T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURAN 18 YAŞ VE ÜZERİNDEKİ HASTALARIN, FİBROMİYALJİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE BAĞLILIĞININ İNCELENMESİ

Dr. Erdoğan Utku ÖZKAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2025

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURAN 18 YAŞ VE ÜZERİNDEKİ HASTALARIN, FİBROMİYALJİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE BAĞLILIĞININ İNCELENMESİ

Dr. Erdoğan Utku ÖZKAN

Danışman: Prof. Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca akademik bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren,sadece bilgi ve birikimi ile değil aynı zamanda çalışma azmi ve disipliniyle örnek aldığım tez danışmanım Sayın Prof.Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK'e,liseden beri yol arkadaşlığı yaptığımız,uzmanlık eğitiminde de beraber olduğumuz kıymetli dostum Dr.Melih KILIÇGEDİK'e,her zaman desteklerini ve güvenlerini hissettiğim değerli eşim Melek ÇERÇİ ÖZKAN ve kıymetli ailem başta olmak üzere;değerli jurimiz ve üstümüzde emekleri olan rotasyonlarda tanışma fırsatı bulduğumuz tüm hoca ve asistan arkadaşlarımıza,saymakla bitiremeyeceğim tüm hastane personeline sevgi ve saygılarımı iletir teşekkür ederim.

KISALTMALAR

ACR : Amerikan Romatoloji Derneği
BDT : Bilişsel Davranışçı Terapi
CK : Kreatin Kinaz
CRP : C-Reaktif Protein
EMG : Elektromiyografi
ESH : Eritrosit Sedimentasyon Hızı
EULAR : Avrupa Romatoloji Cemiyeti
FM : Fibromiyalji
FMS : Fibromiyalji Sendromu
GABA : Gama-Aminobütirik Asit
İBS : İrritabl Bağırsak Sendromu
MAOI : Monoaminoksidaz İnhibitörleri
NSAID : Non-steroid Antienflamatuvar İlaçlar
SNRI : Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri
SSRI : Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TCA : Trisiklik Antidepresanlar
TSH : Tiroid Uyarıcı Hormon
YAİ : Yaygın Ağrı İndeksi

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **i**

KISALTMALAR ..... **ii**

İÇİNDEKİLER ..... **iii**

TABLO LİSTESİ ..... **v**

ŞEKİL LİSTESİ ..... **vi**

ÖZET ..... **viii**

ABSTRACT ..... **ix**

1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**

2. GENEL BİLGİLER **2**

2.1. Fibromiyalji Sendromu (FMS) 2

2.1.1. Tanım ve epidemiyoloji 2

2.1.2. Etiyoloji ve patogenez 2

2.1.3. Klinik bulgular 3

2.1.4. Fizik muayene ve laboratuvar bulguları 4

2.1.5. Tanı 5

2.1.6. Farmakolojik ve non-farmakolojik tedavi yöntemleri 8

2.1.6.1. Non-farmakolojik tedaviler 8

2.1.6.2. Farmakolojik Tedaviler 10

3. GEREÇ VE YÖNTEM **13**

3.1. ARAŞTIRMANIN GENEL ÖZELLİKLERİ 13
3.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ 13
3.3. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ 13
3.4. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI 13
3.5. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ 14
3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ 14
4. BULGULAR 15
5. TARTIŞMA 37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 43
KAYNAKLAR 45
EKLER 49
Ek 1. Anket Formu 49

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Fibromiyalji tanı kriterleri (ACR-1990) 6

Tablo 2. Fibromiyalji tanı kriterleri (ACR-2010) 7

Tablo 3. Fibromiyalji tanı kriterleri (ACR-2016) 8

Tablo 4. Cinsiyete göre fibromiyalji bilgisinin ve temel bilgi kaynaklarının karşılaştırılması 19

Tablo 5. Medeni duruma göre fibromiyalji bilgisinin ve temel bilgi kaynaklarının karşılaştırılması 19

Tablo 6. Eğitim durumuna göre fibromiyalji bilgisinin ve temel bilgi kaynaklarının karşılaştırılması 20

Tablo 7. Çalışma durumuna göre fibromiyalji bilgisinin ve temel bilgi kaynaklarının karşılaştırılması 20

Tablo 8. Çalışma tipine göre fibromiyalji bilgisinin ve temel bilgi kaynaklarının karşılaştırılması 21

Tablo 9. Fibromiyalji Genel Bilgi Düzeyi'nde yer alan ifadeler 21

Tablo 10. Fibromiyalji genel bilgi düzeyinin sosyodemografik değişkenlere göre incelenmesi 34

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Cinsiyet dağılımı 15

Şekil 2. Medeni durum dağılımı 15

Şekil 3. Eğitim durumu dağılımı 16

Şekil 4. Çalışma durumu dağılımı 16

Şekil 5. Çalışma tipi dağılımı 17

Şekil 6. Çalışmayanların dağılımı 17

Şekil 7. Fibromiyalji bilgisinin dağılımı 18

Şekil 8. Fibromiyalji temel bilgi kaynaklarının dağılımı 18

Şekil 9. "Fibromiyalji hem kadınları hem de erkekleri aynı oranda etkiler" ifadesine verilen yanıtların dağılımları 22

Şekil 10. "Fibromiyalji daha çok yaşlılarda (65+) görülür" ifadesine verilen yanıtların dağılımları 23

Şekil 11. "Bardak çektirmek fibromiyalji hastalarına yardımcı olabilir" ifadesine verilen yanıtların dağılımları 23

Şekil 12. "Fibromiyalji, vücutta yaygın kas ve eklem ağrısına neden olur" ifadesine verilen yanıtların dağılımları 24

Şekil 13. "Fibromiyalji hastaları yüzmekten kaçınmalıdır" ifadesine verilen yanıtların dağılımları 24

Şekil 14. "Çocukluk çağı aşıları fibromiyalji riskini artırmaktadır" ifadesine verilen yanıtların dağılımları 25

Şekil 15. “Fibromiyalji tanısı için özel bir kan testi bulunmaktadır” ifadesine verilen yanıtların dağılımları 25

Şekil 16. “Fibromiyalji şikayetleri sıcak havalarda şiddetlenir” ifadesine verilen yanıtların dağılımları 26

Şekil 17. “Fibromiyalji kronik bir hastalıktır” ifadesine verilen yanıtların dağılımları 26

Şekil 18. “Egzersiz, fibromiyalji semptomlarını hafifletmeye yardımcı olabilir” ifadesine verilen yanıtların dağılımları 27

Şekil 19. “Fibromiyalji teşhisi için göğüs hastalıkları uzmanına başvurmak gerekir” ifadesine verilen yanıtların dağılımları 27

Şekil 20. “Fibromiyalji, diğer otoimmün hastalıklarla sıkça ilişkilendirilir” ifadesine verilen yanıtların dağılımları 28

Şekil 21. “Fibromiyalji tedavisinde sadece ilaç tedavisi yeterlidir” ifadesine verilen yanıtların dağılımları 28

Şekil 22. “Uyku bozuklukları, fibromiyalji hastalarında yaygın olarak görülür” ifadesine verilen yanıtların dağılımları 29

Şekil 23. “Fibromiyalji hastalığı bulaşıcı bir hastalıktır” ifadesine verilen yanıtların dağılımları 29

Şekil 24. “Stres ve travma, fibromiyalji semptomlarını tetikleyebilir” ifadesine verilen yanıtların dağılımları 30

Şekil 25. “Fibromiyalji hastaları devlet hastanelerinden engelli raporu alabilir” ifadesine verilen yanıtların dağılımları 30

Şekil 26. “Fibromiyalji tedavisinde psikoterapiye başvurulabilir” ifadesine verilen yanıtların dağılımları 31

Şekil 27. “Antibiyotikler hastalığı geçici olarak iyileştirebilir” ifadesine verilen yanıtların dağılımları 31

Şekil 28. “Fibromiyaljinin nedenleri kesin olarak bilinmemektedir” ifadesine verilen yanıtların dağılımları 32

Şekil 29. “Fibromiyalji gelişiminde genetik faktörler önemlidir” ifadesine verilen yanıtların dağılımları 32
Şekil 30. “Fibromiyalji tanısı alan bir bireyin sağlıklı bir birey gibi hayat geçirebilmesi mümkündür” ifadesine verilen yanıtların dağılımları 33
Şekil 31. “Alkol tüketimi hastalarda geçici bir iyileşmeye katkı sağlar” ifadesine verilen yanıtların dağılımları 33

ÖZET

Amaç: Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran 18 yaş ve üzerindeki hastaların, fibromiyalji hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve sosyodemografik değişkenlere bağlılığının incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışma tek merkezli, kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte bir anket çalışmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, İstanbul ili Üsküdar ilçesinde bulunan Ferah Aile Sağlığı Merkezi’nde,1 Şubat 2025 – 1 Haziran 2025 tarihleri arasında yürütülmüştür. Örneklem büyüklüğü 199 olarak hesaplanmış ve çalışma 199 katılımcı ile tamamlanmıştır. Katılımcılarla yüz yüze görüşme yöntemiyle anket uygulanmıştır. Anket formu, sosyodemografik özellikler ve fibromiyaljiye ilişkin bilgi düzeyini ölçen maddeleri içermiştir. Veriler SPSS 26.0 programı ile analiz edilmiş; normal dağılım Kolmogorov-Smirnov testi ve çarpıklık/basıklık katsayılarıyla değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların genel fibromiyalji bilgi düzeyi %33,3 olarak saptanmıştır. Kadınların bilgi düzeyi, erkeklere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Yaş ile bilgi düzeyi arasında zayıf negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Eğitim düzeyi arttıkça bilgi düzeyi anlamlı biçimde artış göstermiştir. Çalışan bireylerin bilgi düzeyi, çalışmayanlara göre; beyaz yakalıların bilgi düzeyi ise mavi yakalılara göre anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. İki asgari ücret ve üzeri gelire sahip bireylerin bilgi düzeyi, daha düşük gelir gruplarına kıyasla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Katılımcıların öznel bilgi düzeyi algısı, objektif bilgi düzeyleri ile anlamlı uyum göstermiştir. Sağlık personelinden veya yazılı/görsel medyadan bilgi edinenlerin düzeyi, aile veya arkadaş çevresinden bilgi edinenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışmada, birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran bireylerde fibromiyaljiye ilişkin bilgi düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir. Bulgular, topluma yönelik sağlık eğitimiyle farkındalığın artırılması gerektiğini ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: Bilgi düzeyi, Birinci basamak, Fibromiyalji, Sosyodemografik özellikler

ABSTRACT

Aim: This study is a single-center, cross-sectional, and descriptive survey conducted to evaluate the level of knowledge about fibromyalgia among patients aged 18 and over who applied to a primary healthcare institution, and to examine its association with sociodemographic variables.

Materials and Methods: The study was conducted at Ferah Family Health Center located in the Üsküdar district of Istanbul between february 1, 2025, and June 1, 2025. The sample size was calculated as 199, and the study was completed with 199 participants. The questionnaire was administered to participants through face-to-face interviews. The questionnaire included items assessing sociodemographic characteristics and knowledge level regarding fibromyalgia. Data were analyzed using SPSS 26.0 software; normal distribution was assessed with the Kolmogorov-Smirnov test and skewness/kurtosis coefficients. A significance level of $p<0.05$ was accepted.

Results: Participants' overall knowledge level about fibromyalgia was found to be 33.3%. Women had significantly higher knowledge levels compared to men. There was a weak but meaningful negative relationship between age and knowledge level, meaning that knowledge decreased as age increased. Knowledge increased with higher education levels. People who were employed had more knowledge than those who were not, and white-collar workers knew more than blue-collar workers. Participants with a household income of at least twice the minimum wage had higher knowledge than those with lower income. People who thought they were knowledgeable about fibromyalgia actually had higher knowledge levels. Also, those

who got their information from healthcare professionals or media had more knowledge than those who learned from family or friends.

Conclusion: This study revealed that the level of knowledge regarding fibromyalgia among individuals applying to a primary healthcare institution was low. The findings indicate the need for community-based health education programs to increase awareness.

Keywords: Knowledge level, Primary healthcare, Fibromyalgia, Sociodemographic characteristics

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Fibromiyalji (FM), kas-iskelet sistemi ağrısı, yorgunluk ve uyku bozuklukları ile karakterize, bilişsel ve psikolojik semptomların da eşlik ettiği kronik bir sendromdur (1). Etiyopatogenezi tam olarak açıklanamamış olsa da santral sinir sistemindeki nöronal sinyal artışına bağlı gelişen "santral sensitizasyon" mekanizmasının etkili olduğu düşünülmektedir (2).

FM gelişimi, biyolojik, psikolojik ve bağlamsal faktörlerin karmaşık etkileşimiyle ilişkilidir. Bu faktörler, hastalığın başlangıcı, sürdürülmesi, semptomların şiddetlenmesi ve bireysel tedavi yanıtında farklı derecelerde katkıda bulunmaktadır (3,4).

Son yıllarda hastalık nedenlerinin anlaşılmasına yönelik yaklaşımlar genişlemiş ve bağlamsal faktörler arasında sosyodemografik durum da değerlendirmeye alınmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda, düşük eğitim düzeyi ve düşük sosyoekonomik statü, yaygın kronik ağrı başlangıcı, ağrının daha sık görülmesi ve ağrıya bağlı yeti yitimine ilişkin algının artışı ile ilişkilendirilmiştir (5,6). Bu ilişkiyi açıklamaya yönelik çeşitli mekanizmalar önerilmiş olup, bunlar arasında işe aşırı bağlılık ve fiziksel zorluk (7), yüksek iş stresi (yüksek talep/düşük kontrol) ile ödül-dengesi bozukluğu (8) ve psiko-sosyal faktörler ile zayıf mental sağlık durumu ön plana çıkmaktadır (6,9).

Sosyodemografik faktörler ayrıca ağrı sendromlarının tedavi etkinliği üzerinde de etkili olabilmektedir. De Rooij tarafından yapılan çalışmada, erkek cinsiyet ve yüksek eğitim düzeyinin, yaygın kronik ağrı hastalarında multidisipliner tedavilerin başarısıyla ilişkili olduğu; bu etkiye daha az anksiyete, ağrı ve yorgunluk düzeyleri ile yüksek kişisel kontrol inancı gibi faktörlerin eşlik ettiği bildirilmiştir (10). FM hastalarında ise, yüksek eğitim düzeyi, tedavi programı sonrası çeşitli ölçütlerdeki iyileşmeyi öngören bağımsız değişkenlerden biri olarak tanımlanmıştır (11).

Toplumdaki FM bilgi düzeyi, yalnızca hasta bireylerin değil, toplumun tüm kesimlerinin tutumlarını, destek mekanizmalarını ve yönlendirmeleri doğrudan etkiler. Bu çalışmanın amacı da birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran 18 yaş ve üzerindeki hastaların, fibromiyalji hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve sosyodemografik değişkenlere bağlılığının incelenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Fibromiyalji Sendromu (FMS)

2.1.1. Tanım ve epidemiyoloji

Fibromiyalji sendromu (FMS), etiyolojisi tam olarak açıklanamamış; yaygın kas-iskelet sistemi ağrıları, belirli anatomik bölgelerde hassasiyet, uyku bozuklukları, gastrointestinal şikâyetler, sürekli yorgunluk, sabah tutukluğu ve çeşitli somatik-bilişsel semptomlarla seyreden kronik bir hastalıktır (12). Toplum genelinde erişkin bireylerde görülme sıklığı %2,1-5,7 arasında değişmekte olup, romatoloji polikliniklerinde bu oran %10–20'ye kadar çıkabilmektedir (13). FM özellikle 40–50 yaş aralığındaki kadınlarda daha yaygındır (14).

Hastalığın ilk tanımlaması 1904 yılında William Gowers tarafından yapılmış ve "fibrozit" terimi kullanılmıştır. Ardından patolog Stockman, fibröz dokularda ödem benzeri değişiklikler gözlemlediğini belirtmiş ve bu doğrultuda "fibrozit" kavramı literatürde yaygınlık kazanmıştır (15). Günümüzde kullanılan "fibromiyalji" terimi ise 1976'da Hench tarafından önerilmiş; 1990 yılında Amerikan Romatoloji Derneği'nin yayımladığı sınıflandırma kriterleriyle sendromun tanımı daha resmi bir nitelik kazanmıştır. Ancak semptomların öznel niteliği, tanının büyük oranda hastanın beyanına dayanması ve objektif biyobelirteçlerin eksikliği gibi nedenlerle zaman içinde tanı kriterleri çeşitli güncellemelerle yeniden düzenlenmiştir (16).

Güncel veriler, FM'nin erişkin nüfusun yaklaşık %2'sini etkilediğini göstermekte; kadın bireylerde erkeklere kıyasla daha yüksek oranda görülmektedir. Prevalans yaşla birlikte artmakta; özellikle 60 yaş üzerindeki kadınlarda, doğurganlık çağında olanlarda ve aktif iş yaşamındaki kadınlarda daha sık saptanmaktadır (17).

2.1.2. Etiyoloji ve patogenez

FM sendromunun etiyopatogenezi henüz tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte, hastalığın ortaya çıkışında çok sayıda biyokimyasal, nörohormonal, immünolojik, psikolojik ve çevresel faktörün bir arada rol oynadığı düşünülmektedir. Özellikle genetik yatkınlık ile periferal ve santral ağrı mekanizmalarını etkileyen fizyolojik ve psikolojik stres etmenlerinin etkileşimi, FM'de kronik ağrı gelişimini kolaylaştırmaktadır. Bu nedenle, sendromun multifaktöriyel bir yapıya sahip olduğu;

nöroendokrin disfonksiyonlar ve merkezi sinir sistemine ait duyarlılık mekanizmalarının belirleyici olduğu genel kabul görmektedir (18).

FM'nin merkezi duyarlılık sendromlarının diğer alt tipleriyle sık birlikteliği, santral sinir sistemi düzeyindeki aşırı duyarlılığın patogenezdeki önemini desteklemektedir. Yaygın ağrı ve artmış uyaran duyarlılığı gibi ortak özellikler, bu sendromlarla örtüşmektedir. Ayrıca bazı FM olgularında saptanan küçük lif polinöropatisi, hastalığın sadece merkezi değil, aynı zamanda periferal sinir sistemi ile de ilişkili olabileceğini göstermektedir (19).

FM, açıklanamayan fiziksel semptomlarla seyretmesi nedeniyle fonksiyonel somatik sendromlar grubunda değerlendirilmektedir (20). Yapılan biyokimyasal analizlerde hastalarda düşük serotonin düzeyleri bildirilmiş; bu düşüklüğün depresyon, anksiyete, uyku sorunları ve kas fonksiyon bozukluklarıyla ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (21).

Endokrin sistemle ilgili çalışmalarda, FM hastalarında büyüme hormonu (GH) ve insülin benzeri büyüme faktörü-1 (IGF-1) düzeylerinin genellikle düşük olduğu, bunun da kas ağrısı ve yorgunluk semptomlarıyla ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Ayrıca düşük androjen düzeylerinin de FM semptomlarıyla bağlantılı olabileceği gösterilmiştir (22). Nöropeptid Y düzeylerinin yüksekliği ile semptom şiddeti arasındaki ilişki ise nörotransmitter düzeylerindeki dengesizliklerin klinik tabloya katkısını ortaya koymaktadır (23).

Ağrı eşiği üzerine yapılan araştırmalar, FM hastalarında stresle ilişkili olarak ağrı eşiğinin anlamlı biçimde düştüğünü göstermektedir (24). Bu da stres yanıtı ile ağrı algısı arasındaki dengenin bozulduğunu düşündürmektedir. Ayrıca psikolojik etmenlerin FM semptomları üzerindeki etkisi belirgindir. Depresyon ve anksiyete bozuklukları FM tanısı alan bireylerde sık görülmekte; irritabl bağırsak sendromu (İBS), panik bozukluk ve majör depresyon gibi durumlarla ortak patofizyolojik mekanizmalar paylaşılmaktadır (25).

2.1.3. Klinik bulgular

Fibromiyalji sendromu, kas-iskelet sistemini etkileyen ve kronik yaygın ağrı ile karakterize edilen bir hastalıktır. Temel belirtisi olan ağrı, tüm vücutta hissedilebilir ve sıklıkla yanma, batma, karıncalanma gibi nöropatik özellikler taşır. Parestezi, özellikle ekstremitelerde, olguların %20–30'unda bildirilmektedir. Ağrı özellikleri;

stres, iş yükü, eşlik eden hastalıklar ve çevresel faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterebilir (26).

Ağrıya eşlik eden en yaygın semptomlardan biri yorgunluktur. Bu durum hem fiziksel hem zihinsel düzeyde görülür ve gün boyunca devam edebilir (26). Uyku bozuklukları da yaygındır; özellikle dinlendirici olmayan uyku, fibromiyaljinin belirleyici bulgularındandır. Hastalar, yeterli uyku süresine rağmen sabahları dinlenmemiş hissettiklerini belirtmektedir (26).

