

# Fibromiyalji Hastalarında Depresyon, Uyku Bozukluğu ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

## Assessment of Depression, Sleep Disorders and Quality of Life in Patients with Fibromyalgia

Filiz ACAR SİVAS, Bedriye MERMERCİ BAŞKAN, Lale AKBULUT AKTEKİN, Nilay KILIÇ ÇINAR, Fatma GÜL YURDAKUL, Kürşat ÖZORAN

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

### Özet

**Amaç:** Bu çalışmada, fibromiyalji (FM) hastalarında depresyon, uyku bozukluğu ve yaşam kalitesi değerlendirildi.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya 80 FM'li hasta ile 46 sağlıklı kadın alındı. Her iki grupta yaygın ağrı 10 cm'lik VAS ile yaşam kalitesi Fibromiyalji Etki Sorulama formu (FES) ve depresyon ise Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılarak değerlendirildi. Uyku bozukluğu 10 cm'lik VAS ve hipersomnolans Epworth Uykululuk Skalası (EUS) ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Hasta ve kontrol grubunda ortalama yaş, VAS-uyku ve EUS sırasıyla 40,12±9,27 yıl, 7,27±2,22, 5,33±44,19 ve 41,69±10,32 yıl, 0,71±1,31, 2,52±2,52'ydı. Ortalama BDÖ ve FES skoru sırasıyla 21,77±11,9, 57,45±15,23 ve 5,08±3,09, 15,77±11,40 idi. Gruplar arasında fark anlamlıydı. Yaygın ağrı ve VAS-uyku ile FES ve BDÖ arasında anlamlı korelasyon saptandı. Yine FES ile BDÖ arasında anlamlı korelasyon saptandı.

**Sonuç:** FM'de semptomların çeşitliliği nedeniyle sürekli tedavi arayışı hastaları ve yakın çevresini rahatsız edip sosyal uyumlarını bozmaktadır. Daha çok ağrı polikliniklerinde değerlendirilen FM hastalarının gereğinde psikiyatrik destek almalarının faydalı olacağı kanaatindeyiz. *Türk Fizik Tıp Rehab Derg 2009;55:8-12.*

**Anahtar Kelimeler:** Depresyon, uyku bozukluğu, yaşam kalitesi, fibromiyalji

### Summary

**Objective:** The aim of this study was to evaluate depression, sleep disorders (SD) and quality of life (QOL) in patients with fibromyalgia (FM).

**Materials and Methods:** Eighty patients with FM and 46 healthy women were included. In both groups, widespread pain was evaluated with VAS, the QOL with Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), and Beck Depression Inventory (BDI). SD was evaluated with VAS and the hypersomnolence Epworth Sleepiness Scale (ESS).

**Results:** Mean ages, VAS (sleep), and ESS scores of the patient and control groups were 40.12±9.27 years, 7.27±2.22, 5.33±44.19 and 41.69±10.32 years, 0.71±1.31, 2.52±2.52, respectively. The mean BDI and FIQ scores were 21.77±11.9, 57.45±15.23 and 5.08±3.09, 15.77±11.40, respectively. The differences between groups were significant. Widespread pain and VAS (sleep) scores were significantly correlated with BDI and FIQ scores. The correlation between BDI and FIQ scores was also significant.

**Conclusion:** In FM, the diversity of symptoms resulting in a continuous seeking for cure disturbs the patients and their close ones, disturbing their social cohesion. The authors believe that psychiatric support for these patients, most of whom are evaluated at outpatient clinics of algology, will be helpful. *Turk J Phys Med Rehab 2009;55:8-12.*

