

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**FİBROMİYALJİLİ KADIN HASTALARDA YAŞAM
KALİTESİ VE SEKSÜEL DİSFONKSİYONUN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
Hicran KONAK**

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Havva SERT

NİSAN-2019


T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

FİBROMİYALJİLİ KADIN HASTALARDA YASAM
KALİTESİ VE SEKSÜEL DİSFONKSİYONUN
DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Hicran KONAK

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

“Bu tez 15/04/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oy birliği / Oy çokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA
Doc. Dr. Hicran YILDIZ	Başarılı	
Doc. Dr. Dilek AYGIN	Başarılı	
Dr. Öğr. Üyesi Havva SEKT	BASARILI	

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 71522473/050.01.04/59 sayı numarası ile 15/05/2015 tarihinde onay olarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih:

15.04.2019

Hicran KONAK

İmza

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans eğitimi süresince bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım, bu araştırmanın başlangıcından son aşamasına kadar her anında bana kıymetli zamanımı ayırıp, sabır ve sevgisiyle desteğini bir an olsun esirgemeyen, saygıdeğer danışmanın Dr. Öğr. Üyesi Havva SERT'e, değerli görüşleriyle katkıda bulunan Doç. Dr. Dilek AYGİN'e, veri toplama aşamasında yardımlarını esirgemeyen Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Romatoloji Kliniği çalışanlarına, tüm eğitim süreci boyunca sabrını ve desteğini esirgemeyen biricik eşim Ali Osman KONAK'a, tezimle birlikte büyüyen güzel kızlarım Eylül Rena KONAK ve Nisan Lena KONAK'a teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	v
TABLolar	vii
ŞEKİLLER.....	ix
ÖZET.....	x
SUMMARY	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. FİBROMİYALJİ SENDROMUNUN TARİHİ.....	3
2.2. TANIM.....	5
2.3. FİBROMİYALJİDE SINIFLANDIRMA	6
2.4. EPİDEMİYOLOJİ.....	7
2.5. ETYOLOJİ.....	8
2.5.1. Uyku Bozuklukları.....	9
2.5.2. Nöropeptidve Nöroendokrin Bozukluklar	9
2.5.3. Santral Sinir Sistemi Aktivitesi.....	11
2.5.4. Otonomik Disfonksiyon.....	11
2.5.5. Psikolojik Bozukluklar	11
2.5.6. İmmün Sistem Değişiklikleri	12
2.5.7. Kas İşlev Bozuklukları.....	12
2.6. KLİNİK BELİRTİ VE BULGULAR.....	13
2.7. TANI VE AYIRICI TANI	13
2.8. TEDAVİ	14
2.8.1. Nonfarmakolojik Yöntemler.....	14
2.8.2. Farmakolojik Yöntemler.....	16
2.9. FİBROMİYALJİNİN YAŞAM ÜZERİNE ETKİLERİ.....	17

2.9.1. Fibromiyalji ve Yaşam Kalitesi	17
2.10. ÇALIŞMANIN HEMŞİRELİK AÇISINDAN ÖNEMİ.....	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ	23
3.1.1. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular	23
3.2. ARAŞTIRMA İZİNİ	23
3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	24
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	24
3.5. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ.....	24
3.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	25
3.6.1. Sosyo-Demografik Form (EK-4)	25
3.6.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (The MOS 36 Item Short Form Health Survey) (EK-5)	25
3.6.3. Fibromiyalji Etki Skalası (FES) (Fibromyalgia Impact Questionnaire; FIQR) (EK-6).....	26
3.6.4. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ); (The Female Sexual Function Index;FSFI) (EK-7).....	26
3.7. VERİLERİN TOPLANMASI	27
3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	27
4.BULGULAR	28
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	59
KAYNAKÇA	74
EKLER.....	88
ÖZGEÇMİŞ	101

KISALTMALAR

ACR:	The American College of Rheumatology
ACTH:	Adrenokortikotropik Hormon
AYS:	Ağrı Yerleşim Skoru
BKİ:	Beden Kitle İndeksi
BOS:	Beyin Omurilik Sıvısı
CİB:	Cinsel İşlev Bozukluğu
CRH:	Kortikotropin Salıcı Hormon
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
EEG:	Elektroensefalografi
FES:	Fibromiyalji Etki Skalası
FIQR:	Fibromiyalgi Impact Questionnaire
FM:	Fibromiyalji Sendromu
FSFI:	The Female Sexual Function Index
HN:	Hassas Noktalar
HPA:	Hipotalamo-Pitüer-Adrenal
ICD:	International Classification of Disease

KCIÖ:	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği
MSS:	Merkezi Sinir Sistemi
SES:	Semptom Etkilenme Sorgulanması
SŞ:	Semptom Şiddeti Skalası
TENS:	Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimülasyon
YAI:	Yaygın Ağrı İndeksi

TABLÖLAR

Tablo 1. Cinsel Yanıt Evreleri ve Klinik Sendromlar (İncesu 2004)	19
Tablo 2. Olguların sosyodemografik dağılımları	28
Tablo 3. Olgularda Gözlenen Ek Hastalıkların Dağılımı	29
Tablo 4. Olguların BKİ ve Ağrı dağılımları	29
Tablo 5. Olguların Ağrı Derecesine Göre Dağılımı	29
Tablo 6. FSFI Göre Cinsel İşlev Bozukluklarının Dağılımı	30
Tablo 7. FSFI Alt Boyut Ortalamaların Çocuk Sayısı Gruplarına Göre Karşılaştırılması	31
Tablo 8. Çocuk Sayısına Göre Cinsel İşlev Bozukluklarının Dağılım Tablosu.....	32
Tablo 9. FSFI Alt Boyut Ortalamaların Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması	33
Tablo 10. Çalışma Durumuna Göre Cinsel İşlev Bozukluklarının Dağılımı	34
Tablo 11. FSFI Alt Boyut Ortalamaların Eğitim Durumu Gruplarına Göre Karşılaştırılması	35
Tablo 12. Eğitim Durumuna Göre Cinsel İşlev Bozukluklarının Dağılım Tablosu..	36
Tablo 13. FSFI Alt Boyut Ortalamalarının Gelir Durumu Gruplarına Göre Karşılaştırılması	37
Tablo 14. Gelir Durumuna Göre Cinsel İşlev Bozukluklarının Dağılımı	38
Tablo 15. FSFI Alt Boyut Ortalamalarının Aile Tiplerine Göre Karşılaştırılması ...	39
Tablo 16. Aile Tipine Göre Cinsel İşlev Bozukluklarının Dağılımı	40
Tablo 17. FSFI Alt Boyut Ortalamalarının Sigara Kullanım Durumlarına Göre Karşılaştırılması	41
Tablo 18. Sigara Kullanım Durumuna Göre Cinsel İşlev Bozukluklarının Dağılımı	42
Tablo 19. FSFI Alt Boyut Ortalamalarının Ek Hastalık Durumlarına Göre Karşılaştırılması	43
Tablo 20. Ek Hastalık Durumuna Göre Cinsel İşlev Bozukluklarının Dağılımı.....	44
Tablo 21. FSFI Alt Boyutları ile Sosyo - Demografik Değişkenler Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	45

Tablo 22. FES puanlarının Sosyo - Demografik Değişkenler ile Karşılaştırılması ..	46
Tablo 23. FES Puanı ile Sosyo - Demografik Değişkenler Arasındaki Korelasyon Katsayıları	47
Tablo 24. SF - 36 Alt Boyut Ortalamalarının Çocuk Sayısı Gruplarına Göre Karşılaştırılması Tablosu	48
Tablo 25. SF - 36 Alt Boyut Ortalamalarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması	49
Tablo 26. SF - 36 Alt Boyut Ortalamalarının Eğitim Durumu Gruplarına Göre Karşılaştırılması	50
Tablo 27. SF - 36 Alt Boyut Ortalamalarının Gelir Durumu Gruplarına Göre Karşılaştırılması	51
Tablo 28. SF - 36 Alt Boyut Ortalamalarının Aile Tiplerine Göre Karşılaştırılması	52
Tablo 29. SF - 36 Alt Boyut Ortalamalarının Sigara Kullanım Durumlarına Göre Karşılaştırılması	53
Tablo 30. SF - 36 Alt Boyut Ortalamalarının Ek Hastalık Durumlarına Göre Karşılaştırılması	54
Tablo 31. SF - 36 Alt Boyutları ile Sosyo - Demografik Değişkenler Arasındaki Korelasyon Yapısının İncelenmesi	55
Tablo 32. FSFI Alt Boyutları ile FES Puanı Arasındaki Korelasyon Katsayıları	56
Tablo 33. FSFI Alt Boyutları ile SF - 36 Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Yapısının İncelenmesi	57
Tablo 34. SF - 36 Alt Boyutları ile FES Puanı Arasındaki Korelasyon Yapısının İncelenmesi	58

ŞEKİLLER

Şekil 1: Amerikan College of Rheumatology (ACR) 1990 Fibromiyalji Sınıflandırmasına göre 18 hassas nokta.....	6
---	---

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Bu çalışma fibromiyaljili kadın hastalarda yaşam kalitesi ve cinsel işlev bozukluğunun değerlendirilmesi amacı ile yapıldı

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışma Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Romatoloji polikliniğinde yürütüldü. Çalışmaya American College of Rheumatology kriterlerine göre, hekim tarafından FM tanısı konulmuş, cinsel olarak aktif, iletişim sorunu olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edildi. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan 20 sorudan oluşan sosyo-demografik form, Sayısal Ağrı Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Fibromiyalji Etki Skalası, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesi, bilgisayar ortamında parametrik ve nonparametrik testler kullanılarak yapıldı.

BULGULAR: Fibromiyalji hastalarının %74'ünde cinsel işlev bozukluğu olduğu belirlendi. Fibromiyalji sendromu olan hastalarda yaş, eğitim düzeyi, evlilik süresi, sigara kullanımı, çalışma durumu, hastalık süresi, BKİ (Beden Kitle İndeksi), çocuk sayısı, ek hastalık varlığı, ağrı şiddetinin cinsel işlev bozukluğu ve yaşam kalitesini etkilediği belirlendi. Cinsel işlev bozukluğunun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptandı.

SONUÇ: Fibromiyalji hastalarında cinsel işlev bozukluğu olduğu ve yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, Cinsel işlev bozukluğu, Fibromiyalji, Hasta, Yaşam Kalitesi

SUMMARY

INTRODUCTION AND PURPOSE: This study was designed to evaluate the quality of life and sexual dysfunction in female patients with fibromyalgia.

MATERIAL AND METHOD: The study was conducted in Sakarya University Training and Research Hospital Physical Therapy and Rheumatology Polyclinic. According to the criteria of American College of Rheumatology The patients, who were diagnosed as FM by the physician, sexually active, had no communication problems and agreed to participate in the study, were included. The data were collected by using a 20-item socio-demographic form prepared by the researchers, Numeric Rating Scale, F-36 Quality of Life Scale, Fibromyalgia Impact Questionnaire, Female Sexual Function Index. Data were evaluated by using parametric and nonparametric tests in computer.

FINDINGS: Sexual dysfunction was detected in 74% of patients with fibromyalgia. Age, level of education, duration of marriage, smoking, working status, duration of disease, BMI, number of children, comorbidity and severity of pain affected sexual dysfunction and quality of life in patients with fibromyalgia syndrome. It was found that sexual dysfunction had a negative effect on quality of life.

RESULT: It was determined that there was sexual dysfunction in patients with fibromyalgia and their quality of life was adversely affected.

Key words: Pain, Sexual Dysfunction, Fibromyalgia, Patient, Quality of Life

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Fibromiyalji sendromu (FM), kas iskelet sisteminde yaygın ağrılı fakat enflamatuvar olmayan, fizik muayenede hassas noktalar (HN) ile karakterize, spesifik laboratuvar bulgusu bulunmayan kronik bir ağrı sendromudur (Bennet 1997, Clauw and Beary 2004). Prevalansı %2-5,5 şeklinde olduğu görülmektedir. (Wolfe, Ross, Anderson, Russell and Hebert1995, White, Speechley, Harth and Ostbye 1999, Topbaş ve ark 2005, Lawrance et al 2008, Santos et al 2010).

Fibromiyaljinin etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte nöroendokrin disfonksiyonlar, santral ağrı ve duyarlılık başta olmak üzere travma, uyku bozukluğu, enfeksiyon, stres, fiziksel kondisyonsuzluk ve bazı çevresel faktörlerin etyolojide etkili olduğu düşünülmektedir (Staud 2004, İnanıcı 2011).

Fibromiyalji sendromunda sık görülen klinik bulgular; yaygın ağrı, baş ağrısı, yorgunluk, sabah tutukluğu, yumuşak dokularda şişlik hissi, uyku bozuklukları, raynoud fenomeni, halsizlik, anksiyete, dismenore, spastik kolon, huzursuz bacak sendromu şeklindedir (İnanıcı 2011, Genç ve Tur 2014). Fibromiyaljide görülen bu semptomlar bireyin kas gücünün azalması, konsantrasyon güçlüğü, uyku bozukluğu bireylerin çalışma hayatındaki kapasitesinin azalması gibi problemler yaşamasına neden olmaktadır (Hendricsson, Liedberg and Gerdle 2005, Schleicher 2005).

Yapılan çalışmalarda FM'nin neden olduğu uyku bozukluğu, ağrı ve depresyonun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür (Tüzün, Albayrak, Eker, Sözcay, Daşkapan 2004, Özcan ve ark 2013). Yine bu şikayetlerin varlığı hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesinde zorlanmasına, eşleri ile cinsel problem yaşamalarına ve yaşam kalitelerinde azalmalara neden olmaktadır (Ünlü,

Tuncay, Gürçay, Berber ve Çakıcı 2004, İnanıcı 2011, Özcan, Aras, Köseoğlu, Güven 2013).

Kadınlarda FM görülme oranının erkeklere göre daha yüksek olması (Wolfe et al 1995, White et al 1999, Lawrance et al 2008), cinsel fonksiyonların, yaşam kalitelerinin etkilenmesi (Ünlü ve ark 2004, İnanıcı 2011, Özcan ve ark 2013) ve ülkemizde fibromiyalji, cinsel işlev bozukluğu ve yaşam kalitesini birlikte inceleyen sayılı çalışma (Ünlü ve ark 2004, Yılmaz et al 2012, Özcan ve ark 2013, Tutoglu, Boyacı, Koca, Celen ve Korkmaz 2014) olması nedeniyle bu çalışmada fibromiyaljili kadın hastalarda yaşam kalitesi ve cinsel işlev bozukluğunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. FİBROMİYALJİ SENDROMUNUN TARİHİ

Fibromiyalji ilk kez 1843 yılında Frieriep tarafından kasta ağırlı noktaların eşlik etiği romatizmal bir hastalık olarak tanımlanmıştır (Genç ve Tur 2014). 1904 yılında fibrozit terimi ile Sir William Gowers tarafından tıbbi literatüre kazandırılmıştır (Dönmez ve Erdoğan 2009).

Modofsky ve Scorisbrick tarafından 1975 yılında yapılan çalışmada uyku bozukluğu ile fibrozit sendromu arasındaki ilişki gösterilmiştir (Moldofsky and Scorisbrick 1976). Hench 1976 yılında temel sorunun kas ağrısı olduğunu belirterek fibromiyalji sendromu adının kullanımını öne sürmüştür (İnanıcı 2011). İlerleyen yıllarla birçok bilim adamları tarafından farklı yaklaşımlar eklenerek fibromiyalji terimi şekillenmeye başlamıştır (İnanıcı and Yunus 2004). Sonrasında Moldofsky ve Symthe tarafından yapılan çalışmalar ile kronik ağrı, yorgunluk, sabah tutkluğu, uyku bozukluğu ve hassas noktalar kavramlarının birleşiminden oluşan tanı kriterleri ortaya konmuştur (İnanıcı 2011).

Yirmibeş araştırmacıdan oluşan çok merkezli ölçüt komitesi, Amerikan Romatoloji Koleji (The American College of Rheumatology: ACR) tarafından 1990 yılında tanı kriterleri oluşturulmuştur (Wolfe et al 1990). Ancak 2010 yılında tanı kriterlerinin %25'e yakın olguyu karşılamıyor olması, tanıda bilişsel ve somatik semptomların dikkate alınmıyor olması, herhangi bir süreçte hassas nokta sayısında azalmanın hasta değerlendirme sürecini etkilemesi, hassas nokta değerlendirmesini yapabilme güçlüğü nedeniyle ACR kriterleri yenilenmiştir (Wolfe et al 2010). Buna göre kişinin Fibromiyalji tanısı alması için aşağıdaki üç kriteri karşılaması gerekmektedir (Wolfe et al 2010):

1) Yaygın ağrı indeksi (YAI) > 7 ve semptom şiddeti (SŞ) ölçeği skoru >5 veya YAI = 3-6 ve SŞ skoru > 9 olmalı.

2) Semptomlar en az üç aydır benzer düzeyde olmalı.

3) Hastada ağrıya neden olabilecek başka bir durum olmamalıdır.

Bu ölçekler ise;

Yaygın Ağrı İndeksi (YAI): Vücutta 19 bölgenin (Boyun, sırt, bel, göğüs ve karın bölgesi, sağ ve sol omuz kuşağı, sağ ve sol çene, sağ ve sol üst kol, sağ ve sol önkol, sağ ve sol kalça, sağ ve sol uyluk, sağ ve sol alt bacak) değerlendirildiği, son bir hafta içerisindeki ağrıyan bölge sayısına göre (ağrı hissedilen bölge bir puan alır) değerlendirmenin yapıldığı sistemidir (Çakır 2015, Özkan 2017).

Semptom Şiddeti Skalası (SŞ) (Çakır 2015, Özkan 2017): Son bir hafta içerisindeki bilişsel semptomlar ve somatik semptomları, halsizlik, sabah yorgun uyanma skorları sorgulanır. Bu dört madde 0-3 arasında (0=normal, 1=hafif, 2=orta ve 3=şiddetli) puan alır. Toplamda 0-12 arasında değişen bir skora sahiptir.

Yeni kriterler üzerinde klinik kullanım zorluğu, hassas nokta muayenesinin olmaması ve yanlış tanı oranını arttırması nedeni ile tartışmalara neden olmuştur (Özkan 2017). Bu nedenle 2013 yılında Bennet ve arkadaşları alternatif tanı kriterlerini belirtmiştir. Bunlar, semptomlar ve ağrı yerleşiminin üç aydır devam ediyor olması, ağrı yerleşim skorunun 17 ve üzeri olması, semptom etkilenme sorgulamasının puanının 21 ve üzeri olmasıdır (Bennet et al 2014). Ağrı yerleşim skoru belirlenen 28 bölgede son bir haftada devam eden ağrı toplam puanıdır. Her bir bölge 1 puandır. Semptom etkilenme sorgulamasında ise son bir hafta içerisinde ağrı, uyku, tutukluk, enerji, depresyon, hafıza problemleri, anksiyete, denge problemleri, dokunmaya duyarlılık, yüksek ses, ışık, koku ve soğuğa duyarlılık maddelerinin her birine sıfır ve on arası puan verilmesi istenerek, toplam puanın ikiye bölünmesiyle ortaya çıkan skordur (Bennet et al 2014).

Ağrı Yerleşim Skoru (AYS): Vücudun 28 bölgesinde (Boyun, sağ çene, sol çene, göğüs ön, sağ sırt, orta sırt, sol sırt, sağ bel, orta bel, sol bel, sağ omuz, sol omuz, sağ kol, sol kol, sağ el, sol el, sağ el bileği, sol el, sağ kalça, sol kalça, sağ uyluk, sol uyluk,

sağ diz sol diz, sağ ayak bileği, sol ayak bileği, sağ ayak, sol ayak) bir haftadır süren ağrı değerlendirilir. Her bir bölge 1 puan olarak hesaplanarak kişi 0 ve 28 arası bir puan alır (Gün 2014).

Semptom Etkilenme Sorgulanması (SES) (Gün 2014); Kişiyi bir haftadır hissedilen semptomların sayısal değeri sorgulanır. Ağrı, enerji, tutukluk, uyku, depresyon, hafıza problemleri, anksiyete, dokunmaya duyarlılık, denge problemleri, yüksek ses, parlak ışık, koku ve soğuğa duyarlılık şeklindeki on altı boyutun her birine 0 ve 10 arası puan verilmesi istenir. Bu puanlamada 0 en az 10 ise en yoğun olarak tanımlanır. Kişi 0 ve 100 arası puan elde edecektir. Hesaplama her soruya verilen cevap puanları toplanarak ikiye bölünür ve SES puanı bulunur.

2.2. TANIM

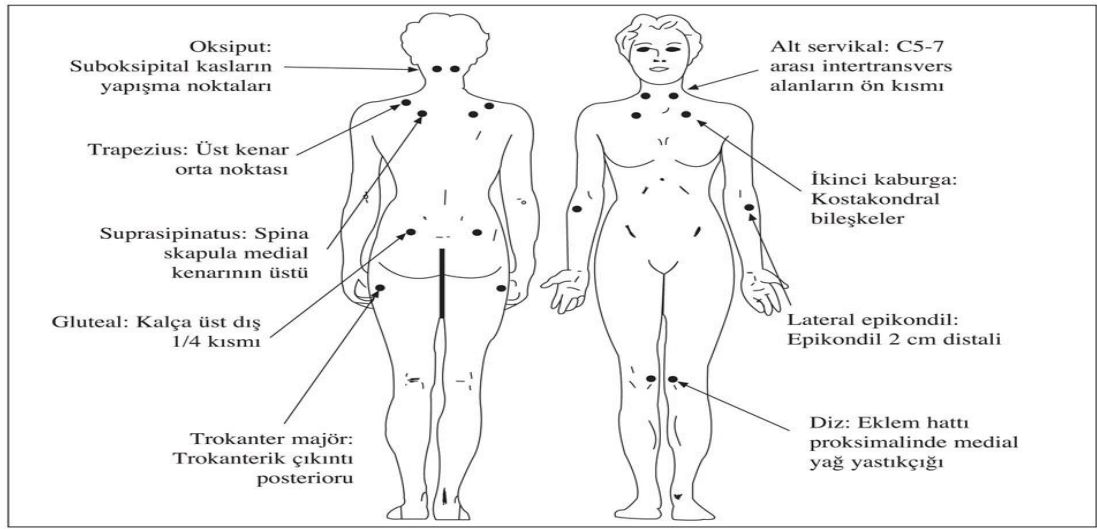
Fibromiyalji sözcük olarak, Latince kökenli olup; fibre: lif, myos: kas, algos: ağrı, ia: durum olarak ifade edilir (Bennet 1997, Clauw and Beary 2004, İnanıcı 2011). Fibromiyalji, kas iskelet sisteminde yaygın ağrılı, enflamatuvar olmayan, spesifik laboratuvar bulgusu göstermeyen, fizik muayenede hassas noktalar (HN) ile karakterize, kronik bir ağrı sendromudur. (Bennet 1997, Clauw and Beary 2004, İnanıcı 2011).

Belirlenen tanı kriterleri 1990 yılında oluşturulmuş olup; üç aydan uzun süren kas iskelet sistemi ağrısına ilaveten, fiziki muayenede 18 hassas noktanın (Şekil 1) 11 ya da daha fazlasında hassasiyet görülmesi tanı için yeterli kabul edilmektedir (Wolfe et al 1990).

Amerikan College of Rheumatology (ACR) 1990 Fibromiyalji Sınıflandırma Ölçütleri (Wolfe et al 1990).

- Tüm vücutta yaygın ağrı (vücudun hem sağ, hem de sol yarısında ağrı, belin yukarısında ve aşağısında ağrı, omurgada ağrı)
- En az üç ay süren ağrı
- 18 noktadan en az 11'inde dört kg'lık basınca hassasiyet olmasıdır.

Hassas noktalar; FM hastalarının vücutlarında palpasyon sırasında dört kg basınç uygulandığı anda ağrı oluşan bölgeleri ifade etmektedir (Wolf et al 1990, Clauw and Beary 2004, Malyak 2005). Palpasyon FM hastalarında bu noktalarda ağrı oluştururken, farklı kronik ağrılı hastalarda ağrı oluşturmamaktadır (Wolf et al 1990, Clauw and Beary 2004, Malyak 2005). Ayrıca muayene sırasında elde edilen objektif verilere ek olarak hastada halsizlik, uyku bozukluğu, depresyon, anksiyete, baş ağrısı ve sabah tutukluğu gibi şikayetler de bulunabilmektedir (Wolf et al 1990, Clauw and Beary 2004, Malyak 2005).



Şekil 1. Fibromiyalji sendromlu olgulardaki hassas noktalar.

http://ichastaliklaridergisi.org/managete/fu_folder/2004-02/images/2004-11-2-077-083Sekil1.jpg

Şekil 1: Amerikan College of Rheumatology (ACR) 1990 Fibromiyalji Sınıflandırmasına göre 18 hassas nokta

Tanı kriterleri yukarıda da belirttiğimiz gibi geçmişten günümüze değişime uğramış olmasına rağmen hala 1990 ACR kriterleri kullanılabilmektedir.

2.3. FİBROMİYALJİDE SINIFLANDIRMA

Fibromiyaljinin sınıflandırılması primer, sekonder, reaktif, juvenil ve yaşlılarda FM olmak üzere dört kategoride yapılmaktadır (İnanıcı 2005, Bağış 2008)

Primer FM, fibromiyaljiye neden olabilecek başka bir hastalığın olmaması durumudur (Bağış 2008). Primer FM de kendi içinde sınıflandırılmaktadır (Bağış

2008). İliki ağrıya karşı duyarlılık artışı ile karakterize ancak psikolojik bozukluğu olmayan durum, ikincisi FM ve kronik ağrı nedeniyle depresyonun da var olduğu durum, üçüncüsü ise somatizasyon bozukluğuna bağlı oluşan FM'dir (Bağış 2008). Yani geçmişte veya halen devam eden psikolojik strese bağlı duygusal problemler ve buna bağlı ağrı FM gelişimine neden olmaktadır (Bağış 2008).

Sekonder FM, var olan bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan durumdur (İnanıcı 2005).

Reaktif FM, ani şekilde başlayan ve stresli durumlarda görülen ve stresin azalması ile rahatlayan durumdur (İnanıcı 2005).

Juvenil FM, erişkinlere göre prognozu daha iyi seyreden ve genellikle 13-15 yaşlarında başlayan, Tanı için beş hassas nokta ile birlikte 10 minör kriterden üçünün pozitif olması ya da beş minör kriter varsa dört hassas noktada hassasiyet görülen FM türüdür (Bağış 2008). Minör kriterler ise; baş ağrısı, yorgunluk, uyku bozukluğu, kronik anksiyete, irritabl barsak sendromu, uyuşma, subjektif yumuşak doku şişliği, ağrının çevresel faktörlerle etkilenmesi şeklindedir (Bağış 2008).

Yaşlılarda FM, primer ve sekonder fibromiyalji ile aynı özelliklerdedir, ancak diğer hastalıklar açısından ayırıcı tanının yapılması gerekmektedir (İnanıcı 2005).

