sağlığım mükemmel	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

Ek-5: Beck depresyon ölçeği

1. 0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum. () ()
 - 1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 - 2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 - 3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
2. 0 Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim. () ()
 - 1 Gelecek hakkında karamsarım.
 - 2 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 - 3 Geleceğim hakkında umutsuzum ve bana sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. 0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum. () ()
 - 1 Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 - 2 Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
 - 3 Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
4. 0 Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum. () ()
 - 1 Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 - 2 Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

- 3 Her şeyden sıkılıyorum.
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 halimden pek memnun değilim.
- 2 Kendime çok kızıyorum.
- 3 Kendimden nefret ediyorum.
7. 0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum. () ()
- 1 Zayıf yanlarım ve 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 düşüncelerim yok. () ()
- 1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
- 2 Kendimi öldürmek isterdim.
- 3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
9. 0 Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor. () ()
- 1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- 2 Çoğu zaman ağlıyorum.
- 3 Eskiden ağlayabilirdim, şimdi istesem de ağlayamıyorum.
10. 0 Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim. () ()
- 1 Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da 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 kimseyle görüşüp, 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 görmüyorum. () ()

1 Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

2 Görüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.

3 Kendimi çok çirkin buluyorum.

14. 0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum () ()

1 Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.

2 Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

3 Hiçbir şey yapamıyorum.

15. 0 Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum. () ()

1 Eskiden olduğu gibi iyi 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 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 verdim.

2 Dört kilodan fazla kilo verdim.

3 Altı kilodan fazla kilo verdim.

19. 0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor. () ()

1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.

2 Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.

3 Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiç bir şey düşünemiyorum.

20. 0 Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme farketmedim.

1 Cinsel konularda eskisinden daha az ilgiliyim. () ()

2 Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.

3 Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

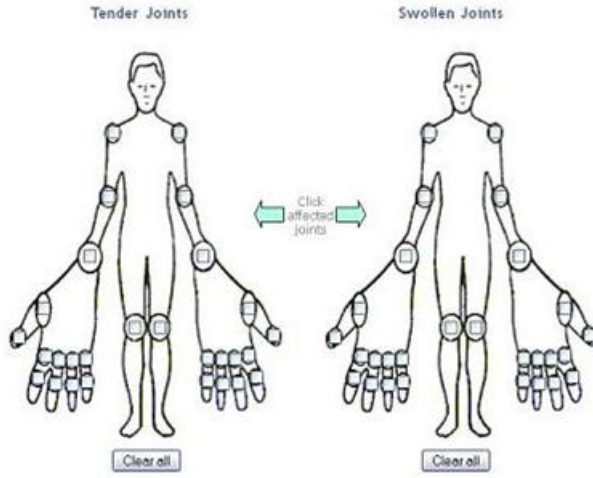
21.0 Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor. () ()

1 Cezalandırılabilceğimi seziyorum.

2 Cezalandırılmayı bekliyorum.

3 Cezalandırıldığımı hissediyorum.

EK-6: DAS28 -CDAİ



Hassas eklem sayısı :

Şiş eklem sayısı :

Hekim global değerlendirme

0.....10 max

Hasta global değerlendirme

0.....10 max

Ek-7 : Beck anksiyete ölçeği

	Hiç	Hafif düzeyde <i>Beni pek etkilemedi</i>	Orta düzeyde <i>Hoş değildi ama katlanabildim.</i>	Ciddi düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
1. Bedeninizin her hangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basması				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11.				

Boğuluyormuş gibi olma				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme				

Ek 8: Fibromiyalji etki anketi (FIQ)

Soru 1. Geçtiğimiz hafta içinde aşağıdaki aktiviteleri ne sıklıkta gerçekleştirebildiğinizi belirtin. Bu aktivitelerden normal zamanlarda da yapmadıklarınız için yapmam şikkını işaretleyin.

Her zaman (0) Sık sık(1) Nadiren(2) Hiç(3)

Alışveriş yapmak

Yemek yapmak

Elde bulaşık yıkamak

Makineyle halı süpür

Yatak toplamak

Orta mesafe yürümek

Misafirliğe gitmek

Bahçe işi yapmak

Araba sürmek

Merdiven çıkmak

Çamaşır makinesinde

Çamaşır yıkamak

Soru 2.Geçtiğimiz haftanın kaç günü kendiniz iyi hissettiniz? (0-7 gün arası işaretleyin)

0 1 2 3 4 5 6 7

Soru 3.Fibromyalji rahatsızlığı yüzünden geçtiğimiz hafta kaç gün işlerinizden uzak kaldınız (ev işleri dahil) ?