**Key Words:** Depression, sleep disorders, quality of life, fibromyalgia

### Giriş

Fibromiyalji (FM) yaygın müskuloskeletal ağrı, uyku bozukluğu, yorgunluk ve çok sayıda hassas noktanın varlığı ile karakterize, etiyolojisi bilinmeyen nonartiküler, kronik bir romatizmal hastalıktır (1). 1990 yılında Amerikan Romatizma Birliği (ARA) tarafından tanı kriterleri tanımlanmıştır (2). FM tanısı koymak için yaygın ağrı ve 18 spesifik noktanın 11 tanesinde veya daha fazlasında hassasiyet bu-

lunmalıdır (3). FM'nin prevalansı yüksek olmasına rağmen, epidemiyolojik yapısı hakkında çok az bilgi vardır (1). Toplumun %3-4'ünü etkiler, hastaların %80-90'ı kadındır ve sıklıkla 30-50 yaş arası görülür (4). FM'nin etiyopatogenezi halen bilinmemektedir, ancak fiziksel travma, cerrahi girişim, enfeksiyonlar, akut yada kronik emosyonel stres gibi faktörler tetikleyici rol oynayabilir (5).

FM'li hastalarda kronik ağrıya eşlik eden müsküler semptomlar, kognitif şikayetler, depresyon, uykusuzluk ve yorgunluk gibi değişik

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. Filiz Acar Sivas, Ceyhan Atif Kansı Cad. 47. Sok 3/10 Balgat, Ankara, Türkiye

Tel: +90 312 508 48 03 E-posta: filiz\_sivas@yahoo.com **Geliş Tarihi/Received:** Mart/March 2008 **Kabul Tarihi/Accepted:** Kasım/November 2008

© Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, published by Galenos Publishing. All rights reserved. / © Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, Galenos Yayıncılık tarafından basılmıştır. Her hakkı saklıdır.

bulgular tanımlanmıştır (6). Dinlendirmeyen uyku ya da yorgun uyanma FM hastalarının en sık şikayetidir (7). Uyku bozukluğu şikayeti FM'li hastalarda çok sıktır, bazı çalışmalarda %100'e yakın prevalans bildirilmiştir (8,9). Uyku bozukluğu gibi, depresyon da FM'deki yorgunluğu artırır (10). FM'de değişik psikopatolojik bozukluklar bildirilmiştir. Hastalarının 1/3'ünde minör depresyon ya da anksiyete görüldüğü tahmin edilmektedir. Bununla beraber FM'deki anksiyete ve depresyonun kronik ağrıya sebep olup olmadığı ya da semptomların şiddetine katkıda bulunup bulunmadığı bilinmemektedir (3).

Bu çalışmada, Türk toplumunda FM'li ev hanımlarında uyku bozukluğu ve depresyonun yaşam kalitesi ile ilişkisi araştırılarak hastalar sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubu ile karşılaştırıldı.

## Gereç ve Yöntem

Çalışmaya Eylül 2007-Mart 2008 tarihleri arasında Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine yaygın ağrı şikayeti ile başvuran, Amerikan Romatizma Birliği (2) kriterlerine göre FM tanısı alan 80 kadın hasta ve aynı yaş grubundan 46 sağlıklı kadın dahil edildi. İnflamatuvar ağrısı olanlar, diabetes mellitus, kollajen doku hastalıkları gibi sekonder fibromiyaljiye sebep olabilecek hastalıkları olanlar, nörolojik şikayetleri olanlar, daha önce depresyon tanısı ve buna yönelik ilaç tedavisi almış olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya alınan tüm hastalar ve sağlıklı kontroller çalışma hakkında bilgilendirilip, onayları alındı.

Tüm hastaların ve kontrol grubunun fizik muayeneleri yapıldıktan sonra hastaların tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı, rutin biyokimya ve tam idrar tetkiklerinden oluşan laboratuvar incelemeleri yapıldı. Tüm hastaların ve kontrol grubunun boy ve kiloları ölçüldü, vücut kitle indeksleri (VKİ)  $kg/m^2$  olarak hesaplandı, medeni durumları, çocuk sayısı, eğitim düzeyleri, alkol ve sigara alışkanlıkları sorgulandı. Sabah tutukluğunun süresi (dk) ve ağrılı eklem bölgeleri kaydedildi. Yine tüm hastalarda FM'ye eşlik eden diğer semptomların varlığı sorgulanarak kaydedildi.