Sabah tutukluğu da sık görülen bir diğer bulgudur. Bu durum genellikle 1–2 saat sürmekte ve tüm vücutta yaygın sertlik şeklinde hissedilmektedir (27). Ayrıca, unutkanlık, dikkat eksikliği ve zihinsel bulanıklık gibi kognitif bozukluklar da yaygındır ve "fibrofog" olarak tanımlanmaktadır. Bu belirtiler depresyon, anksiyete, ağrı ve uyku sorunları ile ilişkili olsa da yalnızca bu faktörlerle açıklanamaz (28).

Nörolojik kökenli semptomlar arasında huzursuz bacak sendromu ön plandadır ve hastaların yaklaşık %42,6'sında bildirilmiştir. Genellikle akşamları veya uyku öncesi ortaya çıkar (29). Baş ağrısı, özellikle migren öyküsü olmasa dahi sık görülmekte; epizodik migreni olan bireylerde fibromiyalji gelişme riski artmaktadır (26). Gastrointestinal sistem yakınmaları (dispepsi, kabızlık, ishal) ve genitoüriner semptomlar (dismenore, sık idrara çıkma, vulvar vestibülit) da hastalarda sıklıkla bildirilmiştir (26).

Otonom sinir sistemine bağlı ağız ve göz kuruluğu, hastaların %12–18'inde görülmekte ve Raynaud fenomeni olanlarda daha belirgin izlenmektedir (30,31). Psikiyatrik komorbiditeler fibromiyaljinin önemli bir bileşenidir. Hastaların yaklaşık %60'ında yaşam boyu anksiyete bozukluğu, %14–36'sında ise depresyon görülmektedir. Ancak bu oranların, diğer kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında daha yüksek olmadığı bildirilmektedir (26).

2.1.4. Fizik muayene ve laboratuvar bulguları

FMS'de fizik muayene bulguları tanı sürecinde kritik öneme sahiptir. Klinik değerlendirmede en belirgin özellik, belirli anatomik bölgelerde lokalize hassas noktaların varlığıdır (32,33). Amerikan Romatoloji Derneği'nin (ACR) 1990 tarihli sınıflandırma kriterlerine göre, vücutta toplam 18 hassas nokta tanımlanmıştır. Bu noktalar arasında suboksipital kas insersiyoları, C5–C7 transvers aralık, trapezius ve

supraspinatus kasları, ikinci kostokondral bileşke, lateral epikondil, kalçaların üst dış kadranı, büyük trokanter ve dizin medial yağ yastığı yer alır (34).

Hassas nokta değerlendirmesi sırasında önerilen palpasyon basıncı 4 kg/cm²'dir. Bu basınç, pratikte hekimin tırnak yatağının beyazlaması ile ölçülebilir (35). Uygulanan bu basınç sonucu ilgili noktada ağrı hissedilmesi pozitif bulgu olarak kabul edilir (36).

FMS için spesifik bir laboratuvar testi, görüntüleme yöntemi veya biyobelirteç bulunmamaktadır. Bu nedenle ayrıntılı anamnez ve kapsamlı fizik muayene, tanının temelini oluşturur. Ancak ayırıcı tanı amacıyla laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemlerine başvurulmalıdır. Elektromiyografi (EMG), inflamatuar, nörolojik ya da kas kaynaklı patolojilerin dışlanmasında yardımcıdır. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği'nin 2018 kılavuzuna göre, tanıya destek amacıyla tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), C-reaktif protein (CRP), kreatin kinaz (CK) ve tiroid uyarıcı hormon (TSH) testlerinin yapılması önerilmektedir. Ayrıca hipotiroidizm, inflamatuar romatizmal hastalıklar, inflamatuar miyopatiler ve ilaçlara bağlı miyopatilerin dışlanması önem taşır (37).

2.1.5. Tanı

Fibromiyalji sendromuna yönelik ilk sınıflandırma kriterleri, 1990 yılında ACR tarafından yayımlanmıştır. Bu kriterler, klinik uygulamada tanı koyma sürecine standart bir yaklaşım getirmek amacıyla geliştirilmiştir. Belirlenen kriterlere göre, fibromiyalji tanısı konulabilmesi için hastada en az üç aydır devam eden yaygın ağrı varlığına ek olarak, tanımlanmış toplam 18 hassas noktanın en az 11'inde palpasyonla ağrıya neden olan hassasiyetin tespit edilmesi gerekmektedir (33,38). Bu tanı yaklaşımı hem ağrının süresi ve yaygınlığına hem de belirli anatomik bölgelerdeki duyarlılık düzeyine odaklanarak sendromun diğer benzer klinik tablolardan ayırt edilmesini amaçlamaktadır. 1990 yılında ACR tarafından yayınlanan Fibromiyalji Tanı Kriterleri Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Fibromiyalji tanı kriterleri (ACR-1990)

1. Kronik Yaygın Ağrı Öyküsü Vücudun sağ ve sol tarafında, belin üstünde ve altında, ayrıca aksiyel iskelet sisteminde yer alan bölgelerde, en az 3 aydır devam eden yaygın ağrı bulunması.
2. Hassas Nokta Değerlendirmesi Vücutta tanımlanan 18 simetrik hassas noktadan en az 11'inde, 4 kg/cm²'lik basınç uygulanarak yapılan palpasyon sırasında ağrı hissedilmesi.
Hassas Noktalar • **Oksiput:** Suboksipital kasların yapışma bölgelerinde, iki taraflı. • **Alt Servikal:** C5-C7 intertransvers aralığın ön yüzlerinde, iki taraflı. • **Trapezius:** Üst kenarının orta noktasında, iki taraflı. • **Supraspinatus:** Spina skapula üzerinde, medial kenara yakın bölgede, iki taraflı. • **İkinci Kot:** 2. kostokondral bileşkede, iki taraflı. • **Lateral Epikondil:** Epikondillerin 2 cm distalinde, iki taraflı. • **Gluteal:** Gluteal kasın ön kıvrımında, üst dış kadranda, iki taraflı. • **Büyük Trokanter:** Trokanterik çıkıntının arkasında, iki taraflı. • **Diz:** Medial yağ yastığında, iki taraflı.

ACR 2010 yılında, fibromiyalji tanısı için önceki kriterlerin yerine geçebilecek yeni sınıflandırma kriterlerini yayımlamıştır. Bu yeni kriterler, hassas nokta muayenesini dışlayarak semptom temelli bir değerlendirme sistemine dayanmaktadır. Bu sayede klinik uygulamada kullanım kolaylığı sağlanmış, tanı koymadaki duyarlılık ve özgüllük oranları önceki kriterlere kıyasla belirgin şekilde artırılmıştır.

Yeni sistemde tanı için iki temel ölçüt kullanılır: Yaygın Ağrı İndeksi (YAİ) ve Şiddet Skoru (SS). Fibromiyalji tanısı konulabilmesi için semptomların en az üç aydır devam ediyor olması gerekir. Tanı kriterleri ise şu şekilde özetlenir:

- YAİ ≥ 7 ve SS ≥ 5
  veya
- YAİ 3-6 arası ve SS ≥ 9

Bu eşik değerler karşılandığında fibromiyalji tanısı açısından yeterlilik sağlanmış kabul edilir (12, 38).

Bu kriterler, hastalığın çok boyutlu doğasına uygun olarak ağrı dağılımı, yorgunluk, bilişsel işlev bozuklukları ve diğer somatik semptomları dikkate almakta; böylece fibromiyaljiye daha kapsamlı ve bütüncül bir tanı yaklaşımı sunmaktadır.

2010 yılında ACR tarafından yayınlanan Fibromiyalji Tanı Kriterleri Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2. Fibromiyalji tanı kriterleri (ACR-2010)

Fibromiyalji Tanısı İçin Şartlar:

1. Yaygın Ağrı İndeksi (YAİ) ≥ 7 ve Semptom Şiddeti Skalası (SS) ≥ 5 veya Yaygın Ağrı İndeksi (YAİ) 3-6 ve Semptom Şiddeti Skalası (SS) ≥ 9 olması.
2. Semptomların en az 3 aydır devam ediyor olması.
3. Ağrıyı açıklayacak başka bir hastalığın bulunmaması

Yaygın Ağrı İndeksi

- Hastanın son bir hafta cinder ağrı hissettiği her vücut bölgesi için 1 puan verilir ve toplam ağrılı bölge sayısı hesaplanır (0-19 puan).
- Değerlendirilecek Bölgeler: Boyun, sağ ve sol çene, sağ ve sol omuz kuşağı, sağ ve sol üst kol, sağ ve sol ön kol, sırt, göğüs, bel, karın, sağ ve sol kalça, sağ ve sol üst bacak, sağ ve sol alt bacak.

Semptom Şiddet Skalası

- Değerlendirilen Semptomlar: Yorgunluk, yorgun uyanma ve kognitif belirtiler. Bu üç semptom, son bir haftadaki şiddet düzeyine göre puanlanır:
  - 0 = Problem yok
  - 1 = Hafif problemler
  - 2 = Orta problemler
  - 3 = Şiddetli problemler
- Somatik Semptomların* Değerlendirilmesi:
  - 0 = Semptom yok
  - 1 = Birkaç semptom mevcut
  - 2 = Orta sayıda semptom mevcut
  - 3 = Semptomların çoğu mevcut
- Puanlar toplanarak Semptom Şiddeti Skalası toplam skoru hesaplanır (0-12 arası).

Somatik Semptomlar*

Kas ağrısı, irritabl bağırsak sendromu, halsizlik, düşünme veya hatırlama zorlukları, kas zayıflığı, baş ağrısı, karın ağrısı veya kramp, uyuşma veya karıncalanma, baş dönmesi, uykusuzluk, depresyon, kabızlık, üst karın ağrısı, bulantı, sinirlilik, göğüs ağrısı, bulanık görme, ateş, ishal, ağız kuruluğu, kaşıntı, hırıltılı solunum, Raynaud fenomeni, ürtiker, kulak çınlaması, kusma, mide ekşimesi, oral ülserler, tat duyusunda değişiklik, nöbetler, kuru gözler, nefes darlığı, iştahsızlık, döküntü, ışığa hassasiyet, işitme güçlüğü, kolay morarma, saç dökülmesi, sık idrara çıkma, ağrılı idrar yapma ve mesane spazmları.

ACR 2010 fibromiyalji kriterlerinde yer alan somatik semptomlar bölümü, çok sayıda yakınmayı kapsayan geniş bir değerlendirme alanı sunmakla birlikte, klinik uygulamada zaman alıcı ve karmaşık bulunmuştur. Bu durum, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde kriterlerin kullanımını sınırlamıştır. Yapılan kapsamlı analizler sonucunda, 2016 yılında ACR tarafından fibromiyalji tanısına yönelik kriterler güncellenmiş ve yeni sınıflandırma ölçütleri yayımlanmıştır. 2016 kriterleri, 2010 kriterlerinin temel yapı taşlarını korurken; hastalık değerlendirmesinin daha bütüncül, kullanıcı dostu ve klinik açıdan uygulanabilir olmasına olanak tanımıştır (39). 2016 yılında ACR tarafından yayınlanan Fibromiyalji Tanı Kriterleri Tablo 3'de yer almaktadır.

Tablo 3. Fibromiyalji tanı kriterleri (ACR-2016)

Fibromiyalji tanısı koyulabilmesi için aşağıdaki üç şartın yerine getirilmesi gerekmektedir:

1. Yaygın Ağrı İndeksi (YAİ) ≥ 7 ve Semptom Şiddeti Skalası (SS) ≥ 5 veya Yaygın Ağrı İndeksi (YAİ) 4-6 ve Semptom Şiddeti Skalası (SS) ≥ 9 olmalıdır.
2. Beş bölgeden en az dördünde ağrı olarak tanımlanan yaygın ağrı mevcut olmalıdır. Çene, göğüs ve karın bölgelerinde hissedilen ağrılar yaygın ağrı tanımına dahil edilmez.
3. Semptomların en az 3 aydır devam ediyor olması gereklidir.
4. Fibromiyalji tanısı, diğer hastalıkların varlığını dışlamaz ve klinik olarak önemli diğer hastalıklarla birlikte geçerli olabilir.

Yaygın Ağrı İndeksi

- Hastanın son bir hafta içerisinde ağrı hissettiği her bir vücut bölgesi için 1 puan verilir ve toplam puan hesaplanır (0-19 puan).
- Bölgeler:
  - Sol Üst Bölge: Çene, omuz kuşağı, üst kol, ön kol
  - Sağ Üst Bölge: Çene, omuz kuşağı, üst kol, ön kol
  - Aksiyel Bölge: Boyun, sırt, bel, göğüs, karın
  - Sol Alt Bölge: Kalça, üst bacak, alt bacak
  - Sağ Alt Bölge: Kalça, üst bacak, alt bacak

Semptom Şiddet Skalası

- **Değerlendirilen Semptomlar:** Yorgunluk, yorgun uyanma ve bilişsel bozukluklar. Bu üç semptom, son bir haftadaki şiddet düzeyine göre aşağıdaki şekilde puanlanır:
  - 0 = Problem yok
  - 1 = Hafif problemler
  - 2 = Orta problemler
  - 3 = Şiddetli problemler
- **Ek Değerlendirmeler:** Son altı ay içerisinde baş ağrısı, karın ağrısı ve depresyon olup olmadığı değerlendirilir ve aşağıdaki şekilde puanlanır:
  - 0 = Hayır
  - 1 = Evet
- Puanlar toplanarak Semptom Şiddeti Skalası toplam skoru hesaplanır (0-12 puan arası).

2.1.6. Farmakolojik ve non-farmakolojik tedavi yöntemleri

2.1.6.1. Non-farmakolojik tedaviler

Fibromiyalji tedavisinde farmakolojik olmayan yaklaşımlar, hastalığın çok boyutlu yapısına hitap etmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu yöntemler, yalnızca semptomların hafifletilmesini değil, aynı zamanda hastaların psikolojik iyilik halleri, fiziksel kapasitesi ve günlük yaşam işlevselliğinde anlamlı düzeyde iyileşme sağlamayı amaçlamaktadır. Özellikle kronik ağrı, yorgunluk, uyku bozuklukları ve bilişsel problemler gibi yaygın semptomların kontrolünde farmakolojik olmayan müdahalelerin etkili olduğu bildirilmektedir (19).

Eğitim: Hasta eğitimi, fibromiyalji tedavisinde ilk basamak olarak değerlendirilmekte ve tedavi sürecine temel oluşturmaktadır. Eğitim süreci, hastaların hastalıkla ilgili farkındalık kazanmalarını sağlayarak, tutumlarını olumlu yönde etkiler; başa çıkma becerilerini geliştirir ve öz yeterlilik duygusunu artırır. Bu sayede

bireylerin daha sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemeleri kolaylaşır. Eğitim sürecinde hastalara, fibromiyaljinin yaşamı tehdit eden bir hastalık olmadığı, bu durumla başa çıkılabileceği ve hastalığın yönetilebilir olduğu açıkça ifade edilmelidir. Ayrıca, stres, kaygı düzeyindeki artış, uyku bozuklukları, mevsimsel değişiklikler, kötü duruş alışkanlıkları, duygusal ve fiziksel travmalar gibi faktörlerin semptom şiddetinde artışa yol açabileceği bilgisi verilmelidir (19).

Egzersiz: Egzersiz uygulamaları, fibromiyalji tedavisinde en etkili non-farmakolojik girişimlerden biri olarak kabul edilmektedir. Düzenli egzersiz; ağrı düzeyinin azaltılmasına, kas fonksiyonlarının iyileştirilmesine ve genel yaşam kalitesinin artırılmasına katkı sağlar. Bu nedenle güncel yaklaşımlar, multimodal tedavi stratejilerinin ilk basamağında egzersize yer vermektedir. Uygulanan egzersiz programları; aerobik egzersizler, kas güçlendirme çalışmaları, ev tabanlı fiziksel aktiviteler, yüzme, yoga ve pilates gibi çeşitli biçimlerde olabilir (40). Bu konuda yapılan sistematik bir derlemede, yedi tanesi yüksek kanıt düzeyine sahip olmak üzere toplam 16 çalışma değerlendirilmiş ve aerobik egzersizin hem fiziksel kapasiteyi artırdığı hem de fibromiyalji semptomlarını belirgin şekilde hafiflettiği bildirilmiştir (41).

Bilişsel Davranışçı Terapi: Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), fibromiyalji sendromunun yönetiminde etkili olduğu gösterilen, yapılandırılmış bir psikoterapi yöntemidir. Hem bilişsel hem de davranışsal müdahaleleri içeren BDT, özellikle ağrıya eşlik eden katastrofik düşünceler, işlevsellik kaybı ve emosyonel stres düzeylerini azaltmayı amaçlar. Bilişsel bileşen, hastanın olumsuz ve işlevsiz düşünce kalıplarını tanımlayıp yeniden yapılandırarak daha sağlıklı düşünceler geliştirmesini hedeflerken; davranışsal bileşen, işlevsel olmayan davranışların yerine daha uyumlu davranış örüntülerinin kazandırılmasını sağlar. 2010 yılında Bernardy ve arkadaşlarının yaptığı bir meta-analiz, BDT'nin özellikle ağrı algısı ve depresif semptomlar üzerinde anlamlı düzeyde etkili olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, bu terapi uygulanan bireylerde sağlık hizmetlerine başvuru sıklığında da azalma saptanmıştır. Bu bulgular, BDT'nin fibromiyalji yönetiminde farmakolojik tedavileri tamamlayıcı, bütüncül bir yaklaşımın parçası olarak önemli bir rol oynadığını göstermektedir (43).

Diğer Tamamlayıcı Yaklaşımlar: Akupunktur, Tai Chi, Qigong, manuel terapi, hidroterapi, spa uygulamaları ve balneoterapi gibi tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri de fibromiyalji tedavisinde zaman zaman kullanılmaktadır. Ancak bu yöntemlere ilişkin bilimsel kanıtlar sınırlıdır. İki meta-analiz ve üç sistematik derlemede akupunkturun kısa vadede ağrı kontrolü sağladığı bildirilmiş olsa da uzun vadeli etkinliğine dair yeterli bulgu elde edilememiştir. Bununla birlikte, akupunkturun trisiklik antidepresanlar veya egzersizle birlikte uygulanması durumunda ağrı kontrolünde olumlu etkiler sağlayabileceği belirtilmiştir (40).

Avrupa Romatoloji Cemiyeti (European League Against Rheumatism – EULAR), fibromiyalji tedavisinde en etkili farmakolojik olmayan yaklaşımlar olarak aerobik ve direnç egzersizlerini önermektedir. EULAR'a göre bu uygulamalar, semptom yönetimi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde birincil müdahaleler olarak değerlendirilmektedir (42).

2.1.6.2. Farmakolojik Tedaviler

Farmakolojik tedavi seçenekleri arasında en sık tercih edilen ilaç grupları, serotonin ve selektif noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI) olan duloksetin ve milnasipran ile düşük dozda trisiklik antidepresanlar arasında yer alan amitriptilin'dir. Bunun yanı sıra, nöropatik ağrıyı modüle eden antiepileptik ajanlardan pregabalin, fibromiyalji tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir başka farmakolojik seçenektir (44). Buna karşılık, asetaminofen, metamizol (dipiron) gibi basit analjezikler ile nonsteroid antienflamatuvar ilaçlar (NSAID), glukokortikosteroidler, büyüme hormonu, güçlü opioidler ve sodyum oksibat, fibromiyalji tedavisinde önerilmemektedir. Bu ilaçların etkinliğine dair yeterli bilimsel kanıt bulunmamakta ve yan etki profilleri nedeniyle potansiyel riskleri ön plandadır (44).

Farmakolojik tedaviye bağlı advers etkiler, hastaların tedaviye uyumunu olumsuz yönde etkileyebilir ve bazı durumlarda fibromiyalji semptomlarıyla örtüşebilir. Örneğin, gabapentin ve bazı antidepresanlar yorgunluk düzeyinde artışa neden olabilirken; opioidler ve antidepresanların bazı alt grupları, gastrointestinal sistem bozuklukları veya uyku düzensizlikleri gibi belirtileri tetikleyebilir. Bu nedenle, tedavi sürecinde ilaçların etkinliği kadar tolerabilite ve hasta geri bildirimi de dikkatle değerlendirilmelidir (37).

Trisiklik Antidepresanlar (TCA): TCA grubunda yer alan ve fibromiyalji tedavisinde uzun süredir kullanılan bir farmakolojik ajandır. Özellikle ağrı, yorgunluk ve uyku bozuklukları üzerinde olumlu etkiler göstermektedir. Klinik çalışmalarda, 25-50 mg/gün doz aralığında uygulandığında bu semptomlarda anlamlı iyileşme sağlandığı bildirilmiştir. Uyku kalitesini artırması ve sabah sertliğini azaltması, amitriptilini öne çıkaran başlıca etkilerindendir. Ancak doz arttıkça ağız kuruluğu, uyku hali, kabızlık ve bulantı gibi antikolinerjik yan etkiler daha sık görülmekte ve tedaviye uyumu zorlaştırabilmektedir. Bu nedenle günlük 25 mg'ın üzerindeki dozların rutin kullanımı önerilmez; tedaviye düşük dozla başlanmalı ve hastanın yanıtına göre en düşük etkili doz korunmalıdır (37).