0 1 2 3 4 5 6 7

Soru 4. Çalışmalarınızı (ağır işler dahil) ağır ve diğer fibromyalji şikayetleriniz ne ölçüde etkiledi? (4-10 arasındaki her soruyu geçtiğimiz hafta yaşadıklarınıza ve hissettiklerinize göre cevaplayın)

0 1 2 3 4 5 6 7

Soru 5.Ağrınız ne derecede şiddetliydi?

0 1 2 3 4 5 6 7

Soru 6.Ne kadar yorgundunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7

Soru 7.Sabah katlığınızda kendinizi nasıl hissettiniz?

0 1 2 3 4 5 6 7

Soru 8.Sabah sertliğiniz ne kadar şiddetliydi?

0 1 2 3 4 5 6 7

Soru 9.Sinirliliğiniz ya da anksiyeteniz ne düzeydeydi?

0 1 2 3 4 5 6 7

Soru 10.Depresyonunuz veya moral bozukluğunuz ne düzeydeydi?

0 1 2 3 4 5 6 7

EK.9 : MAF skalası

Açıklama: Bu sorular, yorgunluk ve yorgunluğun faaliyetleriniz üzerine etkisi ile ilgilidir.

Aşağıdaki sorulardan her biri için, geçtiğimiz 7 gün boyunca neler hissetmiş olduğunuzu en yakından gösteren rakamı daire içine alın.

1. Ne derece yorgunluk hissettiniz?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç Çok fazla

2. Yaşadığınız yorgunluk hangi şiddetteydi?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hafif Ağır

3. Yorgunluk sizi ne ölçüde sıkıntıya soktu?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sıkıntı yok Çok miktarda sıkıntı

Geçtiğimiz 7 gün içinde yorgunluğun, aşağıda sıralanan faaliyetlerden her birini yapabilmenizi ne derecede engellediğini en iyi gösteren rakamı daire içine alın. Geçtiğimiz 7 gün içinde yorgunluk dışındaki nedenlerle yapmadığınız faaliyetler için (örneğin, emekli olduğunuz için işe gitmemek), faaliyetin adının sol yanındaki haneyi işaretleyin.

Geçtiğimiz 7 gün içinde yorgunluk, , şunları yapabilmenizi ne derecede engelledi?

(NOT: Geçtiğimiz 7 gün boyunca yapmadığınız faaliyet varsa ilgili soru numarasının solundaki kutucuğu işaretleyin.)

4. Günlük ev işlerini yürütme

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç									Büyük ölçüde

5. Yemek pişirme

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç									Büyük ölçüde

6. Yıkanma ve yıkama

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç									Büyük ölçüde

7. Giyinme

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç									Büyük ölçüde

8. İşyerinde çalışma

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç									Büyük ölçüde

9. Aile ve arkadaşları ziyaret etme veya onlarla sosyal ilişkiler kurma

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç									Büyük ölçüde

(NOT: Geçtiğimiz 7 gün boyunca yapmadığınız faaliyet varsa ilgili soru numarasının solundaki kutucuğu işaretleyin.)

10. Cinsel faaliyetlerle uğraşma

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç									Büyük ölçüde

11. Boş zamanları değerlendirme ve yenilenme faaliyetleri ile uğraşma

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç									Büyük ölçüde

12. Alışveriş yapma ve ayak işlerini yürütme

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç									Büyük ölçüde

13. Yürüyüş yapma

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç Büyük ölçüde

14. Egzersiz yapma (yürüyüş dışında)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç Büyük ölçüde

15. Geçtiğimiz 7 gün boyunca ne sıklıkta yorgunluk hissettiniz?

4 Her gün

3 Her gün değilse de çoğunlukla

2 Çoğu gün olmasa da ara sıra

1 Pek az gün

16. Geçtiğimiz 7 gün boyunca yorgunluğunuz ne ölçüde değişti?

4 Arttı

3 Yorgunluk bazen arttı, bazen azaldı

2 Aynı kaldı

1 Azaldı