Tüm hastalarda ve kontrol grubunda yaygın müskuloskeletal ağrının şiddetini değerlendirmek için 10 cm'lik görsel analog skala (GAS) kullanıldı. Hastaların genel durumu hasta ve doktor tarafından GAS kullanılarak değerlendirildi.

Tablo 1: Fibromiyalji hasta grubu ve kontrol grubunun demografik verileri.

	Fibromiyalji hasta grubu Ortalama±SS	Kontrol grubu Ortalama±SS	p
Yaş (yıl)	40,12±9,27	41,69±10,32	>0,05
Boy (cm)	158,71±5,88	159,89±5,57	>0,05
Kilo(kg)	69,66±12,19	69,60±15,45	>0,05
VKİ ( $kg/m^2$ )	27,41±4,22	27,40±6,46	>0,05
Çocuk sayısı	2,50±1,42	2,39±1,42	>0,05
Sabah tutukluğu (dk)	36,81±30,83	-	>0,05
Medeni durum-Evli	68 (%85)	43 (%93,5)	-
-Bekar	4 (%4)	1 (%2,2)	
-Dul	8 (%10)	2 (%4,3)	
Eğitim Düzeyi-ilkokul	24 (%30)	16 (%34,8)	
-Orta okul	44 (%55)	17 (%37)	
-Lise	10 (%12,5)	4 (%8,7)	
-Y. okul	2 (%2,5)	9 (%19,6)	
Sigara kullanma (%)	18 (%22,5)	4 (%8,7)	-
Alkol kullanma (%)	-	-	-

VKİ: Vücut kitle indeksi, Y. okul: Yüksek okul

Hastalardaki uyku memnuniyetsizliği için sabah dinlenmiş olarak uyanıp uyanmadıkları soruldu ve GAS üzerinde işaretleme yapmaları istenerek (10 çok iyi uyudum, 0 hiç iyi uyumadım) değerlendirildi. Hastalardaki hipersomnolansı değerlendirmek için ise İzci ve ark. (11) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan Epworth Uykululuk Skalası (EUS) kullanıldı. EUS hastalarda gündüz uyuklama halinin olup olmadığını değerlendirmek için kullanılan 8 bölümden oluşan bir sorgulama formudur. Toplam 0-24 arasında değişen puan elde edilir (8).

Yine tüm hastaların ve kontrol grubunun psikolojik durumlarını değerlendirmek için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanıldı (12). BDÖ skoru  $\geq 9$  depresyon kabul edildi.

Yaşam kalitesi, Burkhardt ve ark. tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiş olan Fibromiyalji Etki Sorgulama formu (FES) kullanılarak değerlendirildi (13-15). FES, FM'li hastalar için geliştirilmiş, fiziksel fonksiyonları, çalışma, depresyon, anksiyete, uyuma, ağrı, tutukluk, yorgunluk ve kendini iyi hissetme gibi durumların değerlendirildiği bir sorgulama formudur.

İstatistiksel analizde SPSS 13.0 programı kullanıldı. Hasta grubunda normal dağılım gösteren sayısal veriler student-t testi kullanılarak kontrol grubu ile karşılaştırıldı. Sayısal veriler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi kullanılarak değerlendirildi.  $p < 0,05$  değeri anlamlı kabul edildi.

## Bulgular

Çalışmaya yaşları 20-57 yıl arasında değişen ortalama  $40,12 \pm 9,27$  yıl olan 80 kadın hasta ile 18-58 yıl arasında değişen ortalama  $41,69 \pm 10,32$  yıl olan 46 sağlıklı kadın alındı. Her iki grubun yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı farka rastlanmadı ( $p > 0,05$ ). FM hasta grubunun ortalama hastalık süresi  $4,68 \pm 5,19$  yıl idi. Hasta ve kontrol grubunun eğitim düzeyleri, medeni durumları, çocuk sayıları benzerdi. Her iki gruptaki hastaların hiç biri alkol kullanmazken, FM hasta grubunda sigara içme oranı (%22,5), kontrol grubundan (%8,7) daha yüksekti. Hasta ve kontrol grubunun demografik verileri Tablo 1'de gösterilmiştir.