SNRI: SNRI, fibromiyalji tedavisinde yaygın olarak kullanılan ilaçlar arasında yer almaktadır. Serotonin ve norepinefrin düzeylerini artırarak özellikle ağrı modülasyonu, duygu durum ve uyku üzerinde olumlu etkiler sağlarlar. TCA'lara benzer etki mekanizmalarına sahip olmakla birlikte, SNRI'ların yan etki profili genellikle daha hafiftir; bu da uzun süreli kullanımda tercih edilmelerini kolaylaştırır. Duloksetin ve milnasipran, bu grupta en sık kullanılan ajanlardır ve her ikisinin de ağrı düzeyini azalttığı çeşitli klinik çalışmalarda gösterilmiştir. Özellikle duloksetin, ağrı şiddetinde azalma, uyku kalitesinde artış ve fonksiyonel iyileşme ile ilişkilendirilmiştir. Ancak venlafaksin gibi diğer SNRI ajanlarının etkinliği konusunda yeterli bilimsel kanıt bulunmamaktadır ve bu nedenle klinik uygulamada ilk basamakta önerilmezler. SNRI kullanımına bağlı yan etkiler genellikle hafif-orta düzeyde olup, baş ağrısı, bulantı ve ishal en sık görülenlerdir. Tedaviye düşük dozla başlanması ve hastanın klinik yanıtına göre dozun kademeli olarak artırılması önerilir (37).

Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI): SSRI'lar, fibromiyalji sendromunun birincil tedavi seçenekleri arasında yer almaz; ancak depresyon, anksiyete gibi eşlik eden psikiyatrik bozuklukların varlığında tedaviye entegre edilebilir. SSRI'ların doğrudan ağrı ve diğer fibromiyalji semptomları üzerindeki etkisi sınırlı olduğundan, bu ilaçlar genellikle temel belirtileri hedefleyen tedavilerde öncelikli tercih edilmez. Bununla birlikte, fibromiyalji hastalarında sık görülen psikiyatrik komorbiditelerin yönetiminde SSRI kullanımı; depresif semptomların kontrol altına alınması, uyku kalitesinin dolaylı olarak iyileştirilmesi ve genel yaşam

kalitesinin artırılması açısından fayda sağlayabilir. Bu nedenle SSRI'lar, semptomatik değil, bütüncül hasta yaklaşımı kapsamında değerlendirilmelidir (37).

Monoaminoksidaz İnhibitörleri (MAOI): MAOI, serotonin, norepinefrin ve dopamin gibi nörotransmitterlerin yıkımını engelleyerek etki gösteren antidepresanlardır. Serotonin düzeylerini artırmaları sayesinde ağrı modülasyonu üzerinde etkili olabilirler. Fibromiyaljiye yönelik bazı çalışmalarda pirlindol ve moklobemid gibi MAOI'lerin ağrı kontrolünde sınırlı fayda sağladığı bildirilmiştir. Ancak bu ilaçların yorgunluk, uyku bozukluğu ve bilişsel sorunlar gibi diğer yaygın fibromiyalji semptomları üzerinde belirgin bir etkisi olmadığı saptanmıştır. Ayrıca ciddi yan etkiler ve ilaç-gıda etkileşimleri nedeniyle tedaviye uyum sorunları yaşanabilmektedir. Bu nedenlerle, EULAR kılavuzlarında MAOI'lerin fibromiyalji tedavisinde kullanımı önerilmemektedir (42).

Antikonvülsanlar: Pregabalin ve gabapentin, merkezi sinir sistemi üzerinde etkili antiepileptik ilaçlar olup, fibromiyalji tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. GABA'ya yapısal benzerlikleri bulunmasına rağmen doğrudan GABA reseptörlerine etki etmezler; voltaj bağımlı kalsiyum kanallarını inhibe ederek nörotransmitter salınımını azaltırlar. Bu mekanizma, ağrı modülasyonu, uyku düzeni ve santral hassasiyetin azaltılmasına katkı sağlar. Pregabalin, fibromiyalji hastalarında ağrı, uyku bozukluğu ve yorgunluk üzerinde etkin bulunmuş; 300-600 mg dozlarda ağrıyı %50 oranında azalttığı meta-analizlerle gösterilmiştir. Ayrıca uyku kalitesinde anlamlı düzelme sağlamaktadır. Yaygın yan etkileri arasında uyku hali, baş dönmesi, kilo alımı ve ödem yer almakta olup, tedaviye düşük dozla başlanması önerilmektedir. Gabapentin ise pregabalin ile benzer yapıya sahip olmakla birlikte, fibromiyaljiye yönelik verileri sınırlıdır ve daha çok alternatif tedavi seçeneği olarak değerlendirilmektedir (45).

Tramadol: Tramadol, hem zayıf opioid analjezik etkisi hem de norepinefrin ve serotonin geri alımını inhibe etmesi nedeniyle çift mekanizmalı bir etki profiline sahiptir. Bu özellik, fibromiyalji kaynaklı kronik ağrının kontrolünde analjezik etkinliğini artırmaktadır. Tek başına veya parasetamol ile kombine olarak kullanılabilen tramadol, özellikle diğer tedavilere yanıt alınamayan olgularda kısa süreli kullanım için önerilmektedir. Ancak opioid grubunda yer alması nedeniyle bağımlılık, tolerans ve yan etkiler açısından dikkatli kullanılmalıdır (42).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN GENEL ÖZELLİKLERİ

Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran 18 yaş ve üzerindeki hastaların, fibromiyalji hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve sosyodemografik değişkenlere bağlılığının incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışma tek merkezli, kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte bir anket çalışmasıdır.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini İstanbul ili Üsküdar ilçesine bağlı Ferah Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 18 yaş üstü hastalar oluşturmaktadır. En fazla beş gruplu parametrik/parametrik olmayan ortalamalar arası fark kontrolü için %30 etki büyüklüğünde, %95 güçte (α=0,05) hesaplanan toplam örneklem büyüklüğü 147 bulunmuş, çalışma 199 katılımcı ile tamamlanmıştır. Örneklem büyüklüğü G*Power 3.1.9.7 programı ile hesaplanmıştır.

3.3. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ

Araştırmaya dahil olma kriterleri:

1. 18 yaş üzerinde olmak.
2. Çalışmaya katılmayı kabul etmek.
3. Anket formunu anlayacak düzeyde bilişsel ve iletişim yeterliliğine sahip olmak.

Araştırmaya dahil olmama kriterleri:

1. 18 yaşın altında olmak.
2. Çalışmaya katılmayı reddetmek.
3. Anket formunu anlayacak düzeyde bilişsel ve iletişim yeterliliğine sahip olmamak.

3.4. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

Çalışma, araştırmanın yapılacağı tarihler olan 1 şubat 2024 – 1 Haziran 2025 arasında; Üsküdar Ferah Aile Sağlığı merkezine herhangi bir sebeple başvuran 18 yaş ve üzerindeki bireylerle yüz yüze sorgulama yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Katılımcılardan imzalı onamlar alındıktan sonra fibromiyaljiye ilişkin bilgi

düzeylerini içeren anket formu yüz yüze uygulanmıştır. Anket formu sosyodemografik ve bilgi düzeyi olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

Çalışma verileri derlenmeye başlamadan önce güvenirlik analizi için rasgele seçilen 43 kişiyle bir pilot çalışma gerçekleştirilmiştir. Pilot çalışma öncesinde anket soru formunda 33 soru bulunmaktaydı. Anket formunda, fibromiyalji genel bilgi düzeyine ilişkin soruların doğru cevaplarına göre kodlama yapılmıştır. Cronbach's Alpha Modeli ile hesaplanan katsayı 0,915 olarak hesaplanmıştır. Katsayıyı iyileştirmeye yönelik ileri analizde, katsayıyı anlamlı şekilde yükseltebilecek bir soru çıkarımı/değişikliği yapılmamıştır. Çalışmada yer alan fibromiyalji genel bilgi düzeyine ilişkin sorular ölçme açısından tam güvenilir bulunmuştur.

3.5. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ

Çalışmada öncelikle nitel değişkenler frekans ve yüzde ile, nicel değişkenler ise ortalama, ortanca, standart sapma, minimum ve maksimum değerlerle tanımlanmıştır. Nitel değişkenler arasındaki ilişkiler çapraz tablolarla incelenmiş; beklenen hücre frekanslarının uygunluğu durumunda Ki-kare testi, uygun olmayan durumlarda ise kategori birleştirmesi yapılmış ya da Fisher Exact testi kullanılmıştır.

Fibromiyalji bilgi düzeyine ilişkin nicel verinin normal dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ve çarpıklık/basıklık katsayılarıyla doğrulanmıştır. Fark analizlerinde parametrik testler tercih edilmiştir. İkili karşılaştırmalarda varyans homojenliği Bartlett testiyle değerlendirilmiş; buna göre Student's t testi veya Welch's t testi kullanılmıştır. Üç ve daha fazla grup karşılaştırmalarında ise Fisher's veya Welch's ANOVA testleri uygulanmış; anlamlı farklılıklarda Tukey veya Games-Howell post-hoc testleri ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır.

Tüm testlerde anlamlılık düzeyi $\alpha=0,05$ olarak kabul edilmiş; analizler Microsoft Excel 2016 ve IBM SPSS Statistics 26 programlarıyla gerçekleştirilmiştir.

3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

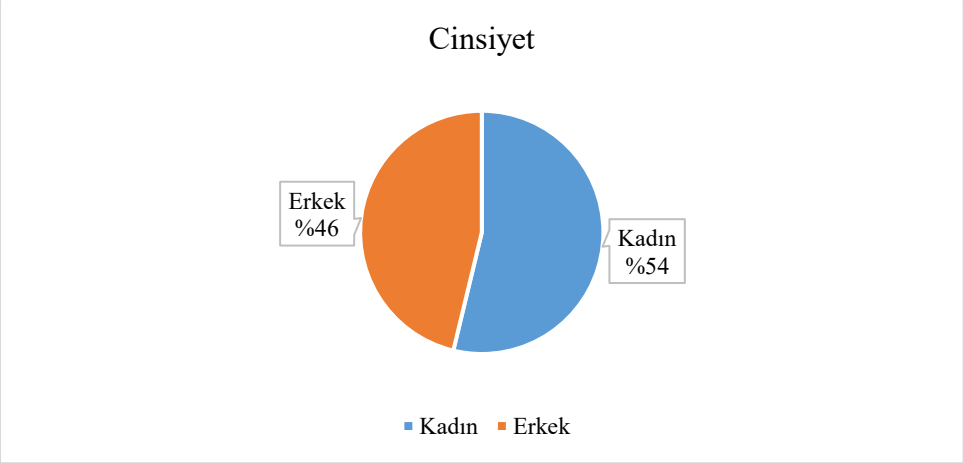
Araştırmaya başlamadan önce Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 31.12. 2024 tarih ve 2860 karar no ile izin alındı.

4. BULGULAR

Çalışmaya toplamda 199 birey katılmıştır. Katılımcıların ortalama yaşı 43,3±14,3 olup ortanca yaş 43 bulunmuştur. En genç birey 18 yaşında iken en yaşlı birey 78 yaşında bulunmuştur.

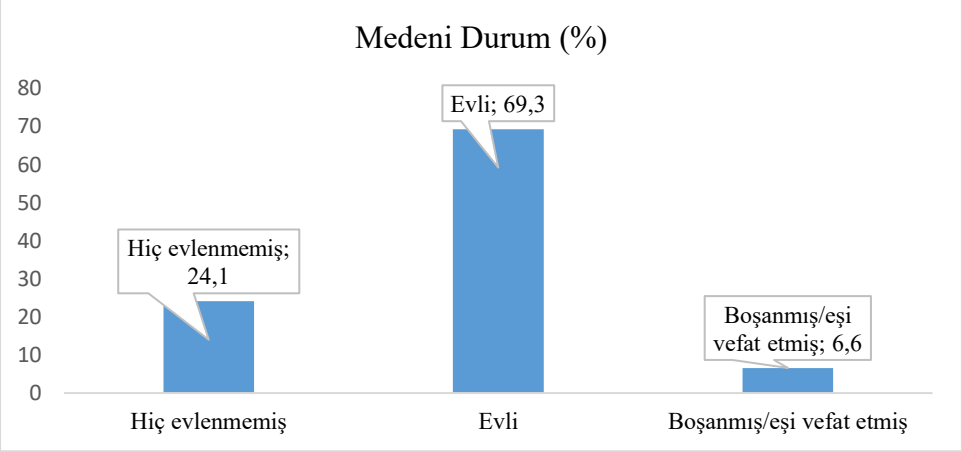
Katılımcıların aylık ortalama kişisel geliri 40.777±38,269 TL bulunmuştur. En yüksek gelire sahip birey aylık 200.000 TL kişisel gelir beyan etmiştir.

Katılımcıların aylık ortalama hane geliri 69.718±55,852 TL bulunmuştur. En yüksek hane geliri aylık 300.000 TL olarak beyan edilmiştir.



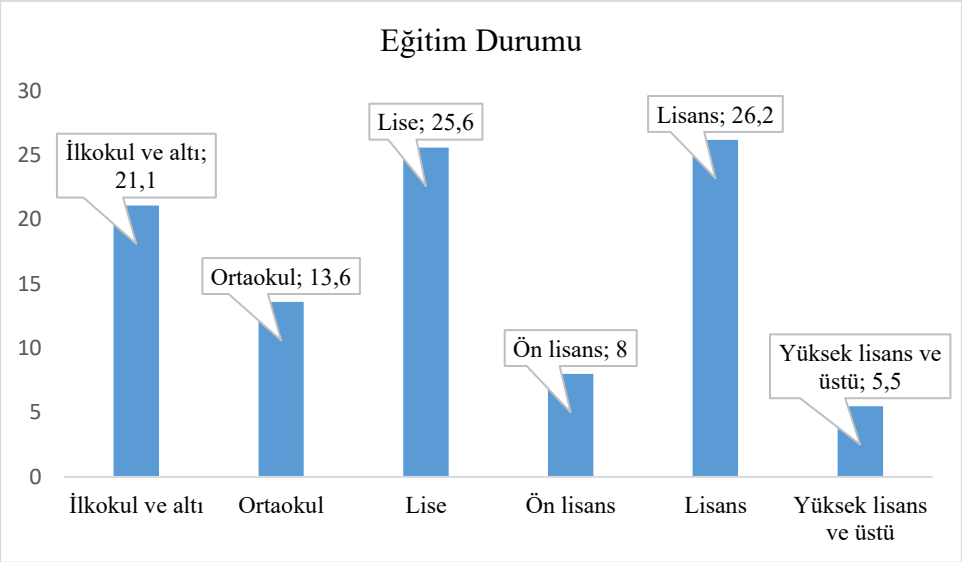
Şekil 1. Cinsiyet dağılımı

Katılımcıların %54'ünün kadın, %46'sının erkek olduğu saptanmıştır (Şekil 1).



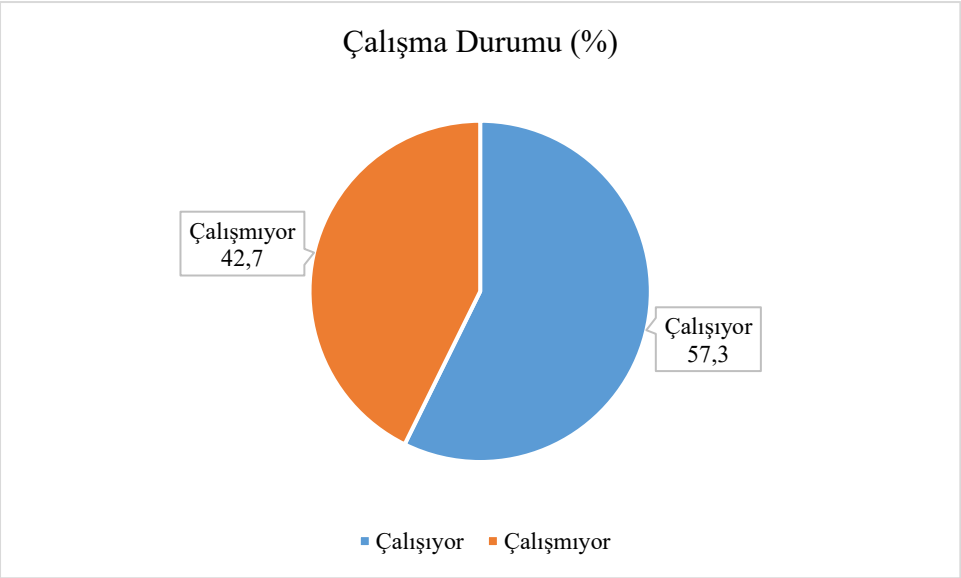
Şekil 2. Medeni durum dağılımı

Katılımcıların %69,3'ünün evli, %24,1'inin hiç evlenmediği ve %6,6'sının boşandığı veya eşinin vefat ettiği saptanmıştır (Şekil 2).



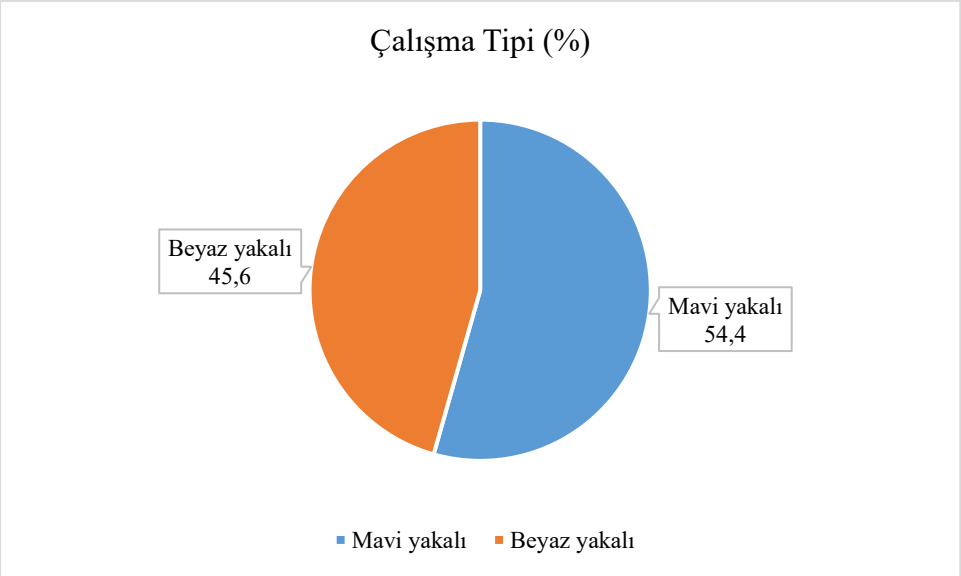
Şekil 3. Eğitim durumu dağılımı

Katılımcılardan ilkokul ve altındaki düzeyde eğitim görenlerin oranı %21,1, ortaokul düzeyinde eğitim görenlerin oranı %13,6, lise düzeyinde eğitim görenlerin oranı %25,6, ön lisans düzeyinde eğitim görenlerin oranı %8, lisans düzeyinde eğitim görenlerin oranı %26,2 ve yüksek lisans düzeyinde eğitim görenlerin oranı %5,5 saptanmıştır (Şekil 3).



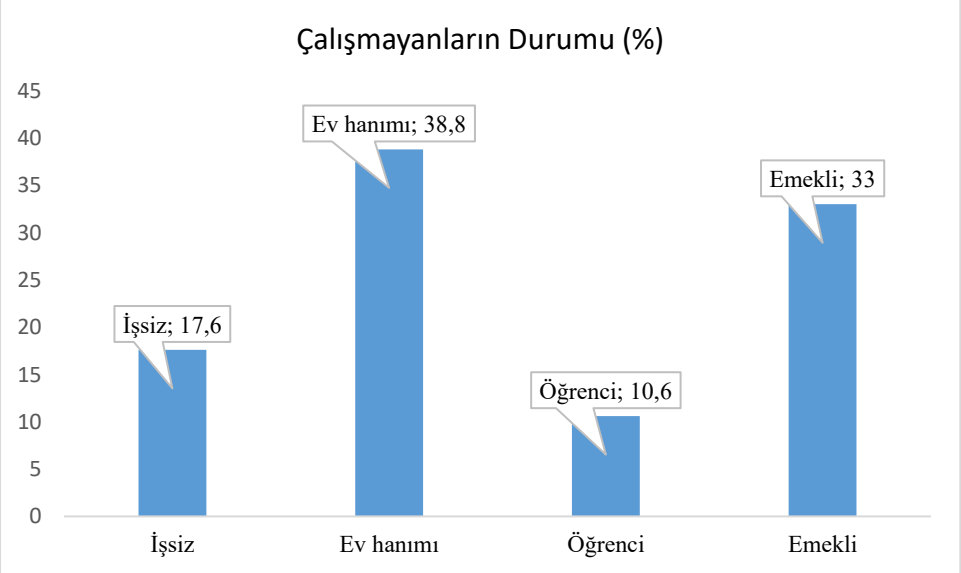
Şekil 4. Çalışma durumu dağılımı

Katılımcıların %57,3'ünün çalıştığı, %42,7'sinin çalışmadığı saptanmıştır (Şekil 4).