2.4. EPİDEMİYOLOJİ

Fibromiyalji tüm toplumlarda, her yaşta ve cinsiyette görülebilmektedir. En sık 40-60 yaş grubu kadınlarda ortaya çıkmaktadır (zkan 2017). Görülme oranını artıran faktörlerin başında kadın olmak, düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip olmak gelmektedir (Makela and Heliövaara 1991).

Geçmişten günümüze FM prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalara bakılınca dünyadaki oranın %2-5,5 şeklinde olduğu görülmektedir. (Wolfe et al 1995, White et al 1999, Topbaş ve ark 2005, Lawrance et al 2008, Santos et al 2010). Wolfe ve arkadaşları

tarafından yapılan çalışmada FM'nin kadınlardaki prevalansı %3,4 bulunurken erkeklerde bu oran %0,5 olarak görülmüş ve ortalama %2 olarak belirtilmiştir (Wolfe et al 1995). White ve arkadaşları ise bu oranları kadınlarda %4,9, erkeklerde %1,6 ve ortalama %3,3 şeklinde ifade etmiştir (White et al 1999). Ayrıca her yıl 100.000 kişiye FM tanısı konmakta ve bu sayının gün geçtikçe arttığı görülmektedir (Gür, Çevik, Nas, Saraç ve Özen 2006).

Çocuklarda yapılan bir çalışma ise 12-18 yaş arası, 1109 çocuktan 61'inde (13 erkek, 48 kız) FM görüldüğü ve prevalansın %5,5 olarak saptandığı belirtilmiştir (Durmaz et al 2013). Başka bir çalışma da bu oran %1,2 olduğu görülmüştür (Clark, Burgos, Medina, Lavielle and Marina 1998).

Ülkemizde 20-64 yaş arası kadınlarda FM görülme oranı %3,6 olarak saptanırken (Topbaş ve ark 2005), 65-80 yaş arası 100 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada bu oran %31 olarak belirlenmiştir (Garip, Öztaş and Güler 2016).

2.5. ETYOLOJİ

Fibromiyaljinin etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, birçok faktörün birleşiminden oluştuğu düşünülmektedir (Staud 2004, İnanıcı 2011). Etiyolojide nöroendokrin disfonksiyonlar, santral ağrı ve duyarlılık başta olmak üzere travma, uyku bozukluğu, enfeksiyon, stres, fiziksel kondisyonsuzluk ve bazı çevresel faktörler etkili olmaktadır (Staud 2004, İnanıcı 2011). Bunlara ek olarak Arnold ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada FM olan hastaların birinci derece yakınlarında da FM görülme riskinin sekiz kat fazla olması (Arnold et al 2004), başka bir çalışmada FM hastalarının yakın akrabalarının %73'ünde de FM semptomlarının gözlenmesi (Gür 2006), Pellegrino ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da FM hastalarının ailelerinde FM sıklığının %52 bulunması (Pellegrino, waylonis and Sammer 1989), hastalığın genetik geçişini akla getirmektedir. Bununla beraber yapılan genetik araştırmalar etiyopatogeneizde genetik faktörlerin rol aldığını ancak tek başına sebep olamayacağını göstermiştir (Berker 2007).

Fibromiyalji etiyolojisinde rol alan farklı mekanizmalar bulunmakta olup aşağıda açıklanmıştır.

2.5.1. Uyku Bozuklukları

Hastaların çoğunun uyku bozukluğundan ve yorgun uyanmaktan şikayet etmesi sonucunda, Moldofsky ve arkadaşları tarafından çalışmalar yapılmış uyku ve FM arasında ilişki olduğunu ileri sürmüştür (Moldofsky, Scarisbrick, England and Smyth 1975). Normal bir kişide, Elektroensefalografide (EEG) uykuya geçiş sırasında trasede genel bir yavaşlama ve amplitüdde azalma olmaktadır (Genç ve Tur 2014). Gerginlik ve anksiyete durumunda EEG’de düşük amplitüdü hızlı aktiviteli alfa dalgaları ortaya çıkmaktadır (Genç ve Tur 2014). Moldofsky ve arkadaşları araştırmalarında sağlıklı bireylerde de uyku bozukluğu oluşturarak EEG bulgularını izlemiş ve artmış hassasiyet olduğunu ifade etmişlerdir (Moldofsky et al 1976). Sonuçta non-REM uyku bozukluğu paterninin FM’li hastalarda görüldüğünü ve izleme kriteri olabileceğini ileri sürmüşlerdir (Moldofsky et al 1976). Konu ile ilgili farklı düşünceler bulunup, uyku bozukluğu ile farklı klinik bulgular arasında ilişki bulunabileceği ve sadece uyku bozukluğunun FM ye sebep olduğu ile ilgili kesin bilgi bulunmamaktadır (Gür 2008).

2.5.2. Nöropeptidve Nöroendokrin Bozukluklar

Merkezi sinir sisteminde ağrılı uyaran algılanması sırasında Substans P maddesi ağrı duyarlılığını arttırırken, serotonin ve norepinefrin ise ağrı algılanmasını azaltıcı etki göstermektedir (Dönmez ve Erdoğan 2009). Fibromiyalji hastalarının Beyin Omurilik Sıvılarının (BOS) da substans P seviyelerinin yüksek olduğu gösterilmiştir (Vaeroy, Helle, Forre, Kass and Terenius 1988, Russel et al 1994). BOS ve serumda yapılan incelemelerin değerlendirilmesi ile FM’de ağrı işlenmesini kolaylaştırıcı ve baskılayıcı nörotransmitterler arasında dengesizlik görülmüştür (Bennet 1999). Serotonin düzeyinin yetersiz olduğu durumlarda substans P baskılanamamasına bağlı ağrının daha fazla hissedildiği ifade edilmiştir (Genç ve Tur 2014). Nöropeptid anomalilerine bağlı olarak ağrılı uyaranların şiddetinde artış hissedildiği, ağrısız uyaranlarda ise ağrı hissedildiği ileri sürülmüştür (Bennet 1999).

Fibromiyaljinin çoğunlukla kadınlarda özellikle menapoz öncesi dönemde sık görülmesi gibi sebepler patogeneizde seks hormonlarının rolü olduğunu akla getirmektedir (Gür 2008, Genç ve Tur 2014). Yapılan çalışmalarda substans P ve serotoninin beyinde östrojen tarafından modüle edildiği gösterilmiştir (Korszun et al 2000).

Hipotalamo-pitüer-Adrenal (HPA) aks; kortikotropin salıcı hormon (CRH), Adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve kortikosteroidlerden oluşmaktadır (Guyton 1987). CRH hipotalamik bir nöropeptittir, hipofizin uyarılmasını sağlayarak ACTH salınımına neden olur (Guyton 1987). ACTH da adrenal bezlerin uyarılmasını ve kortizol salınımını sağlar (Guyton 1987). Semiz ve arkadaşlarının çalışmasında fibromiyaljide HPA aksın fonksiyon bozukluklarının patogeneizde rol aldığı ifade edilmiştir (Semiz ve ark 2014). Crofford ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da FM'li hastalarda akşamları kortizol düzeyi yüksek bulunurken 24 saatlik üriner serbest kortizol düzeyleri sağlıklı kontrollerden daha düşük bulunmuştur. Aynı çalışma sonucunda CRH stimülasyonuna kortizol cevabın FM'li hastalarda azaldığı saptanmıştır (Crofford et al 1994). Bunun sonucunda bozulmuş HPA aks fonksiyonunun, CRH'ya kortizol yanıtın azalmasının patogeneizde rolü olduğu düşünülmüştür (Crofford et al 1994).

Bennet ve arkadaşları tarafından FM hastalarının %30'una yakınında dolaşımda büyüme hormonu aracısı olan somatomedin C ve insülin benzeri büyüme faktörü-1 (IGF-1) düzeylerinde azalma olduğu bildirilmiştir (Bennet 2002). Bu durumun hastalarda kas mikrotravmalarına sebep olduğu ve bu travmaların iyileşme sürecini geciktirdiği ifade edilmektedir (Gür 2008). Ayrıca büyüme hormonu, REM uykusunun dördüncü evresinde pik yaparak kas kanlanmasının devamlılığını sağlar (Bigatti, Hernandez, Cronan and Rand 2008) . Fibromiyalji hastalarındaki uyku bozukluğuna bağlı büyüme hormonu sekresyonunda azalma ve sonucunda; bireylerde enerjinin, egzersiz kapasitesinin azalmasına, kas hemeostazının ve genel sağlık durumunun bozulmasına neden olmaktadır (Bigatti et al 2008).

2.5.3. Santral Sinir Sistemi Aktivitesi

Merkezi sinir sisteminde (MSS) ağrı yollarının küntleşmesi, nörotransmitterlerdeki değişimler, beyin yapılarının fonksiyonel aktivite bozukluğu gibi faktörlerin FM gelişiminde rol aldığı düşünülmektedir (Sevimli 2007, Gür 2008). Bu yapılardan en çok dikkat çekenleri talamus ve kaudatnükleusdur (Gür 2008). Talamus HPA aksın düzenlenmesinde ve ağrının algılanmasında görev almaktadır ancak kaudatnükleusun rolü tam olarak bilinmemektedir (Gür 2008). Yapılan bir çalışmada FM'li hastalar ve kontrol grubu arasında yapılan manyetik rezonans incelemesi sonucunda anlamlı farklılıklar bulunmuştur (Greacly et al 2002). Fibromiyaljili hastaların sadece ağrılı veya ağrısız uyaran yaşadığı sırada değil istirahat halinde de ağrı ile ilişkili alanlarda beyin aktivitesinde artış gözlenmiştir (Greacly et al 2002).

2.5.4. Otonomik Disfonksiyon

Fibromiyaljide görülen birçok semptomun nedeni otonomik disfonksiyona bağlı ortaya çıktığı düşünülmektedir (Gür 2008). Örneğin uyku bozukluğu nokturnal sempatik hiperaktiviteye bağlı gelişirken, adrenerjik aktivite artışına bağlı reynoud fenomeni ve irritabl bağırsak sendromu oluşabilir (Gür 2008). Strese karşı sempatik cevapta bozukluğa bağlı ise yorgunluk ve ağrı görülebilir (Gür 2008).

2.5.5. Psikolojik Bozukluklar

Hastalık ile ilgili kesin bir patofizyoloji bulunmaması, laboratuvar bulgularında değişiklik görülmemesi nedeniyle bazı araştırmacılar hastalığın psikolojik kökenli olduğunu ileri sürmüşlerdir (Giesecke et al 2003). Ancak bunun aksini ileri süren anormal ağrı algılanması ya da diğer semptomları sadece psikolojik faktörlere bağlanmasının yanlış olduğunu düşünen araştırmacılar da mevcuttur (Gür 2008).

Psikiyatrik problemler fibromiyalji gelişimine katkıda bulunduğu, diğer romatolojik hastalıklara oranla psikiyatrik problemlerin FM'de daha çok görüldüğü ifade edilmektedir (Belleto et al 2012). Taşkın ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada depresyon %58 ve distimik bozukluklar %10 oranında bulunurken, Sivas ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada da FM hastalarının %38,75'inde hafif, %25'inde orta, %25'inde ise ağır depresyon olduğu ifade edilmiştir (Taşkın ve ark

2007, Sivas ve ark 2009). Yapılan bir çalışmada FM hastalarında psikiyatrik bozuklukların eşlik etme oranı %30-60 arasında bulunmuş ve en fazla depresyon ve anksiyete bozukluğu olduğu görülmüştür (Giesecke et al 2003).

2.5.6. İmmün Sistem Değişiklikleri

Fibromiyalji sendromunun immün sistemi etkileyen faktörler sonucu ortaya çıktığı görüşü mevcut olup bu mekanizma henüz netleştirilememiştir (Gür 2008). İnterlökin-2 tedavisi alan kanser hastalarında FM benzeri semptomlar ortaya çıkması sonucu yapılan farklı çalışmalarla FM ile ilişkili birçok sitokin tanımlanmıştır (Wallace 2006, Yunus 2007). Sitokinlerin ağrı seviyesini düzenlemek amacı ile santral sinir sistemini etkilediği ve bu durumun FM semptomlarına benzer tablo ortaya çıkardığı ifade edilmiştir (Gür 2008). Ancak yapılan farklı çalışmalar ve ortaya çıkan çelişkili sonuçlar nedeni ile sitokinlerin FM üzerindeki etkisi tam olarak tanımlanamamıştır (Menzies and Lyon 2010).

2.5.7. Kas İşlev Bozuklukları

Fibromiyaljide kas ağrılarının temel semptom olması kaslardaki patolojiyi akla getirmektedir (Genç ve Tur 2014). Bengston ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada trapezius kasındaki hassas bölgede, adenozintrifosfat düzeyinde azalma ve kırmızı fibrinlerde hasar olduğu görülmüştür (Bengtsson, Henrisson and Larsson 1986). Fibromiyaljide ağrının periferik olduğunu gösteren kaslarla ilişkili bazı bulgular bulunmaktadır. Bunlar (Bennet 1997):

- Hastanın ağrılı bölgeyi göstermesi,
- Egzersiz sonrası ağrının artması (tipik olarak 24 saat sonra),
- Epidural blok sonrası ağrının azalması,
- Karakteristik miyalji odakları (hassas nokta) olması,
- Yüksek enerjili fosfat düzeylerinde fokal azalmalar,
- Hassas nokta bölgelerinde kas oksijenizasyonunun bozulması,
- Hassas nokta bölgelerinde iğne elektromyografi (EMG) aktivitesinde artma saptanması şeklindedir.

2.6. KLİNİK BELİRTİ VE BULGULAR

Fibromiyaljide sık görülen klinik bulgular; yaygın ağrı, baş ağrısı, yorgunluk, sabah tutukluğu, yumuşak dokularda şişlik hissi, uyku bozuklukları, raynoud fenomeni, halsizlik, anksiyete, dismenore, spastik kolon, huzursuz bacak sendromu şeklindedir (Marcus 2005, İnanıcı 2011, Bellato et al 2012, Genç ve Tur 2014). Yapılan çalışmalarda en sık görülen semptomların ağrı, sabah tutukluğu, yorgunluk ve uyku bozukluğu olduğu bulunmuştur (Nas ve ark 2001, Hayta ve ark 2010, Bellato et al 2012).

Hastalığın en önemli belirtisi kronik yaygın kas- iskelet sistemi ağrısı olup ağrının yaygın hissedildiği bölgeler boyun, bel, omuz ve alt ekstremitelerdir (İnanıcı 2011). Yapılan çalışmalarda en sık ağrı görülürken ikinci sırayı yorgunluk almaktadır (Nas ve ark 2001, Hayta ve ark 2010). Yorgunluk ve halsizlik fiziksel aktivite artışı ile artmakta ve bireyin günlük yaşantısını kısıtlamaktadır (Marcus 2005, İnanıcı 2011). Bunun yanında bireylerin sabahları yorgun kalktıklarını ifade etmeleri gece uyku probleminin en önemli göstergesidir (Bennet 1997, Marcus 2005, Roizenblatt Neto and Tufik 2011). Sivas ve ark tarafından yapılan çalışmada (Sivas ve ark 2009), uyku sorunu yaşayan hastaların oranı %57 bulunurken, Hayta ve ark tarafından yapılan çalışmada bu oranın %68 olduğu görülmüştür (Hayta ve ark 2010).

2.7. TANI VE AYIRICI TANI

Fibromiyalji tanısı koymak için özel bir laboratuvar testi olmamakla birlikte hastanın laboratuvar bulguları normal sınırdadır (Dönmez ve Erdoğan 2009). Ancak ayırıcı tanıda göz önünde bulundurmak amacı ile eritrosit sedimentasyon hızı, hemogram, rutin biyokimya testleri, romatoid faktör ve tiroid fonksiyon testleri değerlendirilmelidir (Clauw and Beary 2004). Tanı amacı ile yapılan görüntüleme yöntemlerinde de ağrının bulunduğu bölgede patoloji saptanmamaktadır (Dönmez ve Erdoğan 2009). Tanı koymak için dikkatli öykü, fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri gerekli olup fiziki muayene sırasında da daha önce belirtilen ACR kriterleri değerlendirilmektedir (Clauw and Beary 2004, Dönmez ve Erdoğan 2009, İnanıcı

2011). Bu tanı kriterlerinden üç aydan uzun süren kas iskelet sistemi ağrısı olması, fiziki muayenede belirtilen hassas noktalardan 11 ya da daha fazlasında hassasiyet görülmesi tanı için yeterli kabul edilmektedir (Bennet 1997, Clauw and Beary 2004, Malyak 2005, Marcus 2005).

2.8. TEDAVİ

Fibromiyalji tedavisinde nonfarmakolojik ve farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır.

2.8.1. Nonfarmakolojik Yöntemler

2.8.1.1. Eğitim

Eğitimin amacı hastaya FM ile başa çıkabilme yeterliliğini kazandırmaktır (Dönmez ve Erdoğan 2009). Hasta eğitiminde bireye FM'nin nasıl bir hastalık olduğunu, belirtilerini, şikayetlerini arttıracak ve azaltacak faktörleri, tedavi yöntemlerini açıklamak gerekmektedir (Doğan, Ay ve Evcik 2011). Sadece eğitim üzerine yapılan çalışma sayısı kısıtlı olmasına rağmen çalışmalarda hasta eğitiminin fibromiyalji şikayetlerinin azalmasında etkili olduğu görülmektedir (Hammond and Freeman 2006, (Mannerkorpi and Henriksson 2007, Rooks et al 2007).

Rooks ve arkadaşları tarafından FM'li 207 hasta ile bir çalışma gerçekleştirilmiş ve hastalar dört gruba ayrılarak uygulama yapılmıştır. Birinci gruba aerobik ve germe egzersizleri, ikinci gruba aerobik, germe ve güçlendirme egzersizleri, üçüncü gruba eğitim ve dördüncü gruba ise aerobik, germe ve güçlendirme egzersizleri ve eğitim bir arada uygulanmıştır. Tedaviye en iyi yanıtın dördüncü grupta olduğu görülmüştür. Çalışma sonucunda egzersizin etkinliğinin eğitimden daha fazla olduğu ancak multidisipliner yaklaşımın tedavinin etkinliğini arttırdığı ifade edilmiştir (Rooks et al 2007).

Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da FM tanısı almış olan 66 hasta randomize şekilde iki grup halinde ayrılmış, bir gruba sadece eğitim diğer gruba hem eğitim hem de balneoterapi uygulanmıştır. Altı ay sonunda yapılan değerlendirmede

hasta eğitiminin etkin olduğu ancak balneoterapi tedavisi ile birlikte verilen eğitimin daha etkili olduğu görülmüştür (Koçyiğit, Gür, Altındağ, Akyol ve Gürsoy 2016).

2.8.1.2. Egzersiz

Fibromiyaljili hastalar sedanter bir yaşam sonucunda oluşan ağrı, yorgunluk ve benzeri semptomlardan şikayet etmektedirler (Genç ve Tur 2014). Yapılan çalışmalar sedanter yaşama sahip ve ağrılı hastalarda egzersizin fiziksel fonksiyonlarda artış yarattığını, semptom şiddetinde azalma sağladığını göstermiştir (Rooks et al 2007, Mannerkorpi and Henriksson 2007). Fibromiyaljide egzersizin amacı hastaya kaybettiği kondisyonu kazandırmak, stresin azalmasını sağlamak, postür bozukluğunu gidermek ve dayanıklılığı arttırmaktır (Sindel, Soral ve Esmoilzadeh 2012). Ancak FM hastaları genellikle ilk etapta ağrı artışı ve motivasyon yetersizliği sonucunda egzersizi bırakmaktadır (Dönmez ve Erdoğan 2009, Sindel ve ark 2012). Bu nedenle egzersiz programı hazırlanırken bireysel özellikler göz önünde bulundurulmalı ve hasta kapasitesine göre bir düzen belirlenmelidir (Dönmez ve Erdoğan 2009, Sindel ve ark 2012).

Hastalara egzersize haftada üç ya da dört kez, beş, on dakika sürecek şekilde düşük tempoda başlamaları, tolerasyon durumuna göre süreyi haftada birkaç dakika arttırması ve bu sürekliliğin en az dört, altı hafta boyunca devam etmesi önerilmelidir (Bennet 1997, Clauw and Beary 2004). Kademeli şekilde yapılan artış hastanın kendine güvenini arttıracaktır (Dönmez ve Erdoğan 2009). Ayrıca yoran ve hastanın bırakmasına sebep olan bir egzersiz yerine uzun vadede devam eden ve alışkanlık haline gelen bir egzersiz programı oluşturulması hastalığın yönetiminde daha olumlu sonuçlar alınmasını sağlamaktadır (Bennet 1997, Clauw and Beary 2004, Dönmez ve Erdoğan 2009).

2.8.1.3. Fizik tedavi

Transkütanöz elektriksel sinir stimülasyon (TENS), yüzeysel (sıcak paket, pedler, parafin vs.) ve derin dokuların ısıtılmasını sağlayan yöntemler (ultrason ve kısa dalga), masaj, balneoterapi, hidroterapi ve akupunktur gibi yöntemler FM tedavisinde kullanılan fizik tedavi yöntemleri arasında yer almaktadır (Sindel ve ark 2012, Genç

ve Tur 2014). Tüm bu yöntemlerin amacı kas ve eklem sertliğini azaltarak ağrıyı gidermek ve hastayı rahatlatmaktır (Sindel ve ark 2012, Genç ve Tur 2014). Külcü ve Gülşen tarafından yapılan çalışmada TENS, hotpack ve ultrason uygulamalarının FM hastalarındaki uykusuzluk üzerinde etkili olduğu, Çetin ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise yine aynı uygulamaların ağrının azalmasına ve yaşam kalitesinde artışa etkisi olduğu görülmüştür (Külcü ve Gülşen 2009, Çetin, Özdemir, Haghari ve Taşoğlu 2012).

Sprott ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada akupunkturun FM ağrılarını azalttığı gösterilirken, Mayhew ve Ernst'in yedi çalışmayı inceledikleri sistematik derlemede akupunkturun tek başına FM tedavisinde yeterli olmadığı bildirilmiştir (Sprott, Franke, Kluge and Hein 1998, Mayhew and Ernst 2007). Masajın FM tedavisine etkisinin incelendiği sistematik derleme ve metaanaliz çalışmasında dokuz farklı çalışmanın değerlendirilmesi sonucunda varılan yargı, masajın FM'li hastalarda ağrı, anksiyete ve depresyonu azalttığı ve FM'de tedavi yöntemi olarak kullanılabilirliği şeklindedir (Li, Wang, Feng, Yang and Sun 2014). Bu nedenle masaj gibi yöntemlerin FM tedavisinde kullanılması hastaların semptomlarının azaltılması açısından yararlı olabilir.

2.8.2. Farmakolojik Yöntemler

Farmakolojik tedavide ilk basamak hastanın semptom ve bulgularının doğru tanımlanarak uygulanacak olan tedavinin depresyon, anksiyete, uyku bozukluğu gibi eşlik eden durumlara göre belirlenmesidir (Sindel ve ark 2012). Fibromiyalji tedavisinde kullanılan ilaç grupları analjezikler, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, miyorelaksanlar, antidepresanlar ve antiepileptiklerdir (Dönmez ve Erdoğan 2009, Doğan ve ark 2011). Yapılan çalışmalar FM tedavisinde amitriptilin, miyorelaksanların, tramadol, ve pregabalinin etkili olduğunu göstermiştir (Carette et al 1994, Bennet, Kamin, Karin and Rosenthal 2003, Crofford et al 2005).

2.9. FİBROMİYALJİNİN YAŞAM ÜZERİNE ETKİLERİ

Fibromiyalji hastalarında ağrı, uykusuzluk, yorgunluk, kas gücünün azalması, konsantrasyon güçlüğü, depresyon gibi sorunların görülmesi ve bu sorunların sürekliliği;

- Hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken zorlanmalarına,
- Kendilerini yorgun, halsiz, mutsuz hissetmelerine,
- Aile, İş ve sosyal yaşamda üstlendikleri rolleri yerine getirememesine,
- Cinsel problem yaşamalarına,
- Tüm bunların sonucunda yaşam kalitelerinin azalmasına neden olmaktadır (Ünlü ve ark 2004, Hendricsson at al 2005, Schleicher 2005, İnanıcı 2011, Özcan ve ark 2013).

2.9.1. Fibromiyalji ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi ile ilgili farklı tanımlar mevcuttur. Sosyolojik olarak “yaşam kalitesi olgusu bireylerin, geleceğe yönelik ilgileri, hedefleri, beklentileri, standartlar ile yakından bağlantılı olarak, yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde kendi durumlarını algılama biçimi” şeklinde tanımlanmıştır (Arslan ve Çağlayandereli 2016). Dünya Sağlık Örgütü ise yaşam kalitesini, “*Kişinin yaşamındaki durumlarını ait olduğu kültür ve değerler doğrultusunda algılama ve değerlendirme durumudur.*” şeklinde tanımlanmıştır (WHOQOL 1995). Yaşam kalitesi genel anlamda kişinin yaşamı nasıl algıladığı (var olan imkanlar doğrultusunda doyumu) üzerine olmasına rağmen bu kavramın objektif boyutu da önem kazanmış olup objektif boyutu; eğitim, ekonomik koşullar, iş, sağlık vb. durumları içermektedir (Boylu ve Paçacıoğlu 2016).

Tanımlar değerlendirildiğinde yaşam kalitesi kavramının hayatımızın her alanında var olduğu ve birey üzerindeki etkileri anlaşılmaktadır (Boylu ve Paçacıoğlu 2016). Yaşam kalitesi, bireyin fiziksel fonksiyonlarını, ruhsal yapısını, aile ve toplumsal ilişkilerini ve bireyin işlevselliğini etkileyen önemli bir kavram haline gelmiştir (Testa and Simonson 1996, Boylu ve Paçacıoğlu 2016).

Fibromiyaljinin ortaya çıkarmış olduğu semptomlar ve buna bağlı olarak kişisel işlev bozuklukları, sosyal ve aile çevresi ile yaşanan sorunlar yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Ünlü ve ark 2004, Hendricsson at al 2005, Schleicher 2005, İnanıcı 2011, Özcan ve ark 2013). Yapılan çalışmalarda FM'nin neden olduğu uyku bozukluğu, ağrı ve depresyonun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür (Tüzün et al 2004, Özcan ve ark 2013). Akkaya ve arkadaşlarının 51 FM'li hasta ve 41 kişilik kontrol grubunu karşılaştırdığı çalışmada, iki gruba da SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği uygulanmıştır. Çalışma sonucunda sosyal fonksiyon dışındaki tüm alt boyutlarda (fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık) kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu görülmüştür (Akkaya, Akkaya, Atalay, Balci, Sahin 2012). Tutoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da fiziksel ve duygusal rol güçlüğü alt boyutunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (Tutoglu et al 2014).