FM'li hastalar en sık boyun, omuz ve sırt ağrısından şikayetçi idiler (sırasıyla %92,5, %91,3, %85). Yine hastalarda %97,5 oranında yorgunluk, %77,5 oranında sabah sertliği, %71,3 oranında yorgun uyanma, %71,3 oranında baş ağrısı ve %71,3 oranında parestezi şikayetleri mevcuttu. FM'ye eşlik eden diğer semptomlar daha az oranlarda görülmekteydi. Sonuçlar Tablo 2'de özetlenmiştir.

FM hasta grubunda GAS ile değerlendirilen uyku bozukluğu değeri ortalama  $7,27 \pm 2,22$  iken, kontrol grubunda  $0,71 \pm 1,31$  idi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede iki grup arasında anlamlı fark tespit edildi ( $p < 0,001$ ). Hipersomnolansı değerlendirmek için kullanılan EUS hasta grubunda ortalama  $5,33 \pm 4,41$  iken kontrol grubunda ortalama  $2,52 \pm 2,52$  olarak tespit edildi. İstatistiksel değerlendirmede iki grup arasında anlamlı fark saptandı ( $p < 0,001$ ).

Psikolojik durumu değerlendirmek için kullanılan BDÖ, FM hasta grubunda ortalama  $21,77 \pm 11,9$  iken kontrol grubunda  $5,08 \pm 3,09$  olarak tespit edildi. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ( $p < 0,001$ ). FM hasta grubunda hastaların %88,75'inde BDÖ skoru  $\geq 9$  idi.

Tablo 2. Fibromiyaljili hastalar ve kontrol grubunda eşlik eden semptomların görülme oranı.

	Fibromiyalji Grubu	Kontrol Grubu
Yorgunluk	77 (%97,5)	18 (%39,1)
Sabah sertliği	62 (%77,5)	-
Uyku bozukluğu	57 (%71,3)	5 (%10,9)
Yorgun uyanma	68 (%85)	6 (%13)
Parestezi	57 (%71,3)	-
Baş ağrısı	57 (%71,3)	1 (%2,2)
Dismenore	31 (%38,8)	1 (%2,2)
Reyno sendromu	23 (%28,8)	-
İrritabl barsak sendromu	35 (%43,8)	1 (%2,2)
Sicca sendromu	37 (%46,3)	-
Üretral sendrom	33 (%41,3)	-
Şişlik hissi	46 (%57,5)	2 (%4,3)
Nefes darlığı	30 (%37,5)	1 (%2,2)
TME disfonksiyonu	10 (%12,5)	-
Çarpıntı	46 (% 57,5)	1 (%2,2)
TME disfonksiyonu: Temporomandibuler eklem disfonksiyonu		

Tablo 4. Yaygın ağrı, uyku bozukluğu, depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki korelasyon.

Pearson (r)	GAS-ağrı	GAS-HGD	GAS-DGD	GAS-Uyku	FES	BDÖ	EUS
GAS-ağrı		0,638*	0,494*	0,159	0,533*	0,333*	0,127
GAS-HGD	0,638*		0,728*	0,303*	0,608*	0,497*	0,098
GAS-DGD	0,494*	0,728*		0,211	0,592*	0,501*	0,278*
GAS-Uyku	0,159	0,303*	0,211		0,584*	0,415*	0,029
FES	0,533*	0,608*	0,592*	0,584*		0,617*	0,149
BDÖ	0,333*	0,497*	0,501*	0,415*	0,617*		0,106
EUS	0,127	0,098	0,278*	0,029	0,149	0,106	

GAS: Görsel ağrı skalası, HGD: Hastanın genel değerlendirilmesi, DGD: Doktorun genel değerlendirilmesi, FES: Fibromiyalji etki sorgulaması, BDÖ: Beck depresyon ölçeği, EUS: Epworth uykuölçümü skalası  
\*\* $p < 0,01$ , \* $p < 0,05$

Yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılan FES skoru FM hasta grubunda ortalama  $57,45 \pm 15,23$ , kontrol grubunda ise  $15,77 \pm 11,40$  idi. Yapılan istatistiksel karşılaştırmada her iki grup arasındaki fark anlamlı idi ( $p < 0,001$ ). Sonuçlar Tablo 3'te gösterilmiştir.