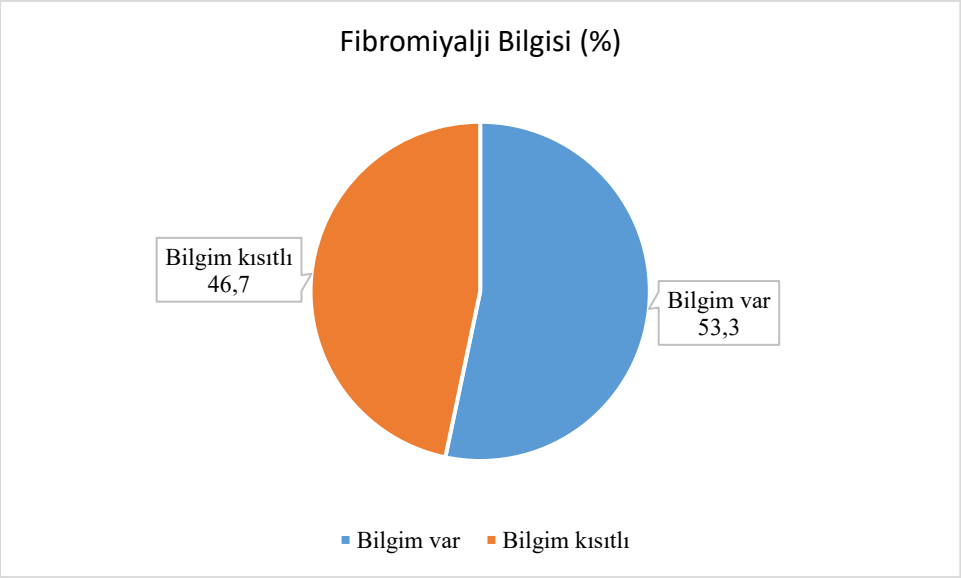
Şekil 5. Çalışma tipi dağılımı

Katılımcıların %54,4'ünün mavi yakalı, %45,6'sının beyaz yakalı olduğu saptanmıştır (Şekil 5).



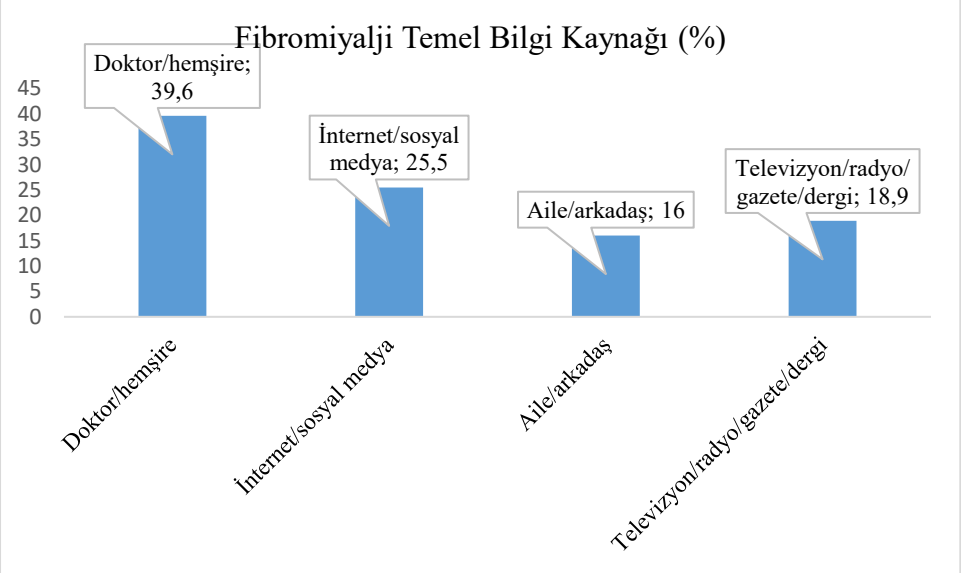
Şekil 6. Çalışmayanların dağılımı

Katılımcıların %38,8'inin ev hanımı, %33'ünün emekli, %17,6'sının işsiz, %10,6'sının öğrenci olduğu saptanmıştır (Şekil 6).



Şekil 7. Fibromiyalji bilgisinin dağılımı

Katılımcıların %53,3'ünün fibromiyalji hakkında bilgisinin olduğu, %46,7'sinin bilgisinin olmadığı saptanmıştır (Şekil 7).



Şekil 8. Fibromiyalji temel bilgi kaynaklarının dağılımı

Katılımcıların %39,6'sının fibromiyalji bilgi kaynağının doktor/hemşire, %25,5'inin internet/sosyal medya, %18,9'unun televizyon/radyo/gazete/dergi ve %16'sının aile/arkadaş olduğu saptanmıştır (Şekil 8).

Tablo 4. Cinsiyete göre fibromiyalji bilgisinin ve temel bilgi kaynaklarının karşılaştırılması

	Cinsiyet				χ^2	p*
	Kadın		Erkek			
	n	%	n	%		
Fibromiyalji bilgisinin değerlendirilmesi						
Bilgim var	73	68,2	33	35,9	**20,80**	***0,000***
Bilgim kısıtlı	34	31,8	59	64,1		
Fibromiyalji temel bilgi kaynağı						
Doktor/hemşire	31	42,5	11	33,3	2,35	0,502
İnternet/sosyal medya	20	27,4	7	21,2		
Aile/arkadaş	10	13,7	7	21,2		
Televizyon/radyo/gazete/dergi	12	16,4	8	24,2		

**Ki-kare*

Fibromiyaljiye ilişkin öznel bilgi düzeyi cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir (p<0,05). Kadın katılımcıların %68'i fibromiyalji konusunda bilgi sahibi olduğunu belirtirken, %32'si bilgisinin kısıtlı olduğunu ifade etmiştir. Buna karşılık, erkek katılımcıların yalnızca %36'sı bilgi sahibi olduğunu belirtmiş; %64'ü ise bilgisinin kısıtlı olduğunu bildirmiştir. Fibromiyaljiye ilişkin temel bilgi kaynağı cinsiyet grupları arasında anlamlı bir farklılık göstermemiştir (p>0,05) (Tablo 4).

Tablo 5. Medeni duruma göre fibromiyalji bilgisinin ve temel bilgi kaynaklarının karşılaştırılması

	Medeni durum						χ^2	p*
	Hiç evlenmemiş		Evli		Boşanmış/ eşi vefat etmiş			
	n	%	n	%	n	%		
Fibromiyalji bilgisinin değerlendirilmesi								
Bilgim var	30	62,5	68	49,3	8	61,5	2,88	0,236
Bilgim kısıtlı	18	37,5	70	50,7	5	38,5		
Fibromiyalji temel bilgi kaynağı								
Doktor/hemşire	9	30	30	44,1	3	37,5	2,21	0,9
İnternet/sosyal medya	9	30	16	23,5	2	25		
Aile/arkadaş	5	16,7	11	16,2	1	12,5		
Televizyon/radyo/gazete/dergi	7	23,3	11	16,2	2	25		

**Ki-kare, **Fisher exact*

Fibromiyaljiye ilişkin öznel bilgi düzeyi ile fibromiyalji konusunda edinilen bilginin temel kaynağı, medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 5).

Tablo 6. Eğitim durumuna göre fibromiyalji bilgisinin ve temel bilgi kaynaklarının karşılaştırılması

	Eğitim durumu												χ^2	p*
	İlkokul ve altı		Ortaokul		Lise		Ön lisans		Lisans		Yüksek lisans ve üstü			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Fibromiyalji bilgisinin değerlendirilmesi														
Bilgim var	13	31	11	40,7	25	49	11	68,8	37	71,2	9	81,8		***0,000***
Bilgim kısıtlı	29	69	16	59,3	26	51	5	31,3	15	28,8	2	18,2		
Fibromiyalji temel bilgi kaynağı														
Doktor/hemşire	5	38,5	5	45,5	11	44	4	36,4	13	35,1	4	44,4		
İnternet/sosyal medya	2	15,4	3	27,3	7	28	4	36,4	8	21,6	3	33,3		
Aile/arkadaş	4	30,8	1	9,1	3	12	0	0	7	18,9	2	22,2		0,872
Televizyon/radyo/gazete/dergi	2	15,4	2	18,2	4	16	3	27,3	9	24,3	0	0,0		

**Ki-kare, **Fisher exact*

Fibromiyaljiye ilişkin öznel bilgi düzeyi, eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir (p<0,05). Bilgisi olduğunu ifade edenlerin oranı; ilkokul ve altı düzeyinde %31, ortaokul düzeyinde %41, lise düzeyinde %49, ön lisans düzeyinde %69, lisans düzeyinde %71 ve yüksek lisans ve üzeri düzeyde %82 olarak saptanmıştır. Fibromiyaljiye ilişkin temel bilgi kaynağı da eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05) (Tablo 6).

Tablo 7. Çalışma durumuna göre fibromiyalji bilgisinin ve temel bilgi kaynaklarının karşılaştırılması

	Çalışma durumu				χ^2	p*
	Çalışıyor		Çalışmıyor			
	n	%	n	%		
Fibromiyalji bilgisinin değerlendirilmesi						
Bilgim var	62	54,4	44	51,8	0,13	0,714
Bilgim kısıtlı	52	45,6	41	48,2		
Fibromiyalji temel bilgi kaynağı						
Doktor/hemşire	26	41,9	16	36,4		
İnternet/sosyal medya	15	24,2	12	27,3		
Aile/arkadaş	10	16,1	7	15,9	0,40	0,941
Televizyon/radyo/gazete/dergi	11	17,7	9	20,5		

**Ki-kare*

Fibromiyalji bilgisinin değerlendirmesi çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p>0,05). Fibromiyalji konusunda edinilen bilginin temel kaynağı çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 7).

Tablo 8. Çalışma tipine göre fibromiyalji bilgisinin ve temel bilgi kaynaklarının karşılaştırılması

	Çalışma tipi				χ^2	p*
	Mavi yakalı		Beyaz yakalı			
	n	%	n	%		
Fibromiyalji bilgisinin değerlendirilmesi						
Bilgim var	20	32,3	42	80,8	**26,83**	***0,000***
Bilgim kısıtlı	42	67,7	10	19,2		
Fibromiyalji temel bilgi kaynağı						
Doktor/hemşire	7	35	19	45,2	5,52	0,138
İnternet/sosyal medya	6	30	9	21,4		
Aile/arkadaş	1	5	9	21,4		
Televizyon/radyo/gazete/dergi	6	30	5	11,9		

**Ki-kare*

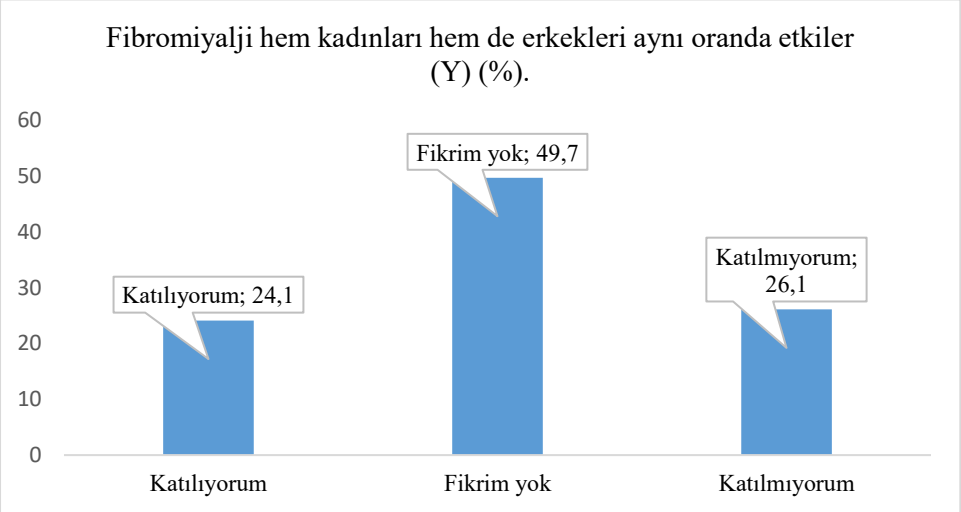
Fibromiyaljiye ilişkin öznel bilgi düzeyi, çalışma tipine göre anlamlı biçimde farklılık göstermektedir (p<0,05). Mavi yakalı katılımcıların yalnızca %32'si fibromiyalji hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtirken, beyaz yakalı katılımcılarda bu oran %81'e ulaşmaktadır. Fibromiyaljiye ilişkin temel bilgi kaynağı, çalışma tipine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 8).

Tablo 9. Fibromiyalji Genel Bilgi Düzeyi'nde yer alan ifadeler

Fibromiyalji hem kadınları hem de erkekleri aynı oranda etkiler.
Fibromiyalji daha çok yaşlılarda (65+) görülür.
Bardak çektirmek fibromiyalji hastalarına yardımcı olabilir.
Fibromiyalji, vücutta yaygın kas ve eklem ağrısına neden olur.
Fibromiyalji hastaları yüzmekten kaçınmalıdır.
Çocukluk çağı aşıları fibromiyalji riskini artırmaktadır.
Fibromiyalji tanısı için özel bir kan testi bulunmaktadır.
Fibromiyalji şikayetleri sıcak havalarda şiddetlenir.
Fibromiyalji kronik bir hastalıktır.
Egzersiz, fibromiyalji semptomlarını hafifletmeye yardımcı olabilir.
Fibromiyalji teşhisi için göğüs hastalıkları uzmanına başvurmak gerekir.
Fibromiyalji, diğer otoimmün hastalıklarla sıkça ilişkilendirilir.
Fibromiyalji tedavisinde sadece ilaç tedavisi yeterlidir.

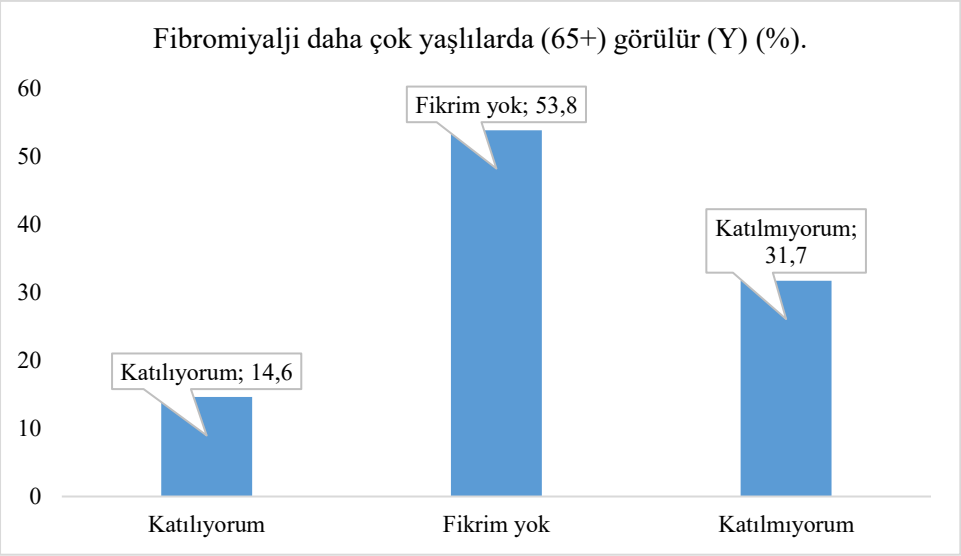
Uyku bozuklukları, fibromiyalji hastalarında yaygın olarak görülür.
Fibromiyalji hastalığı bulaşıcı bir hastalıktır.
Stres ve travma, fibromiyalji semptomlarını tetikleyebilir.
Fibromiyalji hastaları devlet hastanelerinden engelli raporu alabilir.
Fibromiyalji tedavisinde psikoterapiye başvurulabilir.
Antibiyotikler hastalığı geçici olarak iyileştirebilir.
Fibromiyaljinin nedenleri kesin olarak bilinmemektedir.
Fibromiyalji gelişiminde genetik faktörler önemlidir.
Fibromiyalji tanısı alan bir bireyin sağlıklı bir birey gibi hayat geçirebilmesi mümkündür
Alkol tüketimi hastalarda geçici bir iyileşmeye katkı sağlar.

Fibromiyalji Genel Bilgi Düzeyi'nde yer alan ifadeler tablo 9'da yer almaktadır.



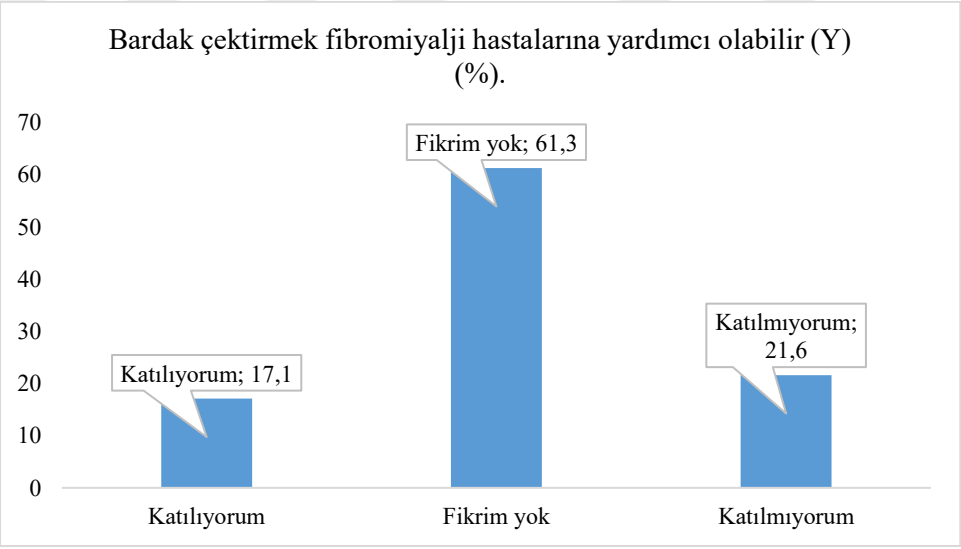
Şekil 9. "Fibromiyalji hem kadınları hem de erkekleri aynı oranda etkiler" ifadesine verilen yanıtların dağılımları

"Fibromiyalji hem kadınları hem de erkekleri aynı oranda etkiler" maddesine katılanların oranı %24,1 (n=48), katılmayanların oranı %26,1 (n=52) ve fikri olmadığını ifade edenlerin oranı %49,7 (n=99) bulunmuştur (Şekil 9).



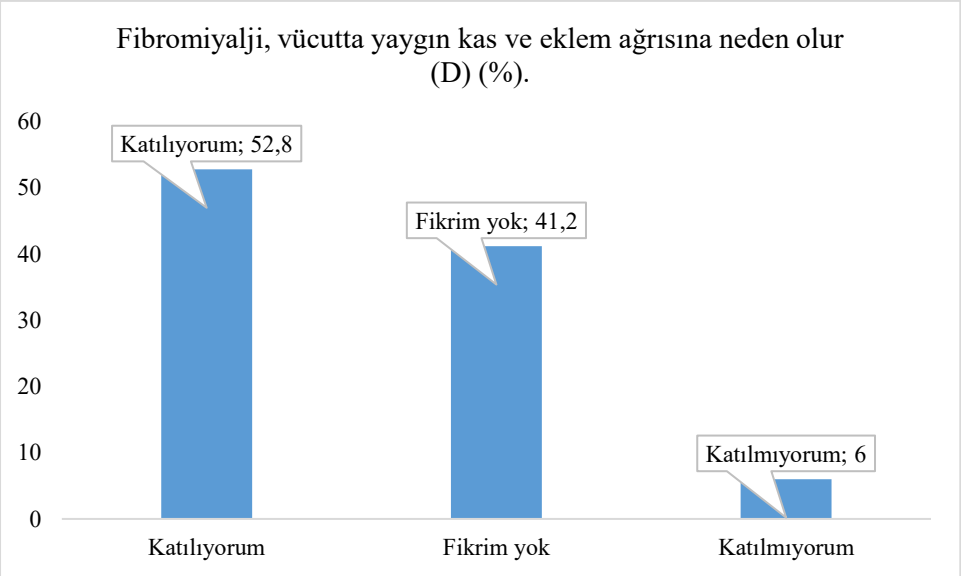
Şekil 10. "Fibromiyalji daha çok yaşlılarda (65+) görülür" ifadesine verilen yanıtların dağılımları

"Fibromiyalji daha çok yaşlılarda (65+) görülür" maddesine katılanların oranı %14,6 (n=29), katılmayanların oranı %31,7 (n=63) ve fikri olmadığını ifade edenlerin oranı %53,8 (n=107) bulunmuştur (Şekil 10).