2.9.2.Fibromiyalji ve Seksüel Disfonksiyon (Cinsel İşlev Bozukluğu)

Cinsel sağlıkta bozulma, ruhsal sağlığın da bozulmasına, aile ve sosyal ilişkide problemler yaşamasına neden olmakta ve genel sağlığı etkilemektedir (Bozdemir ve Özcan 2011).

Kadınlarda normal cinsel döngü Masters ve Johnson tarafından dört evreye ayırmıştır. Bunlar; uyarılma evresi, plato evresi, orgazm evresi ve çözülme evresi şeklindedir (İncesu 2004). Sonraki yıllarda Kaplan tarafından bu döngü değiştirilerek cinsel istek, uyarılma ve orgazm evreleri ortaya konulmuş ve cinsel isteğin önemi vurgulanmıştır (Tablo 1), (İncesu 2004). Bu evrelerde ortaya çıkacak bir sorunun cinsel işlev bozukluğuna (CİB) sebebiyet vereceği dile getirilmiştir (İncesu 2004).

Cinsel işlev bozukları, cinsel istek bozukluğu, cinsel tiksinti bozukluğu, uyarılma bozukluğu, orgazm bozukluğu şeklindedir (İncesu 2004, Tuğut 2016, Uğurlucan ve Özgör 2016).

Tablo 1. Cinsel Yanıt Evreleri ve Klinik Sendromlar (İncesu 2004)

Evre	Fizyolojik süreç	Sendromlar
1. İstek	MSS'deki cinsel merkezlerin aktivasyonu + Yeterli ölçüde endokrin sistem desteği	❖ Cinsel istek bozukluğu ❖ Cinsel tiksinti bozukluğu
2. Uyarılma	Genital bölgede vazokonjesyon +sistemik vazokonjesyon Lubrikasyon	❖ Uyarılma bozukluğu
3. Orgazm	Refleks kas kontraksiyonları Orgazm	❖ Orgazm bozukluğu

Cinsel sorunların etiolojisinde birçok faktör olduğu düşünülmesi nedeniyle CİB multidisipliner bir sorun haline gelmiştir (İncesu 2011, Sungur ve Gündüz 2014). Bu nedenle ortak bir tanımlama gereksinimi doğmuş ve tanı kriterleri oluşturulmuştur (İncesu 2011, Sungur ve Gündüz 2014). Tanı kriterleri geçmişten günümüze çeşitli çalışmalarla değişimlere uğrayarak; DSM 5 ve Dünya Sağlık Örgütü Tarafından ICD-11 (International Classification of Disease) oluşturulmuştur (İncesu 2011, Sungur ve Gündüz 2014).

Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları DSM 5'te; cinsel ilgi/uyarılma bozuklukları, orgazm bozukluğu, genital pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu ve diğer cinsel işlev bozuklukları olarak sınıflanmıştır (İncesu 2011, Akarsu ve Beji 2016). Her bir alt grup kendi içinde tanımlayıcı sorular içermekte olup tanı koyma sürecinde etkili olmaktadır (İncesu 2011, Akarsu ve Beji 2016). ICD-11 tanı kriterleri ile cinsel işlev bozukluklarını: cinsel istek ve uyarılma bozuklukları, orgazm bozuklukları ve diğer belirlenmiş cinsel bozukluklar şeklinde ayırmıştır (Cochran et al 2014).

Cinsel işlev bozukluklarının belirlenmesinde ilk basamak detaylı anamnez olup bu aşamada eşlik eden hastalık varlığı, ilaç kullanımı, bireyin fiziksel, psikolojik ve kültürel özellikleri sorgulanmalıdır (Tuğut 2016). Bireyin cinsel öyküsü alınarak cinsel işlev bozukluğunun hangi aşamada meydana geldiği tespit edilmeli ve sonraki aşama olan, genel tıbbi muayene, jinekolojik muayene ve tanı testlerinin kullanıldığı

detaylı muayene aşamasına geçilmelidir (Tuğut 2016). Tanı testlerinde; kandaki hormon seviyesi (FSH, LH, Testosteron, Prolaktin, Östradiol), vajinal PH ölçümü, biyotezyometre (nöral uyarı değerlendirilir, klitorise uyarı verilerek duyuşsal tepki incelenir), doppler USG (genital organlardaki kan akım hızı gözlemlenir) ve vajinal kompliyans (vajinal hacim ve duvar direnci dengesi incelenir) ölçümleri gibi değerlendirmeler yapılmaktadır (Yıldız 2008, Yaşar, Özkan ve Tepeler 2010, Tuğut 2016).

Cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde farmakolojik (hormonal ve nonhormonal ilaçlar) ve non farmakolojik tedaviler mevcuttur. Bazı görüşler farmokolojik tedaviyi bazı görüşler ise nonfarmokolojik tedaviyi desteklerken bir grup her iki tedavi yönteminin de bir arada olması gerektiğini ifade etmektedir (Yıldız 2008, Yaşar ve ark 2010, Tuğut 2016). Bu nedenle en önemli faktör iyi bir anamnez ile kişiye özgü tedavi şeklini belirleyip uygulamaktır (Yıldız 2008, Yaşar ve ark 2010, Tuğut 2016).

Cinsel işlev bozuklukları ve alt başlıklarının prevalansı değışiklik göstermektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda cinsel fonksiyon bozukluğu oranları; Öksüz ve Malhan tarafından %48,3, Özdemir ve Pehlivan %69, Özerdoğan ve arkadaşları tarafından%68,8 olarak belirlenmiştir (Öksüz and Malhan 2006, Özerdoğan, Sayiner, Köşgeroğlu ve Ünsal 2009, Özdemir ve Pehlivan 2015). Laumann ve arkadaşları tarafından Amerika'da, 18-59 yaş arası, 1410 erkek ve 1749 kadın üzerinde yapılan çalışmada kadın cinsel işlev bozukluğunun prevalansı %43'ün üzerinde bulunmuştur. Kadınların %22'sinde cinsel istekte azalma, %14'ünde uyarılma problemleri, %7'sinde ise cinsel ağrı olduğu belirlenmiştir (Laumann, Paik and Rosen 1999). Yapılan farklı bir çalışmada 179 kadın hastada prevalans %46,9 bulunurken, %60,3'de istek problemleri, %43'ünde uyarılma problemleri,%38 inde lubrikasyon problemi, %45,8 inde orgazm problemi, %38 inde doyum problemi ve %36,8 ünde ağrı problemi saptanmıştır (Cayan et al 2004). Yirmidokuz ülkeyi kapsayan ve 40-80 yaşları arasında 27500 kadın ve erkekte yapılan çalışmada kadınların yaklaşık yarısında CİB bildirilmiştir (Moreira et al 2005).

Fibromiyaljinin cinsel işlev bozukluğuna neden olduğunu gösteren farklı çalışmalarda mevcuttur (Ünlü ve ark 2004, Ryan 2008, Ülker, akır, Yalçınkaya, Demirdal and Toraman 2013, Yılmaz et al 2012, Tutoğlu et al 2014). Bazzichi ve ark. tarafından fimromiyaljinin cinsel yaşam üzerine etkisi ile ilgili on çalışmayı derlemesi sonucunda FM'nin cinsel işlev bozukluğuna neden olduğu ve bunun nedeninin ağrı, anksiyete, depresyon, uyku bozukluğu, kronik stres ve ilaç yan etkisi olarak görüldüğu gösterilmiştir (Bazzichi et al 2012). Ülkemizde fibromiyalji hastalarında cinsel işlev bozulduğunu değerlendiren çalışmalar incelendiğinde az sayıda çalışma olduğu görülmüştür. Ülker ve arkadaşları tarafından 55 FM hastanın 50 kişilik kontrol grubu ile karşılaştırılması sonucu FM tanısı olan hastaların cinsel fonksiyon indekslerinin tüm alt ölçeklerle birlikte kontrol grubuna göre düşük olduğu belirlenmiştir (Ülker et al 2013). Ünlü ve arkadaşları, Tutoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda da FM hastalarında cinsel doyumun kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu belirtilmiştir (Ünlü ve ark 2004, Tutoğlu 2014).

2.10. ÇALIşMANIN HEMşİRELİK AÇISINDAN ÖNEMİ

“Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” (<http://www.who.int/suggestions/faq/en/>, Erişim Tarihi: 01.07.2018) şeklinde tanımlamıştır. Fibromiyalji birçok semptomu bir arada bulundurarak; fiziksel, soysal, çevresel ve duygusal sorunlara sebep olan ve sonuçta bireyin yaşam kalitesini, cinsel işlevini etkileyen bir sağlık sorunudur (Tüzün et al 2004, Ünlü ve ark 2004, Moffitt et al 2006, İnanıcı 2011, Özcan ve ark 2013). Literatürde de fibromiyaljinin cinsel işlev bozukluğuna neden olduğu bildirilmiştir (Ünlü ve ark 2004, Ryan 2008, Ülker et al 2013, Yılmaz et al 2014, Tutoğlu et al 2014). Hastaların özellikle dile getirmekte güçlük yaşadığı ve sağlık çalışanları tarafından da tam anlamıyla sorgulanamayan bir konu olan cinsel işlev bozuklukları bu nedenle genellikle atlanmaktadır. Mesleki açıdan hasta ile en yakın ve uzun süre iletişimde olan hemşireler, hastanın en mahrem anlarına, psikolojik ve fiziki sıkıntılarına birebir tanık olarak hasta bireylerle yakınlık kurmaktadır. Bu nedenle cinsel işlev bozukluğuna ilişkin verilerin daha sağlıklı toplanmasında hemşireler anahtar role sahiptir. Özellikle kadınlarda sık görülen bir

sendrom olan fibromiyaljide cinsel işlev bozukluklarının, birey, aile ve toplumun sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanmasında önemli role sahip hemşireler tarafından, hasta işbirliği ile belirlenmesi, uygun bakımın planlaması ve uygulanması bireylerin sağlığını olumlu yönde etkileyecektir. Fibromiyalji hastalarında cinsel işlev bozukluğu ile ilgili literatürde sınırlı sayıda çalışma olması, cinsel işlev bozuklukların erken belirlenmesi ve tedavinin başlanmasının hastaların yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemesi nedeniyle bu çalışmanın hemşirelik açısından önem arz ettiğini düşünmekteyiz.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Araştırma, fibromiyaljili kadın hastalarda yaşam kalitesi ve cinsel işlev bozukluğunun değerlendirilmesi amacı ile düzenlenen tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.1.1. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

Fibromiyaljili kadın hastalarda cinsel işlev bozukluğu ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada yanıtlanması beklenen sorular şunlardır;

- Fibromiyalji sendromu olan kadın hastalarda cinsel işlev bozukluğu görülme oranı nedir?
- Cinsel işlev bozukluğu üzerinde sosyodemografik değişkenlerin etkisi bulunuyor mu?
- Fibromiyalji sendromu hastaların yaşam kalitesini etkiliyor mu?
- Sosyodemografik değişkenler, hastaların FM'den etkilenme düzeyini etkiliyor mu?
- Sosyodemografik değişkenlerin yaşam kalitesi üzerine etkisi bulunuyor mu?
- Cinsel işlev bozukluğu, fibromiyalji etkilenme düzeyi ve yaşam kalitesi arasında ilişki var mı?

3.2. ARAŞTIRMA İZİNİ

Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ilkeler ve evrensel etik ilkelere uyulmuştur. Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapılacağı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve

Araştırma Hastanesi'nden kurum izni (Ek 2). Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul onayı alındı (Ek 1). Araştırmaya katılmada gönüllülük ilkesi esas alınarak araştırma kriterlerine uygun ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm bireylere araştırmanın amacı ve yararı sözlü olarak bildirildi ve onayları alındı. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere kendilerinden alınan bilgilerin yalnızca anketi uygulayan kişi tarafından değerlendirileceği, başka bir kişi tarafından incelenmeyeceği açıklandı.

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Romatoloji Polikliniklerine 15.05.2015-15.09.2015 tarihleri arasında başvuran ve fibromiyalji tanısı almış hastalar üzerinde uygulandı.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Romatoloji polikliniklerine başvuran (15.05.2015-15.09.2015 tarihleri arasında toplam 150 hasta başvurmuştur) bireylerden oluşmaktadır. Çalışmada örneklem seçimine gidilmeyip çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan (American College of Rheumatology kriterlerine göre, hekim tarafından FM tanısı konulmuş, cinsel olarak aktif, iletişim sorunu olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar) evrenin tamamına ulaşılmaya çalışıldı.

3.5. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

Hekim tarafından ACR (American College of Rheumatology) tanı kriterlerine göre FM tanısı konmuş, cinsel olarak aktif, çalışmaya katılmayı kabul eden, 18-55 yaş arası kadın hastalar çalışmaya dahil edildi. Gönüllülük esasına göre çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler, iletişim problemleri olanlar, diyabet ve kalp hastalıklarından herhangi birine sahip olanlar, çalışmaya dahil edilmedi. 106 hasta üzerinde anket

doldurulmuş olup bu hastalardan 2 tanesi anketleri tamamlamadığı için çalışma 104 hastayla tamamlandı.

3.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verileri Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Romatoloji Polikliniklerine başvuran hastalarla yüz yüze görüşülerek toplandı. Verilerin toplanması aşamasında 20 sorudan oluşan sosyo-demografik form, Sayısal Ağrı Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Fibromiyalji Etki Skalası, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği kullanıldı.

3.6.1. Sosyo-Demografik Form (EK-4)

İlk kısım 20 sorudan oluşan ve araştırmacı tarafından hazırlanan soru formudur. 18 soru bireyin sosyo-demografik özellikleri, mevcut hastalıkları, kullandığı ilaçları, sigara kullanımını sorgulayan sorulardan oluşmaktadır. İki soru ise o anki mevcut ağrı varlığı ve ağrının derecesini belirleyen kısımdır. Ağrının derecesi Sayısal Ağrı Ölçeği ile sorgulandı. Sayısal ağrı ölçeğinde kişiye ağrısına 0 (Ağrı yok) ve 10 (Dayanılmaz ağrı) arasında bir değer vermesi istenerek ağrı düzeyinin belirlenmesi amaçlandı (Aslan 2002).

3.6.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (The MOS 36 Item Short Form Health Survey) (EK-5)

Ware tarafından 1987 yılında geliştirilmiş ve Pinar tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (Ware and Sherbourne 1992, Pinar 2005). SF-36, iki ana boyut, sekiz alt boyuttan ve toplamda 36 sorudan oluşmaktadır. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutları oluşturmaktadır. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlaması, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutları toplandığında Fiziksel Ana Boyut, diğer alt boyutlar toplandığında ise Mental Ana Boyut hesaplanmaktadır. Soruların cevapları son dört hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Ölçek yalnızca tek bir toplam puanı

olmayıp, her bir alt boyut için ayrı ayrı puanlama yapılmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu ifade ederken 100 iyi sağlık durumunu göstermektedir (Ware and Sherbourne 1992).

3.6.3. Fibromiyalji Etki Skalası (FES) (Fibromyalgia Impact Questionnaire; FIQR) (EK-6)

Fibromiyalji Etki Skalası (Fibromyalgia Impact Questionnaire; FIQR), hastalığın bireyi günlük yaşantısında nasıl etkilediği üzerine sorular içermektedir. 2000 yılında Sarmer ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçeğin ilk 11 soru alışveriş yapmak, çamaşır yıkamak, ev temizliği, yürüyüş, araba kullanmak, merdiven çıkmak gibi günlük yaşam aktivitesinin değerlendirilmesi ile ilgili likert tipi sorular içeren kısımdır. Burada her bir soru için daima, çoğunlukla, ara sıra ve hiçbir zaman cevaplarından biri verilmektedir. İkinci soru bireyin son bir hafta içerisinde kaç gün iyi hissettiğini, üçüncü soru ise son bir hafta içerisinde kaç gün FM'den dolayı iş yapamaz duruma geldiğini sorgulamaktadır. Son bölümde ise bireyin son bir hafta içerisinde yaşadıkları ve hissettiklerini içeren yedi sorudan oluşmaktadır. Yedi sorudan her birine bireyin sıfır ve on arası bir değer vermesi istenerek değerlendirme yapılmıştır (Sarmer, Ergin and Yavuzer 2000)

Her bölüm için farklı puanlama yapılarak, tüm bölümlerden alınan puanların toplamı değerlendirilir. Anket sonunda birey maksimum 100 puan almaktadır. Yüksek puan düşük fonksiyonel düzeyin göstergesidir (Sarmer et al 2000).

3.6.4. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCiÖ); (The Female Sexual Function Index;FSFI) (EK-7)

Aygin ve Aslan tarafından 2005 yılında Türkçeye uyarlaması yapılan ölçek kadın cinsel fonksiyonlarını değerlendirmek amacı ile kullanılmaktadır. Ölçek 19 sorudan oluşmaktadır. Her sorunun cevap verebilecek altı seçeneği bulunmaktadır ve her bir madde sıfırdan beşe kadar puanlanmaktadır. Ölçeğin yapısında; istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere altı alt boyut bulunmaktadır. Kişi ölçekten 4-95 arası puan almaktadır. Her sorudan alınan puan, faktör yükü ile

çarpılarak elde edilen sonuç doğrultusunda, kesme puanı toplamda ≤ 22.7 ise cinsel işlev bozukluğu olduğu ifade edilmektedir. Alt boyutlar için kesme puanı cinsel istek, lubrikasyon, orgazm ve doyum için ≤ 3.6 , uyarılma için ≤ 3.9 ve ağrı için ≤ 4.4 şeklindedir (Aygin ve Aslan 2005).

3.7. VERİLERİN TOPLANMASI

Fizik Tedavi ve Romatoloji polikliniklerinde fibromiyalji tanısı alan hastalardan çalışmaya katılmayı kabul edenlerle hastanın poliklinik işlemleri bittikten sonra ayrı bir odada yüz yüze görüşme yöntemiyle veriler toplandı. Verilerin toplanması yaklaşık 30-45 dk sürdü.

3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışmada istatistiksel analizler SPSS 16.0 For Windows paket programı ile yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (frekans dağılımı, ortalama, standart sapma) yanı sıra ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız örneklem t testi, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grupların karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans Analizi, Tukey Çoklu Karşılaştırma analizi, Kruskall Wallis testi, Ki Kare ve ilişki katsayılarının hesaplanmasında Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Sonuçlar; ileri derecede anlamlılık $p < 0,01$ ve anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

4.BULGULAR

Tablo 2. Olguların sosyodemografik dağılımları

Değişkenler	Ort. ± S.S. (Min.-Max.)	Frekans	%
Yas	38,87 ± 9,95 (18-55)		
BKİ	25,00 ± 3,56 (17,3-35,2)		
Evlilik Süresi (Yıl)	15,25 ± 10,75 (1-40)		
Hastalığın Süresi (Ay)	65,83 ± 67,73 (1-324)		
Çocuk Sayısı	Çocuğu Yok	19	18,27
	1 Çocuk Sahibi	25	24,04
	2 Çocuk Sahibi	34	32,69
	3 Çocuk Sahibi	18	17,31
	4 Çocuk Sahibi	6	5,77
	6 Çocuk Sahibi	2	1,92
Çalışma Durumu	Çalışan	35	33,65
	Çalışmayan	69	66,35
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	7	6,73
	İlköretim Mezunu	43	41,35
	Lise Mezunu	31	29,81
	Üniversite Mezunu	19	18,27
	Yüksek Lisans Mezunu	4	3,85
Meslek Dağılımı	Ev Hanımı	65	62,50
	İşçi	10	9,62
	Öğretmen	7	6,73
	Hemşire	5	4,81
	Mühendis	3	2,88
	Satış Personeli	3	2,88
	Esnaf	2	1,92
	Polis	2	1,92
	Sekreter	2	1,92
	Biyolog	1	0,96
	Emekli	1	0,96
	Muhasebeci	1	0,96
	Öğrenci	1	0,96
	Terzi	1	0,96
Gelir Durumu	İyi	31	29,81
	Orta	61	58,65
	Kötü	12	11,54
Aile Tipi	Çekirdek Aile	90	86,54
	Geniş Aile	14	13,46
Ek Hastalık	Var	33	31,73
	Yok	71	68,27
Sigara Kullanımı	Sigara Kullanan	38	36,54
	Hiç Sigara Kullanmamış	63	60,58
	Sigarayı Bırakmış	3	2,88
	Olguların Yıl ve Gün Bazında Kullanım Ortalamaları		
		Ort. ± S.S. (Min.-Max.)	
Sigara Kullanımı (Yıl)	12,11 ± 7,97	2-30	
Sigara Kullanımı (Günlük Adet)	15,29 ± 5,28	2-20	

Hastaların yaş ortalaması $38,87 \pm 9,95$ olup, %32,69'unun iki çocuk sahibi, %41,35'inin ilköğretim mezunu, %58,65'inin orta gelir düzeyine, %86,54'ünün çekirdek aileye sahip olduğu ve %66,5 çalışmadığı belirlendi. Diğer sosyodemografik özelliklerin dağılımı Tablo 2'de verildi. .

Tablo 3. Olgularda Gözlenen Ek Hastalıkların Dağılımı

Ek Hastalık Adı	Frekans	%
Anemi	9	21,6
Migren	8	19,5
Depresyon	8	19,5
Guatr	5	12,2
Bel Fıtığı	4	9,8
SVH	2	4,9
Hepatit B	1	2,5
Hepatit C	1	2,5
Epilepsi	1	2,5
Sedef	1	2,5
Boyun Fıtığı	1	2,5
Toplam	41	100,00

Olgularda gözlenen 11 farklı ek hastalığın toplam gözlenme sıklığı 41 olup bunların dağılımı Tablo 3'te gösterildi.

Tablo 4. Olguların BKİ ve Ağrı dağılımları

	Frekans	%	Ağrı Durumu	Frekans	%
Zayıf<18,5	3	2,8	Ağrı Var	101	97,12
18,5-24,9 Normal	51	49	Ağrı Yok	3	2,88
25-24,9 Kilolu	41	39,4			
Obez> 30	9	8,8			
Toplam	104	100	Toplam	104	100

Fibromiyalji hastalarının %49'unun normal , %39,4'ünün kilolu %8,8'inin ise obez olduğu belirlendi (Tablo 4.).

Olguların ağrı derecelerine göre dağılımı Tablo 4’de gösterilmiş olup “0” ağrının yokluğunu “10” ise dayanılmaz ağrı derecesini ifade etmektedir. Hastaların %21,15 ağrı derecesini 4, %17,31’i ise 5 olarak bildirdi. Olguların ağrı şiddeti ortalamasının ise $5,62 \pm 2,15$ olduğu saptandı (Tabloda verilmedi).

Tablo 5. Olguların Ağrı Derecesine Göre Dağılımı

Ağrı Derecesi	Frekans	%
0	3	2,88
1	1	0,96
3	9	8,65
4	22	21,15
5	18	17,31
6	16	15,38
7	9	8,65
8	17	16,35
9	7	6,73
10	2	1,92
Toplam	104	100,00

Tablo 6. FSFI Göre Cinsel İşlev Bozukluklarının Dağılımı

FSFI Ölçeği Alt Boyutları	Cinsel İşlev Bozukluğu Varlığı	n	%
Cinsel İstek Puanı	CİB VAR	40	38,46
	CİB YOK	64	61,54
Uyarılma Puanı	CİB VAR	81	77,88
	CİB YOK	23	22,12
Lubrikasyon Puanı	CİB VAR	81	77,88
	CİB YOK	23	22,12
Orgazm Puanı	CİB VAR	72	69,23
	CİB YOK	32	30,77
Doyum Puanı	CİB VAR	93	89,42
	CİB YOK	11	10,58
Ağrı Puanı	CİB VAR	51	49,04
	CİB YOK	53	50,96
FSFI Genel Puanı	CİB VAR	77	74,04
	CİB YOK	27	25,96

Hastaların FSFI toplam puanı değerlendirildiğinde, %74,04’ünde cinsel işlev bozukluğu olduğu belirlendi. Diğer alt boyutlarda cinsel işlev bozukluğu görülme oranları Tablo 6’da verildi.

Tablo 7. FSFI Alt Boyut Ortalamaların Çocuk Sayısı Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Çocuk Sayısı	Frekans	Ort. ± S.S.	p
Cinsel İstek	Çocuk yok veya 1 Çocuk (a)	44	2,75 ± 1,02	0,000** a>c, b>c
	2 Çocuk (b)	34	2,51 ± 1,16	
	3 ve Üzeri Çocuk (c)	26	1,66 ± 0,93	
Uyarılma	Çocuk yok veya 1 Çocuk (a)	44	3,39 ± 1,55	0,000** a>c, b>c
	2 Çocuk (b)	34	2,56 ± 1,86	
	3 ve Üzeri Çocuk (c)	26	1,06 ± 1,49	
Lubrikasyon	Çocuk yok veya 1 Çocuk (a)	44	3,97 ± 1,60	0,000** a>b, a>c, b>c
	2 Çocuk (b)	34	2,90 ± 2,12	
	3 ve Üzeri Çocuk (c)	26	1,66 ± 2,20	
Orgazm	Çocuk yok veya 1 Çocuk (a)	44	3,58 ± 1,60	0,000** a>c, b>c
	2 Çocuk (b)	34	2,72 ± 1,96	
	3 ve Üzeri Çocuk (c)	26	1,20 ± 1,71	
Doyum	Çocuk yok veya 1 Çocuk (a)	44	4,00 ± 1,58	0,000** a>c, b>c
	2 Çocuk (b)	34	3,02 ± 2,14	
	3 ve Üzeri Çocuk (c)	26	1,46 ± 2,07	
Ağrı	Çocuk yok veya 1 Çocuk (a)	44	4,67 ± 1,58	0,000** a>b, a>c, b>c
	2 Çocuk (b)	34	3,54 ± 2,36	
	3 ve Üzeri Çocuk (c)	26	1,71 ± 2,23	
Toplam FSFI Puan	Çocuk yok veya 1 Çocuk (a)	44	22,37 ± 8,08	0,000** a>c, b>c
	2 Çocuk (b)	34	17,25 ± 10,88	
	3 ve Üzeri Çocuk (c)	26	8,75 ± 9,97	

** : 0,01 Hata Payı Altında Anlamlılık Düzeyi

Olguların sahip olduğu çocuk sayısının gruplarına göre kadın cinsel işlev ölçeğinin alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çocuk sayısı gruplarına göre FSFI tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir şekilde farklı olduğu gözlemlendi ($p<0,01$). Üç ve daha fazla çocuğu olanların puan ortalamalarının anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi (Tablo 7.).