FM hasta grubunda yaygın ağrı, hastanın ve doktorun global değerlendirmesi, uyku bozukluğu (GAS), FES, BDÖ ve EUS'nin birbirleriyle ilişkisi değerlendirildi. Yaygın ağrı ile FES ve BDÖ arasında anlamlı korelasyon (sırasıyla;  $r: 0,553$ ,  $p < 0,001$ ;  $r: 0,333$ ,  $p < 0,01$ ) saptandı. GAS ile değerlendirilen uyku bozukluğu ile FES ve BDÖ arasında anlamlı korelasyon saptanırken (sırasıyla:  $r: 0,584$ ,  $p < 0,001$ ;  $r: 0,415$ ,  $p < 0,001$ ), EUS ile arasında korelasyon tespit edilmedi ( $p > 0,05$ ). Yine FES ile BDÖ arasında anlamlı korelasyon saptanırken ( $r: 0,617$ ,  $p < 0,001$ ), EUS ile FES ve BDÖ arasında korelasyon tespit edilmedi ( $p > 0,05$ ,  $p > 0,05$ ). Sonuçlar Tablo 4'te özetlenmiştir.

## Tartışma

Romatizmal hastalıklar kronik progresyon ve disabiliteye yol açmaları ile karakterizedir. Bu özellikleri ile hastaların fiziksel ve emosyonel durumlarını etkileyerek, yaşam kalitesinde farklı seviyelerde değişikliklere neden olurlar (16). Kronik bir romatizmal hastalık olan FM, eklemlerde yaranlamaya ya da deformasyonlara sebep olmaz, ancak hastanın fonksiyonel kapasitesinde ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede önemli zorluklara yol açarak, aile ilişkilerini ve sosyal performanslarını negatif yönde etkiler (1,16).

FM'de ana semptom yaygın ve kronik ağrıdır (17). Ağrı bazen o kadar şiddetlidir ki kişinin işini, günlük aktivitelerini ve yaşam kalitesini etkiler (18). FES, FM hastalarında yaşam kalitesini de-

Tablo 3. Fibromiyalji hasta grubu ve kontrol grubunun karşılaştırmalı sonuçları.

	Fibromiyalji grubu (n:80)	Kontrol grubu (n:46)	p
Yaygın ağrı (GAS cm)	$7,21 \pm 1,76$	$2,43 \pm 1,22$	$< 0,05$
HGD (GAS cm)	$6,43 \pm 1,49$	$1,58 \pm 1,00$	$< 0,01$
DGD (GAS cm)	$5,90 \pm 1,46$	$0,95 \pm 0,78$	$< 0,001$
Uyku boz. (GAS cm)	$7,27 \pm 2,22$	$0,71 \pm 1,31$	$< 0,01$
FES	$57,45 \pm 15,23$	$15,77 \pm 11,40$	$< 0,05$
BDÖ	$21,77 \pm 11,98$	$2,80 \pm 3,09$	$< 0,001$
EUS	$5,33 \pm 4,19$	$2,52 \pm 2,52$	$< 0,01$

GAS: Görsel ağrı skalası, HGD: Hastanın genel değerlendirilmesi, DGD: Doktorun genel değerlendirilmesi, FES: Fibromiyalji etki sorgulaması, BDÖ: Beck depresyon ölçeği, EUS: Epworth uykuölçümü skalası