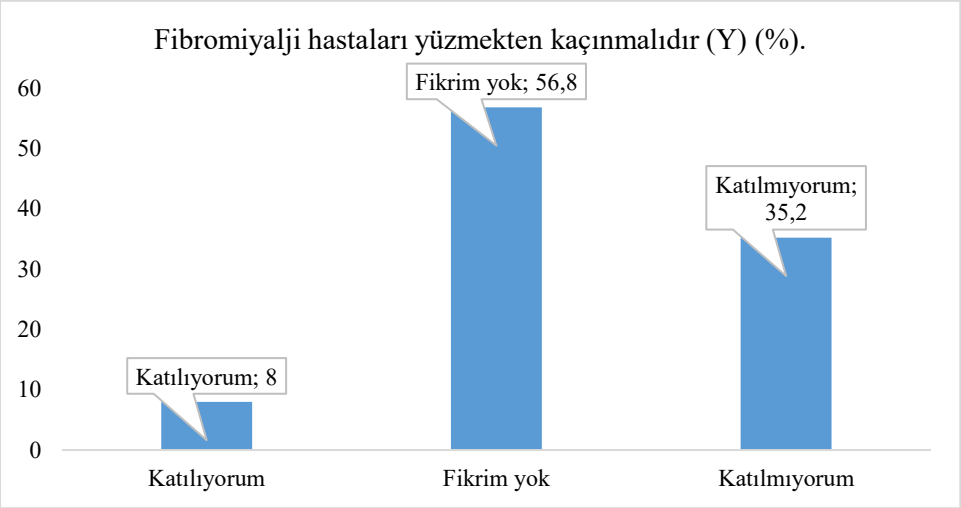
Şekil 11. "Bardak çektirmek fibromiyalji hastalarına yardımcı olabilir" ifadesine verilen yanıtların dağılımları

"Bardak çektirmek fibromiyalji hastalarına yardımcı olabilir" maddesine katılanların oranı %17,1 (n=34), katılmayanların oranı %21,6 (n=43) ve fikri olmadığını ifade edenlerin oranı %61,3 (n=122) bulunmuştur (Şekil 11).



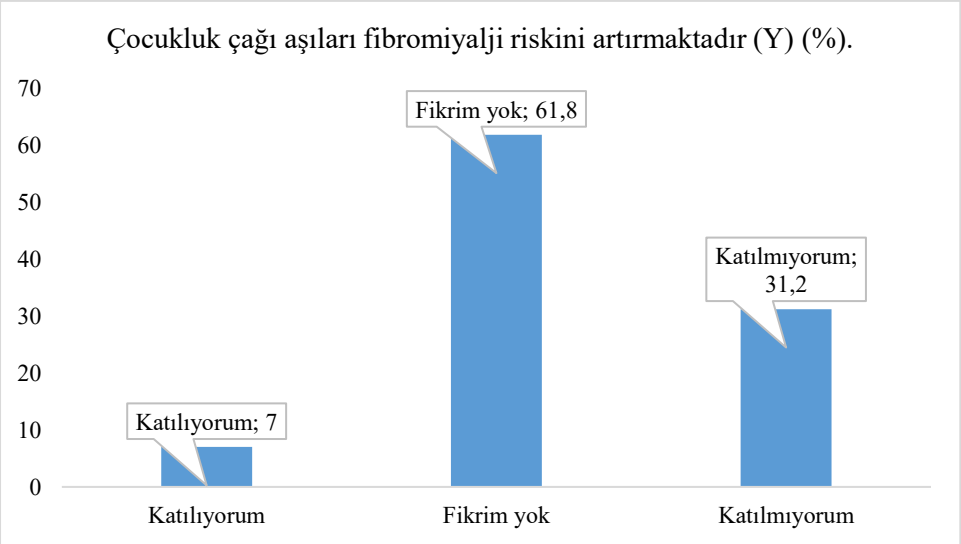
Şekil 12. "Fibromiyalji, vücutta yaygın kas ve eklem ağrısına neden olur" ifadesine verilen yanıtların dağılımları

"Fibromiyalji, vücutta yaygın kas ve eklem ağrısına neden olur" maddesine katılanların oranı %52,8 (n=105), katılmayanların oranı %6 (n=12) ve fikri olmadığını ifade edenlerin oranı %41,2 (n=82) bulunmuştur (Şekil 12).



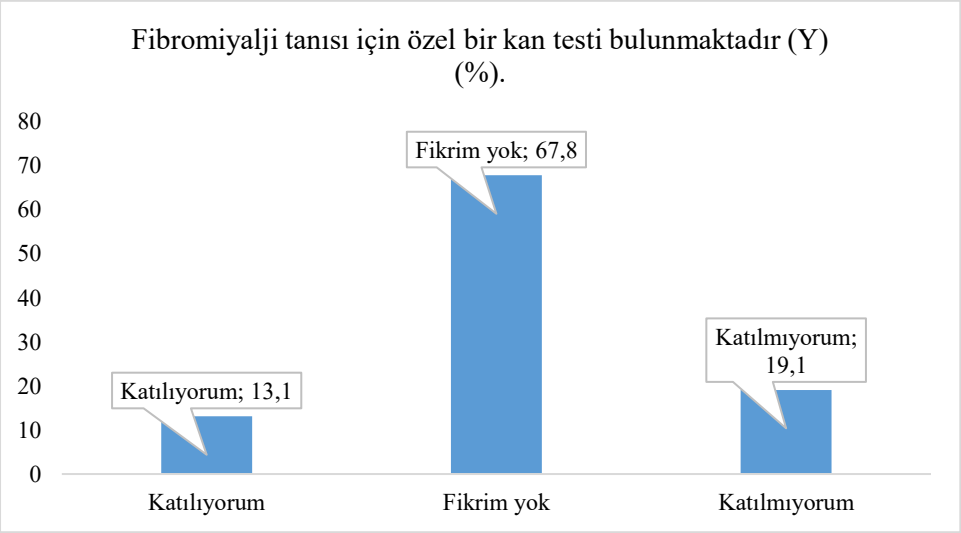
Şekil 13. "Fibromiyalji hastaları yüzmekten kaçınmalıdır" ifadesine verilen yanıtların dağılımları

"Fibromiyalji hastaları yüzmekten kaçınmalıdır" maddesine katılanların oranı %8 (n=16), katılmayanların oranı %35,2 (n=70) ve fikri olmadığını ifade edenlerin oranı %56,8 (n=113) bulunmuştur (Şekil 13).



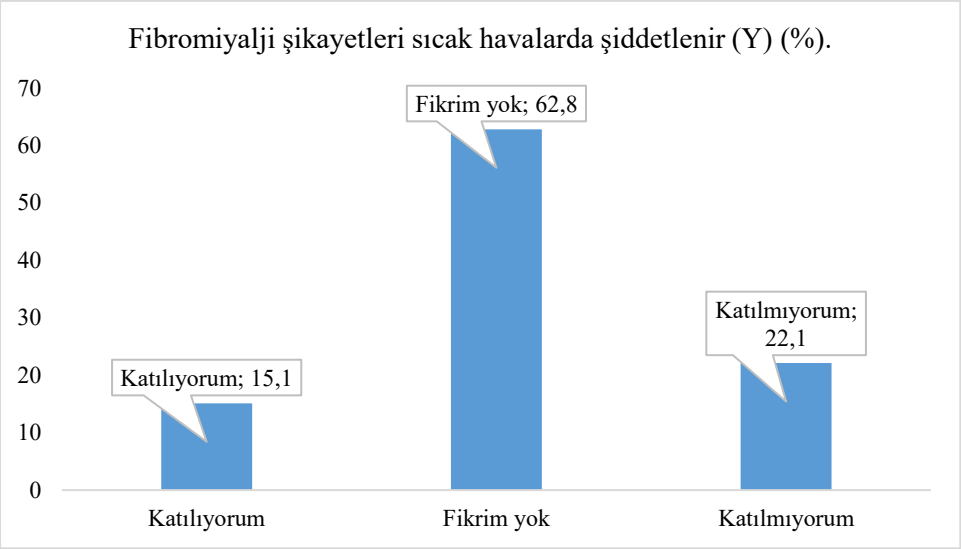
Şekil 14. "Çocukluk çağı aşıları fibromiyalji riskini artırmaktadır" ifadesine verilen yanıtların dağılımları

"Çocukluk çağı aşıları fibromiyalji riskini artırmaktadır" maddesine katılanların oranı %7 (n=14), katılmayanların oranı %31,2 (n=62) ve fikri olmadığını ifade edenlerin oranı %61,8 (n=123) bulunmuştur (Şekil 14).



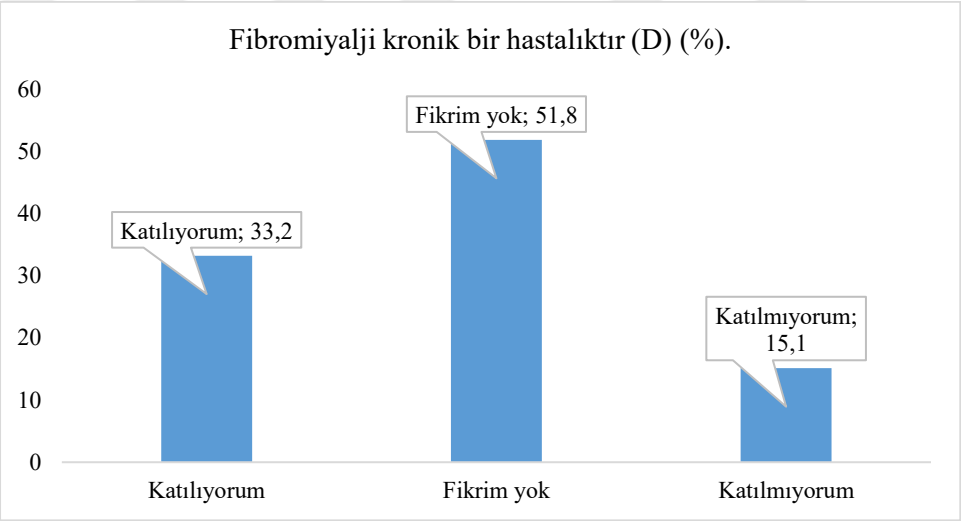
Şekil 15. "Fibromiyalji tanısı için özel bir kan testi bulunmaktadır" ifadesine verilen yanıtların dağılımları

"Fibromiyalji tanısı için özel bir kan testi bulunmaktadır" maddesine katılanların oranı %13,1 (n=26), katılmayanların oranı %19,1 (n=38) ve fikri olmadığını ifade edenlerin oranı %67,8 (n=135) bulunmuştur (Şekil 15).



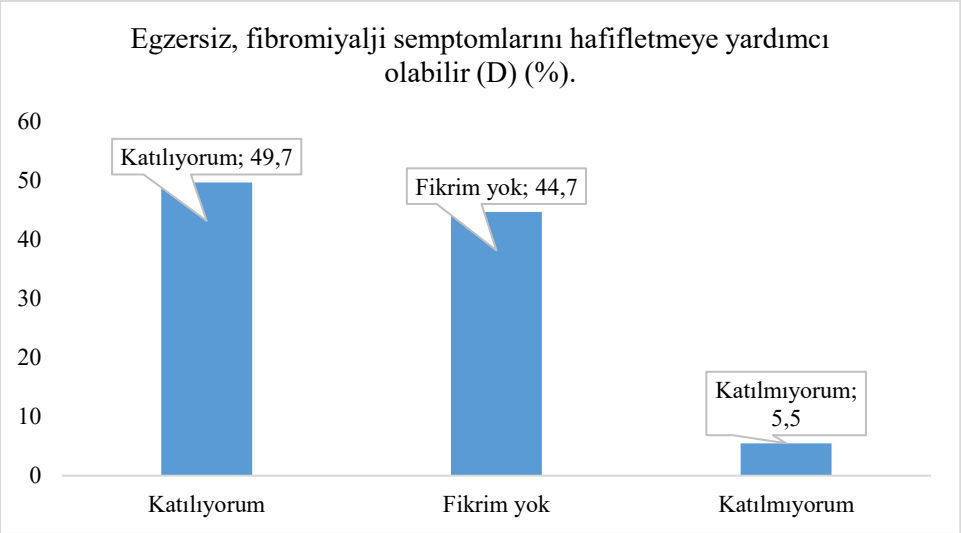
Şekil 16. "Fibromiyalji şikayetleri sıcak havalarda şiddetlenir" ifadesine verilen yanıtların dağılımları

"Fibromiyalji şikayetleri sıcak havalarda şiddetlenir" maddesine katılanların oranı %15,1 (n=30), katılmayanların oranı %22,1 (n=44) ve fikri olmadığını ifade edenlerin oranı %62,8 (n=125) bulunmuştur (Şekil 16).



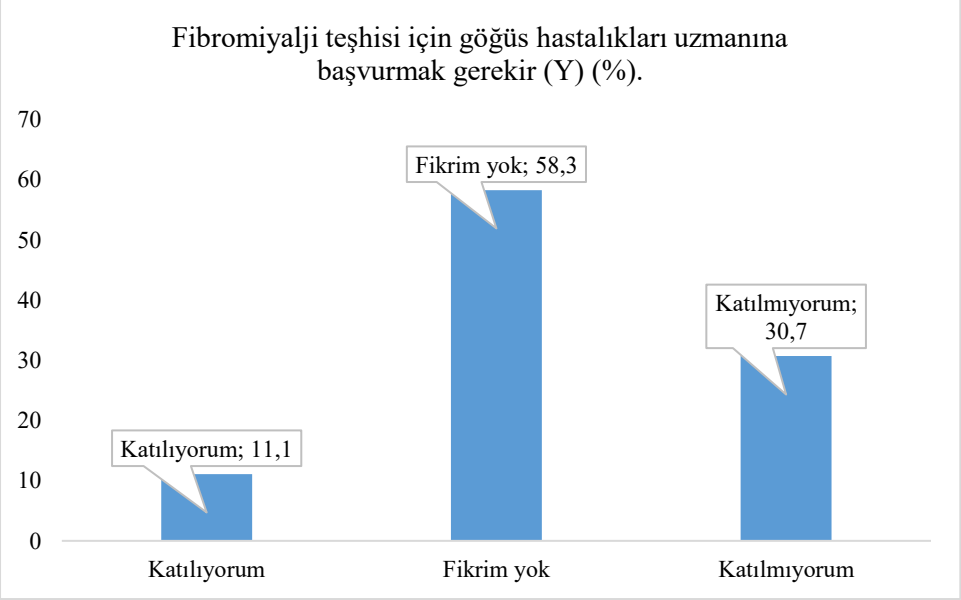
Şekil 17. "Fibromiyalji kronik bir hastalıktır" ifadesine verilen yanıtların dağılımları

"Fibromiyalji kronik bir hastalıktır" maddesine katılanların oranı %33,2 (n=66), katılmayanların oranı %15,1 (n=30) ve fikri olmadığını ifade edenlerin oranı %51,8 (n=103) bulunmuştur (Şekil 17).



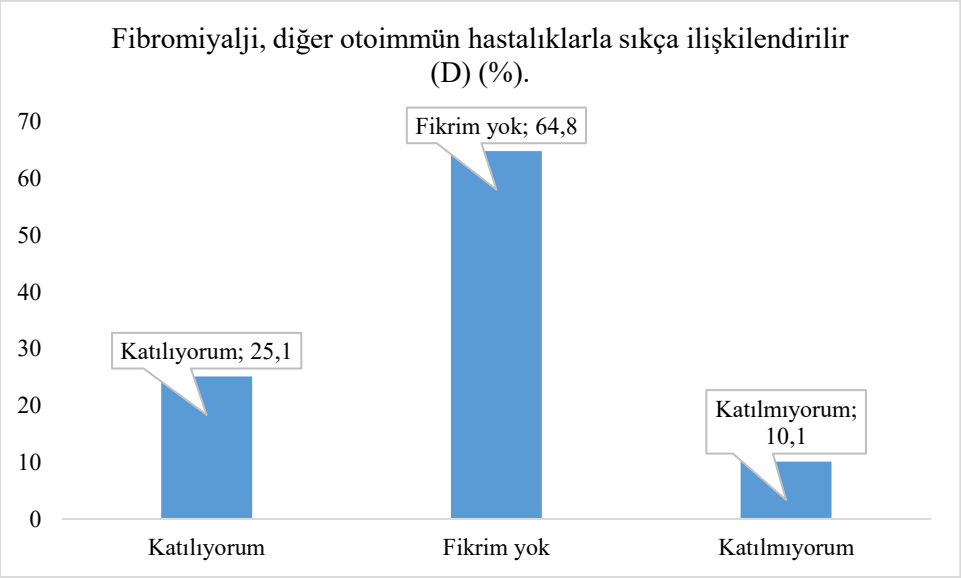
Şekil 18. "Egzersiz, fibromiyalji semptomlarını hafifletmeye yardımcı olabilir" ifadesine verilen yanıtların dağılımları

"Egzersiz, fibromiyalji semptomlarını hafifletmeye yardımcı olabilir" maddesine katılanların oranı %49,7 (n=99), katılmayanların oranı %5,5 (n=11) ve fikri olmadığını ifade edenlerin oranı %44,7 (n=89) bulunmuştur (Şekil 18).



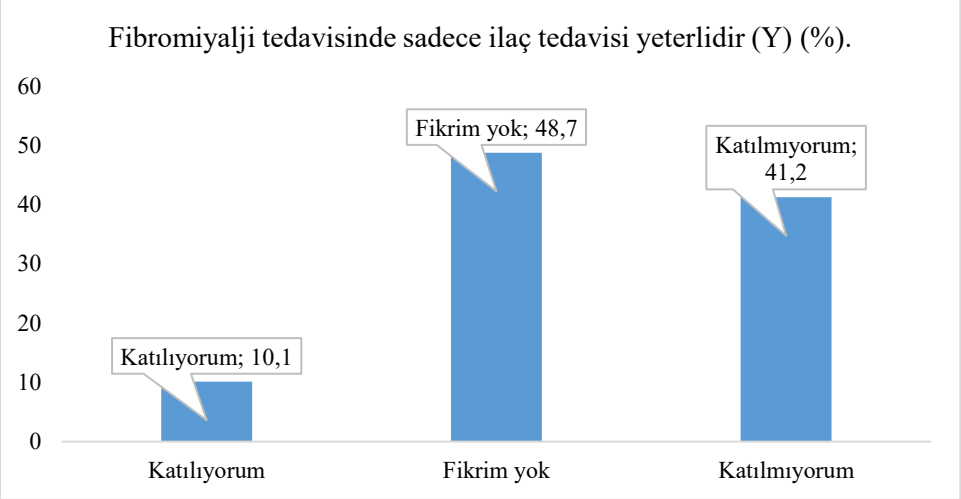
Şekil 19. "Fibromiyalji teşhisi için göğüs hastalıkları uzmanına başvurmak gerekir" ifadesine verilen yanıtların dağılımları

"Fibromiyalji teşhisi için göğüs hastalıkları uzmanına başvurmak gerekir" maddesine katılanların oranı %11,1 (n=22), katılmayanların oranı %30,7 (n=61) ve fikri olmadığını ifade edenlerin oranı %58,3 (n=116) bulunmuştur (Şekil 19).



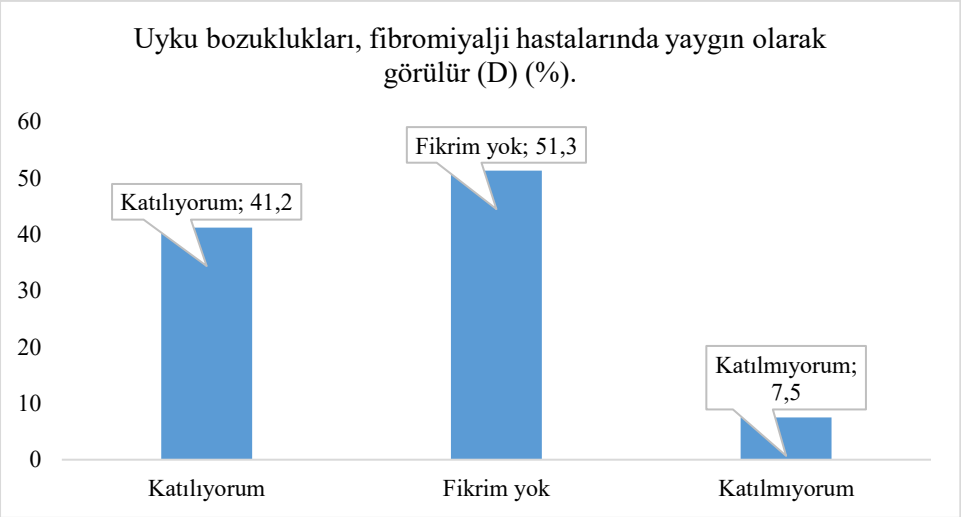
Şekil 20. "Fibromiyalji, diğer otoimmün hastalıklarla sıkça ilişkilendirilir" ifadesine verilen yanıtların dağılımları

"Fibromiyalji, diğer otoimmün hastalıklarla sıkça ilişkilendirilir" maddesine katılanların oranı %25,1 (n=50), katılmayanların oranı %10,1 (n=20) ve fikri olmadığını ifade edenlerin oranı %64,8 (n=129) bulunmuştur (Şekil 20).