Tablo 8. Çocuk Sayısına Göre Cinsel İşlev Bozukluklarının Dağılım Tablosu

Cinsel İşlev Bozuklukları	Çocuk Sayısı Grupları								Ki - Kare	P	
	Çocuk yok veya 1 Çocuk (a)		2 Çocuk		3 ve Üzeri Çocuk		Toplam				
Var (+) Yok (-)	n (44)	%	n (34)	%	n (26)	%	n (104)	%			
Cinsel İstek	-	4	9,1	4	11,8	1	3,8	9	8,7	1,187	0,552
	+	40	90,9	30	88,2	25	96,2	95	91,3		
Uyarılma	-	14	31,8	6	17,6	2	7,7	22	21,2	6,076	0,048*
	+	30	68,2	28	82,4	24	92,3	82	78,8		
Lubrikasyon	-	20	45,5	12	35,3	5	19,2	37	35,6	4,905	0,086
	+	24	54,5	22	64,7	21	80,8	67	64,4		
Orgazm	-	19	43,	13	38,2	2	7,7	34	32,7	10,06	0,007*
	+	25	56,8	21	61,8	24	92,3	70	67,3		
Doyum	-	22	50,0	13	38,2	5	19,2	40	38,5	6,538	0,038*
	+	22	50,0	21	61,8	21	80,8	64	61,5		
Ağrı	-	30	68,2	17	50,0	4	15,4	51	49,0	18,248	0,000*
	+	14	31,8	17	50,0	22	84,6	53	51,0		
FSFI Toplam Puan	-	15	34,1	8	23,5	2	7,7	25	24,0	6,244	0,044*
	+	29	65,9	26	76,5	24	92,3	79	76,0		

Çocuk sayısına göre cinsel işlev bozukluğu dağılımı incelenmiş olup cinsel istek ve lubrikasyon alt boyutları dışındaki tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0.05$) olduğu görüldü. Cinsel İstek dışındaki alt boyutlarda çocuk sayısındaki artış ile cinsel işlev bozukluğu oranının arttığı belirlendi (Tablo 8.).

Tablo 9. FSFI Alt Boyut Ortalamalarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Çalışma Durumu	Frekans	Ort. ± S.S.	p
Cinsel İstek	Çalışan	35	2,88 ± 1,07	0,002**
	Çalışmayan	69	2,16 ± 1,09	
Uyarılma	Çalışan	35	3,31 ± 1,75	0,002**
	Çalışmayan	69	2,14 ± 1,82	
Lubrikasyon	Çalışan	35	3,90 ± 1,87	0,003**
	Çalışmayan	69	2,61 ± 2,13	
Orgazm	Çalışan	35	3,60 ± 1,68	0,000**
	Çalışmayan	69	2,25 ± 1,97	
Doyum	Çalışan	35	3,98 ± 1,80	0,001**
	Çalışmayan	69	2,57 ± 2,15	
Ağrı	Çalışan	35	4,62 ± 1,84	0,000**
	Çalışmayan	69	3,03 ± 2,38	
Toplam FSFI	Çalışan	35	22,28 ± 9,21	0,000**
Puan	Çalışmayan	69	14,76 ± 10,87	

******: 0,01 Hata Payı Altında Anlamlılık Düzeyi

Tablo 9’da görüldüğü gibi, çalışmayan fibromiyalji hastalarının FSFI tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir şekilde düşük olduğu belirlendi ($p < 0,01$).

Tablo 10. Çalışma Durumuna Göre Cinsel İşlev Bozukluklarının Dağılımı

Cinsel İşlev Bozuklukları		Çalışma Durumu						Ki - Kare	p
		Çalışan		Çalışmayan		Toplam			
Var (+) Yok (-)		n (35)	%	n (69)	%	n (104)	%		
Cinsel İstek	-	5	14,3	4	5,8	9	8,7	2,117	0,160
	+	30	85,7	65	94,2	95	91,3		
Uyarılma	-	11	31,4	11	15,9	22	21,2	3,339	0,080
	+	24	68,6	58	84,	82	78,8		
Lubrikasyon	-	16	45,7	21	30,4	37	35,6	2,365	0,135
	+	19	54,3	48	69,6	67	64,4		
Orgazm	-	15	42,9	19	27,5	34	32,7	2,477	0,127
	+	20	57,1	50	72,5	70	67,3		
Doyum	-	18	51,4	22	31,9	40	38,5	3,748	0,059
	+	17	48,6	47	68,1	64	61,5		
Ağrı	-	24	68,6	27	39,1	51	49,0	8,054	0,007**
	+	11	31,4	42	60,9	53	51,0		
FSFI Toplam Puan	-	13	37,1	12	17,4	25	24,0	4,961	0,031*
	+	22	62,9	57	82,6	79	76,0		

Çalışma durumuna göre cinsel işlev bozukluğu değerlendirilmiş olup FSFI toplam puan ve ağrı alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark ($p < 0,05$) tespit edildi. Çalışmayan bireylerde cinsel işlev bozukluğu görülme oranının daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 10.).

Tablo 11. FSFI Alt Boyut Ortalamalarının Eğitim Durumu Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Eğitim Durumu	Frekans	Ort. ± S.S.	p
Cinsel İstek	İlköğretim Mezunu (a)	50	1,90 ± 0,98	0,000** a<b, a<c
	Lise Mezunu (b)	31	2,86 ± 1,15	
	Lisans veya Y.Lisans Mezunu (c)	23	2,87 ± 0,96	
Uyarılma	İlköğretim Mezunu (a)	50	1,37 ± 1,54	0,000** a<b, a<c
	Lise Mezunu (b)	31	3,57 ± 1,45	
	Lisans veya Y.Lisans Mezunu (c)	23	3,67 ± 1,53	
Lubrikasyon	İlköğretim Mezunu (a)	50	1,84 ± 2,00	0,000** a<b, a<c
	Lise Mezunu (b)	31	4,19 ± 1,56	
	Lisans veya Y.Lisans Mezunu (c)	23	4,11 ± 1,62	
Orgazm	İlköğretim Mezunu (a)	50	1,48 ± 1,73	0,000** a<b, a<c
	Lise Mezunu (b)	31	3,73 ± 1,52	
	Lisans veya Y.Lisans Mezunu (c)	23	3,98 ± 1,38	
Doyum	İlköğretim Mezunu (a)	50	1,77 ± 1,97	0,000** a<b, a<c
	Lise Mezunu (b)	31	4,19 ± 1,59	
	Lisans veya Y.Lisans Mezunu (c)	23	4,28 ± 1,49	
Ağrı	İlköğretim Mezunu (a)	50	2,10 ± 2,21	0,000** a<b, a<c
	Lise Mezunu (b)	31	4,81 ± 1,53	
	Lisans veya Y.Lisans Mezunu (c)	23	5,06 ± 1,37	
Toplam FSFI Puan	İlköğretim Mezunu (a)	50	10,46 ± 9,73	0,000** a<b, a<c
	Lise Mezunu (b)	31	23,36 ± 7,91	
	Lisans veya Y.Lisans Mezunu (c)	23	23,97 ± 7,43	

** : 0,01 Hata Payı Altında Anlamlılık Düzeyi

Olguların eğitim durumlarına göre kadın cinsel işlev ölçeğinin alt boyut ortalamaları karşılaştırıldı. Yapılan karşılaştırma sonucunda olguların eğitim durumu gruplarına göre FSFI tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir şekilde farklı olduğu gözlemlendi ($p<0,01$). Anlamlılığı yaratan grubun belirlenmesi için yapılan ileri analizde ilköğretim mezunlarının puanlarının anlamlı oranda düşük olduğu belirlendi (Tablo 11.).

Tablo 12. Eğitim Durumuna Göre Cinsel İşlev Bozukluklarının Dağılımı

Cinsel İşlev Bozuklukları	Eğitim Durumu									Ki - Kare	p
	İlköğretim Mezunu		Lise Mezunu		Min. Lisans Mezunu		Toplam				
	n (50)	%	n (31)	%	n (23)	%	n (104)	%			
Cinsel İstek	-	1	2,0	6	19,4	2	8,7	9	8,7%	7,291	0,026*
	+	49	98,0	25	80,6	21	91,3	95	91,3		
Uyarılma	-	3	6,0	11	35,5	8	34,8	22	21,2	13,262	0,001**
	+	47	94,0	20	64,5	15	65,2	82	78,8		
Lubrikasyon	-	11	22,0	16	51,6	10	43,5	37	35,6	8,126	0,017*
	+	39	78,0	15	48,4	13	56,5	67	64,4		
Orgazm	-	7	14,0	17	54,8	10	43,5	34	32,7	16,065	0,000**
	+	43	86,0	14	45,2	13	56,5	70	67,3		
Doyum	-	9	18,0	19	61,3	12	52,2	40	38,5	17,497	0,000**
	+	41	82,0	12	38,7	11	47,8	64	61,5		
Ağrı	-	11	22,0	22	71,0	18	78,3	51	49,0	28,451	0,000**
	+	39	78,0	9	29,0	5	21,7	53	51,0		
FSFI Toplam Puan	-	4	8,0	12	38,7	9	39,1	25	24,0	13,567	0,001**
	+	46	92,0	19	61,3	14	60,9	79	76,0		

Eğitim durumuna göre cinsel işlev bozukluğu dağılımına bakıldığı zaman tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı fark ($P < 0,05$) olduğu görüldü. İlköğretim mezunu olanlarda cinsel işlev bozukluğu görülme oranının yüksek olduğu saptandı (Tablo 12.).

Tablo 13. FSFI Alt Boyut Ortalamalarının Gelir Durumu Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Gelir Durumu	Frekans	Ort. ± S.S.	p
Cinsel İstek	İyi (a)	31	2,75 ± 1,08	0,109
	Orta (b)	61	2,28 ± 1,17	
	Kötü (c)	12	2,10 ± 0,83	
Uyarılma	İyi (a)	31	2,71 ± 1,74	0,713
	Orta (b)	61	2,53 ± 2,00	
	Kötü (c)	12	2,10 ± 1,58	
Lubrikasyon	İyi (a)	31	3,27 ± 1,94	0,421
	Orta (b)	61	3,05 ± 2,27	
	Kötü (c)	12	2,4 ± 1,86	
Orgazm	İyi (a)	31	3,01 ± 1,82	0,259
	Orta (b)	61	2,70 ± 2,10	
	Kötü (c)	12	1,97 ± 1,62	
Doyum	İyi (a)	31	3,35 ± 2,02	0,483
	Orta (b)	61	3,00 ± 2,24	
	Kötü (c)	12	2,50 ± 1,95	
Ağrı	İyi (a)	31	3,83 ± 2,09	0,961
	Orta (b)	61	3,45 ± 2,42	
	Kötü (c)	12	3,43 ± 2,59	
Toplam FSFI Puan	İyi (a)	31	18,92 ± 9,93	0,476
	Orta (b)	61	17,01 ± 11,55	
	Kötü (c)	12	14,5 ± 9,92	

Gelir durumu değişkeninin, FSFI toplam ve tüm alt boyutlarını istatistiksel olarak anlamlı oranda etkilemediği belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 13.).

Tablo 14. Gelir Durumuna Göre Cinsel İşlev Bozukluklarının Dağılımı

Cinsel İşlev Bozuklukları		Gelir Durumu								Ki - Kare	P
		İyi		Orta		Kötü		Toplam			
Var (+) Yok (-)		n (31)	%	n (61)	%	n (12)	%	n (104)	%		
Cinsel İstek	-	3	9,7	6	9,8	0	0,0	9	8,7	1,286	0,526
	+	28	90,3	55	90,2	12	100,0	95	91,3		
Uyarılma	-	5	16,1	17	27,9	0	0,0	22	21,2	5,338	0,069
	+	26	83,9	44	72,1	12	100,0	82	78,8		
Lubrikasyon	-	11	35,5	24	39,3	2	16,7	37	35,6	2,25	0,325
	+	20	64,5	37	60,7	10	83,3	67	64,4		
Orgazm	-	10	32,3	23	37,7	1	8,3	34	32,7	3,935	0,140
	+	21	67,7	38	62,3	11	91,7	70	67,3		
Doyum	-	13	41,9	24	39,3	3	25,0	40	38,5	1,097	0,578
	+	18	58,1	37	60,7	9	75,0	64	61,5		
Ağrı	-	14	45,2	30	49,2	7	58,3	51	49,0	0,602	0,740
	+	17	54,8	31	50,8	5	41,7	53	51,0		
FSFI Toplam Puan	-	7	22,6	18	29,5	0	0,0	25	24,0	4,833	0,089
	+	24	77,4	43	70,5	12	100,0	79	76,0		

Gelir durumuna göre cinsel işlev bozukluğuna bakıldığında FSFI toplam puan ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p>0,05$) bulunmadı (Tablo 14.).

Tablo 15. FSFI Alt Boyut Ortalamalarının Aile Tiplerine Göre Karşılaştırılması

Ölçek	AileTipi	Frekans	Ort. ± S.S.	p
Cinsel İstek	Çekirdek Aile	90	2,47 ± 1,14	0,093
	Geniş Aile	14	1,93 ± 0,92	
Uyarılma	Çekirdek Aile	90	2,65 ± 1,84	0,161
	Geniş Aile	14	1,80 ± 2,00	
Lubrikasyon	Çekirdek Aile	90	3,21 ± 2,09	0,101
	Geniş Aile	14	1,99 ± 2,13	
Orgazm	Çekirdek Aile	90	2,84 ± 1,95	0,06
	Geniş Aile	14	1,80 ± 1,98	
Doyum	Çekirdek Aile	90	3,17 ± 2,08	0,183
	Geniş Aile	14	2,26 ± 2,44	
Ağrı	Çekirdek Aile	90	3,68 ± 2,22	0,486
	Geniş Aile	14	2,77 ± 2,91	
Toplam FSFI Puan	Çekirdek Aile	90	18,03 ± 10,58	0,127
	Geniş Aile	14	12,55 ± 12,09	

*0,05 Hata Payı Altında Anlamlılık Düzeyi

Olguların aile tiplerine göre kadın cinsel işlev ölçeğinin alt boyut ortalamaları karşılaştırıldığında, olguların aile tiplerine göre hiç bir alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmedi ($p>0,05$) (Tablo 15.).

Tablo 16. Aile Tipine Göre Cinsel İşlev Bozukluklarının Dağılımı

Cinsel Bozuklukları	İşlev	Aile Tipi						Ki - Kare	p
		Çekirdek Aile		Geniş Aile		Toplam			
		n (90)	%	n (14)	%	n (104)	%		
Cinsel İstek	-	9	10,0	0	0,0	9	8,7	1,533	0,605
	+	81	90,0	14	100,0	95	91,3		
Uyarılma	-	19	21,1	3	21,4	22	21,2	0,001	1,000
	+	71	78,9	11	78,6	82	78,8		
Lubrikasyon	-	32	35,6	5	35,7	37	35,6	0,001	1,000
	+	58	64,4	9	64,3	67	64,4		
Orgazm	-	31	34,4	3	21,4	34	32,7	0,933	0,541
	+	59	65,6	11	78,6	70	67,3		
Doyum	-	36	40,0	4	28,6	40	38,5	0,669	0,558
	+	54	60,0	10	71,4	64	61,5		
Ağrı	-	44	48,9	7	50,0	51	49,0	0,006	1,000
	+	46	51,1	7	50,0	53	51,0		
FSFI Toplam Puan	-	22	24,4	3	21,4	25	24,0	0,06	1,000
	+	68	75,6	11	78,6	79	76,0		

Aile tipine göre cinsel işlev bozukluğuna bakıldığında FSFI toplam puan ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p>0,05$) bulunmadı (Tablo 16.).

Tablo 17. FSFI Alt Boyut Ortalamalarının Sigara Kullanım Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Sigara Kullanım Durumu	Frekans	Ort. ± S.S.	p
Cinsel İstek	Kullananlar	38	2,75 ± 1,21	0,016*
	Kullanmamış ve Bırakmış Olanlar	66	2,20 ± 1,03	
Uyarılma	Kullananlar	38	3,21 ± 1,74	0,005**
	Kullanmamış ve Bırakmış Olanlar	66	2,15 ± 1,84	
Lubrikasyon	Kullananlar	38	3,69 ± 1,92	0,017*
	Kullanmamış ve Bırakmış Olanlar	66	2,67 ± 2,16	
Orgazm	Kullananlar	38	3,28 ± 1,79	0,019*
	Kullanmamış ve Bırakmış Olanlar	66	2,37 ± 2,01	
Doyum	Kullananlar	38	3,74 ± 1,87	0,009**
	Kullanmamış ve Bırakmış Olanlar	66	2,65 ± 2,20	
Ağrı	Kullananlar	38	4,40 ± 1,93	0,003**
	Kullanmamış ve Bırakmış Olanlar	66	3,08 ± 2,41	
Toplam FSFI Puan	Kullananlar	38	21,08 ± 9,75	0,005**
	Kullanmamış ve Bırakmış Olanlar	66	15,11 ± 10,99	

*: 0,05 Hata Payı Altında Anlamlılık Düzeyi

** : 0,01 Hata Payı Altında Anlamlılık Düzeyi

Olguların sigara kullanım durumuna göre kadın cinsel işlev ölçeğinin alt boyut ortalamaları karşılaştırıldığında, Sigara kullananların kullanmayan/bırakmış olanlara göre tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu gözlemlendi ($p < 0,01$), (Tablo 17.).

Tablo 18. Sigara Kullanım Durumuna Göre Cinsel İşlev Bozukluklarının Dağılımı

Cinsel İşlev Bozuklukları		Sigara Kullanım Durumu						Ki - Kare	P
		Kullananlar		Kullanmamış ve Bırakmış Olanlar		Toplam			
Var (+) Yok (-)		n (38)	%	n (66)	%	n (104)	%		
Cinsel İstek	-	7	18,4	2	3,0	9	8,7	7,226	0,011*
	+	31	81,6	64	97,0	95	91,3		
Uyarılma	-	10	26,3	12	18,2	22	21,2	0,957	0,332
	+	28	73,7	54	81,8	82	78,8		
Lubrikasyon	-	17	44,7	20	30,3	37	35,6	2,192	0,202
	+	21	55,3	46	69,7	67	64,4		
Orgazm	-	15	39,5	19	28,8	34	32,7	1,251	0,285
	+	23	60,5	47	71,2	70	67,3		
Doyum	-	18	47,4	22	33,3	40	38,5	2,007	0,209
	+	20	52,6	44	66,7	64	61,5		
Ağrı	-	26	68,4	25	37,9	51	49,0	9,002	0,004***
	+	12	31,6	41	62,1	53	51,0		
FSFI Toplam Puan	-	11	28,9	14	21,2	25	24,0	0,79	0,475
	+	27	71,1	52	78,8	79	76,0		

Sigara kullanım durumuna göre, cinsel istek ve ağrı alt boyutları dışında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p>0,05$) bulunmasa da sigara kullananlarda cinsel işlev bozukluğu oranlarının daha düşük olduğu görüldü. Sigara kullanmayan/bırakmış olanlarda cinsel İstek bozukluğu (%97) ve ağrı yaşama (%62) oranlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (Tablo 18.).

Tablo 19. FSFI Alt Boyut Ortalamalarının Ek Hastalık Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Ek Hastalık	Frekans	Ort. ± S.S.	p
Cinsel İstek	Var	33	2,02 ± 1,02	0,018*
	Yok	71	2,58 ± 1,14	
Uyarılma	Var	33	1,27 ± 1,52	0,000**
	Yok	71	3,12 ± 1,73	
Lubrikasyon	Var	33	1,66 ± 1,91	0,000**
	Yok	71	3,68 ± 1,92	
Orgazm	Var	33	1,52 ± 1,75	0,000**
	Yok	71	3,26 ± 1,83	
Doyum	Var	33	1,68 ± 2,03	0,000**
	Yok	71	3,68 ± 1,89	
Ağrı	Var	33	2,06 ± 2,28	0,000**
	Yok	71	4,26 ± 2,01	
Toplam FSFI Puan	Var	33	10,22 ± 9,91	0,000**
	Yok	71	20,58 ± 9,76	

*: 0,05 Hata Payı Altında Anlamlılık Düzeyi

** : 0,01 Hata Payı Altında Anlamlılık Düzeyi

Olguların ek hastalık durumlarına göre kadın cinsel işlev ölçeğinin alt boyut ortalamaları karşılaştırıldı. Yapılan karşılaştırma sonucunda olguların ek hastalık durumlarına göre tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir şekilde farklı olduğu, Ek hastalığı olanların puan ortalamalarının daha düşük olduğu gözlemlendi ($p<0,01$), (Tablo 19.).

Tablo 20. Ek Hastalık Durumuna Göre Cinsel İşlev Bozukluklarının Dağılımı

Cinsel İşlev Bozuklukları	Ek Hastalık Durumu							Ki - Kare	P
	Ek Hastalık Var		Ek Hastalık Yok		Toplam				
	n (33)	%	n (71)	%	n (104)	%			
Cinsel İstek	-	1	3,0	8	11,3	9	8,7	1,934	0,266
	+	32	97,0	63	88,7	95	91,3		
Uyarılma	-	1	3,0	21	29,6	22	21,2	9,519	0,002**
	+	32	97,0	50	70,4	82	78,8		
Lubrikasyon	-	4	12,1	33	46,5	37	35,6	11,603	0,001**
	+	29	87,9	38	53,5	67	64,4		
Orgazm	-	5	15,2	29	40,8	34	32,7	6,759	0,013*
	+	28	84,8	42	59,2	70	67,3		
Doyum	-	6	18,2	34	47,9	40	38,5	8,399	0,005**
	+	27	81,8	37	52,1	64	61,5		
Ağrı	-	6	18,2	45	63,4	51	49,0	18,416	0,000**
	+	27	81,8	26	36,6	53	51,0		
FSFI Toplam Puan	-	1	3,0	24	33,8	25	24,0	11,683	0,000**
	+	32	97,0	47	66,2	79	76,0		

Ek hastalık varlığına göre cinsel işlev bozukluğuna değerlendirildiğinde, Cinsel istek dışındaki tüm alt boyutlarda ve toplam puanda istatistiksel olarak anlamlı fark ($p < 0,05$) olduğu görüldü. Ek hastalığı olan bireylerde cinsel işlev bozukluğuna görülme oranının daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 20.).

Tablo 21. FSFI Alt Boyutları ile Sosyo - Demografik Değişkenler Arasındaki Korelasyon Katsayıları

		Yaş	BKİ	Evlilik Süresi	Çocuk Sayısı	Hastalık Süresi (Ay)	Ağrı Derecesi
Cinsel İstek	r	- 0,358	- 0,139	- 0,291	- 0,343	- 0,308	- 0,502
	p	0,000**	0,159	0,003**	0,000**	0,002**	0,000**
Uyarılma	r	- 0,593	- 0,355	- 0,524	- 0,447	- 0,436	- 0,489
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
Lubrikasyon	r	- 0,626	- 0,371	- 0,539	- 0,395	- 0,447	- 0,440
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
Orgazm	r	- 0,579	- 0,386	- 0,501	- 0,422	- 0,405	- 0,506
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
Doyum	r	- 0,617	- 0,338	- 0,538	- 0,423	- 0,425	- 0,420
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
Ağrı	r	- 0,613	- 0,412	- 0,546	- 0,456	- 0,401	- 0,545
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
Toplam Puan	r	- 0,618	- 0,372	- 0,539	- 0,446	- 0,438	- 0,512
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**

******: 0,01 Hata Payı Altında Anlamlılık Düzeyi

Yaş, BKİ, evlilik süresi, çocuk sayısı, hastalık süresi ve ağrı derecesi ile FSFI alt boyutları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olan negatif yönlü ilişki saptandı ($p < 0,01$) (Tablo 21.). Yaş, BKİ, evlilik süresi, çocuk sayısı, hastalık süresi ve ağrı derecesi arttıkça hastaların FSFI puan ortalamalarının azaldığı, cinsel işlev bozukluğu görülme düzeylerinin arttığı belirlendi.

Tablo 22. FES puanlarının Sosyo - Demografik Değişkenler ile Karşılaştırılması

	Değişkenler	Frekans	Ort. ± S.S.	p
Çalışma Durumu	Çalışan	35	44,89 ± 17,45	0,000**
	Çalışmayan	69	59,94 ± 19,34	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	90	53,53 ± 19,47	0,088
	Geniş Aile	14	63,55 ± 21,62	
Ek Hastalık Durumu	Ek Hastalık Var	33	67,66 ± 17,43	0,000**
	Ek Hastalık Yok	71	48,94 ± 18,30	
Sigara Kullanımı	Kullananlar	38	50,16+20,63	0,067
	Kullanmamış ve Bırakmış Olanlar	66	57,59+19,2	
Gelir Durumu	İyi (a)	31	48,80+18,16	0,100
	Orta (b)	61	56,69+20,42	
	Kötü (c)	12	61,35+19,73	
Çocuk Sayısı	Çocuk yok veya 1 Çocuk (a)	44	46,73+17,22	0,000** <i>a<c, <c</i>
	2 Çocuk (b)	34	53,3+19,25	
	3 ve Üzeri Çocuk (c)	26	70,72+16,17	
Eğitim Durumu	İlköğretim Mezunu (a)	50	66,67 ± 17,6	0,000** <i>a>b, >c</i>
	Lise Mezunu (b)	31	44,58 ± 16,34	
	Min. Lisans Mezunu (c)	23	43,11 ± 14,19	

******: 0,01 Hata Payı Altında Anlamlılık Düzeyi

Çocuk sayısı, aile tipi, ek hastalık durumu, sigara kullanımı, gelir durumu, çocuk sayısı ve eğitim durumu değişkenlerinin gruplarına göre fibromiyalji etki skalası ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışma durumu, ek hastalık durumu, çocuk sayısı ve eğitim durumu değişkenlerinin gruplarına göre fibromiyalji etki skalası ortalamasının istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir şekilde farklı olduğu gözlemlendi ($p<0,01$). Çalışmayanların, ek hastalığı olanların, üç ve daha fazla çocuğu olanların ve

ilköğretim mezunlarının fibromiyalji etki skalası puan ortalamalarının yüksek olduğu ve fibromiyaljiden daha fazla etkilendiği görüldü (Tablo 22.).

Tablo 23. FES Puanı ile Sosyo - Demografik Değişkenler Arasındaki Korelasyon Katsayıları

Değişkenler	r	p
Yaş	0,472	0,000**
BKİ	0,239	0,015*
Evlilik Süresi	0,477	0,000**
Çocuk Sayısı	0,459	0,000**
Hastalık Süresi (Ay)	0,373	0,000**
Ağrı Derecesi	0,678	0,000**

*: 0,05 Hata Payı Altında Anlamlılık Düzeyi

** : 0,01 Hata Payı Altında Anlamlılık Düzeyi

Sosyo – demografik değişkenler ile fibromiyalji etki skalası arasında korelasyon analizi yapıldı. Yapılan analiz sonucunda fibromiyalji etki skalası puanı ile BKİ arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde zayıf, yaş, evlilik süresi, çocuk sayısı arasında ileri düzeyde anlamlı pozitif yönde orta, hastalık süresi ile ileri düzeyde anlamlı zayıf, Ağrı Derecesi ile ise pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı yüksek derecede ilişki olduğu belirlendi ($p<0,05$). Yaş, BKİ, evlilik süresi, çocuk sayısı, ağrı derecesi ve hastalık süresi arttıkça hastaların fibromiyaljiden etkilenme düzeylerinin de arttığı görüldü (Tablo 23.).