ğerlendirmek için geliştirilmiş ve fonksiyonel kapasite, çalışma, psikolojik bozukluk ve fiziksel semptomları değerlendirmek için kullanılan bir sorgulama formudur (18). Daha önce yapılan çalışmalarda FM'li hastalarda FES skorunun kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek bulunduğu bildirilmiştir (1,17,18). Türk toplumunda yaptığımız bu çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Ayrıca yaygın ağrıyla değerlendirmek için kullandığımız VAS ile FES skoru arasında anlamlı korelasyon vardı. Düşük sosyoekonomik düzey ve sosyal destek, ileri yaş, eşlik eden semptomların fazlalığı, fiziksel efor gerektiren iş, aile öyküsünde kronik ağrı olması gibi faktörlerin lokalize ya da yaygın kronik ağrıyla başladığı ileri sürülmüştür (3). Değişik çalışmalarda FM hastalarında yaşam kalitesinin, romatoid artrit, osteoartrit, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, insüline bağımlı diyabet gibi hastalıklarla ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında oldukça düşük olduğu görülmüştür (16). Görünürde organik bir rahatsızlık olmasa da FM hastalarında görülen semptomların fazlalığı ve şiddeti hastalarda ve yakın çevresinde sürekli bir memnuniyetsizlik haline sebep olmakta ve hastaları sürekli tedavi arayışına yönlendirmektedir. Hastalığın teşhis ve takibinde spesifik laboratuvar bulgularının olmaması bu hastaların takibinde yaşam kalitesi sorgulama formlarının önemini öne çıkarmaktadır.

Değişik psikopatolojik bozuklukların bildirildiği FM'li hastalarda yaşam boyu psikiyatrik hastalıkların yüksek oranda bulunduğu, FM hastalığının başlamasından önce de psikiyatrik hastalığın var olduğu gösterilmiş ve FM'nin duygudurum bozuklukları grubunun bir parçası olduğu ileri sürülmüştür (3,19,20). Sağlıklı kontroller ile yapılan karşılaştırmada FM hastalarında depresyonun ağrının başlangıcından önce bile var olduğu ve hastalarda nispi olarak daha sık görüldüğü bildirilmiştir (3). Çeşitli çalışmalarda FM'de, depresif bozukluk görülme sıklığı %28,6 ile %70 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir (21). Offenbauer ve ark. (14), FM'li hastaların %27'sinde BDÖ skorunu 21'in üzerinde tespit etmişlerdir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise; Güven ve ark. (3) FM hastalarını BDÖ ile değerlendirmişler ve %50'sinde hafif, %38'inde orta ve %2'sinde ağır depresyon tespit etmişlerdir. Çeliker ve ark. (22) ise çalışmalarında yine BDÖ'yü kullanarak FM'li hastaların %30,8'inde orta, %5,1'inde ise ağır depresyon olduğunu bildirmişlerdir. Bir başka çalışmada ise FM'li hastalarda depresyon oranı % 32 olarak saptanmıştır (23). Çalışmamızda FM'li hastalarımızın %38,75'inde hafif, %25'inde orta ve %25'inde ise ağır depresyon tespit ettik. Her iki çalışmada elde edilen ortalama BDÖ skorları bizim sonucumuzdan daha düşüktü. Çalışmamızda BDÖ skorlarımızın diğer çalışmalardan daha yüksek olması aynı toplumda ve aynı kültürel yapıya sahip olmalarına rağmen, bizim hasta grubumuzun sosyoekonomik yapısının daha düşük olması ile açıklanabilir. Daha düşük eğitim seviyesi, gelir düzeyi ve gelecek kaygısı bireylerin yaşam kalitesi ve psikolojik durumları üzerinde olumsuz etkilere neden olmuştur.

Yine daha önce yapılan bazı çalışmalarda depresyon ile FM'deki kronik ağrı arasında ilişki olmadığı bildirilmiş ve ağrı yorgunluğunun depresyonun nedenini açıklayamayacağı ileri sürülmüştür (21,22). Bunun yanında bazı çalışmalarda ise ağrı ile depresyon arasında önemli ilişki olduğu, FM'deki kronik ağrının direkt olarak depresyona yol açabileceği ya da hissedilen çaresizliğe ağrının aracılık edebileceği bildirilmiştir (10). Bizim çalışmamızda depresyon ile yaşam kalitesi ve kronik ağrı arasında anlamlı ilişki vardı.