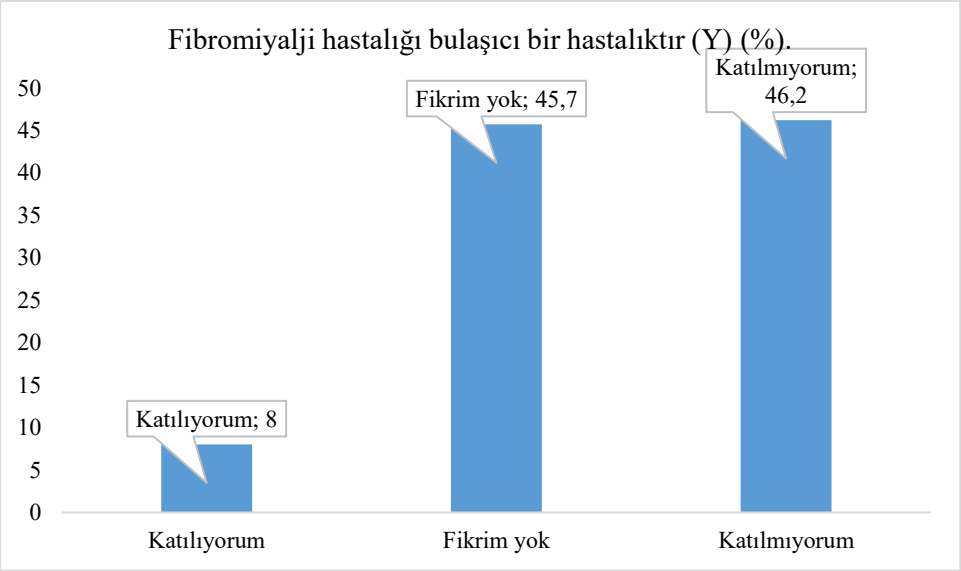
Şekil 21. "Fibromiyalji tedavisinde sadece ilaç tedavisi yeterlidir" ifadesine verilen yanıtların dağılımları

"Fibromiyalji tedavisinde sadece ilaç tedavisi yeterlidir" maddesine katılanların oranı %10,1 (n=20), katılmayanların oranı %41,2 (n=82) ve fikri olmadığını ifade edenlerin oranı %48,7 (n=97) bulunmuştur (Şekil 21).



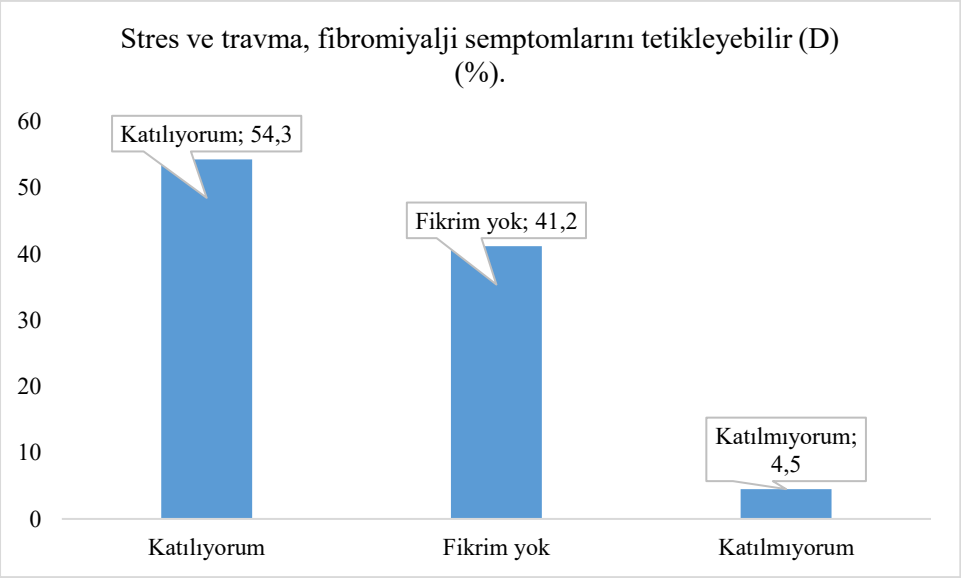
Şekil 22. "Uyku bozuklukları, fibromiyalji hastalarında yaygın olarak görülür" ifadesine verilen yanıtların dağılımları

"Uyku bozuklukları, fibromiyalji hastalarında yaygın olarak görülür" maddesine katılanların oranı %41,2 (n=82), katılmayanların oranı %7,5 (n=15) ve fikri olmadığını ifade edenlerin oranı %51,3 (n=102) bulunmuştur (Şekil 22).



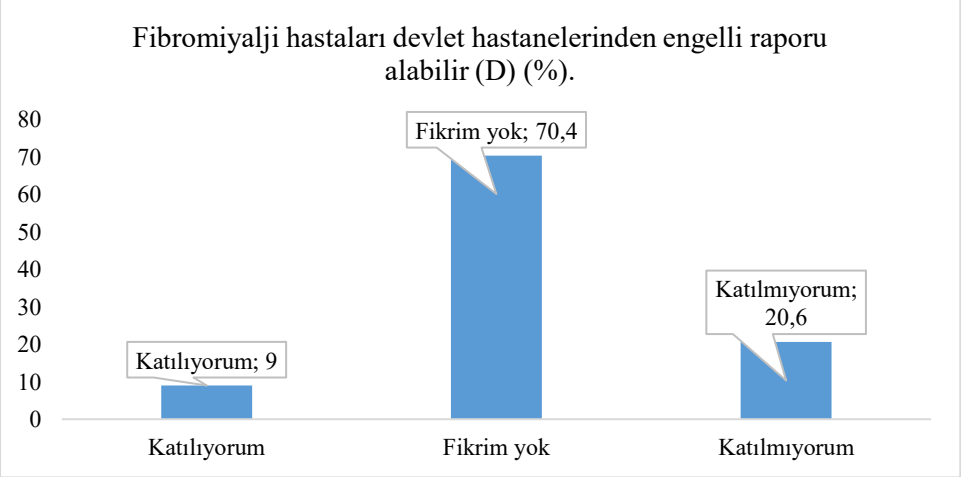
Şekil 23. "Fibromiyalji hastalığı bulaşıcı bir hastalıktır" ifadesine verilen yanıtların dağılımları

"Fibromiyalji hastalığı bulaşıcı bir hastalıktır" maddesine katılanların oranı %8 (n=16), katılmayanların oranı %46,2 (n=92) ve fikri olmadığını ifade edenlerin oranı %45,7 (n=91) bulunmuştur (Şekil 23).



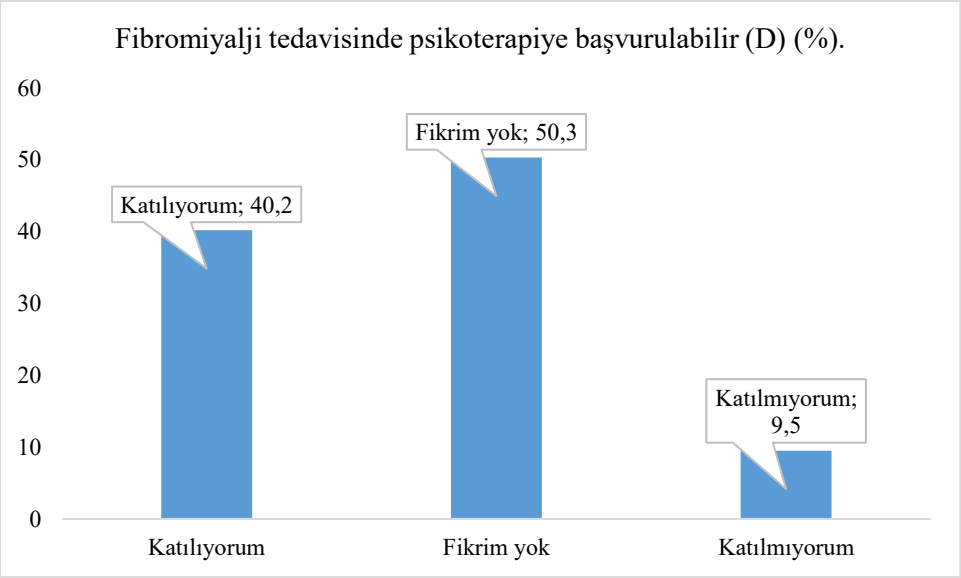
Şekil 24. "Stres ve travma, fibromiyalji semptomlarını tetikleyebilir" ifadesine verilen yanıtların dağılımları

"Stres ve travma, fibromiyalji semptomlarını tetikleyebilir" maddesine katılanların oranı %54,3 (n=108), katılmayanların oranı %4,5 (n=9) ve fikri olmadığını ifade edenlerin oranı %41,2 (n=82) bulunmuştur (Şekil 24).



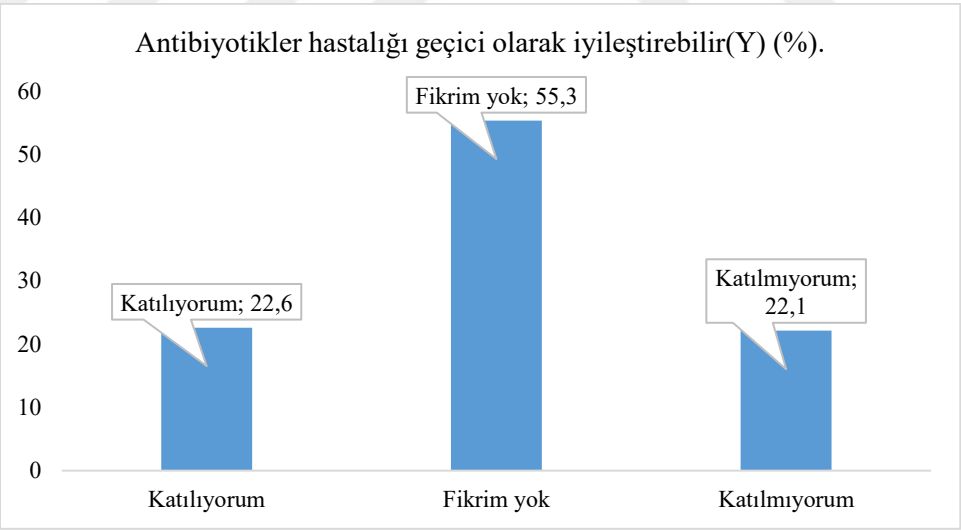
Şekil 25. "Fibromiyalji hastaları devlet hastanelerinden engelli raporu alabilir" ifadesine verilen yanıtların dağılımları

"Fibromiyalji hastaları devlet hastanelerinden engelli raporu alabilir" maddesine katılanların oranı %9 (n=18), katılmayanların oranı %20,6 (n=41) ve fikri olmadığını ifade edenlerin oranı %70,4 (n=140) bulunmuştur (Şekil 25).



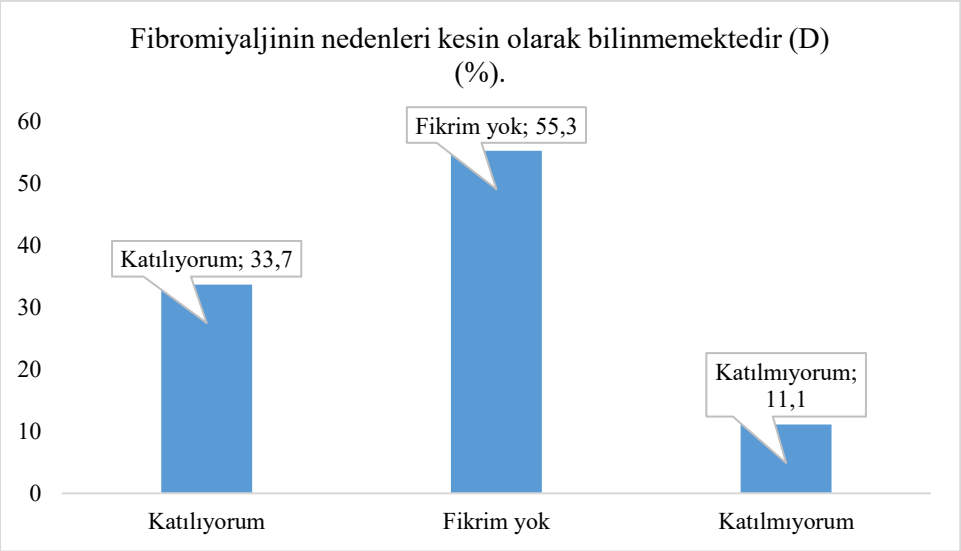
Şekil 26. "Fibromiyalji tedavisinde psikoterapiye başvurulabilir" ifadesine verilen yanıtların dağılımları

"Fibromiyalji tedavisinde psikoterapiye başvurulabilir" maddesine katılanların oranı %40,2 (n=80), katılmayanların oranı %9,5 (n=19) ve fikri olmadığını ifade edenlerin oranı %50,3 (n=100) bulunmuştur (Şekil 26).



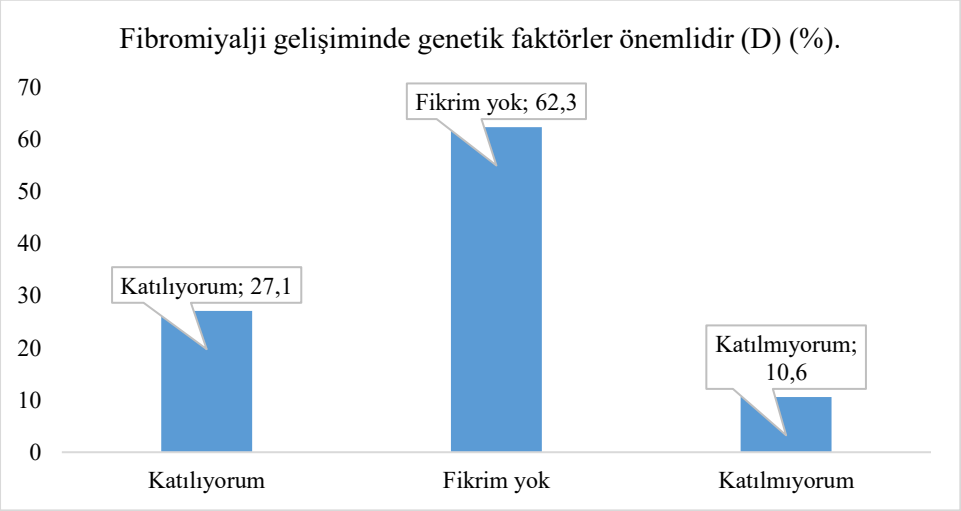
Şekil 27. "Antibiyotikler hastalığı geçici olarak iyileştirebilir" ifadesine verilen yanıtların dağılımları

"Antibiyotikler hastalığı geçici olarak iyileştirebilir" maddesine katılanların oranı %22,6 (n=45), katılmayanların oranı %22,1 (n=44) ve fikri olmadığını ifade edenlerin oranı %55,3 (n=110) bulunmuştur (Şekil 27).



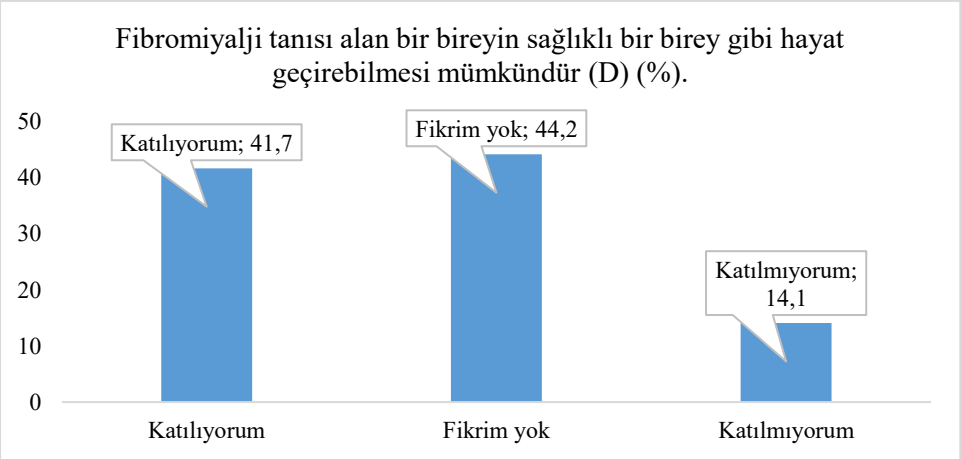
Şekil 28. "Fibromiyaljinin nedenleri kesin olarak bilinmemektedir" ifadesine verilen yanıtların dağılımları

"Fibromiyaljinin nedenleri kesin olarak bilinmemektedir" maddesine katılanların oranı %33,7 (n=67), katılmayanların oranı %11,1 (n=22) ve fikri olmadığını ifade edenlerin oranı %55,3 (n=110) bulunmuştur (Şekil 28).



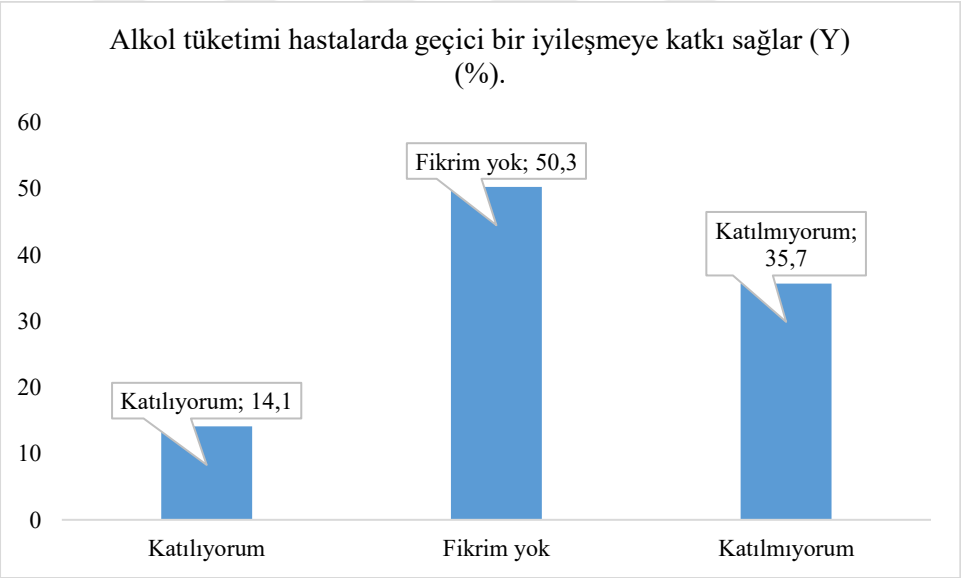
Şekil 29. "Fibromiyalji gelişiminde genetik faktörler önemlidir" ifadesine verilen yanıtların dağılımları

"Fibromiyalji gelişiminde genetik faktörler önemlidir" maddesine katılanların oranı %27,1 (n=54), katılmayanların oranı %10,6 (n=21) ve fikri olmadığını ifade edenlerin oranı %62,3 (n=124) bulunmuştur (Şekil 29).



Şekil 30. "Fibromiyalji tanısı alan bir bireyin sağlıklı bir birey gibi hayat geçirebilmesi mümkündür" ifadesine verilen yanıtların dağılımları

"Fibromiyalji tanısı alan bir bireyin sağlıklı bir birey gibi hayat geçirebilmesi mümkündür" maddesine katılanların oranı %41,7 (n=83), katılmayanların oranı %14,1 (n=28) ve fikri olmadığını ifade edenlerin oranı %44,2 (n=88) bulunmuştur (Şekil 30).



Şekil 31. "Alkol tüketimi hastalarda geçici bir iyileşmeye katkı sağlar" ifadesine verilen yanıtların dağılımları

"Alkol tüketimi hastalarda geçici bir iyileşmeye katkı sağlar" maddesine katılanların oranı %14,1 (n=28), katılmayanların oranı %35,7 (n=71) ve fikri olmadığını ifade edenlerin oranı %50,3 (n=100) bulunmuştur (Şekil 31).