Tablo 24. SF - 36 Alt Boyut Ortalamalarının Çocuk Sayısı Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	Çocuk Sayısı	Frekans	Ort. ± S.S.	p
Fiziksel Fonksiyon	Çocuk yok veya 1 Çocuk (a)	44	61,02 ± 29,88	0,000** <i>a>b, a>c, b>c</i>
	2 Çocuk (b)	34	45 ± 29,77	
	3 ve Üzeri Çocuk (c)	26	21,54 ± 24,65	
Fiziksel Rol Güçlüğü	Çocuk yok veya 1 Çocuk (a)	44	26,14 ± 37,34	0,001** <i>a>c, b>c</i>
	2 Çocuk (b)	34	11,03 ± 26,96	
	3 ve Üzeri Çocuk (c)	26	0,96 ± 4,9	
Ağrı	Çocuk yok veya 1 Çocuk (a)	44	51,73 ± 15,95	0,000** <i>a>c, b>c</i>
	2 Çocuk (b)	34	43,5 ± 17,63	
	3 ve Üzeri Çocuk (c)	26	30,42 ± 18,75	
Genel Sağlık	Çocuk yok veya 1 Çocuk (a)	44	64,66 ± 25,86	0,154
	2 Çocuk (b)	34	60,91 ± 28,2	
	3 ve Üzeri Çocuk (c)	26	51,58 ± 26,32	
FİZİKSEL ANA BOYUT	Çocuk yok veya 1 Çocuk (a)	44	50,89 ± 23,16	0,000** <i>a>c, b>c</i>
	2 Çocuk (b)	34	40,11 ± 20,16	
	3 ve Üzeri Çocuk (c)	26	26,13 ± 15,23	
Vitalite	Çocuk yok veya 1 Çocuk (a)	44	50,91 ± 24,38	0,000** <i>a>c</i>
	2 Çocuk (b)	34	39,26 ± 25,17	
	3 ve Üzeri Çocuk (c)	26	27,31 ± 19,91	
Sosyal Fonksiyon	Çocuk yok veya 1 Çocuk (a)	44	65,63 ± 23,67	0,000** <i>a>c</i>
	2 Çocuk (b)	34	51,84 ± 33,3	
	3 ve Üzeri Çocuk (c)	26	34,62 ± 28,35	
Emosyonel Rol Güçlüğü	Çocuk yok veya 1 Çocuk (a)	44	33,33 ± 42,53	0,002** <i>a>c, b>c</i>
	2 Çocuk (b)	34	29,41 ± 39,15	
	3 ve Üzeri Çocuk (c)	26	2,56 ± 13,08	
Mental Sağlık	Çocuk yok veya 1 Çocuk (a)	44	62 ± 17,88	0,214
	2 Çocuk (b)	34	59,29 ± 21,34	
	3 ve Üzeri Çocuk (c)	26	53,38 ± 20,83	
MENTAL ANA BOYUT	Çocuk yok veya 1 Çocuk (a)	44	52,97 ± 22,38	0,000** <i>a>c, b>c</i>
	2 Çocuk (b)	34	44,95 ± 24,82	
	3 ve Üzeri Çocuk (c)	26	29,47 ± 14,51	

****:**0,01 Hata Payı Altında Anlamlılık Düzeyi

Olguların sahip olduğu çocuk sayısı gruplarına göre SF – 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyut ortalamaları karşılaştırıldı. Yapılan karşılaştırma sonucunda olguların çocuk sayısı gruplarına göre fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, canlılık, sosyal fonksiyon ve duygusal rol güçlüğü alt boyut ortalamalarının istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir şekilde farklı olduğu gözlemlendi ($p<0,01$) (Tablo 24.). Buna göre, hastaların çocuk sayısı arttıkça yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilendiği belirlendi.

Tablo 25. SF - 36 Alt Boyut Ortalamalarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Çalışma Durumu	Frekans	Ort. ± S.S.	p
Fiziksel Fonksiyon	Çalışan	35	61,57 ± 28,12	0,000**
	Çalışmayan	69	37,97 ± 31,74	
Fiziksel Rol Güçlüğü	Çalışan	35	27,14 ± 38,53	0,012*
	Çalışmayan	69	8,7 ± 23,42	
Ağrı	Çalışan	35	51,66 ± 15,08	0,001**
	Çalışmayan	69	39,68 ± 19,69	
Genel Sağlık	Çalışan	35	67,71 ± 22,54	0,042*
	Çalışmayan	69	56,33 ± 28,4	
FİZİKSEL ANA BOYUT	Çalışan	35	52,02 ± 21,48	0,000**
	Çalışmayan	69	35,67 ± 21,17	
Vitalite	Çalışan	35	50,86 ± 23,47	0,005**
	Çalışmayan	69	36,3 ± 24,86	
Sosyal Fonksiyon	Çalışan	35	60,36 ± 29,31	0,098
	Çalışmayan	69	49,82 ± 30,88	
Emosyonel Rol Güçlüğü	Çalışan	35	34,29 ± 42,38	0,077
	Çalışmayan	69	19,32 ± 34,96	
Mental Sağlık	Çalışan	35	63,66 ± 21,06	0,087
	Çalışmayan	69	56,58 ± 19,01	
MENTAL ANA BOYUT	Çalışan	35	52,29 ± 23,92	0,014*
	Çalışmayan	69	40,51 ± 22,19	

*:0,05 Hata Payı Altında Anlamlılık Düzeyi

** :0,01 Hata Payı Altında Anlamlılık Düzeyi

Olguların çalışma durumlarına göre SF – 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyut ortalamaları karşılaştırıldı. Yapılan karşılaştırma sonucunda çalışanların durumlarına fiziksel fonksiyon, ağrı ve canlılık alt boyut ve fiziksel ana boyut ortalamalarının çalışmayanlara göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı derecede yüksek olduğu gözlemlendi ($p < 0,01$). Çalışan fibromiyalji hastalarının; fiziksek rol güçlüğü, genel sağlık alt boyut ve mental ana boyut ortalamalarının ise istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı ($p < 0,05$) (Tablo 25.).

Tablo 26. SF - 36 Alt Boyut Ortalamalarının Eğitim Durumu Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	Frekans	Ort. ± S.S.	p
Fiziksel Fonksiyon	İlköğretim Mezunu (a)	50	27,9 ± 26,67	0,000** <i>a<b, a<c</i>
	Lise Mezunu (b)	31	62,9 ± 30,76	
	Min. Lisans Mezunu (c)	23	62,17 ± 25,08	
Fiziksel Rol Güçlüğü	İlköğretim Mezunu (a)	50	1 ± 4,95	0,000** <i>a<b, a<c</i>
	Lise Mezunu (b)	31	31,45 ± 40,81	
	Min. Lisans Mezunu (c)	23	22,83 ± 33,64	
Ağrı	İlköğretim Mezunu (a)	50	33,12 ± 17,85	0,000** <i>a<b, a<c</i>
	Lise Mezunu (b)	31	53,65 ± 15,09	
	Min. Lisans Mezunu (c)	23	53,35 ± 13,77	
Genel Sağlık	İlköğretim Mezunu (a)	50	49,54 ± 25,87	0,001** <i>a<b, a<c</i>
	Lise Mezunu (b)	31	70,42 ± 26,87	
	Min. Lisans Mezunu (c)	23	69,43 ± 21,09	
FİZİKSEL ANA BOYUT	İlköğretim Mezunu (a)	50	27,89 ± 14,95	0,000** <i>a<b, a<c</i>
	Lise Mezunu (b)	31	54,60 ± 23,44	
	Min. Lisans Mezunu (c)	23	51,95 ± 18,89	
Vitalite	İlköğretim Mezunu (a)	50	26,9 ± 18,51	0,000** <i>a<b, a<c</i>
	Lise Mezunu (b)	31	55,16 ± 25,51	
	Min. Lisans Mezunu (c)	23	53,48 ± 20,91	
Sosyal Fonksiyon	İlköğretim Mezunu (a)	50	43,5 ± 29,91	0,002** <i>a<b</i>
	Lise Mezunu (b)	31	66,53 ± 30,34	
	Min. Lisans Mezunu (c)	23	57,07 ± 25,79	
Emosyonel Rol Güçlüğü	İlköğretim Mezunu (a)	50	9,33 ± 23,37	0,000** <i>a<b</i>
	Lise Mezunu (b)	31	46,24 ± 45,28	
	Min. Lisans Mezunu (c)	23	27,54 ± 39,76	
Mental Sağlık	İlköğretim Mezunu (a)	50	50,8 ± 19,21	0,000** <i>a<b, a<c</i>
	Lise Mezunu (b)	31	66,06 ± 18,21	
	Min. Lisans Mezunu (c)	23	67,13 ± 17,01	
MENTAL ANA BOYUT	İlköğretim Mezunu (a)	50	32,63 ± 16,64	0,000** <i>a<b, a<c</i>
	Lise Mezunu (b)	31	58,50 ± 25,92	
	Min. Lisans Mezunu (c)	23	51,30 ± 19,37	

****:**0,01 Hata Payı Altında Anlamlılık Düzeyi

Tablo 26’da görüldüğü gibi, eğitim durumu gruplarına göre SF – 36 yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyut ortalamalarının istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir şekilde farklı olduğu saptandı ($p<0,01$). Farklılığı yaratan grubu belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde farklılığı yaratan grubun ilköğretim mezunları olduğu, İlköğretim mezunlarının lise ve üniversite mezunlarına göre yaşam kalitelerinin anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi.

Tablo 27. SF - 36 Alt Boyut Ortalamalarının Gelir Durumu Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	Gelir Durumu	Frekans	Ort. ± S.S.	p
Fiziksel Fonksiyon	İyi (a)	31	53,55 ± 29,33	0,097
	Orta (b)	61	45,00 ± 33,10	
	Kötü (c)	12	30,83 ± 33,29	
Fiziksel Rol Güçlüğü	İyi (a)	31	16,13 ± 30,65	0,520
	Orta (b)	61	15,57 ± 31,01	
	Kötü (c)	12	8,33 ± 28,87	
Ağrı	İyi (a)	31	46,10 ± 18,88	0,670
	Orta (b)	61	42,98 ± 18,82	
	Kötü (c)	12	41,25 ± 21,71	
Genel Sağlık	İyi (a)	31	69,77 ± 20,77	0,026* a>c
	Orta (b)	61	58,15 ± 29,15	
	Kötü (c)	12	45,58 ± 22,43	
FİZİKSEL ANA BOYUT	İyi (a)	31	46,39 ± 19,38	0,140
	Orta (b)	61	40,43 ± 23,54	
	Kötü (c)	12	31,50 ± 23,07	
Vitalite	İyi (a)	31	46,61 ± 21,15	0,132
	Orta (b)	61	40,00 ± 27,02	
	Kötü (c)	12	33,33 ± 24,71	
Sosyal Fonksiyon	İyi (a)	31	54,44 ± 30,54	0,445
	Orta (b)	61	54,92 ± 29,43	
	Kötü (c)	12	42,71 ± 37,10	
Emosyonel Rol Güçlüğü	İyi (a)	31	19,35 ± 35,25	0,601
	Orta (b)	61	27,87 ± 39,99	
	Kötü (c)	12	19,45 ± 36,12	
Mental Sağlık	İyi (a)	31	67,23 ± 16,47	0,025* a>b
	Orta (b)	61	55,93 ± 20,25	
	Kötü (c)	12	53,00 ± 21,31	
MENTAL ANA BOYUT	İyi (a)	31	46,91 ± 17,31	0,470
	Orta (b)	61	44,68 ± 25,37	
	Kötü (c)	12	37,12 ± 26,45	

****:**0,05 Hata Payı Altında Anlamlılık Düzeyi

Olguların gelir durumu gruplarına göre SF – 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyut ortalamaları karşılaştırıldı. Yapılan karşılaştırma sonucunda olguların gelir durumu gruplarına göre genel sağlık ve mental sağlık alt boyut ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklı olduğu görüldü ($p<0,05$). Anlamlı farkı yaratan grubu belirlemek için yapılan Tukey testi sonucuna göre gelir durumu iyi olanların kötü

olanlara göre genel sağlık algısının, gelir durumu iyi olanların orta düzey olanlara göre mental sağlık alt boyutlarının daha iyi olduğu belirlendi (Tablo 27.).

Tablo 28. SF - 36 Alt Boyut Ortalamalarının Aile Tiplerine Göre Karşılaştırılması

	AileTipi	Frekans	Ort. ± S.S.	p
Fiziksel Fonksiyon	Çekirdek Aile	90	46,78 ± 32,50	0,480
	Geniş Aile	14	40,36 ± 32,61	
Fiziksel Rol Güçlüğü	Çekirdek Aile	90	16,39 ± 31,61	0,139
	Geniş Aile	14	5,36 ± 20,04	
Ağrı	Çekirdek Aile	90	45,49 ± 17,92	0,05
	Geniş Aile	14	32,29 ± 22,75	
Genel Sağlık	Çekirdek Aile	90	61,17 ± 27,51	0,333
	Geniş Aile	14	53,71 ± 23,40	
FİZİKSEL ANA BOYUT	Çekirdek Aile	90	42,45 ± 22,89	0,142
	Geniş Aile	14	32,93 ± 18,90	
Vitalite	Çekirdek Aile	90	42,06 ± 25,49	0,291
	Geniş Aile	14	35,71 ± 23,77	
Sosyal Fonksiyon	Çekirdek Aile	90	52,78 ± 30,20	0,553
	Geniş Aile	14	57,14 ± 34,22	
Emosyonel Rol Güçlüğü	Çekirdek Aile	90	22,59 ± 37,34	0,171
	Geniş Aile	14	35,71 ± 42,29	
Mental Sağlık	Çekirdek Aile	90	59,02 ± 19,63	0,951
	Geniş Aile	14	58,57 ± 22,44	
MENTAL ANA BOYUT	Çekirdek Aile	90	44,11 ± 23,07	0,692
	Geniş Aile	14	46,79 ± 25,87	

Tablo 28’de verildiği gibi aile tipi değişkeninin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ana ve tüm alt boyut puan ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 29. SF - 36 Alt Boyut Ortalamalarının Sigara Kullanım Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Sigara Kullanım Durumu	Frekans	Ort. ± S.S.	p
Fiziksel Fonksiyon	Kullananlar	38	53,29 ± 34,98	0,078
	Kullanmamış ve Bırakmış Olanlar	66	41,67 ± 30,34	
Fiziksel Rol Güçlüğü	Kullananlar	38	24,34 ± 39,2	0,037*
	Kullanmamış ve Bırakmış Olanlar	66	9,47 ± 22,69	
Ağrı	Kullananlar	38	49,29 ± 16,42	0,017*
	Kullanmamış ve Bırakmış Olanlar	66	40,5 ± 19,83	
Genel Sağlık	Kullananlar	38	62,84 ± 25,55	0,445
	Kullanmamış ve Bırakmış Olanlar	66	58,62 ± 27,88	
FİZİKSEL ANA BOYUT	Kullananlar	38	47,44 ± 24,71	0,031*
	Kullanmamış ve Bırakmış Olanlar	66	37,56 ± 20,54	
Vitalite	Kullananlar	38	46,18 ± 25,74	0,127
	Kullanmamış ve Bırakmış Olanlar	66	38,33 ± 24,7	
Sosyal Fonksiyon	Kullananlar	38	56,91 ± 31,26	0,373
	Kullanmamış ve Bırakmış Olanlar	66	51,33 ± 30,31	
Emosyonel Rol Güçlüğü	Kullananlar	38	31,58 ± 40,97	0,143
	Kullanmamış ve Bırakmış Olanlar	66	20,2 ± 35,99	
Mental Sağlık	Kullananlar	38	58,11 ± 21,1	0,741
	Kullanmamış ve Bırakmış Olanlar	66	59,45 ± 19,34	
MENTAL ANA BOYUT	Kullananlar	38	48,19 ± 26,02	0,244
	Kullanmamış ve Bırakmış Olanlar	66	42,33 ± 21,58	

**:0,05 Hata Payı Altında Anlamlılık Düzeyi*

Olguların sigara kullanım durumlarına göre SF – 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyut ortalamaları karşılaştırıldığında, sigara kullanım durumlarına göre ağrı ve fiziksel rol güçlüğü alt boyut ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklı olduğu, sigara kullananların puan ortalamalarının kullanmayan ve bırakanlara göre daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$) (Tablo 29.).

Tablo 30. SF - 36 Alt Boyut Ortalamalarının Ek Hastalık Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Ek Hastalık	Frekans	Ort. ± S.S.	p
Fiziksel Fonksiyon	Var	33	26,06 ± 27,29	0,000**
	Yok	71	55,14 ± 30,58	
Fiziksel Rol Güçlüğü	Var	33	5,30 ± 16,25	0,006**
	Yok	71	19,37 ± 34,38	
Ağrı	Var	33	32,00 ± 17,57	0,000**
	Yok	71	49,15 ± 17,28	
Genel Sağlık	Var	33	45,00 ± 26,32	0,000**
	Yok	71	67,21 ± 24,45	
FİZİKSEL ANA BOYUT	Var	33	27,10 ± 17,78	0,000**
	Yok	71	47,72 ± 21,60	
Vitalite	Var	33	25,76 ± 19,53	0,000**
	Yok	71	48,38 ± 24,48	
Sosyal Fonksiyon	Var	33	35,98 ± 28,08	0,000**
	Yok	71	61,44 ± 28,48	
Emosyonel Rol Güçlüğü	Var	33	4,04 ± 18,18	0,000**
	Yok	71	33,8 ± 41,21	
Mental Sağlık	Var	33	50,06 ± 20,52	0,002**
	Yok	71	63,10 ± 18,33	
MENTAL ANA BOYUT	Var	33	28,96 ± 15,77	0,000**
	Yok	71	51,68 ± 22,85	

****0,01 Hata Payı Altında Anlamlılık Düzeyi**

Fibromiyalji dışında ek hastalığı olan hastaların SF – 36 yaşam kalitesi ana ve tüm alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir şekilde düşük olduğu saptandı ($p<0,01$) (Tablo 30.).

Tablo 31. SF - 36 Alt Boyutları ile Sosyo - Demografik Değişkenler Arasındaki Korelasyon Yapısının İncelenmesi

		Yaş	BKİ	Evlilik Süresi	Çocuk Sayısı	Hastalık Süresi (Ay)	Ağrı Derecesi
Fiziksel Fonksiyon	r	-0,529	-0,299	-0,532	-0,485	-0,418	-0,467
	p	0,000**	0,002**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
Fiziksel Rol Güçlüğü	r	-0,458	-0,309	-0,426	-0,343	-0,279	-0,312
	p	0,000**	0,001**	0,000**	0,000**	0,005**	0,001**
Ağrı	r	-0,453	-0,365	-0,505	-0,495	-0,388	-0,503
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
Genel Sağlık	r	-0,330	-0,161	-0,318	-0,210	-0,328	-0,363
	p	0,001**	0,103	0,001**	0,032*	0,001**	0,000**
FİZİKSEL ALT BOYUT	r	- 0,539	- 0,337	- 0,537	- 0,458	- 0,422	- 0,488
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
Vitalite	r	-0,423	-0,241	-0,446	-0,380	-0,395	-0,481
	p	0,000**	0,014*	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
Sosyal Fonksiyon	r	-0,352	-0,195	-0,349	-0,400	-0,390	-0,420
	p	0,000**	0,047*	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
Emosyonel Rol Güçlüğü	r	-0,404	-0,218	-0,368	-0,330	-0,323	-0,410
	p	0,000**	0,026*	0,000**	0,001**	0,001**	0,000**
Mental Sağlık	r	-0,221	-0,133	-0,191	-0,161	-0,238	-0,404
	p	0,024*	0,178	0,053	0,103	0,018*	0,000**
MENTAL ALT BOYUT	r	- 0,442	- 0,246	- 0,426	- 0,403	- 0,414	- 0,521
	p	0,000**	0,012*	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**

*: 0,05 Hata Payı Altında Anlamlılık Düzeyi

** : 0,01 Hata Payı Altında Anlamlılık Düzeyi

Yapılan korelasyon analizi sonucunda yaş, BKİ, hastalık süresi ve ağrı derecesi ile SF-36 tüm alt ve ana boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönlü ilişki olduğu evlilik süresi, çocuk sayısı ile SF - 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin mental

sağlık alt boyutu dışında tüm alt ve ana boyutları arasında anlamlı düzeyde negatif yönlü ilişki, BKİ ile SF - 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel sağlık ve mental sağlık dışındaki tüm alt boyutları ve ana boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönlü ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$). Yaş, BKİ, hastalık süresi, çocuk sayısı, evlilik süresi ve ağrı şiddeti arttıkça hastaların yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği belirlendi (Tablo 31.).

Tablo 32. FSFI Alt Boyutları ile FES Puanı Arasındaki Korelasyon Katsayıları

	r	p
Cinsel İstek	-0,526	0,000**
Uyarılma	-0,533	0,000**
Lubrikasyon	-0,446	0,000**
Orgazm	-0,527	0,000**
Doyum	-0,454	0,000**
Ağrı	-0,535	0,000**
Toplam Puan	-0,532	0,000**

** : 0,01 Hata Payı Altında Anlamlılık Düzeyi

Kadın cinsel işlev ölçeği alt boyutları puanları ile fibromiyalji etki skalası puanı arasında korelasyon analizi yapıldığında, kadın cinsel işlev ölçeğinin tüm alt boyutları ve toplam puanı ile fibromiyalji etki skalası arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı, orta düzeyde negatif yönlü ilişki saptandı ($p<0,01$). Hastaların fibromiyaljiden etkilenme düzeyleri arttıkça cinsel işlev bozuklu puan ortalamalarının azaldığı, cinsel işlev bozukluğu görüldüğü belirlendi (Tablo 32.).

Tablo 33. FSFI Alt Boyutları ile SF - 36 Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Yapısının İncelenmesi

		Cinsel İstek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Doyum	Ağrı	Toplam FSFI
Fiziksel Fonksiyon	r	0,408	0,433	0,383	0,446	0,400	0,447	0,446
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
Fiziksel Rol Güçlüğü	r	0,220	0,246	0,204	0,240	0,199	0,282	0,248
	r	0,025*	0,012*	0,037*	0,014*	0,042*	0,004**	0,011*
Ağrı	r	0,320	0,438	0,438	0,436	0,404	0,480	0,455
	r	0,001**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
Genel Sağlık	r	0,401	0,386	0,356	0,420	0,377	0,398	0,412
	r	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
FİZİKSEL BOYUT	ALT r	0,409	0,447	0,406	0,459	0,409	0,476	0,464
	r	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
Vitalite	r	0,436	0,445	0,362	0,423	0,392	0,462	0,445
	r	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
Sosyal Fonksiyon	r	0,240	0,308	0,313	0,277	0,290	0,328	0,316
	r	0,014*	0,001**	0,001**	0,004**	0,003**	0,001**	0,001**
Emosyonel Güçlüğü	Rol r	0,258	0,330	0,265	0,291	0,298	0,356	0,323
	r	0,008**	0,001**	0,007**	0,003**	0,002**	0,000**	0,001**
Mental Sağlık	r	0,367	0,339	0,301	0,320	0,312	0,336	0,346
	r	0,000**	0,000**	0,002**	0,001**	0,001**	0,000**	0,000**
MENTAL BOYUT	ALT r	0,380	0,429	0,373	0,392	0,389	0,450	0,429
	r	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**

*: 0,05 Hata Payı Altında Anlamlılık Düzeyi

** : 0,01 Hata Payı Altında Anlamlılık Düzeyi

Tablo 33’de verildiği gibi, kadın cinsel işlev ölçeğinin Tüm alt boyutları ve toplam puanı ile SF - 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları arasında pozitif yönlü ilişki saptandı. ($p<0,01$). Hastaların FSFI puan ortalamaları artıkça SF-36 Yaşam Kalitesinden aldıkları puanların da arttığı belirlendi.

Tablo 34. SF - 36 Alt Boyutları ile FES Puanı Arasındaki Korelasyon Yapısının İncelenmesi

	r	p
Fiziksel Fonksiyon	-0,798	0,000**
Fiziksel Rol Güçlüğü	-0,540	0,000**
Ağrı	-0,675	0,000**
Genel Sağlık	-0,673	0,000**
FİZİKSEL ANA BOYUT	-0,814	0,000**
Vitalite	-0,805	0,000**
Sosyal Fonksiyon	-0,585	0,000**
Emosyonel Rol Güçlüğü	-0,591	0,000**
Mental Sağlık	-0,667	0,000**
MENTAL ANA BOYUT	-0,792	0,000**

******: 0,01 Hata Payı Altında Anlamlılık Düzeyi

SF - 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanları ile fibromiyalji etki skalası puanı arasında korelasyon analizi yapıldı. Yapılan analiz sonucunda; SF - 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği tüm alt boyutları ile fibromiyalji etki skalası arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı düzeyde negatif yönlü ilişki saptandı ($p<0,01$). Hastaların Fibromiyaljiden etkilenme düzeyi artıkça, yaşam kalitesinin azaldığı belirlendi (Tablo 34.).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Cinsel işlev genel sağlığı etkileyen önemli faktörlerden olup, bireyin sosyal ve aile ilişkilerini, fiziksel sağlığını doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle sağlık çalışanları açısından dikkate alınması gereken önemli bir konudur (Bozdemir ve Özcan 2011, Akarsu ve Beji 2016).

Cinsel işlev bozuklukları ve alt boyutlarının prevalansı değişiklik göstermektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda cinsel fonksiyon bozukluğu oranları; Öksüz ve Malhan tarafından %48,3, Özdemir ve Pehlivan %69, Özerdoğan ve arkadaşları tarafından %68,8, Ege ve arkadaşları tarafından %45,6 olarak belirlenmiştir (Öksüz and Malhan 2006, Özerdoğan ve ark 2009, Ege, Akın, Arslan, ve Bilgili 2010, Özdemir ve Pehlivan 2015). Laumann ve arkadaşları tarafından Amerika'da, 18-59 yaş arası, 1410 erkek ve 1749 kadın üzerinde yapılan çalışmada kadın cinsel işlev bozukluğunun prevalansı %43'ün üzerinde bulunmuştur (Laumann et al 1999).

Jaafarpour ve arkadaşları tarafından İranda 400 hasta üzerinde yapılan çalışmada prevalans %46,2 bulunmuştur. Aynı çalışmada cinsel işlev bozukluğunun alt boyutlarında etkilenme oranları %45,3'ünde istek, %37,5'inde uyarılma, %41,2'sinde lubrikasyon, %42'sinde orgazm, %44,5'inde doyum ve %42,5'inde ağrı problemi şeklinde olduğu gösterilmiştir (Jaafarpour, Khanı, Khajavıkhani and Suhrabı 2013).

Farklı bir çalışmada 179 kadın hastada prevalans %46,9 bulunurken, %60,3'ünde istek problemleri, %43'ünde uyarılma problemleri, %38 inde lubrikasyon problemi, %45,8'inde orgazm problemi, %38'inde doyum problemi ve %36,8'inde ağrı problemi saptanmıştır (Cayan et al 2004).