FM hastalarının en çok şikayet ettiği semptomlardan biri de uyku bozukluğudur. Kötü uyuma, dinlendirmeyen uyku, yorgunluk ve sabah sertliği gibi semptomlar birçok çalışmada %70'ten daha yüksek oranlarda bildirilmiştir (7,24). FM'li hastalarda uyku laboratuvarlarında polisomnografik analiz yapılarak uyku bozukluğunun nedenlerini araştıran birçok çalışma yapılmıştır (8,24,25). FM hastalarında yavaş dalga uykusu, REM uykusu ve total uyku zamanı daha azdır. Ancak bütün bu uyku bozuklukları nonspesifiktir (8). Uykunun 4. evresinde anormallik olduğu bildirilmiş, daha sonra yapılan alfa-delta uyku çalışmaları bu sonucu desteklememiştir (26). FM hastalarında yine bir uyku bozukluğu olan hipersomnolans değerlendirilen çalışma sayısı kısıtlıdır. Sarzi-Puttini ve ark. (4), çalışmalarında FM hastalarında gündüz görülen hipersomnolansın FM'nin şiddeti ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. EUS gündüz uyuklama düzeyini ölçmek için geliştirilmiş basit bir sorgulama formudur (11). Çalışmamızda FM hastalarında sık görülen uyku bozukluğu ve hipersomnolans değerlendirilmek için EUS formu ve GAS kullandık. FM hasta grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek oranda EUS skoru ve uyku bozukluğu (GAS) tespit ettik. Ancak GAS kullanarak değerlendirdiğimiz uyku bozukluğu ile EUS ve yaygın ağrı arasında ilişki tespit etmedik. FM'de subjektif uyku şikayetlerinin objektif bulgularla örtüşmeyebileceği bildirilmiştir (10). FM hastalarında çok geniş spektrumda uyku bozukluklarından bahsedilmektedir. Sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında daha fazla uyku bozukluğu görüldüğü aşikardır. Hastalarda uyku bozukluğu değerlendirilirken, polisomnografi gibi ileri tetkik yapılmadan ve medikal tedavi planlanmadan önce uyku alışkanlığı göz önünde bulundurulmalı ve basit sorgulama formları kullanılmalıdır.

FM eklemlerde şekil bozukluğuna sebep olmayan, yaygın ağrının yanında, yorgunluk, uyku bozukluğu, sabah tutukluğu gibi semptomların yüksek oranlarda görüldüğü bir romatizmal hastalıktır. Anksiyete, depresyon gibi değişik psikopatolojik bozuklukların sıkça görüldüğü FM'nin bir duygudurum bozukluğu olduğu ileri sürülmektedir. Semptomların çeşitliliği nedeniyle sürekli tedavi arayışı hastaları ve yakın çevresini rahatsız edip sosyal uyumlarını bozmaktadır. Daha çok ağır polikliniklerinde değerlendirilen FM hastalarının gereğinde profesyonel psikiyatrik destek almalarının faydalı olacağı kanaatindeyiz.

## Kaynaklar

1. Linares MCU, Perez IR, Perez MJB, Lima AOL, Torres EH, Castano JP. Analyses of the impact of fibromyalgia on quality of life: associated factors. Clin Rheumatol 2007 Epub (URL:<http://www.springerlink.com/content/d42x385k34218611/>)
2. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Arthritis and Rheum 1990;33:160-71.
3. Güven AZ, Kul Panza E, Gündüz OH. Depression and psychosocial factors in Turkish women with fibromyalgia syndrome. Eur Med Phys 2005;41:309-13.
4. Sarzi-Puttini P, Rizzi M, Andreoli A, Panni B, Pecis M, Colombo S, et al. Hypersomnolence in fibromyalgia syndrome. Clin Exp Rheumatol 2002;20:69-72.
5. Fietta P, Fietta P, Manganelli P. Fibromyalgia and psychiatric disorders. Acta Biomed 2007;78:88-95.
6. Jennum P, Drewes AM, Andreasen A, Nielsen KD. Sleep and other symptoms in primary fibromyalgia and in healthy controls. J Rheumatol 1993;20:1756-9.
7. Harding SM. Sleep in fibromyalgia patients: subjective and objective findings. Am J Med Sci 1998;315:367-76.