Tablo 10. Fibromiyalji genel bilgi düzeyinin sosyodemografik değişkenlere göre incelenmesi

		r	p
Yaş Korelasyon		-0,130	***0,040***
Cinsiyet	**n**	**Ort.±SS**	**P***
Kadın	107	42,4±32	***0,000***
Erkek	92	22,7±30,1	
Medeni durum			
Hiç evlenmemiş	48	40,5±34	
Evli	138	30,4±31,9	0,203**
Boşanmış/eşi vefat etmiş	13	37,1±32,7	
Eğitim durumu			
İlkokul ve altı	42	11,3±15	
Ortaokul	27	23,7±28,5	
Lise	51	25,2±37,4	***0,000****
Ön lisans	16	42,9±3,4	
Lisans	52	54,1±32,3	
Yüksek lisans ve üstü	11	66,4±36,4	
Çalışma durumu			
Çalışıyor	114	38±35,9	***0,017****
Çalışmıyor	85	27±36,6	
Çalışma tipi			
Mavi yakalı	62	24,8±32,7	***0,000****
Beyaz yakalı	52	53,8±33,3	
Çalışmayanların durumu			
İşsiz	15	31,3±24,3	
Ev hanımı	33	24±27,3	0,238**
Emekli	28	23,3±26,6	
Öğrenci	9	42±25	
Aylık kişisel gelir *(TL)*			
Bir asgari ücret ve daha az	78	27,5±27,1	
Bir asgari ücret ile iki asgari ücret arasında	50	21,2±25	***0,000****
İki asgari ücret ve daha fazla	71	48,2±37,3	
Aylık hane geliri *(TL)*			
Bir asgari ücret ve daha az	34	17,1±25,2	
Bir – iki asgari ücret arasında	41	22,4±27,2	***0,000****
İki asgari ücret ve daha fazla	113	41,7±34,4	
Fibromiyalji bilgisinin değerlendirilmesi			
Bilgim var	106	51,2±27,1	***0,000****
Bilgim kısıtlı	93	13±25,8	
Fibromiyalji temel bilgi kaynağı			
Doktor/hemşire	42	58±27,6	
İnternet/sosyal medya	27	44,8±23,6	***0,002****
Aile/arkadaş	17	33,5±20,7	
Televizyon/radyo/gazete/dergi	20	60,4±27,7	

*Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma, r: Pearson korelasyon testi, *Bağımsız değişkenler için t testi, ** Tek yönlü varyans testi (ANOVA)*

Fibromiyaljiye ilişkin genel bilgi düzeyi, çalışmada %33,3±33,6 olarak saptanmıştır. Katılımcıların bilgi düzeylerine ait içerik analizi incelendiğinde, en yüksek doğru yanıt oranı %54,3 ile "Stres ve travma, fibromiyalji semptomlarını

tetikleyebilir" ifadesine yönelik bulunurken; en yüksek yanlış yanıt oranı %24,1 ile "Fibromiyalji hem kadınları hem de erkekleri aynı oranda etkiler" ifadesine verilmiştir.

Cinsiyete göre yapılan karşılaştırmalarda, fibromiyaljiye ilişkin bilgi düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Erkek katılımcıların ortalama bilgi düzeyi %42,4 iken, kadın katılımcıların ortalama skoru %22,4'tür. Bu bulgu, erkeklerin bilgi düzeyinin kadınlara kıyasla anlamlı biçimde daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Yaş değişkeni ile fibromiyalji bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzeyde bir korelasyon saptanmıştır ($r= -0,130$; $p<0,05$). Buna göre yaş ilerledikçe bilgi düzeyinde azalma görülmektedir.

Medeni duruma göre yapılan analizde, bilgi düzeyinde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Eğitim durumu açısından yapılan karşılaştırmalarda, bilgi düzeylerinin anlamlı şekilde farklılaştığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Ortalama bilgi düzeyleri; ilkokul ve altı için %11,3, ortaokul için %23,7, lise için %25,2, ön lisans için %42,9, lisans için %54,1 ve yüksek lisans ve üzeri için %66,4 olarak hesaplanmıştır. İlkokul, ortaokul ve lise düzeyinde eğitim alan bireylerin bilgi düzeyleri; ön lisans, lisans ve yüksek lisans düzeyinde eğitim alan bireylerle karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.

Çalışma durumu açısından değerlendirildiğinde, çalışan bireylerin ortalama bilgi düzeyinin (%38), çalışmayan bireylerin ortalamasından (%27) anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çalışma tipine göre yapılan değerlendirmede de bilgi düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Beyaz yakalı katılımcıların ortalama skoru %53,8 iken, mavi yakalı katılımcıların ortalaması %24,8'dir. Buna göre beyaz yakalı bireylerin bilgi düzeyi anlamlı biçimde daha yüksektir.

Çalışmayan bireylerin durumu (örneğin emekli, ev hanımı, işsiz, öğrenci) ile bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Aylık kişisel gelir düzeyi ile bilgi düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Ortalama skorlar; bir asgari ücret ve altı gelir düzeyinde %27,5, bir ile iki asgari ücret arasında %21,2 ve iki asgari ücret ve üzeri

gelir düzeyinde %48,2 olarak belirlenmiştir. En yüksek bilgi düzeyi, iki asgari ücret ve üzeri gelire sahip bireylerde saptanmış ve bu grup, diğer gelir düzeylerinden anlamlı olarak farklılaşmıştır.

Benzer biçimde, aylık hane geliri ile bilgi düzeyi arasında da anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalama bilgi düzeyi; bir asgari ücret ve altı için %17,1, bir ile iki asgari ücret arası için %22,4 ve iki asgari ücret ve üzeri için %41,7 olarak tespit edilmiştir. Hane geliri yüksek olan bireylerin bilgi düzeyi istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksektir.

Katılımcıların öznel bilgi düzeylerine göre yapılan karşılaştırmada, fibromiyalji hakkında bilgisi olduğunu ifade eden bireylerin ortalama bilgi düzeyi %51,2 iken, bilgisinin kısıtlı olduğunu belirtenlerin ortalama skoru %13'tür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve öznel bilgi beyanının objektif bilgi düzeyiyle uyumlu olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Son olarak, fibromiyaljiye ilişkin temel bilgi kaynağına göre yapılan analizde bilgi düzeylerinde anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bilgiyi doktor veya hemşirelerden edinen bireylerin ortalama bilgi düzeyi %58, televizyon/radyo/gazete/dergi gibi medya kaynaklarından edinenlerin ortalama düzeyi %60,4 ve aile/arkadaş çevresinden edinenlerin düzeyi %33,5 olarak belirlenmiştir. Aile/arkadaş kaynaklı bilgiye sahip bireylerin bilgi düzeyi, diğer iki gruba kıyasla anlamlı biçimde daha düşüktür (Tablo 10).

5. TARTIŞMA

Her ne kadar güncel literatürde endokrin, sempatik ve immün sistem düzensizlikleriyle ilişkisi ortaya konmuş olsa da fibromiyalji birçok kişi tarafından psikosomatik spektrumun uç noktasında yer alan karmaşık bir sendrom olarak değerlendirilmektedir (46). Hastalığın temel belirtisi yaygın, kronik ağrı olmakla birlikte; yorgunluk, uyku bozuklukları, duygu durum değişiklikleri ve "fibrofog" olarak tanımlanan bilişsel işlev bozuklukları da eşlik etmektedir. Fibromiyalji çoğu zaman irritabl barsak sendromu (İBS), baş ağrıları ve duygu durum bozuklukları gibi pek çok eşlikçi semptomla birlikte seyretmektedir. Etiyopatogenezi halen net değildir ve stres, kronik hastalıklar ya da ağrılı durumlar tarafından tetiklenebilir. Belirtiler farklı sistemleri (sindirim, dolaşım, sinir, üriner, üreme vb.) etkileyebilir ve bu durum tanı sürecini zorlaştırmaktadır. Fibromiyalji günümüzde santral sensitizasyon sendromları arasında sınıflandırılmaktadır (47,48).

Bu çalışmada fibromiyaljiye ilişkin bilgi düzeyinin katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre anlamlı biçimde değiştiği saptanmıştır. Özellikle kadınlar, daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireyler, çalışanlar ve beyaz yakalı meslek grupları fibromiyalji hakkında daha yüksek bilgi düzeyine sahiptir. Bu durum, bilgiye erişim imkânlarının, sağlık okuryazarlığının ve bireysel farkındalığın bilgi düzeyi üzerindeki belirleyici rolünü ortaya koymaktadır. Yaş ilerledikçe bilgi düzeyinin azalması, sağlık eğitimlerinde yaş gruplarına özel yaklaşımların gerekliliğine işaret etmektedir. Ayrıca, katılımcıların bilgiyi sağlık profesyonellerinden veya güvenilir medya kaynaklarından edinmesi, doğru bilgi düzeyinin artmasıyla ilişkili bulunmuştur.

Çalışmamızda, fibromiyaljiye ilişkin bilgi düzeyi cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir. Bilgili olduğunu ifade eden kadın katılımcıların oranı, erkek katılımcıların oranına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Cengiz'in Aile Hekimliği asistanlarına yönelik yapılan çalışmada kadın katılımcıların bilgi puanı ortalamaları erkeklerden daha yüksek bulunmuş ve fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (49). Aynı şekilde Moretti ve arkadaşlarının çalışmasında da kadın katılımcıların doğru yanıt oranları erkek katılımcılardan anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur (50). Liang ve arkadaşlarının çalışmasında da cinsiyet açısından anlamlı farklılık gözlenmiş ve kadınların bilgi düzeyinin daha yüksek

olduğu ifade edilmiştir (51). Provenza ve arkadaşları, kadınların daha yüksek bilgi düzeyine sahip olmasını, fibromiyaljinin kadınlarda daha sık görülmesiyle açıklamıştır (52). Buna karşılık, literatürde farklı sonuçlara da rastlanmaktadır. Buskila ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadın ve erkek katılımcılar arasında bilgi düzeyi açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (53). Koyuncu'nun çalışmasında da cinsiyet ile bilgi puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (54). Benzer şekilde Aydoğmuş'un aile hekimleriyle yaptığı çalışmada ve AbdEl-Aziz El-Badrawy ve arkadaşlarının çalışmasında da cinsiyete bağlı anlamlı bir fark bildirilmemiştir (55,56). Sonuç olarak, çalışmamızda kadınların bilgi düzeyinin erkeklere kıyasla daha yüksek bulunması, literatürdeki bazı çalışmalarla örtüşmekte, bazılarıyla ise farklılık göstermektedir. Bu durum, örneklem yapısındaki farklılıklarla (toplum temelli vs. sağlık çalışanı temelli), katılımcıların eğitim düzeyi, sağlıkla ilgili deneyimleri ve fibromiyaljiyle karşılaşma sıklıkları gibi etmenlerle açıklanabilir.

Çalışmamızda yaş ile bilgi düzeyi arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde ancak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur; bu da yaş ilerledikçe bilgi düzeyinde azalma olduğunu göstermektedir. Liang ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer bir bulgu yer almakta, yaşın artmasıyla birlikte bilgi düzeyinin düştüğü belirtilmektedir. Söz konusu çalışmada ileri yaş grubundaki bireylerin yeterli bilgiye sahip olma ve proaktif sağlık davranışı gösterme eğilimlerinin azaldığı ifade edilmiştir (51). Çalışmamızla literatür bulgusu arasındaki bu uyum, yaşın bilgiye erişim araçlarına (örneğin dijital medya) hâkimiyet ve güncel sağlık bilgilerine ulaşma motivasyonu açısından önemli bir belirleyici olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda medeni durum ile bilgi düzeyi üzerinde anlamlı bir etki saptanmamıştır. Liang ve arkadaşlarının çalışmasında da medeni durumla bilgi düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (51). Her iki çalışmanın sonucuna göre, bireylerin fibromiyaljiye ilişkin bilgi düzeyleri medeni durumdan çok bireysel sağlık ilgisi, eğitim düzeyi ve bilgiye ulaşım yollarıyla şekillenmektedir. Medeni durumun bilgi edinme motivasyonuna doğrudan etkisi olmadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça fibromiyaljiye ilişkin bilgi düzeyinin de anlamlı biçimde arttığı belirlenmiştir. Özellikle ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip bireyler ile daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireyler arasında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. En yüksek bilgi düzeyine yüksek lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip

bireyler ulaşmıştır. Liang ve arkadaşlarının çalışmasında da lisans ve üstü mezunların bilgi düzeyleri, lise ve ortaokul mezunu katılımcılardan anlamlı yüksek bulunmuştur (51). Koca ve arkadaşlarının çalışmasında ise eğitim düzeyi ile doğru yanıt sayısı arasında doğrusal bir artış saptanmıştır (57). Ayrıca Bujnowska-Fedak ve arkadaşlarının araştırmasında, eğitim düzeyi yüksek bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere daha kolay ulaşabildiği, bu bilgileri daha iyi anlayıp uygulayabildiği vurgulanmıştır (58). Çalışmamızdaki bulgular da bu genel eğilimle örtüşmekte, sağlık okuryazarlığında eğitimin temel belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda çalışan bireylerin bilgi düzeyi, çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca çalışma tipine göre yapılan değerlendirmede beyaz yakalıların bilgi düzeyinin mavi yakalılara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Liang ve arkadaşlarının çalışmasında da çalışan bireylerin bilgi düzeyi çalışmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur (51). Ancak AbdEl-Aziz El-Badrawy ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada sosyodemografik özellikler ile bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (56). Bu durum, çalışmayan bireylerin mesleki geçmişi, sağlıkla temas düzeyleri ve bilgi kaynaklarına erişim imkanları gibi faktörlerin etkisine bağlı olarak değişebilir. Çalışma tipinin bilgi düzeyine etkisi ise literatürde açıkça sınıflandırılmamış olsa da eğitim düzeyinin etkisiyle birlikte değerlendirildiğinde, beyaz yakalı çalışanların bilgiye daha kolay erişebilmesi bu farkı açıklamaktadır.

Çalışmamızda kişisel ve hane gelir düzeyine ilişkin analizlerde, iki asgari ücret ve üzeri gelire sahip bireylerin bilgi düzeyinin diğer gelir gruplarına göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde gelir düzeyine ilişkin sınırlı sayıda bulgu bulunmakla birlikte, sağlık okuryazarlığında gelir düzeyinin etkili bir faktör olduğu bilinmektedir. Çalışmamızdaki bu bulgu, gelir düzeyinin bilgiye ulaşım yollarını (örneğin özel sağlık hizmetleri, dijital cihazlar ve eğitim kaynakları) doğrudan etkilediğini ve bilgi düzeyi üzerinde dolaylı bir etkisi olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların öznel bilgi düzeyi algıları da gerçek bilgi düzeyleriyle örtüşmektedir. Fibromiyalji konusunda bilgili olduğunu ifade eden bireylerin bilgi düzeyi, bilgisi sınırlı olduğunu belirtenlere göre anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Liang ve arkadaşlarının çalışmasında da katılımcıların öznel

bilgi değerlendirmeleri ile objektif bilgi düzeyleri arasında paralellik olduğu belirtilmiştir (51). Bu durum, bireylerin sağlık bilgi yeterliliklerini doğru algılayabildiklerini ve öz değerlendirme sorularının geçerliliğini desteklemektedir.

Çalışmamızda, fibromiyalji konusunda temel bilgi kaynağı da bilgi düzeyini etkilemektedir. Bilgiyi sağlık personelinden (doktor/hemşire) ya da yazılı/görsel medya araçlarından edinen bireylerin bilgi düzeyi, aile/arkadaş çevresinden bilgi edinen bireylere göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Alvarado Moreno ve Oliva Arias'ın çalışmasında da fibromiyalji hakkındaki bilgi eksikliklerinin en çok hastalığın kökeni ve tedavisine yönelik olduğu ve bu durumun yetersiz ya da yanlış bilgi kaynaklarından beslendiği belirtilmiştir (58). Zeid ve İbrahim'in çalışmasında ise bilgi eksiklikleri, hastalıkla ilgili eğitim programlarına katılımın azlığı ve güvenilir bilgiye erişim kısıtlılığı ile ilişkilendirilmiştir (59). Dolayısıyla çalışmamızda bilgi kaynağı ile bilgi düzeyi arasındaki anlamlı ilişki, bu bulgularla tutarlıdır.

Çalışmamızda fibromiyalji genel bilgi düzeyi %33,3 bulunmuştur. Suda ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran ortalama %50 olarak bildirilmiştir (60). Cengiz'in çalışmasında ise bilgi düzeyi daha yüksektir; en yüksek doğru yanıt oranı %98,8 ile "Yaygın vücut ağrısı, uyku bozukluğu ve anksiyete ile seyreden kronik bir hastalıktır" ifadesinde saptanmıştır (49). Liang ve arkadaşlarının çalışmasında bilgi düzeyi yüksek bulunmuş, örneğin "Fibromiyalji, genellikle yorgunluk, uyku ve duygudurum bozuklukları gibi birden fazla semptomun yanı sıra birden fazla bölgede ağrıyla birlikte görülen yaygın bir kronik hastalıktır" ifadesine %89,3 oranında doğru yanıt verilmiştir (51). Buna karşılık Zeid ve İbrahim'in çalışmasında aile hekimlerinin yalnızca %31,2'si orta düzey bilgiye sahip olduğunu belirtmiştir (59). AbdEl-Aziz El-Badrawy ve arkadaşlarının çalışmasında da çalışanların %43'ünün orta, %37'sinin ise düşük düzey bilgiye sahip olduğu saptanmıştır (56). Bu veriler ışığında, toplum temelli örneklemlerle yapılan çalışmalarda genel bilgi düzeyinin daha düşük olduğu, sağlık profesyonelleri ile yapılan çalışmalarda ise bilgi düzeyinin genelde daha yüksek bulunduğu, ancak bunun bile tatmin edici seviyede olmadığı söylenebilir. Çalışmamızın toplum temelli olması göz önünde bulundurulduğunda, elde edilen %33,3'lük düzeyin literatürle uyumlu olduğu değerlendirilmektedir.

Çalışmamızda en iyi bilinen konular arasında stres ve travmanın fibromiyalji semptomlarını tetikleyebildiği, fibromiyaljinin vücutta yaygın kas ve eklem ağrısına

neden olduğu, egzersizin fibromiyalji semptomlarını hafifletmeye yardımcı olabileceği, fibromiyalji hastalığının bulaşıcı bir hastalık olmadığı ve fibromiyalji tanısı alan bir bireyin sağlıklı bir birey gibi hayat geçirebilmesi mümkün olduğu yer almaktadır. Bu bulgular, Suda ve arkadaşlarının çalışmasıyla örtüşmektedir. Söz konusu çalışmada katılımcıların egzersiz, eklem korunması ve enerji tasarrufu gibi konularda görece yüksek bilgi düzeyine sahip oldukları, çoğunun egzersizin semptomları hafiflettiğini ve yürüyüşün en uygun egzersiz olduğunu belirttiği görülmüştür (60). Koca ve arkadaşlarının çalışmasında da fibromiyaljinin yaygın kas-iskelet sistemi ağrısı ile karakterize olduğu, kadınlarda daha sık görüldüğü, eklem deformitesine yol açmadığı ve antidepresan tedavilerle yönetilebildiği doğru olarak bilinmektedir (57).

Ancak çalışmamızda en az bilinen konular arasında yer alan "fibromiyalji tanısı için özel bir kan testi bulunmaktadır", "fibromiyalji hastaları devlet hastanelerinden engelli raporu alabilir", "bardak çektirmek fibromiyalji hastalarına yardımcı olabilir", "fibromiyalji şikayetleri sıcak havalarda şiddetlenir" ve "antibiyotikler hastalığı geçici olarak iyileştirebilir" gibi ifadeler yanlış inanışlara işaret etmektedir. Bu bulgularımız Alvarado Moreno ve Oliva Arias'ın çalışmasındaki sonuçlarla paralellik göstermektedir; söz konusu çalışmada bilgi eksikliklerinin özellikle hastalığın nedenleri ve tedavisi konularında yoğunlaştığı belirtilmiştir (58). Koca ve arkadaşlarının çalışmasında da katılımcıların fibromiyaljiyi yüksek serum belirteçleriyle seyreden inflamatuar bir romatizmal hastalık olarak değerlendirdiği, doğurganlığı azalttığına, yalnızca ilaçla tedavi edildiğine ve psikolojik bir hastalık olduğuna inandığı bildirilmiştir (57). Liang ve arkadaşlarının çalışmasında da yanlış yanıtların en çok nedenlere ve geleneksel inançlara dayalı olduğu görülmüştür (51).