Singh ve arkadaşları tarafından 149 hasta üzerinde yapılan çalışmada CİB prevalansı %73,2 bulunmuştur. Hastaların %77,2 sinde istek problemleri, %91,3'ünde uyarılma problemleri, %96,6'sında lubrikasyon problemi, %86,6'sında orgazm problemi, %81,2'sinde doyum problemi ve %64,4 ünde ağrı problemi saptanmıştır (Singh, Tharyan, Kekre, Singh and Gopalakrishnan 2009).

Mevcut çalışmada CİB prevalansı %74 olup, hastaların %38,4'ünde istek problemleri, %77,8'sinde uyarılma problemleri, %77,8'inde lubrikasyon problemi, %69,2'sinde orgazm problemi, %89,4'inde doyum problemi ve %49 unda ağrı problemi görüldüğü ve sonuçların literatürle uyumlu olduğu belirlendi. Cinsel işlev bozukluğunun ortaya çıkmasına birçok hastalık neden olabilmektedir (Tuğut 2016). Bu hastalıklardan biri olan Fibromiyaljinin CİB'e neden olduğunu gösteren farklı çalışmalar bulunmaktadır (Ünlü ve ark 2004, Ryan 2008, Ülker et al 2013, Yılmaz et al 2014, Tutoğlu et al 2014). Yılmaz ve arkadaşlarının tarafından 126 FM hastası ve 132 sağlıklı kontrol grubu üzerinde yapılan çalışmada FSFI tüm alt boyutları kontrol grubuna göre anlamlı derecede farklı bulunmuş ve FM hastalarında CİB varlığı gösterilmiştir (Yılmaz et al 2012). Bazzichi ve ark. tarafından fibromiyaljinin cinsel yaşam üzerine etkisi ile ilgili on çalışmayı derlemesi sonucunda FSFI kullanılarak değerlendirme yapılan üç çalışmanın ikisinde tüm alt boyutları ile FSFI toplam puanı düşük bulunurken, üçüncü çalışmada uyarılma ve lubrikasyon dışındaki alt boyutlar düşük saptanmıştır (Bazzichi et al 2012). Ülker ve arkadaşları tarafından 55 FM hastanın 50 kişilik kontrol grubu ile karşılaştırılması sonucu FM tanısı olan hastaların cinsel fonksiyon indekslerinin tüm alt ölçeklerle birlikte kontrol grubuna göre düşük olduğu belirlenmiştir (Ülker et al 2013). Ünlü ve arkadaşları, Tutoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda da FM hastalarında cinsel doyumun kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu belirtilmiştir (Ünlü ve ark 2004, Tutoğlu et al 2014). Mevcut çalışmada da Fibromiyaljinin cinsel işlev bozukluğuna neden olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır.

Cinsel işlev bozukluğunun ortaya çıkmasında önemli faktörlerden biri de bireyin sosyo-kültürel yapısıdır (Tuğut 2016). Bu nedenle mevcut çalışmada FSFI toplam puan ve FSFI alt boyutlarının sosyo demografik özelliklerle ilişkisi incelendi. Yaş, BKİ, evlilik süresi, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, eşlik eden

hastalık varlığı, hastalık süresi ve gelir durumu, değerlendirilen sosyo demografik özelliklerdendi.

Çocuk sayısındaki artışın cinsel işlev bozukluğuna sebep olduğu mevcut çalışmanın sonuçlarından biri olup, benzer şekilde Jaafarpour ve arkadaşları çocuk sayısı arttıkça cinsel işlev bozukluğunun görüldüğünü ifade etmektedir (Jaafarpour et al 2013). Yacan tarafından diyabetli hastalarla yapılan çalışmada, tip 2 diyabetli kadınların çocuk sayılarının artması ile cinsel istek, kayganlaşma, orgazm ve doyum sorunları ortaya çıktığı ifade edilmiştir (Yacan 2017). Odabaş tarafından gerilim tipi baş ağrısı olan 90 hasta ve 90 kontrol grubu üzerinde yapılan çalışmada ise çocuk sayısının CİB üzerinde etkili olmadığı ifade edilmiştir (Odabaş 2017). Ürkmez tarafından yapılan çalışmada da Odabaş'ın çalışmasıyla paralel sonuçlar bildirilmiştir (Ürkmez 2018). Literatürde çocuk sayısının CİB etkili olduğunu bildiren çalışmalar olmakla birlikte etkili olmadığını bildiren çalışmalarda olduğu bu nedenle bu değişkenin gerçek etkisini ortaya koyacak randomize kontrollü çalışmaların yapılması gerektiği düşüncesindeyiz.

Cinsel işlev bozukluğuna neden olan bir diğer faktör işsizlik olup Aygin ve Aslan tarafından 190 meme kanseri tanısı almış hasta üzerinde yapılan çalışmada, çalışmama durumunun CİB görülme sıklığını arttırdığı ifade edilmiştir (Aygin ve Aslan 2008). Çayan ve ark.nın çalışmasında da işsizliğin CİB'nu etkileyen bir faktör olduğu bildirilmiştir (Çayan et al 2004). Mevcut çalışmada işsizliğin FSFI toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamalarını etkilediği, çalışmayanların FSFI puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi. Jaafarpour ve arkadaşların tarafından 18-50 yaş arası 400 kadın üzerinde CİB'e neden olan risk faktörlerinin incelendiği bir çalışmada işsizliğin risk faktörleri arasında olduğu bildirilmiştir (Jaafarpour et al 2013). Farklı iki çalışmada da benzer sonuçlar görülmüştür (Orellana et al 2008, Cebeci ve ark 2012).

Bu çalışmada eğitim seviyesi azaldıkça FSFI geneli ve tüm alt boyutlarının olumsuz olarak etkilendiği belirlendi. Prins ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim durumunun CİB üzerinde etkisi olmadığı ifade edilirken (Prins et al 2006) Laumann ve

arkadaşları, Çayan ve arkadaşları, Ege ve arkadaşları, Özdemir ve Pehlivan, Singh ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda düşük eğitim seviyesinin cinsel işlev bozukluğu için risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Laumann et al 1999, Çayan et al 2004, Singh et al 2009, Ege ve ark 2010, Özdemir ve Pehlivan 2015). Farklı bir çalışmada da hastaların eğitim düzeyi arttıkça FSFI tatmin ve ağrı dışındaki tüm alt parametrelerin ve toplam puanının istatistiksel olarak arttığı ifade edilmiştir (Cebeci, Genç, Erdem, Nacır ve Karagöz 2012). Çalışmamızın sonuçları literatürle uyumludur.

Sosyo demografik değişkenlerden bir diğeri olan gelir durumuna bakıldığı zaman mevcut çalışmada CİB üzerinde etkili olmadığı görüldü. Yıldız ve Pınar tarafından miyokard infarktüsli hastalarda yapılan bir çalışmada, erkeklerin %37'sinde, kadınların %80'inde cinsel işlev bozukluğu saptanmış; gelir durumu ve CİB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (Yıldız ve Pınar 2004). Bunun dışında benzer sonuçlara sahip çalışmalar olduğu gibi (Özdemir ve Pehlivan 2015, Odabaş 2017) Ege ve arkadaşlarının çalışmasında düşük gelir seviyesinde olan kişilerin cinsel işlev bozukluğu olma riskinin yüksek olduğu belirtilmiştir (Ege ve ark 2010). Bu durumun iki çalışma arasındaki örneklem sayısı ve çalışan kişi oranlarının farklı olmasına bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülmüştür.

Mevcut çalışmada, aile yapısının cinsel işlev üzerindeki etkisi değerlendirilmiş olup, tüm alt boyut ve toplam puanını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği görüldü. Özerdoğan ve arkadaşlarının 40-65 yaş grubu 269 kadın üzerinde cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili faktörlerin değerlendirildiği çalışmada aile yapısı ile CİB arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir (Özerdoğan ve ark 2009). Özdemir ve Pehlivan, Singh ve arkadaşlarının çalışmasında da aile yapısının CİB üzerinde etkili olmadığı ifade edilmiştir (Singh et al 2009, Özdemir ve Pehlivan 2015). Çalışma sonuçları literatürle benzerdir.

Sigara kullanımının cinsel yaşam üzerine etkisi mevcut çalışmada değerlendirilmiş olup, sigara kullanan bireylerin FSFI puanlarının ve CİB görülme oranlarının yüksek olduğu görüldü. Yıldız ve Pınar tarafından yapılan çalışmada miyokard infarktüsli hastalarda cinsel işlev bozukluğu değerlendirilmiş olup sigara kullanımının cinsel işlev

bozukluğunda etkili olmadığı bildirilmiştir (Yıldız ve Pınar 2004). Özerdoğan ve arkadaşları, Çayan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da Yıldız ve Pınar'ın çalışmasıyla paralel sonuçlar elde edilmiştir (Çayan et al 2004, Özerdoğan ve ark 2009). Oksuz ve Malhan tarafından yapılan çalışmada sigara kullanımının CİB için risk faktörü olduğu ifade edilmiştir (Oksuz and Malhan 2006). Sigara kullanan hastaların FSFI puan ortalamalarının ve CİB görülme oranlarının daha yüksek çıkması; sigara kullanımının stresle başetme yöntemi olarak kullanılması, ağrıdan daha az etkilenmeleri (sigara içenlerin yaşam kalitesinin ağrı alt boyut puan ortalamaları daha yüksek), ayrıca sigara kullananların fibromiyalji etki skalası puanlarının düşük çıkması yani hastalıktan daha az etkilenmiş olmaları, sigaranın; stres, ağrı ve fibromiyaljinin etkisini daha az hissetmelerine neden olmasına bağlı olarak FSFI puan ortalamalarını artırdığı söylenebilir. Beklenmedik bir sonuç olan çalışma bulgusunun fibromiyalji hastalarında gerçek etkisini ortaya çıkarılması için daha fazla çalışmaya gereksinim duyulmaktadır. Özellikle sigara kullanım alışkanlığı ile beraber nikotin bağımlılık düzeyinin de değerlendirildiği çalışmalar yapılmasının gerçek etkinin ortaya konulmasında önemli olacağı kanaatindeyiz.

Literatüre bakıldığı zaman farklı hastalıkların cinsel işlev bozukluğuna neden olduğu görülmüştür (Aygin ve Aslan 2008, Cebeci ve ark 2012, Yılmaz et al 2012, Odabaş 2017). Özerdoğan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kronik hastalık varlığının cinsel işlev bozukluğuna sebep olduğu ifade edilmiştir (Özerdoğan ve ark 2009). Çayan ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer sonuçlar mevcuttur (Çayan et al 2004). Mevcut çalışmada eşlik eden hastalık varlığının tüm alt boyutlarda ve toplam puanda anlamlı düzeyde etkili olduğu görüldü.

Cinsel işlev bozuklukları her yaş grubunda görülebilmektedir ancak ilerleyen yaşlarda endokronolojik ve fizyolojik değişikliklerin olması cinsel sorunlarda da artışa neden olabilmektedir (Akbulut, Üçpınar ve Gürbüz 2015, Ören, Kızıltepe ve Özekes 2016). Mevcut çalışmayla paralel olarak yaş artıka cinsel işlev bozukluğunun görülme oranlarının arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Laumann et al 1999, Orellana et al 2008, Singh et al 2009, Jaafarpour et al 2013, Özdemir ve Pehlivan 2015). Özdemir ve Pehlivan tarafından 20-50 yaş arası 430 kadın üzerinde yapılan çalışmada yaş artışı ile

cinsel işlev bozukluğunun da artış gösterdiği ifade edilmiştir (Özdemir ve Pehlivan 2015). Özerdoğan ve arkadaşları 40-65 yaş grubu kadınlarda cinsel işlev bozukluğu görülme oranını; yaş gruplarına göre 40-44 yaş arasında %53,9, 45-49 yaş grubunda %65,8, 50-65 arasındakilerde %88,6 olarak göstermiştir (Özerdoğan ve arkadaşları 2009). Orenella ve arkadaşları, Laumann ve arkadaşları, Singh ve arkadaşları ve Jaafarpour ve arkadaşlarının çalışmalarında da benzer sonuçlar bulunmuştur. (Laumann et al 1999, Orellana et al 2008, Singh et al 2009, Jaafarpour et al 2013). Çayan ve arkadaşlarının çalışmasında da yaşın cinsel işlev bozukluğunu etkileyen bir faktör olduğu bildirilmiştir (Cayan et al 2004). Yılmaz ve arkadaşları ve Prins ve arkadaşlarının çalışmaları ise yaşın CİB üzerine etkisi olmadığını göstermektedir (Prins, Woertman, Kool and Geenen 2006, Yılmaz et al 2012). Çalışma bulgusunun literatürdeki çoğu çalışmayla uyumlu olduğu görülmektedir.

Aşırı kilo ve obezite, vücudun organ ve sistemlerine zarar veren önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir (Altunkaynak ve Özbek 2006). Erbay ve arkadaşları, obezite ve aşırı kilonun cinsel işlev bozukluğuna sebep olduğunu ifade ederken (Erbay et al 2017) aksini ifade eden çalışmalar da bulunmaktadır (Kadıoğlu et al 2010, Yaylalı, Tekeoğlu and Akin 2010). Mevcut çalışmaya katılan hastaların %39,4 kilolu iken 8,8'i obez sınıfında olup FSFI toplam puan, Lubrikasyon, orgazm ve ağrı alt boyutları ile BKİ arasında negatif yönlü ilişki olduğu, BKİ arttıkça hastaların cinsel işlevinin olumsuz yönde etkilendiği görüldü. Özdemir ve Pehlivan, Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmalarında da mevcut çalışmayla paralel sonuçlar bulunmuştur. (Yılmaz et al 2012, Özdemir ve Pehlivan 2015).

Sosyo demografik değişkenlerden bir diğeri olan evlilik süresi ile FSFI puanlarına bakıldığı zaman, evlilik süresi arttıkça doyum alt boyutu dışında tüm alt boyutlarda FSFI puanlarının düştüğü belirlendi. Jaafarpour ve arkadaşları, Özerdoğan ve arkadaşları, CİB'nu etkileyen faktörleri arasında evlilik süresi olduğunu ifade ederken (Özerdoğan ve arkadaşları 2009, Jaafarpour et al 2013), Ege ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada evlilik süresinin CİB üzerine etkisi olmadığı bildirilmiştir (Ege ve ark 2010). Mevcut çalışmaya katılan kişi sayısı ve evlilik süresi ortalamalarının Ege

ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmayla farklı olması nedeniyle sonuçlar arasında benzerlik olmadığı söylenebilir.

Hastalık süresi ile FSFI tüm alt boyut ve toplam puan arasında arasında negatif yönlü ilişki olduğu belirlendi. Hastalık süresi arttıkça FSFI puanlarının azaldığı ve CİB görülme düzeyinin arttığı saptandı. Cebeci ve arkadaşları tarafından romatoid artritli hastalar üzerinde yapılan çalışmada hastalık süresi ile lubrikasyon ve tatmin dışındaki tüm alt parametreleri ve FSFI toplam puan arasında negatif yönlü ilişki bildirilmiştir (Cebeci ve ark 2012). Erturan ve arkadaşlarının çalışmasında FSFI kullanılmış olup hastalık süresi uzadıkça cinsel istek ve lubrikasyon alt boyutlarında azalma olduğu ifade edilmiştir (Erturan ve ark 2014). Gümüş ve arkadaşları tarafından yapılan karşılaştırmalı çalışmada da hastalık süresi ve FSFI puanı arasında negatif yönde ilişki olduğu ifade edilmiştir (Gumus, Akpınar and Yılmaz 2014). Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında fibromiyaljisi olan 126 kadın hasta ve sağlıklı 132 kadın FSFI kullanılarak karşılaştırılmış; hastalık süresi ve FSFI toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (Yılmaz et al 2012). Fraser ve arkadaşlarının çalışmasında da Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasına benzer şekilde hastalık süresi ve CİB arasında ilişki bulunamamıştır (Fraser, Maoney and McGurl 2008). Bu farklılığın nedeni farklı hastalık gruplarında çalışılmış olmasından kaynaklanabilir.

Mevcut çalışmada ağrı derecesiyle FSFI'nın tüm alt boyutları ve toplam puan arasında negatif yönlü orta düzeyde ilişki saptandı. Ağrı derecesi arttıkça CİB'nun daha fazla olduğu belirlendi. Prins ve arkadaşları, Orellana ve arkadaşlarının çalışmaları mevcut çalışmayla paralel olup CİB ve ağrı derecesi arasında anlamlı ilişkili olduğu ifade edilmiştir (Prins et al 2006, Orellana et al 2008). Gümüş ve arkadaşlarının çalışmasında da FSFI puanı ve VAS skorları arasında negatif yönlü ilişki olduğu ifade edilmiştir (Gumus et al 2014). Çalışma bulgularının literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Yaşam kalitesi ile ilgili farklı tanımlar mevcut olmasına karşın, bireyin fiziksel, ruhsal, toplumsal ve aile hayatı üzerine etkili olduğu ile ilgili görüşler ortaktır (WHOQOL 1995, Arslan ve Çağlayandereli 2016, Boylu ve Paçacıoğlu 2016). Yaşam kalitesini

etkileyen faktörler arasında eğitim, gelir durumu, meslek, sağlık, yaş sayılabilmektedir (Boylu ve Paçacığolu 2016).

Fibromiyaljinin yaşam kalitesi üzerine etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Madenci, Gürsoy, Arıca ve Keven 2003, Çetin, Yalbuздаğ, Cabioğlu ve Turhan 2009). Mevcut çalışmada da Fibromiyalji sendromunun bireyin günlük yaşam üzerine etkileri ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla FES ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bir arada kullanıldı. SF – 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puanları ile fibromiyalji etki skalası spuanı arasında korelasyon analizi sonucunda SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyut puanları ile fibromiyalji etki skalası arasında negatif yönlü ilişki saptandı. FES'in hastalığa özgü yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan bir ölçek olduğu düşünüldüğünde SF-36 ile FES arasında anlamlı ilişki bulunması beklenen bir sonuçtu. Mevcut çalışmada fibromiyalji hastalarının SF-36 fiziksel ana boyutta $41,17 \pm 22,54$, mental ana boyutta $44,47 \pm 23,35$ şeklindedir. Alt boyut puan ortalamaları; fiziksel fonksiyon 45,91, fiziksel rol güçlüğü 14,9, ağrı 43,7, genel sağlık 60,16, vitalite 41,2, sosyal fonksiyon 53,37, emosyonel rol güçlüğü 24,3 ve mental sağlık 58,9 şeklinde olup, benzer sonuçlara ait çalışmalarda puanlar fiziksel fonksiyon 33,4-55, fiziksel rol güçlüğü 11,5-51,5, ağrı 25,69- 49,3, genel sağlık 26,46-53,6, vitalite 25,52-52,6, sosyal fonksiyon 43,45-61,7, emosyonel rol güçlüğü 26,64-48,5 ve mental sağlık 39,31-56,2 şeklinde değişmektedir (Göçgeldi ve ark 2008, Dündar ve ark 2009, Campos and Vazquez 2012). Bu çalışmada FES puan ortalaması 54,88 olup mevcut çalışmayla paralel olarak fibromiyaljinin yaşam kalitesini etkilediğini gösteren çalışmalarda puan ortalamaları 58,9-70,8 arasında değişmektedir (Ünlü ve ark 2004, Çetin ve ark 2009, Akkaya et al 2012, Özcan ve ark 2013, Kim et al 2013). Hastaların yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği belirlenen bu çalışma sonucunun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

İki ölçekte çıkan sonuçlar birbirinin benzeri olup, sosyodemografik özellikler bakımından çocuk sayısının, çalışma ve eğitim durumunun, yaşın, eşlik eden hastalık varlığının ve ağrı düzeyinin yaşam kalitesi üzerine etkili olduğu, aile tipinin etkili olmadığı görülmüştür. İki ölçeğin alt boyutları ve sosyodemografik özelliklerin

korelasyon analizi sonucunda da yaş, evlilik süresi, çocuk sayısı, hastalık süresi, BKİ ve ağrı derecesinin yaşam kalitesi üzerine etkili olduğu görülmüştür.

Çocuk sayısındaki artış ile birlikte yaşam kalitesinin azaldığı Ubago Linares ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada (Ubago Linares et al 2008) gösterilmiş olup çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Özcan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise yaşam kalitesi ve çocuk sayısı arasında ilişki olmadığı ifade edilmiştir (Özcan ve ark. 2013). Çocuk sayısının fazla olması kadınların üstlendiği rol sorumluluklarının artmasının yaşam kalitelerini etkilemiş olabileceğini düşünmekteyiz.

Mevcut çalışmada çalışan bireylerde yaşam kalitesinin daha iyi olduğu gösterildi. Ha ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da paralel sonuçlar elde edilmiştir (Ha et al 2014). Ovayolu ve arkadaşları tarafından romatoloji hastaları üzerinde yapılan çalışmada çalışmayan bireylerin yaşam kalitesinin düşük olduğu gösterilmiştir (Ovayolu, Ovayolu and karadag 2011). Ubago Linares ve arkadaşları, Özcan ve arkadaşları ve Güven tarafından yapılan çalışmada, çalışma durumunun yaşam kalitesi ile ilişkisi olmadığı ifade edilmiştir (Güven 2007, Ubago Linares et al 2008, Özcan ve ark 2013). Çalışma durumunun gelir durumu ve sosyal ilişkiler üzerinde etkisi nedeni ile yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörlerden biri de eğitim durumu olarak ifade edilmektedir. Eğitim seviyesi bireyin iş sahibi olmasında etkili olup ekonomik koşulların daha iyi olması ve sosyal olanaklar sağlayarak yaşam kalitesinde artış meydana getirmektedir (Boylu ve Paçacıoğlu 2016). Mevcut çalışmada da eğitim durum arttıkça yaşam kalitesinde artış olduğu görülmektedir. Acaray ve Pınar tarafından yapılan çalışmada eğitim seviyesinde artışla SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin esenlik boyutu dışındaki tüm boyutlarda yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu ifade edilmiştir (Acaray ve Pınar 2004). Ubago Linares ve ark'nın yaptığı çalışmada, FES puanları ile, sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki değerlendirilmiş, mevcut çalışmayla paralel şekilde düşük eğitim seviyesinin yaşam kalitesinde azalmayla ilişkisi olduğu bulunmuştur (Ubago Linares. et al 2008). Altuğ ve

arkadaşları tarafından evde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmek açısından yapılan çalışmada; Nottingham Sağlık Profili kullanılmış ve eğitim durumu arttıkça yaşam kalitesinde artış olduğu gösterilmiştir (Altuğ ve ark 2009). Güven tarafından diyabetli hastalar üzerinde yapılan çalışmada, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt başlıkları ve eğitim seviyesi karşılaştırıldığında ilk öğretim ve lise grupları arasında istatistiksel olarak fark bulunmazken, eğitim seviyesi yükseldikçe alınan puanların arttığı bildirilmiştir (Güven 2007). Karkucak ve arkadaşları tarafından Ankilozan spondilit hastalarında karşılaştırmalı yapılan çalışmada eğitim seviyesi yükseldikçe yaşam kalitesinde artış olduğu belirtilmiştir (Karkucak ve ark 2010). Çalışma bulgusunun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Yaşam kalitesi ve sosyodemografik değişkenlerden aile tipi arasındaki ilişki çalışmamızda değerlendirilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Acaray ve Pınar tarafından yapılan çalışmada da benzer bir sonuç elde edilmiştir (Acaray ve Pınar 2004). Altıparmak ve arkadaşları tarafından akciğer kanseri olan 84 hasta üzerinde yapılan çalışmada da aile tipi ve yaşam kalitesi arasında ilişki bulunamamıştır (Altıparmak, Fadiloğlu, Gürsoy ve Altıparmak 2011).

Çalışmamızda eşlik eden hastalık varlığının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği gösterildi. Gülseren ve arkadaşları tarafında diyabetik hastalar ile yapılan çalışmada eşlik eden kronik bir hastalığı olanlarda, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, fiziksel fonksiyon, ağrı ve enerji alt boyutlarının düşük olduğu belirtilmiştir (Gülseren, Hekimsoy, Gülseren, Bodur ve Kültür 2001). Sönmez ve Kasım tarafından yapılan çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Sönmez ve Kasım 2013). Ha ve arkadaşları tarafından 275 hipertansiyon hastası üzerinde yapılan çalışmada eşlik eden hastalık varlığının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (Ha, Duy, Le, Khanal and Moorin 2014). Güven tarafından 134 diyabetli hastanın yaşam kalitesi SF-36 formu kullanılarak değerlendirilmiş olup ek hastalık varlığı ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel bir fark olmadığı ancak ek hastalığı olmayan bireylerin puanlarının daha iyi olduğu ifade edilmiştir (Güven 2007). Ek hastalıkların hastanın mevcut hastalığı dışında daha fazla semptom yaşamasına neden olduğu

düşünüldüğünde ek hastalığı olma durumunun yaşam kalitesini etkilemesi beklenen bir durumdur.

Yaşam kalitesi hayatın her döneminde önemli olmasına karşın ilerleyen yaşla birlikte sağlık sorunlarında artış olması, fiziksel ve bilişsel yeteneklerde azalma, sosyal yaşamdaki değişimler yaşam kalitesinde düşüşe neden olmaktadır (Kerem, Meriç, Kırmı ve Cavlak 2001, Altuğ, Yağcı, Kitiş, Büker, ve Cavlak 2009, Boylu ve Paçacıoğlu 2016, İlhan, Arpacı, Havaoğlu, Kalyoncuoğlu ve Sarı 2016). Acaray ve Pınar tarafından kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi değerlendirilmiş ve yaş artışı ile birlikte yaşam kalitesinde azalma olduğu, yaş ve fonksiyonel durum arasında negatif yönde ilişki olduğu gösterilmiştir (Acaray ve Pınar 2004). Unsar ve arkadaşları tarafından koroner arter hastalığı olan bireylerde yapılan çalışmada ise yaşla birlikte yaşam kalitesinde azalma olduğu ifade edilmiştir (Unsar, Sut and Durna 2007). Göçgeldi ve arkadaşları tarafından 321 hipertansiyon hastasının yaşam kalitesi SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilmiş ve sonuçta yaş artışı ile yaşam kalitesinde azalma olduğu bildirilmiştir (Göçgeldi ve ark 2008). Li ve ark.nın 9703 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada da mevcut çalışmayla paralel olarak yaş artışıyla yaşam kalitesinde azalma olduğu gösterilmiştir (li et al 2005). Havlucu ve arkadaşların Behçet hastalarındaki yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada mevcut çalışmanın aksine yaş ve yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığı ifade edilmiştir (Havlucu, İnanır ve Aydemir 2011). Bu durumun mevcut tanının ve hasta sayısının farklı olmasına, mevcut çalışmaya sadece kadın hastaların dahil edilmesine bağlı olabileceğini düşünmekteyiz.