8. Rizzi M, Sarzi-Puttini P, Atzeni F, Capsoni F, Andreoli A, Pecis M, et al. Cyclic Alternating Pattern: A new marker of sleep alteration in patients with fibromyalgia? *J Rheumatol* 2004;31:1193-9.
9. Karakuş İ, Topaloğlu D, Günaydın R, Gürkan A, Memiş A, Özer B. Fibromiyalji Sendromlu Hastalarımızdaki Semptomların Dağılımı ve Uyku EEG'si Bulguları. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 1998;44(4) (URL:<http://www.fttrdergisi.com/yazilar.asp?yaziid=367&sayiid=>)
10. Nicassio PM, Moxham EG, Schuman CE, Gevirtz RN. The contribution of pain, reported sleep quality, and depressive symptoms to fatigue in fibromyalgia. *Pain* 2002;100:271-9.
11. İzci B, Ardiç S, Fırat H, Şahin A, Altınörs M, Karacan İ. Reliability and validity studies of the Turkish version of the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep Breath* 2007 Epub. (URL:<http://www.springerlink.com/content/yk671mm7u0j5p138/>)
12. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. Beck Depression Inventory. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
13. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J Rheumatol* 1991;18:728-33.
14. Offenbaecher M, Waltz M, Schoeps P. Validation of a German version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ-G). *J Rheumatol*. 2000;27:1984-8.
15. Sarmer S, Ergin S, Yavuzer G. The validity and reliability of the Turkish version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rheumatol Int* 2000;20:9-12.
16. Tüzün EH, Albayrak G, Eker L, Sözüy S, Daşkapan A. A comparison study of quality of life in women with fibromyalgia and myofascial pain syndrome. *Disabil Rehabil* 2004;26:198-202.
17. Marques AP, Ferreira EA, Matsutani LA, Pereira CA, Assumpção A. Quantifying pain threshold and quality of life of fibromyalgia patients. *Clin Rheumatol* 2005;24:266-71.
18. Pagano T, Matsutani LA, Ferreira EA, Marques AP, Pereira CA. Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *Sao Paulo Med J* 2004;122:252-8.
19. Güleç H, Sayar K, Güleç MY. Fibromiyaljiye tedavi arayışının psikolojik etkenlerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18:22-30.
20. Hudson JI, Goldenberg DL, Pope HG, Keck PE, Schlesinger L. Comorbidity of fibromyalgia with medical and psychiatric disorders. *Am J Med* 1992;92:363-7.
21. Thieme K, Turk DC, Flor H. Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosom Med* 2004;66:837-44.
22. Çeliker R, Borman P, Öktem F, Gökçe-Kutsal Y, Başgöze O. Psychological disturbance in fibromyalgia: relation to pain severity. *Clin Rheumatol* 1997;16:179-84.
23. Bilgici A, Akdeniz O, Güz H, Ulusoy H. Fibromiyalji Sendromunda Depresyon ve Sosyal Uyumun Rolü. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2005;51:98-102.
24. Alvarez Lario B, Alonso Valdivielso JL, Alegre Lopez J, Martel Soteres C, Viejo Banuelos JL, Maranon Cabello A. Fibromyalgia syndrome: overnight falls in arterial oxygen saturation. *Am J Med* 1196;101:54-60.
25. Landis CA, Frey CA, Lentz MJ, Rothermel J, Buchwald D, Shaver JL. Self-reported sleep quality and fatigue correlates with actigraphy in midlife women with fibromyalgia. *Nurs Res* 2003;52:140-7.
26. Leavitt F, Katz RS, Golden HE, Glickman PB, Layfer LF. Comparison of pain properties in fibromyalgia patients and rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Rheum* 1986;29:775-81.