Çalışmamızda katılımcıların fibromiyaljiye ilişkin bilgi düzeylerinin içeriği değerlendirildiğinde, doğru yanıt oranının en yüksek olduğu ifadenin "Stres ve travma, fibromiyalji semptomlarını tetikleyebilir" önermesi olduğu (doğru yanıt oranı: %54,3), en yüksek yanlış yanıt oranının ise "Fibromiyalji hem kadınları hem de erkekleri aynı oranda etkiler" önermesinde gözlendiği (%24,1) belirlenmiştir. Liang ve arkadaşlarının çalışmasında en yüksek doğru yanıt verilen ifadenin %89,3 ile "Fibromiyalji, genellikle yorgunluk, uyku ve duygudurum bozuklukları gibi birden fazla semptomun yanı sıra birden fazla bölgede ağrıyla birlikte görülen yaygın bir

kronik hastalıktır” olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada en yüksek yanlış yanıt oranı %46,6 ile “Fibromiyalji, doğum sonrası soğuk ve rüzgara maruz kalmanın bir sonucudur” ifadesine verilmiştir (51). Cengiz'in çalışmasında en yüksek yanlış yanıt %7,4 ile “Diğer romatolojik hastalıkların aksine sedimentasyon ve CRP artışı görülmez” ifadesine verilmiştir (49). Moretti ve arkadaşlarının çalışmasında da ilaç kullanımı ve enerji yönetimi konuları en az bilinen alanlar arasında yer almıştır (50). Bu veriler, halk arasında fibromiyaljiye yönelik geleneksel ve tamamlayıcı tıp inanışlarının, tanı ve tedavi süreçlerine dair kafa karışıklıklarının ve bilgi eksikliklerinin yaygın olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, çalışmamızda fibromiyaljiye dair doğru bilgilerin daha çok semptomlara ve yaşam tarzı yönetimine ilişkin olduğu; buna karşılık tanı, tedavi ve hastalıkla ilgili sosyal haklar gibi konularda ciddi bilgi eksikliklerinin ve yanlış inanışların var olduğu görülmektedir. Bu durum, toplumda fibromiyalji farkındalığının artırılması için yalnızca bilgilendirme değil, aynı zamanda yanlış bilgilerin düzeltilmesine yönelik hedefli halk sağlığı stratejilerine ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma bulgularına göre, çalışmaya katılan bireylerin fibromiyaljiye ilişkin genel bilgi düzeyi %33,3 olarak bulunmuştur. Bu oran, katılımcıların büyük çoğunluğunun fibromiyalji konusunda bilgi sahibi olmadığını, özellikle tanı, tedavi ve hastalığın doğasıyla ilgili önemli yanlış inanışların yaygın olduğunu göstermektedir. Bu bulgular göz önüne alındığında ***"H_0: Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran 18 yaş ve üzerindeki hastaların fibromiyalji hakkındaki bilgi düzeyleri yetersizdir"*** ifadesi, ***kabul*** edilmiştir.

Çalışmada elde ettiğimiz bulgulardan aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

1. Fibromiyaljiye ilişkin genel bilgi düzeyi düşük düzeydedir (%33,3).
2. Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, kadın katılımcıların bilgi düzeyi erkeklere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir.
3. Yaş arttıkça fibromiyaljiye ilişkin bilgi düzeyinin azaldığı belirlenmiştir (zayıf düzeyde negatif korelasyon).
4. Medeni durumun bilgi düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır.
5. Eğitim düzeyi arttıkça bilgi düzeyi anlamlı biçimde yükselmektedir. En yüksek bilgi düzeyine yüksek lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireyler ulaşmıştır.
6. Çalışan bireylerin bilgi düzeyi, çalışmayanlara göre; beyaz yakalıların bilgi düzeyi ise mavi yakalılara göre anlamlı düzeyde yüksektir.
7. Gelir düzeyi ile bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İki asgari ücret ve üzeri gelire sahip bireyler daha yüksek bilgi düzeyine sahiptir.
8. Kişilerin öznel bilgi düzeyi algısı ile nesnel bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir uyum gözlenmiştir.
9. Bilgi edinme kaynağı da bilgi düzeyini etkilemektedir. Sağlık personeli veya yazılı/görsel medya araçlarından bilgi alanların düzeyi, aile/arkadaş çevresinden bilgi edinenlerden daha yüksektir.
10. Bilgi düzeyinin en yüksek olduğu konular arasında fibromiyaljinin bulaşıcı olmadığı, stresin semptomları tetikleyebileceği ve egzersizin faydalı olabileceği yer alırken; en düşük bilgi düzeyine sahip olunan konular, yanlış inanışlara dayanan ifadelerdir (örn. özel kan testi varlığı, bardak çektirme, antibiyotik etkisi vb.).

11. Katılımcıların en yüksek doğru yanıt oranı “Stres ve travma fibromiyalji semptomlarını tetikleyebilir” ifadesine verilmiştir.
12. En yüksek yanlış yanıt oranı “Fibromiyalji hem kadınları hem de erkekleri aynı oranda etkiler” ifadesine verilmiştir.

Öneriler:

1. Aile hekimi görüşmelerinde fırsat eğitimi uygulanmalı; özellikle kas-iskelet sistemi yakınması ile başvuran hastalarda, fibromiyalji hakkında kısa bilgilendirme yapılmalıdır.
2. Aile sağlığı merkezlerinde bekleme alanlarına, fibromiyaljiyi tanıtan basit ve doğru bilgileri içeren broşürler veya görsel materyaller yerleştirilmelidir.
3. Kadın hastalarla yapılan görüşmelerde, fibromiyalji hakkında bilgi paylaşımı daha etkin biçimde yapılabilir; ancak erkek hastalarda da bu bilgilendirme göz ardı edilmemelidir.
4. Düşük eğitim düzeyine sahip bireylerle görüşmelerde, tıbbi terimlerden arındırılmış, anlaşılır ve günlük dile uygun açıklamalar tercih edilmelidir.
5. Rutin izlem ve muayene sırasında, yorgunluk, uyku problemi veya yaygın ağrı tarif eden bireylerde fibromiyalji olasılığı göz önünde bulundurularak, hasta eğitimi desteklenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Sarzi-Puttini P, Giorgi V, Marotto D, Atzeni F. Fibromyalgia: an update on clinical characteristics, aetiopathogenesis and treatment. Nat Rev Rheumatol, 2020;16: 645-60.

2. Cagnie B, Coppieters I, Denecker S, Six J, Danneels L, Meeus M. Central sensitization in fibromyalgia? A systematic review on structural and functional brain MRI. Semin Arthritis Rheum, 2014;44: 68-75.

3. Alciati A, Nucera V, Masala IF, Giallanza M, La Corte L, Giorgi V, Sarzi-Puttini P, Atzeni F. One year in review 2021: fibromyalgia. Clin Exp Rheumatol. 2021 May-Jun;39 Suppl 130(3):3-12.

4. Sarzi-Puttini P, Giorgi V, Atzeni F, Gorla R, Kosek E, Choy EH, et al. Fibromyalgia position paper. Clin Exp Rheumatol, 2021; 39 (Suppl. 130): S186-93.

5. Dorner TE, Muckenhuber J, Stronegger WJ, Råsky E, Gustorff, B, Freidl W. The impact of socio-economic status on pain and the perception of disability due to pain. Eur J Pain, 2011; 15: 103-9.

6. Davies KA, Silman AJ, Macfarlane GJ, Nicholl BI, Dickens C, Morriss R, et al. The association between neighbourhood socio-economic status and the onset of chronic widespread pain: results from the EPIFUND study. Eur J Pain, 2009;13: 635- 40.

7. Joksimovic L, Starke D, VD Knesebeck O, Siegrist J. Perceived work stress, overcommitment, and self-reported musculoskeletal pain: a cross-sectional investigation. Int J Behav Med, 2002;9: 122-38.

8. Wege N, Dragano N, Erbel R, Jockel KH, Moebus S, Stang A, Siegrist J. When does work stress hurt? Testing the interaction with socioeconomic position in the Heinz Nixdorf Recall Study. J Epidemiol Community Health. 2008 Apr;62(4):338-41.

9. Macfarlane GJ, Norrie G, Atherton K, Power C, Jones GT. The influence of socioeconomic status on the reporting of regional and widespread musculoskeletal pain: results from the 1958 British Birth Cohort Study. Ann Rheum Dis, 2009;68: 591-5.

10. Oh TH, Hoskin TL, Luedtke CA, Weingarten TN, Vincent A, Kim CH, Thompson JM. Predictors of clinical outcome in fibromyalgia after a brief interdisciplinary fibromyalgia treatment program: single center experience. PM R. 2012 Apr;4(4):257-63.

11. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, et al. EULAR Revised Recommendations for the Management of Fibromyalgia. Ann Rheum Dis, 2017;76: 318-28.

12. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis Care Res (Hoboken), 2010;62(5):600-10.

13. Inanici F, Yunus MB. History of fibromyalgia: past to present. Curr Pain Headache Rep, 2004;8(5):369-78.

14. Mülkoğlu C, Ayhan FF. The impact of coexisting fibromyalgia syndrome on disease activity in patients with psoriatic arthritis and rheumatoid arthritis: A cross-sectional study. Mod Rheumatol, 2021;31(4):827-33.

15. Alamanos Y, Drosos AA. Epidemiology of adult rheumatoid arthritis. Autoimmun Rev, 2005;4(3):130-6.

16. Fitzcharles MA, Shir Y, Ablin JN, Buskila D, Amital H, Henningsen P, et al. Classification and clinical diagnosis of fibromyalgia syndrome: recommendations of recent evidence-based interdisciplinary guidelines. Evid Based Complement Alternat Med, 2013;2013:528952.
17. Wolfe F, Brähler E, Hinz A, Häuser W. Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: results from a survey of the general population. Arthritis Care Res (Hoboken), 2013;65(5):777-85.
18. Berker E. Fibromiyalji sendromunda fizyopatolojik mekanizmalar. Türk Fiz Tıp Rehab Derg, 2007;53(2):36-40.
19. Evcik FD. Fibromiyalji Sendromu Nöropatik Ağrı mıdır? Turkiye Klinikleri Physical Medicine Rehabilitation-Special Topics, 2015;8(3):10-4.
20. Duruk B, Sertel Berk HÖ, Ketenci A. Are fibromyalgia and failed back surgery syndromes actually "functional somatic syndromes" in terms of their symptomatological, familial and psychological characteristics? A comparative study with chronic medical illness and healthy controls, 2015.
21. Wolfe F, Russell IJ, Vipraio G, Ross K, Anderson J. Serotonin levels, pain threshold, and fibromyalgia symptoms in the general population. The Journal of rheumatology, 1997;24(3):555-9.
22. Okifuji A, Turk DC. Sex hormones and pain in regularly menstruating women with fibromyalgia syndrome. The Journal of Pain, 2006;7(11):851-9.
23. Anderberg UM, Liu Z, Berglund L, Nyberg F. Elevated plasma levels of neuropeptide Y in female fibromyalgia patients. European Journal of Pain, 1999;3(1):19-30.
24. Gracely RH, Grant MA, Giesecke T. Evoked pain measures in fibromyalgia. Best practice & research Clinical rheumatology, 2003;17(4):593-609.
25. Clark S, Campbell SM, Forehand ME, Tindall EA, Bennett RM. Clinical characteristics of fibrositis. II. A "blinded," controlled study using standard psychological tests. Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology, 1985;28(2):132-7.
26. Sarzi-Puttini P, Giorgi V, Marotto D, Atzeni F. Fibromyalgia: an update on clinical characteristics, aetiopathogenesis and treatment. Nature Reviews Rheumatology, 2020;16(11):645-60.
27. Goldenberg D. Fibromyalgia and related syndrome. Rheumatology, 2003:701-12.
28. Katz RS, Heard AR, Mills M, Leavitt F. The prevalence and clinical impact of reported cognitive difficulties (fibrofog) in patients with rheumatic disease with and without fibromyalgia. JCR: Journal of Clinical Rheumatology, 2004;10(2):53-8.
29. Civelek GM, Ciftkaya PO, Karatas M. Evaluation of restless legs syndrome in fibromyalgia syndrome: an analysis of quality of sleep and life. Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation, 2014;27(4):537-44.
30. Dinerman H, Goldenberg D, Felson D. A prospective evaluation of 118 patients with the fibromyalgia syndrome: prevalence of Raynaud's phenomenon, sicca symptoms, ANA, low complement, and Ig deposition at the dermal-epidermal junction. The Journal of Rheumatology, 1986;13(2):368-73.
31. Yunus M, Hussey F, Aldag J. Antinuclear antibodies and connective tissue disease features in fibromyalgia syndrome: a controlled study. The Journal of rheumatology, 1993;20(9):1557-60.

32. Wolfe F. Fibromyalgia. Rheumatic Disease Clinics of North America, 1990;16(3):681-98.
33. 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 & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology, 1990;33(2):160-72.
34. McBeth J, Mulvey MR. Fibromyalgia: mechanisms and potential impact of the ACR 2010 classification criteria. Nature Reviews Rheumatology, 2012;8(2):108-16.
35. Inanici FF, Yunus MB. History of fibromyalgia: past to present. Current pain and headache reports, 2004;8:369-78.
36. Aparicio VA, Ortega FB, Carbonell-Baeza A, Cuevas AM, Delgado-Fernández M, Jonatan R. Anxiety, depression and fibromyalgia pain and severity. Behavioral Psychology= Psicología Conductual, 2013;21(2):381.
37. Evcik FD, Sindel D, Ketenci A. Fibromiyalji Tanı ve Tedavi Önerileri, 2018.
38. Chinn S, Caldwell W, Gritsenko K. Fibromyalgia pathogenesis and treatment options update. Current pain and headache reports, 2016;20:1-10.
39. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL, et al., editors. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. Seminars in arthritis and rheumatism, 2016.
40. Fitzcharles M-A, Ste-Marie PA, Goldenberg DL, Pereira JX, Abbey S, Choinière M, et al. 2012 Canadian guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: executive summary. Pain Research and Management, 2013;18(3):119-26.
41. Busch AJ, Barber KA, Overend TJ, Peloso PMJ, Schachter CL. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. Cochrane database of systematic reviews, 2007(4).
42. Häuser W, Ablin J, Perrot S, Fitzcharles M-A. Management of fibromyalgia: practical guides from recent evidence-based guidelines. Pol Arch Intern Med, 2017;127(1):47-56.
43. Smith HS, Bracken D, Smith JM. Pharmacotherapy for fibromyalgia. Frontiers in Pharmacology, 2011;2:17.
44. Dizner-Golab A, Lisowska B, Kosson D. Fibromyalgia–etiology, diagnosis and treatment including perioperative management in patients with fibromyalgia. Reumatologia, 2023;61(2):137.
45. Kaltsas G, Tsiveriotis K. Fibromyalgia. In: Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, Boyce A, Chrousos G, Corpas E, et al., editors. Endotext. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc, 2000.
46. Borchers AT, Gershwin ME. Fibromyalgia: a critical and comprehensive review. Clin Rev Allergy Immunol, 2015;49(2): 100-151.
47. Cassisi G, Sarzi-Puttini P, Alciati A, Casale R, Bazzichi L, Carignola R, et al. Italian Fibromyalgia Network. Symptoms and signs in fibromyalgia syndrome. Reumatismo, 2008;60(1): 15-24.
48. Arshad A, Kong KO. Awareness and perceptions of fibromyalgia syndrome: a survey of Malaysian and Singaporean rheumatologists. Singap Med J, 2007;48(1): 25-30.
49. Cengiz B. Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin fibromiyalji sendromu hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Eskişehir, 2024.

50. Moretti FA, Heymann RE, Marvulle V, Pollak DF, Riera R. Assessing knowledge on fibromyalgia among Internet users. Rev Bras Reumatol, 2011;51(1): 7-19.
51. Liang D, Guo X, Zhang J, Hu Z, Jiang R. Knowledge, attitude and practice toward fibromyalgia among fibromyalgia patients: A web-based cross-sectional study in China. BMC Public Health, 2024;24(1): 3424.
52. Provenza JR, Pollak DF, Martinez JE, Paiva ES, Helfenstein M, Heymann R et al. Projeto Diretrizes: Fibromialgia. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2004. Disponíve
53. Buskila D, Neumann L, Sibirski D, Shvartzman P. Awareness of diagnostic and clinical features of fibromyalgia among family physicians. Fam Pract, 1997;14(3): 238-41.
54. Koyuncu F. Ankara'daki uzmanlık eğitimi alan aile hekimlerinin fibromiyalji sendromu hakkında bilgi düzeyleri ve yaklaşımları (Tıpta Uzmanlık Tezi). Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara, 2019.
55. Aydoğmuş C. Samsun ilinde görev yapan aile hekimlerinin ve aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin Fibromiyalji Sendromu hakkında bilgi düzeyleri ve davranışları (Tıpta Uzmanlık Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun, 2022.
56. AbdEl-Aziz El-Badrawy, S., Sobhy Abd El-Aziz, M., El-Ahmady Sarhan, A. Awareness of Benha University Employees Regarding Fibromyalgia. Journal of Nursing Science Benha University, 2023;4(2): 500-512.
57. Koca T, Tugan B, Koçyiğit F, Nacitarhan V. Fibromyalgia awareness in women aged between 18 and 75 years: A current view to fibromyalgia. Journal of Public Health, 2019;27(4): 491-497.
58. Alvarado Moreno MEE, Oliva Arias EJ. Conocimientos, Actitudes y Resiliencia Respecto a su Enfermedad en Pacientes con Fibromialgia de dos Hospitales de Lambayeque, 2017; Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo: Chiclayo, Peru, 2019.
58. Bujnowska-Fedak MM, Waligóra J, Mastalerz-Migas A. The Internet as a source of health information and services. Adv Exp Med Biol, 2019;1211: 1-16.
59. Zeid W, Ibrahim M. Assessment of family physicians' knowledge about fibromyalgia in Egypt. The Egyptian Rheumatologist, 2021;43(4): 337-340.
60. Suda AL, Jennings F, Bueno VC, Natour J. Development and validation of Fibromyalgia Knowledge Questionnaire: FKQ. Rheumatol Int, 2012;32(3):655-62.

EKLER

Ek 1. Anket Formu

Sosyodemografik Bölüm

1. Kaç Yaşındasınız? …..……

2. Cinsiyetinizi işaretleyiniz.
a. Kadın
b. Erkek

3. Medeni durumunuzu işaretleyiniz.
a. Hiç evlenmedim
b. Evliyim
c. Boşandım
d. Eşim vefat etti

4. Eğitim durumunuzu işaretleyiniz.
a. Sadece okuma/yazma biliyorum – İlkokul terkim
b. İlkokul mezunuyum
c. Ortaokul mezunuyum
d. Lise mezunuyum
e. Ön Lisans mezunuyum
f. Lisans mezunuyum
g. Yüksek lisans ve üstü

5. Çalışıyor musunuz?
a. Evet çalışıyorum
b. Hayır, işsizim
c. Hayır, ev hanımıyım
d. Hayır, öğrenciyim
e. Hayır, emekliyim

6. Çalışıyorsanız çalışma tipinizi belirtiniz.
a. Mavi yakalı olarak çalışıyorum (*tanımlayacağız*)
b. Beyaz yakalı olarak çalışıyorum (*tanımlayacağız*)

7. <u>Aylık kişisel</u> gelirinizi <u>Türk lirası</u> cinsinden yazınız:
……TL

8. <u>Hanenize giren aylık toplam geliri</u> <u>Türk Lirası</u> cinsinden yazınız:
……TL

Fibromiyalji Bilgi Kaynağı

9. Fibromiyalji hastalığı ile ilgili bilgi sahibi olduğunuzu düşündüğünüz temel kaynak nedir? *(Yalnızca bir şık işaretleyiniz)*
a. Doktor-hemşire
b. İnternet/sosyal medya
c. Aile/arkadaş

d. Televizyon/radyo
e. Gazete/makale/basılı kaynaklar
f. Bilgim yok

10. Fibromiyalji hakkında bilgi sahibi misiniz?

a. Bilgim var

b. Bilgim kısıtlı

Fibromiyalji Bilgi Düzeyi Değerlendirme

Lütfen aşağıdaki önermeleri dikkatlice okuyunuz. Önermenin katılıyorsanız

Önermeler	**Katılıyorum**	**Fikrim yok**	**Katılmıyorum**
Fibromiyalji hem kadınları hem de erkekleri aynı oranda etkiler.			
Fibromiyalji daha çok yaşlılarda (65+) görülür.			
Bardak çektirmek fibromiyalji hastalarına yardımcı olabilir.			
Fibromiyalji, vücutta yaygın kas ve eklem ağrısına neden olur.			
Fibromiyalji hastaları yüzmekten kaçınmalıdır.			
Çocukluk çağı aşıları fibromiyalji riskini artırmaktadır.			
Fibromiyalji tanısı için özel bir kan testi bulunmaktadır.			
Fibromiyalji şikayetleri sıcak havalarda şiddetlenir.			
Fibromiyalji kronik bir hastalıktır.			
Egzersiz, f50ibromiyalji semptomlarını hafifletmeye yardımcı olabilir.			
Fibromiyalji teşhisi için göğüs hastalıkları uzmanına başvurmak gerekir.			
Fibromiyalji, diğer otoimmün hastalıklarla sıkça ilişkilendirilir.			
Fibromiyalji tedavisinde sadece ilaç tedavisi yeterlidir.			
Uyku bozuklukları, 50fibromiyalji hastalarında yaygın olarak görülür.			
Fibromiyalji hastalığı bulaşıcı bir hastalıktır.			
Stres ve travma, fibromiyalji semptomlarını tetikleyebilir.			
Fibromiyalji hastaları devlet hastanelerinden engelli raporu alabilir.			
Fibromiyalji tedavisinde psikoterapiye başvurulabilir.			
Antibiyotikler hastalığı geçici olarak iyileştirebilir.			
Fibromiyaljinin nedenleri kesin olarak bilinmemektedir.			

Fibromiyalji gelişiminde genetik faktörler önemlidir.			
Fibromiyalji tanısı alan bir bireyin sağlıklı bir birey gibi hayat geçirebilmesi mümkündür			
Alkol tüketimi hastalarda geçici bir iyileşmeye katkı sağlar.			