Fazla kilo günümüz sağlık sorunlarından olup birçok kronik hastalığa sebebiyet verebilmekte ve yaşam kalitesini etkilemektedir (Altunkaynak ve Özbek 2006, Kayar ve Utku 2013). Mevcut çalışmada FES ve BKİ arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü ilişki saptanmış olup BKİ arttıkça FES puanına göre hastaların yaşam kalitelerinin azaldığı görüldü. SF-36 ve BKİ arasında ise genel sağlık algısı ve mental sağlık alt boyutları dışındaki tüm boyutlarda negatif yönde ilişki saptandı, BKİ arttıkça hastaların yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği belirlendi. Yılmaz ve arkadaşları tarafından Fibromiyalji sendromlu 162 kadın hasta üzerinde yapılan

çalışmada hastalar normal kilo, aşırı kilolu ve obez olarak üç gruba ayrılarak Fibromiyalji Etki puanları değerlendirilmiş ve obez grupta FES daha yüksek bulunmuştur (Yılmaz, Erkin, Küçüksen ve Akkurt 2013). Oksel ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada obez bireylerin yaşam kalitesi Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Form ile değerlendirilmiş ve obezitenin yaşam kalitesini azalttığı bildirilmiştir (Oksel, Kolcu, Yorulmaz ve Paşaoğlu 2008). Shapiro ve arkadaşları tarafından FM hastalarına uygulanan diyet sonrası değerlendirmede kilo kaybıyla FM sonucu ortaya çıkan semptomların azaldığı ve yaşam kalitesinde artış görüldüğü ifade edilmiştir (Shapiro, Anderson and Danoff-Burg 2005). Çalışma sonuçları literatürle benzerdir.

Bu çalışmada evlilik süresi uzadıkça yaşam kalitesinde azalma olduğu gösterildi. Evlilik süresi ile yaşam kalitesini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanılmamakla birlikte, evlilik süresinin uzamasının cinsel işlev bozukluğuna da neden olduğu düşünüldüğünde, evlilik süresinin yaşam kalitesini de etkilemiş olabileceği söylenebilir.

Hastalık süresi değerlendirildiğinde, Özçetin ve arkadaşları tarafından 67 diyaliz hastası üzerinde yapılan çalışmada SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmış ve hastalık süresi ve yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığı ifade edilmiştir (Özçetin, Bahçebaşı, Bahçebaşı, Cinemre ve Ataoğlu 2009). Mevcut çalışmada hastalık süresindeki artış ile birlikte yaşam kalitesinde azalma olduğu belirlenmiş olup, benzer sonuca sahip çalışmalar mevcuttur (Acaray ve Pınar 2004, Güven 2007, Al- Mandhari, Al-Zakwani, Al- Hasni and Al-Sumri 2011). Al- Mandhari ve arkadaşları tarafından hipertansiyonu ve diyabeti olan 450 hastanın yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmada da mevcut çalışmayla benzer şekilde hastalık süresinin yaşam kalitesini etkilediği ifade edilmiştir (Al- Mandhari et al 2011).

Fibromiyalji sendromunun en önemli semptomu olan ağrının (İnanıcı 2011), birey üzerinde fiziksel ve psikolojik etkileri yaşam kalitesini azaltmaktadır (Uyar ve Köken 2017). Mevcut çalışmada ağrı derecesi ile fibromiyalji etki skalası puanı arasında pozitif yönlü ilişki saptanmış olup, SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği tüm alt boyutları ve

ağrı derecesi arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Ağrının, yaşam kalitesini her iki ölçekte de olumsuz olarak etkilediği görüldü. Tavşanlı ve arkadaşları tarafından, huzurevinde yaşayan ağrı ifade eden, 65 yaş üstü 84 yaşlı birey ile yapılan çalışmada ağrı şiddetinin yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir (Tavşanlı, Özçelik ve Karadakovan 2013). Dündar ve arkadaşları tarafından 41 kronik bel ağrılı hasta ile 42 sağlıklı bireyin karşılaştırıldığı çalışmada, hastaların kontrol grubuna göre ağrı ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği tüm alt boyutları arasında mevcut çalışmayla benzer şekilde negatif yönlü ilişki saptanmıştır (Dündar, Solak, Demirdal, Toktaş ve Kavuncu 2009). Hasanefendioğlu ve arkadaşları tarafından 200 kronik bel ağrısı olan hasta grubu 200 sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılmış; SF-36 alt boyutlarından, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlanması, duygusal rol kısıtlanması ve ağrı alt boyutlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada ağrı şiddetinin yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir (Hasanefendioğlu ve ark 2012). Dündar ve arkadaşları tarafından miyofasiyal ağrı sendromu olan hastalar üzerinde yapılan çalışmada ağrı ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği karşılaştırılmış; SF-36 alt boyutlarından fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlaması, duygusal rol kısıtlanması, ağrı, mental sağlık ve genel sağlığın algılanması puanları arasında ileri derecede negatif yönlü ilişki bulunurken sosyal fonksiyon, canlılık puanları arasında anlamlı derecede negatif yönlü ilişki saptanmıştır (Dündar, Güven, Kocaoğlu, Kale ve Kartal 2015). Güven ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada multipl sklerozu olan hastalarda ağrının yaşam kalitesi üzerine etkisi değerlendirilmiş ve ağrısı olan bireylerin SF-36 puanları fiziksel fonksiyon alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarda kontrol grubuna göre düşük olduğu gösterilmiştir (Güven, Özcan, Aras, Köseoğlu ve Ak 2016). Çalışma sonuçları literatürü destekler niteliktedir.

Fibromiyalji etki skalası ve FSFI koralesyon analizi sonucunda tüm alt boyutlar ve toplam puanlar arasında negatif yönlü ilişki, SF-36 ve FSFI korelasyon analizi sonucunda ise toplam puanlar ve alt boyutların tümünde pozitif yönlü ilişki saptandı. Cinsel işlev bozukluğunun yaşam kalitesinde bozulmaya neden olduğu mevcut çalışmada gösterildi. Yılmaz ve arkadaşları 126 FM'li hasta ve 132 sağlıklı kadın ile yaptığı karşılaştırmalı çalışmada FES ve FSFI kullanılmış ve mevcut çalışmayla

benzer şekilde iki ölçek arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır (Yılmaz et al 2012). Yıldız ve Pınar tarafından yapılan çalışmada CİB olan hastalarda yaşam kalitesinin düşük olduğu, cinsel işlev bozukluğu olan kadınlarda yaşam kalitesinin erkeklere göre daha çok etkilediğini ifade edilmiştir (Yıldız ve Pınar 2004). Tarhan ve arkadaşları tarafından Multipl sklerozlu hastalar ile yapılan çalışmada CİB'in yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Tarhan, Yücetaş, Türk ve Faydacı 2012). Çalışma bulguları literatürle uyumludur. Ünlü ve arkadaşları tarafından Glombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve FES kullanılarak 28 FM'li 18 sağlıklı kadın ile yapılan çalışmada ise iki ölçek arasında anlamlı fark tespit edilememiştir (Ünlü ve ark 2004). Kullanılan ölçeklerin farklı olması ve katılımcı sayıları arasındaki değişkenliğe bağlı farklı sonuçlar ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Fibromiyalji hastalarında cinsel işlev bozukluğu ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmada toplanan verilerden aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı.

- Mevcut çalışmada fibromiyalji hastalarının %74'ünde cinsel işlev bozukluğu olduğu belirlendi.
- Fibromiyalji sendromu olan hastalarda ileri yaş, evlilik süresinde artış, hastalık süresinde uzama, BKİ'nin yüksek olması, çocuk sayısındaki artış, ek hastalık varlığı ve ağrı seviyesinin yüksek olmasının cinsel işlev bozukluğuna neden olduğu saptandı.
- Eğitim seviyesinin yüksek olanlarda, çalışanlarda ve sigara kullananlarda cinsel işlev bozukluğu oranlarının daha düşük olduğu belirlendi.
- Yaşam kalitesinin ileri yaş, ek hastalık varlığı, çocuk sayısı ve evlilik süresindeki artış, yüksek BKİ ve ağrı derecesinin fazla olması ile azaldığı belirlendi. Yüksek eğitim seviyesi, çalışıyor olmak ise yaşam kalitesini artıran faktörler olarak saptandı.
- Cinsel işlev bozukluğunun hastalığa özgü ve genel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği sonucu elde edildi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Fibromiyalji hastalarında cinsel işlev bozukluğu görülme oranının yüksek olması nedeni ile sağlık kuruluşuna başvuran hastaların cinsel sağlığının rutin olarak değerlendirilmesi,
- Cinsel sağlığın fiziksel, ruhsal, toplumsal ve sosyal sağlık üzerine olan etkisi göz önünde bulundurularak; sağlık çalışanlarına, cinsel işlev bozukluklarına karşı bakış açılarının değiştirilmesi ve CİB karşısında doğru bir tutum sergileyebilmesi açısından eğitim programları düzenlenmesi,
- Sağlık çalışanlarına rutin olarak düzenlenen hizmetiçi eğitim programlarına cinsel sağlık ve cinsel işlev bozuklukları ve cinsel danışmanlık konularının eklenmesi,
- Hastaların cinsel sağlık sorunlarını rahatça ifade edebilmeleri için halk eğitimleri gerçekleştirilerek cinsel sağlığın genel sağlık içerisinde önemli bir yeri olduğunun açıklanması ve sağlık kuruluşuna başvuran bireylerle etkili iletişim kurularak kendilerini rahatça ifade etmelerinin sağlanması,
- Cinsel işlev bozukluğunun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesi göz önünde bulundurularak hastalara konu ile ilgili gerekli danışmanlık hizmeti sunulması,
- Ülkemizde fibromiyalji hastalarında cinsel işlev bozukluğunun görülme sıklığı ve nedenlerini ortaya koyacak daha fazla sayıda randomize kontrollü çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Acaray A, Pınar R. (2004). Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 8(1):1-11.
- Akarsu RH, Beji NK. (2016). Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler. *Androloji Bülteni*, 18(65):134-137.
- Akbulut MF, Üçpınar MB, Gürbüz ZG. (2015). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının sınıflaması ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics*, 8(3):10-15.
- Akkaya N, Akkaya S, Atalay NS, Balci CS, Sahin, F. (2012). Relationship between the body image and level of pain, functional status, severity of depression, and quality of life patients with fibromiyalgiya syndrome. *Clin Rheumatol*, 31:983-988.
- Al- Mandhari A, Al-Zakwani I, Al- Hasni A, Al-Sumri N. (2011). Assessment of perceived health status in hypertensive and diabetes mellitus patients at primary health centers in Oman. *Int J Prev Med*, 2(4):256-63.
- Altıparmak S, Fadıloğlu Ç, Gürsoy ŞT, Altıparmak O. (2011). Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Ege Tıp Dergisi*, 50 (2):95-102.
- Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A, Büker N, Cavlak U. (2009). Evde yaşıayan yaşıllarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Yaşılı Sorunları Araştırma Dergisi*,1:48-60
- Altunkaynak BZ, Özbek E. (2006). Obezite: nedenleri ve tedavi seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*: 13(4):138-142.
- Arnold LM, Hudson JI, Hess EV, Ware AE, Fritz DA, Auchenbach MB, Starck LO, Keck PE. (2004). Family study of fibromiyalgiya. *Arthritis&Rheumatism*, 50(3):944-952.
- Arslan A, Çağlayandereli M. (2016). Sosyoloji günlük yaşamı anlamak. Paradigma Akademi, İstanbul,s.391.
- Aslan F.E, (2002). Ağrı değerlendirme yöntemleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6:1-9.

- Aygin D, Aslan FE. (2005). Kadın cinsel işlev ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 25:393-399.
- Aygin D, Aslan FE. (2008). Meme kanserli kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(2):105-114.
- Bağış S. (2008). Fibromiyaljide klinik bulgular ve tanı. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 54 Özel Sayı 1:12-14.
- Bazzichi L, Giacomelli C, Rossi A, Sernissi F, Scarpellini P, Consensi A, Bombardieri S. (2012). Fibromyalgia and sexual problems. *Rheumatismo*, 64(4):261-267.
- Bellato E, Marini E, Castoldi F, Barbasetti N, Mattei L, Bonasia DE, Blanno D. (2012). Fibromyalgia syndrome: etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Pain Res Treat*, 2012:426-30.
- Bengtsson A, Henrisson KG, Larsson J. (1986). Musclebiopsy in primary fibromyalgia: light microscopical and histochemical findings. *Scand J Rheumatol*, 15:1-6.
- Bennet RM. (1997). The fibromyalgia syndrome in: Textbook of Rheumatology Volume 2. Kelley WN, Rudy S, Harris ED, Sledge CB (Eds). 5th ed, W.B Saunders Company, Philadelphia, s;511-518.
- Bennet RM. (1999). Emerging concepts in the neurobiology of chronic pain: evidence of abnormal sensory processing in fibromyalgia. *Mayo Clin Proc*, 74(4):385-398.
- Bennet RM. (2002). Adult Growth hormone deficiency in patient with fibromyalgia. *Current Rheumatology Reports*, 4:306-31.
- Bennet RM, Kamin M, Karin R, Rosenthal N. (2003). Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain. *Am J Med*, 114:537-545.
- Bennett RM, Friend R, Marcus D, Bernstein C, Han BK, Yachoui R, Deodhar A, Kaell A, Bonafede P, Chino A, Jones KD. (2014). Criteria for the diagnosis of fibromyalgia: validation of the modified 2010 preliminary american college of rheumatology criteria and the development of alternative criteria. *Arthritis Care & Research*, 66(9):1364–1373.
- Berker E. (2007). Fibromiyalji sendromunda fizyopatolojik mekanizmalar. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 53(özel sayı):36-40.

- Bigatti SM, Hernandez AM, Cronan TA, Rand KL. (2008). Sleep disturbances in fibromyalgia syndrome: relationship to pain and depression. *Arthritis Rheum.* 59(7):961-7.
- Boylu AA, Paçacıoğlu B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 8(15):137-150.
- Bozdemir N, Özcan S. (2011). Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 5(4):37-46.
- Carette S, Bell NJ, Reynolds J, Haraovi B, McCain GA, Bykerk VP, Edworthy SM, Baron M, Koehler BE, Fam AG, Bellamy N, Guimot C. (1994). Comparison of amitriptyline, cyclobenzaprine, and placebo in the treatment of fibromyalgia. *Arthritis&Rheumatism*, 37(1):32-40.
- Campos RP, Vázquez MIR. (2012). Health-related quality of life in women with fibromyalgia: clinical and psychological factors associated. *Clin Rheumatol*, 31:347–355.
- Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. (2004). The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int*, 72(1):52-7.
- Cebeci SA, Genç H, Erdem HR, Nacır B, Karagöz A. (2012). Romatoid artritli kadın hastalarda seksüel disfonksiyonun değerlendirilmesi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 58:36-46.
- Clark P, Burgos VR, Medina PC, Lavielle P, Marina FF. (1998). Prevalence of fibromyalgia in children: A clinical study of Mexican children. *J Rheumatol*, 25:2009-2014.
- Clauw D, Beary J. (2004). Fibromiyalji içinde: Romatoloji ve Klinik Ortopedi El Kitabı. Paget SA, Gibofsky A, Beary JF. (Eds). 4.Baskı. çeviren: Yazıcı Y, Erkan D, İnce A. Nobet Tıp Kitapevleri, İstanbul, s;365-368.
- Cochran SD, Drescher J, Kismödi E, Giami A, García-Moreno C, Atalla E, Marais A, Vieira EM, Reed GM. (2014). Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). *Bull World Health Organ* 92:672-9.

- Crofford LJ, Pillemer SR, Kollageras KT, Cash JM, Michelson D, Kling MA, EM, Gold PW, Chrousos GP, Wilder RL. (1994). Hypothalamic–pituitary–adrenal axis perturbations in patients with fibromyalgia. *Arthritis Rheum*, 37:1583-1592
- Crofford LJ, . Rowbotham MC, Mease PJ, Russell IJ, Dworkin RH, Corbin AE, Küçük JP, Lamoreaux LK, Martin SA, Sharma U. (2005). Pregabalin for the treatment of fibromyalgia syndrome: Results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis&Rheumatism*, 52(4):1264-73.
- Çakır T. (2015). Fibromiyalji sendromunda tanı kriterleri. *Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics*, 8(3):22-27.
- Çetin N, Yalbuздаğ ŞA, Cabioğlu MT, Turhan N (2009). Fibromiyalji sendromunda yaşam kalitesi üzerine etkili faktörler. *Turk J Rheumatol*, 24:77-81.
- Çetin A, Özdemir O, Haghari FS, Taşoğlu Ö. (2012). Fizik tedavi programlarının ağrı ve hayat kalitesi üzerine etkisi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 58:99-102.
- Doğan ŞD, Ay S, Evcik D. (2011). Fibromiyalji tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Yeni Tıp Dergisi*, 28(2):73-78.
- Dönmez A, Erdoğan N. (2009). Fibromiyalji sendromu. *Klinik Gelişim*, 22(3):60-64.
- Durmaz Y, Alaylı G, Canbaz S, Zahiroğlu Y, Bilgici A, İlhanlı İ, Kuru Ö. (2013). Prevalence of juvenile fibromyalgia syndrome in an urban population of Turkish adolescents: impact on depressive symptoms, quality of life and school performance. *Chinese Medical Journal*, 126(19):3705-3711.
- Dündar Ü, Solak Ö, Demirdal ÜS, Toktaş H, Kavuncu V. (2009). Kronik bel ağrılı hastalarda ağrı, yeti yitimi ve depresyonun yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Genel Tıp Derg*, 19(3):99-104.
- Dündar Ü, Güven AA, Kocaoğlu AS, Kale H, Kartal S. (2015). Kronik servikal miyofasiyal ağrı sendromlu hastalarda ağrı, depresyon ve yaşam kalitesi. *Clin Anal Med*, 6(6):766-770.
- Ege E, Akın B, Arslan SY, Bilgili N. (2010). Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı ve risk faktörleri. *Tübvav Bilim Dergisi*, 3(1):137-144.
- Erbay LG, Ozlu M, Sahin I, Evren B, Kayaalp C, Karlidag R. (2017). The effect of body mass index on the sexual functions of morbidly obese female patients. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 30:338-343.

- Erturan İ, Atay İM, Oksay T, Yürekli VA, Demirdaş A, Ceyhan AM, Argun OO, Güzel A. (2014). Kadın Behçet Hastalarında Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi. *Turk J Dermatol*, 2;7:9-83.
- Fraser C, Mahoney J, McGurl J. (2008). Correlates of sexual dysfunction in men and women with multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs*, 40(5):312-7.
- Garip Y, Öztaş D, Güler T. (2016). Prevalence of fibromyalgia in Turkish geriatric population and its impact on quality of life. *Agri*, 28(4):165-170.
- Genç A, Tur BS. (2014). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Anabilim Dalı Eğitim Kitabı. Erişim tarihi: 12 Ağustos 2015. Adres: <http://ichastaliklariromatoloji.medicine.ankara.edu.tr/files/2014/02/Fibromiyalji-Sendromu.pdf>.
- Giesecke T, Williams DA, Harris RE, Cupps TR, Tian X, Tian TX, Gracely RH, Clauw DJ. (2003). Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain threshold and psychological factors. *Arthritis Rheum*, 48:2916-22.
- Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açıkel CH, Taşçı İ, Ceylan S. (2008). Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50:172-179.
- Gumus H, Akpınar Z, Yılmaz H. (2014). Effects of multiple sclerosis on female sexuality: a controlled study. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(2):481-485.
- Guyton AC. (1987). Böbrek üstü bezi korteks hormonları içinde: Tıbbi Fizyoloji. M:D (ed). Yedinci baskı. Çeviren: Gökhan N, Çavuşoğlu H. Merk yayıncılık, İstanbul, s:1311-31.
- Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür S. (2001). Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(2):89-98.
- Gün A. (2014). Fibromiyalji Sendromunda Transkraniyal Doğru Akım Stimülasyon Tedavisi. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Kocaeli, (Danışman: Prof. Dr. Erbil Dursun).
- Gür A, Çevik R, Nas K, Saraç AJ, Özen Ş, (2006). Quality of life in young fibromyalgia patients and effect of depression. *Appljournal of Rheumatology*, 9:70-78.

- Gür A. (2008). Fibromiyaljide etiopatogenez. *Türk Fiz Tıp RehabDerg*, 54(suppl):4-11.
- Güven T. (2007). Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Etkisinin Araştırılması. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği Uzmanlık tezi, İstanbul, Danışman: (Doç. Dr. K. Oğuz Karamustafaloğlu).
- Güven ŞŞ, Özcan DS, Aras M, Köseoğlu BF, Ak F. (2016). Multipl sklerozlu hastalarda ağrının değerlendirilmesi ve yaşam kalitesi, yorgunluk ve depresyon ile ilişkisi. *Turk J Phys Med Rehab*, 62(2):123-131.
- Ha TN, Duy TH, Le NH, Khanal V and Moorin R. (2014). Quality of life among people living with hypertension in a rural Vietnam community. *BMC Public Health*, 14:833.
- Hammond A, Freeman K. (2006). Community patient education and exercise for people with fibromyalgia: a parallel group randomized controlled trial. *Clin Rehabil*, 20(10):835-46.
- Hasanefendioğlu EZ, Sezgin M, Sungur MA, Çimen ÖB, Incel NA, Sahin G. (2012). Kronik bel ağrılı hastalarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi: ağrı, klinik ve fonksiyonel durumun yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 58:93-98.
- Havlıcu DY, İnanır I, Aydemir Ö. (2011). Behçetli hastalarda yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon ve hastalık hakkındaki bilgiler. *Anatol J Clin Investig*, 5(2):82-88.
- Hayta E, Doğan ÖT, Doğan SC, Akdeniz T, Şencan D, Karakaşlı S, Hizmetli S. (2010). Fibromiyalji tanısı konan 100 kadın olgunun klinik özellikleri. *Cumhuriyet Tıp Derg*, 32:74-79
- Hendricsson CM, Liedberg GM, Gerdle B. (2005). Women with fibromyalgia: work and rehabilitation. *Disability and Rehabilitations*, 27(12):685- 695.
- İlhan N, Arpacı S, Havaoğlu D, Kalyoncuoğlu H, Sarı P. (2016). Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Clin Exp Health Sci*, 6(2):56-65.
- İnanıcı F, Yunus MB.(2004). History of fibromyalgia: Pasttopresent. *Current Science*, 8:369-378.

- İnanıcı F. (2005). Fibromiyalji ve miyofasiyal ağrı sendromları. *Türkiye Klinikleri Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Dergisi*, 10:11-18.
- İnanıcı F. (2011). Fibromiyalji sendromu içinde: Fiziksel tıp ve rehabilitasyon. Beyazova M, Kutsal YG (Eds), 2.Baskı, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, s: 2065-2377.
- İncesu C. (2004). Cinsel işlev ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*, Ek3:3-13.
- İncesu C. (2011). Dsm-5 ve cinsel işlev bozuklukları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 48 (özel Sayı 1):1-6.
- Jaafapour M, Khani A, Khajavikhan J, Suhrabi Z. (2013). Female sexual dysfunction: prevalence and risk factors. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, Vol 7(12):2877-2880.
- Kadıoğlu P, Ozgil D, Sanli O, Yalin A.S, Önem K, Kadioglu A (2010). Obesity might not be a risk factor for female sexual dysfunction. *BJUI*, 106:1357–1361.
- Karkucak M, Özden G, Çapkın E, Tosun M, Alaca H, Barçak Ö. (2010). Ankilozan spondilitte anksiyete ve depresyon düzeyi, yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 24(1):13-19.
- Kayar H, Utku S. (2013). Çağımız hastalığı obezite ve tedavisi. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg*, 6(2):1-8.
- Kerem M, Meriç A, Kırmı N, Cavlak U. (2001). Ev ortamında ve huzurevinde yaşayan yaşlıların değişik yönlerden değerlendirilmesi. *Geriatry*, 4 (3):106-112.
- Kim SK, Kim SH, Lee , Lee HS, Lee SH, Park YB, Park HJ, Son MJ, Lee SS. (2013). Effect of fibromyalgia syndrome on the health-related quality of life and economic burden in Korea. *Rheumatology*, 52:311-320.
- Koçyiğit BF, Gür A, Altındağ Ö, Akyol A, Gürsoy s. (2016). Comparison of education and balneotherapy efficacy in patients with fibromyalgia syndrome: A randomized, controlled clinical study. *Agri*, 28(2):72-78.
- Korszun A, Young EA, Engleberc NC, Masterson L, Dawson EC, Spindler K, McClure LA. (2000). Follicularhase hypothalamic-piutary-gonodal axis function in Women with fibromiyalji and chronic fatigue syndrome. *J Rheumatol*, 27:1526-30.

- Külcü DG, Gülşen G. (2009). Fibromiyalji sendromlu bir grup hastada fizik tedavi programının uykusuzluk şiddeti üzerine etkisi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 58:64-67.
- Lauman EO, Paik A, Rosen RC (1999) Sexual dysfunction in the United States :Prevalans and predictors. *JAMA*, 281:537-544
- Lawrance R, Felson DT, Helmick CG, Arnold LM, Choi H, Deyo RA, Gabriel S, Hirsch R, Hochberg MC, Hunder GG, Jordan JM, Katz JN, Kremers HM, Wolfe F. (2008). Estimates of theprevalance of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. *Arthritis&Rheumatism*, 58(1):26-35.
- Li Y-h, Wang F-y, Feng C-q, Yang X-f, Sun Y-h. (2014). Massage therapy for fibromiyalgi: A systematic review and Meta- Analysis of randomized controlle trials. *Plos One*, 9(2);e89304.
- Li W, Liu L, Puente JG, li Y, Jianga X, Jinc S, Mab H, Kongd L, Mac L, Hea X, Mac S, Chenc C. (2005). Hypertension and healthrelated quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. *J Hypertens*, 23:1667-1676.
- Makela M, Heliövaara M. (1991). Prevalence of primary fibromyalgia in the Finnish population. *BMJ*, 303;216-219.
- Malyak M. (2005). Fibromiyalji. İçinde: Romatoloji sırları. West S. (ed). 2.Baskı. Çeviren: Şirinoğlu I, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, s:428-439.
- Manerkorpi K, Henriksson C. (2007). Non- Pharmacological treatment of chronic widespread musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 21:513-34.
- Marcus DA. (2005). Chronic Pain A Primary Care Guide to Pratical Management. *Humana Press, New Jersey*, s:148-161.
- Mayhew E, Ernst E. (2007). Acupuncture for fibromiyalgi a systematic review of randomized clinical trials. *Rheumatology*, 46:801-804.
- Madenci E, Gürsoy S, Arıca E, Keven S. (2003). Primer fibromiyalji sendromlu hastalarda yaşam kalitesinin nottingham sağlık profili ile değerlendirilmesi. *T Klin FTR*, 3:11-14.
- Menzies V, Lyon DE. (2010). İntegreted review of the association of cytokines with fibromyalgia and fibromyalgia coresymptoms. *Biol Res Nurs*, 11(4):387-394.

- Moffitt SP, Gatchel RJ, Robinson RC, Deschner MP, Posamentier M, Polatin P, Lou L. (2006). Biopsychosocial profiles of different pain diagnostic groups. *The Journal of Pain*, 7(5):308- 318.
- Moldofsky H, Scorisbrick P, England R, Smythe H. (1975). Musculoskeletal symptoms and non-rem sleep disturbance in patients with “Fibrositis Syndrome” and healthy subjects. *Psychosomatic Medicine*, 37(4):341-351.
- Moldofsky H, Scorisbrick P.(1976). Induction of neurasthenic musculoskeletal pain syndrome by selective sleep stage deprivation. *Psychosomatic Medicine*, 38(1):35-44.
- Moreira ED, Brock G, Glasser DB, Nicolosi A, Laumann EO, Paik A, Wang T, Gingell C (2005). Help-seeking behavior for sexual problems: the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Clin Pract*, 59:6–16.
- Nas K, Gür A, Karakoç M, Çevik R, Denli AA, Erdoğan F, Saraç AJ. (2001). Genç fibromiyalji sendromlu ogularımızın klinik ve sosyodemografik özellikleri. *Ege Fiz Tıp Reh Derg*, 7 (1-2):29-33.
- Odabaş FÖ. (2017). Gerilim baş ağrılı bayan hastalarda cinsel disfonksiyonun değerlendirilmesi. *İstanbul Med J*,18:53-61.
- Oksel E, Kolcu Z, Yorulmaz S, Paşaoğlu Ş. (2008). Obez bireylerde yaşam kalitesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 24(3):115-123.
- Orellana C, Casado E, Masip M, Galisteo C, Gratacós J, Larrosa M. (2008). Sexual dysfunction in fibromyalgia patients. *Clin Exp Rheumatol*, 26(4):663-6.
- Ovayolu N, Ovayolu O, Karadağ G. (2011). Health-related quality of life in ankylosing spondylitis, fibromyalgia syndrome, and rheumatoid arthritis: a comparison with a selected sample of healthy individuals. *Clin Rheumatol*, 30:655–664.
- Öksüz E, Malhan S. (2006). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in turkish women. *The Journal of Urology*, 175:654-658.
- Ören M, Kızıltepe R, Özekes BÇ. (2016). Yaşlılıkta cinsellik. *Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine*, 55(Ek Sayı / Supplement):38-44.
- Özcan DS, Aras M, Köseoğlu BF, Güven ŞŞ. (2013). Fibromiyalji sendromlu kadın hastalarda yaşam kalitesi ve ilişkili durumlar. *Türk Osteoporoz Dergisi*, 28(2): 73-78.

- Özçetin A, Bahçebaşı ZB, Bahçebaşı T, Cinemre H, Ataoğlu A. Diyaliz uygulanan hastalarda yaşam kalitesi ve psikiyatrik belirti dağılımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, (10):142-150.
- Özdemir FÇ, Pehlivan E. (2015). Malatya il merkezinde yaşayan 20-50 yaş arasındaki kadınların cinsel fonksiyon düzeylerinin değerlendirilmesi. *Medicine Science*, 4(4):2751-61.
- Özerdoğan N, Sayiner FD, Köşgeroğlu N, Ünsal A. (2009). 40-65 yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(2):46-59.
- Özkan N. (2017). Fibromiyalji sendromunda bütüncül yaklaşım. *Journal of Complementary. Regulation and Neural Therapy*, 11(1):12-19.
- Pellegrino MJ, Waylonis GW, Sammer A. (1989). Familial occurrence of primary fibromiyalgi. *Arch of Phys Med and Rehabilitation*, 70:61-6.
- Pınar R, (2005) Reability and construct validity of the sf-36 in turkish cancer patients. *Quality of Life Research*, 14(1):259-264.
- Prins MA, Woertman L, Kool MB, Geenen R. (2006). Sexual functioning of women with fibromiyalgi. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 24:555-561.
- Roizenblatt S, Neto NSR, Tufik S. (2011). Sleep disorders and fibromiyalgi. *Curr Pain Headache Rep*, 15:347-357.
- Rooks DS, Gautam S, Romeling M, Cross ML, Stratigakis D, Evans B, Goldenberg DL, Iversen MD, Katz JN. (2007). Group exercise, education, and combination self-management in women with fibromiyalgi. *Arch Intern Med*, 167(20):2192-2200.
- Russell IJ, Orr MD, Littman B, Vipraio GA, Alboukrek D, Michalek JE, Lopez Y, MacKillip F. (1994). Elevated cerebrospinal fluid levels of substance P in patients with the fibromiyalgi syndrome. *Arthritis Rheum*, 37(11):1593-601.
- Ryan S. (2008) Assessing the effect of fibromiyalgi on patients' sexual activity. *Nursing Standard*. 23(2):35-41.
- Santos AM, Burti JS, Lopes JB, Scazufca M, Marques AP, Pereira RM. (2010). Prevalence of fibromiyalgi and chronic widespread pain in community-dwelling elderly subjects living in São Paulo, Brazil. *Maturitas*, 67(3):251-5.

- Sarmer S, Ergin S, Yavuzer G. (2000). The validity and reliability of the Turkish version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rheumatol Int*, 20:9-12.
- Schleicher H, Alonso C, Shirtcliff EA, Muller D, Loevinger BL, Coe LC. (2005). In the face of pain: the relationship between psychological well-being and disability in women with fibromyalgia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74:231- 239.
- Semiz EA, Hizmetli S, Semiz M, Karadağ A, Alım B, Adalı M, Tunçay MS, Çöpoğlu ÜS. (2014). Fibromiyalji hastalarında serum kortizol düzeyinin depresyon ile ilişkisi. *Mustafa Kemal Üniv. Tıp Derg*, 5(19):8-18.
- Sevimli D. (2007). Fibromiyalji Sendromlu Hastalarda Farklı Egzersiz Uygulamalarının Fiziksel ve Psikolojik Parametreler Üzerine Etkisi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Adana, (Danışman: Doç. Dr. Erkan Kozanoğlu).
- Shapiro JR, Anderson DA, Danoff-Burg S.(2005). A pilot study of the effects of behavioral weight loss treatment on fibromyalgia symptoms. *J Psychosom Res*, 59(5):275-82.
- Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G. (2009). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. *Journal of Postgraduate Medicine*, 55(2):113-120.
- Sindel D, Soral İ, Esmoelzadeh S. (2012). Fibromiyaljisendromunda uygulanan tedavi yöntemleri. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 58:136-142.
- Sivas FA, Başkan BM, Aktekin LA, Çınar NK, Yurdakul FG, Özorun K. (2009). Fibromiyalji hastalarında depresyon, uyku bozukluğu ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türk Fiz Tıp Rhab Derg*, 55:8-12.
- Sönmez B, Kasım İ. (2013). Diabetes mellitus'lu hastaların anksiyete, depresyon durumları ve yaşam kalitesi düzeyleri. *Türk Aile Hek Derg*, 17(3):119-124.
- Sprott H, Franke S, Kluge H, Hein G. (1998). Pain treatment of fibromyalgia by acupuncture. *Rheumatol Int*, 18:35-36.
- Staud R. (2004). Fibromiyalji ağrı: do we know the source?. *Current Opinion in Rheumatology*, 16:157-163.
- Sungur MZ, Gündüz A.(2014). A Comparison of DSM- IV- TR and DSM- 5 definitions for sexual dysfunctions: critiques and challenges. *J Sex Med*, 11(2):364-73

- Tarhan F, Yüçetaş U, Türk Ü, Faydacı G. (2012). Multipl sklerozlu hastalarda cinsel işlev bozukluğunun hastalıkla ilgili parametreler ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Türk Uroloji Dergisi*, 38(4):216-20.
- Taşkın EO, Tıkız C, Yüksel EG, Fırat A, Tüzün Ç, Aydemir Ö. (2007). Fibromiyalji hastalarında depresif bozukluklar ve aleksitimi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8:248-255.
- Tavşanlı N, Özçelik H, Karadakovan A. (2013). Ağrısı olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin incelenmesi. *Ağrı*, 25(3):93-100.
- Testa MA, Simonson DC. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med*, 334:835-40.
- The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, 41:1403-9.
- Tutoglu A, Boyacı A, Koca I, Celen E, Korkmaz N. (2014). Quality of life, depression, and sexual dysfunction in spouses of female patients with fibromiyalgiya. *Rheumatol Int*, 34:1079-1084.
- Tuğut N. (2016). Cinsel işlev bozukluğu ve güncel yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, 2(1):70-75.
- Tüzün EH, Albayrak G, Eker L, Sözüay S, Daşkapan A. (2004). A comparison study of quality of life in women with fibromyalgia and myofascial pain syndrome. *Disabil Rehabil*, 26(4):198-202.
- Topbaş M, Cakırbay H, Güleç H, Akgöl E, AK I, Can G.(2005) The prevalence of fibromyalgia in women aged 20-64 in Turkey. *Scan J Rheumatol*, 34:140-1449.
- Ubago Linares Mdel C, Ruiz-Perez I, Bermejo Perez MJ, Olry de Labry-Lima A, Hernandez-Torres E, Plazaola-Castano J.(2008). Analysis of the impact of fibromyalgia on quality of life: associated factors. *Clinical Rheumatology*, 27:613-9.
- Uğurlucan FG, Özgör BY. (2016). Kadın cinsel disfonksiyonu tanı ve tedavisinde yenilikler: 2016 güncelleme. *Androloji Bülteni*, 18(67):282-288.
- Unsar S, Sut N, Durna Z. (2007). Health-Related quality of life in patients with coronary artery disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(6):501-507.
- Uyar M, Köken i. (2017). Kronik ağrı nörofizyolojisi. *TOTBİD Dergisi*, 16:70-76.

- Ülker RN, Çakır T, Yalçınkaya S, Demirdal ÜS, Toraman NS. (2013). Assessment of sexual dysfunction in patients with fibromiyalji syndrome. *Türk Osteoporoz Dergisi*, 19:65-68.
- Ünlü E, Tuncay R, Gürçay E, Berber S, Çakıcı A. (2004). Fibromiyalji sendromlu bayan hastalarda cinsel işlev bozukluğu. *Fiziksel Tıp*, 7(3):133-136.
- Ürkmez D. (2018). Kadınların cinsel sıkıntıları ve evlilik doyumları arasındaki ilişki. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ordu, (Danışman: Prof. Dr. Nülüfer ERBİL).
- Vaeroy H, Helle R, Forre O, Kass E, Terenius L. (1988). Elevated CSF levels of substance P and high incidence of Raynaud phenomenon in patients with fibromiyalgi: new features for diagnosis. *Pain*, 32:21-26.
- Wallace DJ.(2006). Is there a role for cytokine based therapies in fibromiyalgi. *Curr Pharm Des*. 12(1):17-22.
- Ware JE, Sherbourne CD. (1992) The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30:473-483.
- White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. (1999). The London Fibromiyalgi Epidemiology Study: the prevalence of fibromiyalgi syndrome in London, Ontario. *J Rheumatol*, 26(7):1570-6.
- Wolfe F, Symthe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DC, Tugwell P, Campbell SM, Abeles M, Clark P, Fam AG, Farber SJ, Fiechtner JJ, Franklin CM, Gatter RA, Hamaty D, Lessard J, Lichtbroun AS, Masi AT, McCain GA, Reynolds WJ, Romano TJ, Russel IJ; Sheon R. (1990). The American Collage of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromiyalgi. *Arthritis and Rheumatism*, 33(2):160-172.
- Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. (1995) The prevalence and characteristics of fibromiyalgi in the general population. *Arthritis Rheum*, 38 (1):19-28.
- Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB, Yunus MB. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromiyalgi and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 62(5):600-10.


- Yacan L. (2017). Diyabeti olan ve olmayan kadınların cinsel fonksiyon durumlarının değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, (Danışman: Doç. Dr. Özgül EROL).
- Yaşar H, Özkan L, Tepeler A. (2010). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım. *Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi*, 1(3):235-240.
- Yaylali GF, Tekekoglu S, Akin F. (2010). Sexual dysfunction in obese and overweight women. *Int. J. Impot. Res.* 22:220–226.
- Yıldız H. (2008) Diyabetik Hastalarda Cinsel Disfonksiyonun Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Pınar).
- Yıldız H, Pınar R. (2004). Miyokard infarktüsülü hastalarda cinsel disfonksiyon. *Anadolu Kardiyoloji Derg*, (4):309-317.
- Yılmaz H, Erkin G, Küçüksen S, Akkurt E. (2013). Fibromiyaljisendromunda vücut kitle indeksi ile klinik parametreler arasındaki ilişki. *Selçuk Tıp Dergisi*, 29(1):12-15.
- Yılmaz H, Yılmaz SD, Polat HAD, Salli A, Erkin g, Uğurlu H. (2012). The Effects of Fibromyalgia Syndrome on Female Sexuality: A Controlled Study. *J Sex Med*, 9:779-785.
- Yunus MB. (2007). Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. *Semin Arthritis Rheum*, 36(6):339-356.


EKLER

EK-1

ETİK KURUL ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 15/05/2015-6050





T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 71522473/050.01.04/59
Konu : Kararlar

Sayın Yrd. Doç. Dr. Havva SERT
Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
İç Hastalıkları Hemşireliği

İlgi : 08.05.2015 tarihli 58 sayılı başvurunuz

Destekleyicisi olduğunuz "Fibromiyaljili Kadın Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Seksüel Disfonksiyonun Değerlendirilmesi" isimli çalışma ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.





Doç.Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır.
..15..10.5.12015.

Zübeyde KAÇAL
Etik Kurul Sekr.

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BEBAP32N>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Kocucuk Kampüsü, Kocucuk, Adapazarı/Sakarya
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629
E-Posta :tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ađ :www.tip.sakarya.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-2


KURUM ONAYI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
SAKARYA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
YÖNETİCİLİĞİNE

07/04/2015

Danışmanı olduğum Yüksek Lisans öğrencisi Hicran KONAK'ın "Fibromiyaljili Kadın Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sekstiel Disfonksiyonun Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na sunulacaktır.

Bu araştırmanın Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılabilmesi için gerekli iznin verilmesi hususunda gereğini bilgilerinize arz ederim.

Sorumlu Araştırmacı
Yrd. Doç. Dr. Havva Sert


T.C. Sağlık Bakanlığı
Sakarya İl Kültür Varlıklar ve Turizm Bakanlığı
Prof. Dr. Hicran KONAK
Fizyoloji ve Rehabilitasyon Uzmanı
Dr. Hicran KONAK

UYGUNDUR.

07.04.2015

Hastane Yöneticisi

T.C.
Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Doç. Dr. Yakup TOMAK
Hastane Yöneticisi
Dipl. Tes. No: 86056

EK-3

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“Fibromiyaljili Kadın Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Seksüel Disfonksiyonun Değerlendirilmesi ” başlıklı tez çalışması planlanmaktadır. Tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışmanın amacı, fibromiyalji tanısı olan kadın hastalarda yaşam kalitesi ve seksüel disfonksiyonun değerlendirilmesidir. Verilerin toplanması amacıyla sosyo-demografik özellikleri ve hastalığa ilişkin sorular içeren anket formu, yaşam kalitesini belirlemek amacı ile Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36), fibromiyaljinin günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisini, ağrı ve uyku bozukluğu şiddetini belirlemek amacıyla Fibromiyalji Etki Skalası, cinsel işlev üzerine etkisini belirlemek amacıyla Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (FSFI) kullanılacaktır.

Veriler araştırmacı tarafından karşılık görüşme yöntemi ile toplanacak olup, anlaşılmayan sorular araştırmacı tarafından açıklanacaktır. Görüşme minimum 15 dakika sürecektir.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır.

Eğer çalışmaya katılmaya karar verirseniz bu yazılı bilgilendirilmiş onam formunun bir nüshası imzalanmak üzere size verilecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmacıya haber vererek çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, size uygulanan tedavide ve aldığınız bakımda herhangi bir değişiklik olmayacaktır.

Araştırmadan tıbbi olarak bir yarar sağlamak söz konusu değildir. Yalnızca araştırma amaçlı yapılmaktadır.

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmacı kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır. Ancak kimlik bilgileriniz çalışma boyunca araştırmacı tarafından gizli

tutulacaktır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde bilimsel yayınlarda kullanılabilir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

KATILIMCININ/HASTANIN BEYANI

Sayın Yard. Doç. Dr Havva SERT tarafından Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Romatoloji polikliniklerinde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında herhangi bir sorum olduğunda 05422512100 telefondan Yard. Doç. Dr. Havva SERT’i arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı”

(denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum. **Tarih:**

Gönüllü:	Görüşme Tanığı:	Veli veya Vasisi:	Araştırmacının:
Adı:	Adı:	Adı:	Adı:
Soyadı:	Soyadı:	Soyadı:	Soyadı:
Adres:	Adresi:	Adresi:	Adresi:
Tel:	Tel:	Tel:	Tel:
İmza:	İmza:	İmza:	İmza:
Tarih:	Tarih:	Tarih:	Tarih:

EK-4

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER DEĞERLENDİRME FORMU

1. Yaşınız
2. Boyunuz 3. Kilonuz 4. BKİ(tarafımızca hesaplanacaktır):
5. Medeni Durumunuz
1. Evli 2. Bekar
6. Evli iseniz evlilik süresi nedir?
7. Kaç çocuğunuz var?
8. Eğitim düzeyiniz nedir?
1. Okur- Yazar değil 2. İlköğretim 3. Lise 4. Üniversite 5. Diğer
9. Çalışma Durumunuz
1. Çalışıyorum 2. Çalışmıyorum
10. Mesleğiniz nedir?
11. Gelir durumunuz nedir?
1. İyi 2. Orta 3. Kötü
12. Sağlık güvencenizin türü nedir?
1. Yok 2. SSK 3. Bağ-kur 4. Emekli sandığı 5. Yeşil kart
13. Aile tipiniz nedir?
1. Çekirdek 2. Geniş
14. Sigara kullanıyor musunuz?
1. Evet (Ne kadar Süre:...../günde) 2. Hayır 3. Bıraktım (Süre:.....)
15. Bu hastalık ne kadar süre önce başladı?
16. Eşlik eden başka bir hastalığınız var mı?
1. Var 2. Yok
17. Eşlik eden hastalığınız varsa nedir?
.....
18. Ağrınız var mı?
1. Var 2. Yok
19. Ağrınız varsa derecesi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ağrı yok Dayanılmaz ağrı

Varsa kullandığınız ilaçlar nelerdir?

EK-5

YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

1. Genel sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığınızı şu an için nasıl değerlendirirsiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sınırlı hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığımız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8.Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir.

Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin. Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK-6

FİBROMİYALJİ ETKİ SKALASI

1. Geçtiğimiz hafta içinde aşağıdaki aktiviteleri ne sıklıkla gerçekleştirebildiğinizi belirtin. Aşağıdaki aktiviteleri yapıyor musunuz?

	Daima	Çoğunlukla	Ara sıra	Hiçbir zaman
Alışveriş yapmak	0	1	2	3
Yemek yapmak	0	1	2	3
Elde bulaşık yıkamak	0	1	2	3
Elektrik süpürgesi ile halı süpürmek	0	1	2	3
Yatak toplamak	0	1	2	3
Orta mesafede yürümek	0	1	2	3
Misafirliğe gitmek	0	1	2	3
Bahçe işleri yapmak	0	1	2	3
Araba kullanmak	0	1	2	3
Merdiven çıkmak	0	1	2	3
Çamaşır makinesinde çamaşır yıkamak	0	1	2	3

2. Son bir hafta içinde kendinizi kaç gün iyi hissettiniz?

0 1 2 3 4 5 6 7

3. Geçen hafta boyunca kaç gün fibromiyaljiden dolayı iş yapamaz durumuna geldiniz? (ev işleri dahil)

0 1 2 3 4 5 6 7

4. Aşağıdaki her soruyu geçtiğimiz hafta yaşadıklarınıza ve hissettiklerinize göre cevaplayın.

- a. Çalışmalarınız (ağır işler dahil) ağır ve diğer fibromiyalji şikayetlerinizi ne ölçüde etkiledi?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç etkilemedi Çok etkiledi

- b. Ağrınız ne derecede şiddetliydi?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ağrı olmadı Çok şiddetliydi

- c. Ne kadar yorgundunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Yorgun değildim Çok yorgundum

- d. Sabah kalktığınızda kendinizi nasıl hissettiniz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
İyi dinlenmiş uyandım Çok yorgun uyandım

- e. Sabah tutukluğunuz ne kadar şiddetliydi?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç olmadı Çok şiddetliydi

- f. Sinirliliğiniz ve anksiyeteniz ne düzeydeydi?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç olmadı Çok gergindim

- g. Depresyonunuz ve moral bozukluğunuz ne düzeydeydi?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç olmadı Çok fazlaydı

EK-7

KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ –(FSFI)

1. Son dört hafta içinde ne sıklıkla cinsel istek veya ilgi duydunuz?
 - Hemen her zaman
 - Çoğu zaman (15 günden fazla)
 - Bazen (15 günde)
 - Birkaç kez (15 günden az)
 - Hemen hemen hiç /hiçbir zaman
2. Son dört hafta içinde, cinsel istek veya ilgi düzeyinizi (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?
 - Çok yüksek
 - Yüksek
 - Orta
 - Düşük
 - Çok düşük veya hiç
3. Son dört hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkla uyarıldığınızı hissettiniz?
 - Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - Hemen hemen her zaman
 - Çoğu zaman (15 günden fazla)
 - Bazen (15 günde)
 - Birkaç kez (15 günden az)
 - Hemen hemen hiç /hiçbir zaman
4. Son dört hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında uyarılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?
 - Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - Çok yüksek
 - Yüksek
 - Orta
 - Düşük
5. Son dört hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında cinsel bakımdan uyarılacağınızdan ne derece emindiniz?
 - Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - Çok emindim
 - Emindim
 - Oldukça emindim
 - Az emindim,
 - Çok az/ hiç emin değilim
6. Son dört hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında uyarılma durumunuz sizin için ne sıklıkla tatminkardı?
 - Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - Hemen hemen her zaman
 - Çoğu zaman (15 günden fazla)
 - Bazen (15 günde)
 - Birkaç kez (15 günden az)
 - Hemen hemen hiç /hiçbir zaman
7. Son dört hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında hazneniz ne sıklıkla ıslandı/kayganlaştı?
 - Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - Hemen hemen her zaman
 - Çoğu zaman (15 günden fazla)
 - Bazen (15 günde)
 - Birkaç kez (15 günden az)
 - Hemen hemen hiç /hiçbir zaman

8. Son dört hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında haznenizin ıslanması/kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - Çok çok zor ve imkansızdı
 - Çok zordu
 - Zordu
 - Biraz zordu
 - Hiç zorluk çekmedim
9. Son dört hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını/kayganlığını ne sıklıkla koruyabildiniz?
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - Hemen hemen her zaman
 - Çoğu zaman (15 günden fazla)
 - Bazen (15 günde)
 - Birkaç kez (15 günden az)
 - Hemen hemen hiç /hiçbir zaman
10. Son dört hafta içinde, cinsel aktivite veya cinse ilişkiniz bitene kadar haznenizin ıslaklığını/kayganlığını koruyabilme zorunluluğunuzun sıklığı neydi?
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - Hemen hemen her zaman
 - Çoğu zaman (15 günden fazla)
 - Bazen (15 günde)
 - Birkaç kez (15 günden az)
 - Hemen hemen hiç /hiçbir zaman
11. Son dört hafta içinde, cinsel uyarılma veya cinsel ilişkide ne sıklıkla orgazm oldunuz?
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - Hemen hemen her zaman
 - Çoğu zaman (15 günden fazla)
 - Bazen (15 günde)
 - Birkaç kez (15 günden az)
 - Hemen hemen hiç /hiçbir zaman
12. Son dört hafta içinde, cinsel aktivite veya cinse ilişkiniz bitene kadar orgazma ulaşmak sizin için ne kadar zordu?
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - Çok çok zor ve imkansızdı
 - Çok zordu
 - Zordu
 - Biraz zordu
 - Hiç zorluk çekmedim
13. Son dört hafta içinde, cinsel aktivite veya cinse ilişkiniz bitene kadar orgazma ulaşmanız ne kadar tatminkardı?
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - Çok tatminkardı
 - Genellikle tatminkardı
 - Yarıları tatminkardı yarıları tatminkar değildi
 - Genellikle tatminkar değildi
 - Hiç tatminkar değildi

14. Son dört hafta içinde, cinsel aktivite veya cinse ilişkiniz sırasında siz ve eşiniz arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısı tatminkardı yarısı tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

15. Son dört hafta içinde, eşinizle cinsel ilişkiniz ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısı tatminkardı yarısı tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

16. Son dört hafta içinde, genel olarak cinsel hayatınız sizin için ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısı tatminkardı yarısı tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

17. Son dört hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize giriş sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duyduunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç /hiçbir zaman

18. Son dört hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize girişten sonra ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duyduunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç /hiçbir zaman

19. Son dört hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize giriş sırasında veya sonrasında ağrı/rahatsızlığın derecesini nasıl değerlendirirsiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

ÖZGEÇMİŞ

I-Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Hicran KONAK

Doğum yeri ve tarihi: Artvin-02.12.1987

Uyruğu: TC

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi ve telefonu: hicrankonak@gmail.com

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

2005-2009- Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu

2001-2005- Artvin Sağlık Meslek Lisesi

III-Ünvanı

Hendek Devlet Hastanesi Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi ve Diyabet Eğitim Hemşiresi

IV-Mesleki Deneyimi

2007-2011- Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği, Hemşire

2011-2013- Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Hemşire

2013-2015- Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi FTR Kliniği, Hemşire

2015-2017- Hendek Devlet Hastanesi Kalite Direktörü

2017- Hendek Devlet Hastanesi Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi ve Diyabet Eğitim Hemşiresi

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

VI- Bilimsel İlgi Alanları Yayınları

Konak H., Sert H. (2018). Pain Levels in Female Patients with Fibromyalgia and Affecting Factors. *International Journal of Caring Sciences*, 11(3);1631-1637.

Konak H., Sert H, Doğru T, Sevinen GG. ‘Fibromiyalji Sendromu Olan Hastalarda Cinsel İşlev Bozukluğu’, (15-17 Kasım 2018), 5. Ulusal 1. Uluslararası Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi, Sakarya, Sözel Bildiri.

Konak H., Sert H., ‘Fibromiyaljili Kadın Hastaların Ağrı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler’, (12-16 Ekim 2016), 18. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, Poster Bildiri 1. Ödüllü.

Konak H., Sert H., Aygin D., ‘Obezite Tedavisinde Alternatif Yöntem: Akupunktur, Çağın Hastalığı Obezite Sempozyumu’, (23 Aralık 2013), Sakarya Üniversitesi, Sakarya, Poster Bildiri.

VII- Bilimsel Etkinlikleri

VIII- Diğer Bilgiler