

ARAŞTIRMA

Sultan Sayın¹
İsmail Hamdi Kara¹
Davut Baltacı¹
Aylin Yılmaz¹

¹Düzce Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Aile Hekimliği AD,
Konuralp-Düzce

*Bu çalışma Dr. Sultan Sayın'ın
tıpta uzmanlık tezinden elde
edilmiştir.*

*Yazışma Adresi:
Uz. Dr. Sultan Sayın
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Aile Hekimliği AD, 81620,
Konuralp-Düzce
Faks: +90 380 542 13 87
Tel: +90 380 542 13 90-5129
Email: sultan_sayin@hotmail.com*

Konuralp Tıp Dergisi
e-ISSN1309-3878
konuralptipdergi@duzce.edu.tr
konuralpgeeneltip@gmail.com
www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

Tıp Fakültesinde Görev Yapan Araştırma Görevlilerinde Kronik Yorgunluk ve Depresyon Sıklığının İncelenmesi

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki araştırma görevlilerinde, kronik yorgunluk sendromu (KYS) ve depresyon sıklığı ile burada rol alan etmenlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu tanımlayıcı ve kesitsel çalışmaya, 47'si erkek, 31'i kadın 78 hekim katıldı. Yüzyüze görüşme yöntemiyle yapılan anket formu açık uçlu sorulardan oluşup, iki veya daha fazla seçmeli soruların yer aldığı yarı yapılandırılmıştı. Demografik özellikler, çalışma koşulları, alışkanlıklar ve boş zaman uğraşısı ile ilgili 14 soru içermektedir. Ankete CDC (Center for Disease Control)'nin KYS değerlendirme kriterleri ile 17 yapılandırılmış soru içeren Hamilton Depresyon (HAM-D) indeksi de eklenmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda KYS, İKY (idiyopatik kronik yorgunluk), UY (uzamış yorgunluk), YY (yorgunluk yok) gruplarındaki hekimlerde yaş ortalaması, aylık gider ve BMI açısından farklılık bulunmuyordu. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmamasına rağmen İKY ve KYS olgularının daha çok çalıştıkları, daha az sosyal yaşamlarının olduğu ve daha fazla uyudukları görüldü. İKY ve KYS olgularının anlamlı olarak diğer gruplara göre sağlık durumunun kötü olduğu saptandı. Katılımcıların %29.4'u KYS olarak kabul edildi. KYS üzerinde etkili olan risk faktörleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma saati, okul başarısı, yatılı okumak, alkol ve sigara içimi analize alındığında): alkol kullanımı, sigara kullanımı, uzun süre yatılı okumak, cinsiyet (kadın olmak) ve okul başarısının yüksek olması olarak saptandı. KYS olgularında daha yüksek HAM-D ölçek değeri saptandı.

Sonuç: Araştırma görevlilerinde KYS yüksek oranda görülmektedir. KYS ile depresyon, kadın cinsiyet, uzun süre yatılı okumak, sigara kullanımı arasında korelasyonlar saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yorgunluk, Kronik Yorgunluk Sendromu, Depresyon, Araştırma Görevlisi

Frequency Analysis of Chronic Fatigue and Depression Who Working at the Faculty of Medicine Research Assistants

ABSTRACT

Aim: Purpose of this study; to examine to the frequency of chronic fatigue syndrome (CFS) and depression of research assistants of Düzce University Medical Faculty and also to evaluate the factors involved in the development of this syndrome.

Material and methods: 78 physicians that including 47 male, 31 female, participated in this descriptive and cross-sectional survey. Questionnaire form applied by Face-to-face interview method and it consist of open-ended questions and two or multiple-choice questions. It consists of 14 questions in respect to demographic attributes, working conditions, habits and spare time activities. Also, index of the 17-item HAM-D (Hamilton rating scale for depression) and CFS evaluations criteria of CDC (Center for Disease Control) added in the survey.

Results: In our study, there were no differences in physicians of CFS (chronic fatigue syndrome), ICF (idiopathic chronic fatigue), PF (prolonged fatigue), and NF (No fatigue) groups with regards to monthly expenses, average age and BMI (body mass index). Although there was no a statistically significant difference, cases of ICF and CFS observed as more working, less social life and more slept. Also, it detected as patients of ICF and CFS were significantly worse health status than other groups. 29,4% of the participants were considered to be CFS. Risk factors that impact on the CFS (when considering age, gender, marital status, working hours, school performance, boarding school, alcohol and smoking): alcohol, smoking, boarding school for a long time, gender (being female) and overachievement on graduate education. There was detected higher HAM-D scale value for CFS patients.

Conclusion: It is a high rate of CFS in research assistants, and it was also found in association with CFS and depression, female gender, cigarette smoking and boarding for a long time to education.

Key words: Fatigue, Chronic Fatigue Syndrome, Depression, Research Assistant.

GİRİŞ

Yorgunluk genel popülasyonda sık rastlanan bir semptomdur, tipik olarak geçici ve duruma bağlı niteliktedir. Fakat bu nitelikte değilse ve başka bir tıbbi veya psikiyatrik bozukluk ile açıklanamıyorsa, kronik yorgunluk sendromunu (KYS) düşündürmelidir. KYS ağır, multisistemik, sakatlayıcı ve doğumsal olmayan kompleks bir durumdur. Erişkin popülasyonda yaygınlığı %0,02 ile %2,8 oranlarında bildirilmekle birlikte, gerçek yaygınlığın onlarca kat daha fazla olduğu düşünülmektedir (1,2).

KYS tanısı konan olguların %70'inde fibromyalji kriterleri de karşılanmaktadır. Fibromyaljili hastaların %30-70'i ise KYS tanısını karşılamaktadırlar. KYS'li hastalar da, fibromyaljili hastalarda ileri sürüldüğü gibi depresyona eğilimlidirler. Konuyla ilgili çalışmalar, KYS'lilerin üçte ikisinde majör depresif bozukluk belirtileri bulunduğunu, yarısının ise geçmişte en az bir majör depresyon epizodu geçirmiş olduğunu göstermektedir. KYS ile depresyon semptomları kısmen örtüşmesine rağmen, KYS'li hastalarda depresyon için tipik olmayan boğaz ağrısı, lenfadenopati ve aktivite sonrası halsizlik gibi semptomlar bulunur. Depresyonda görülen anhedoni, suçluluk, motivasyon azlığı gibi semptomlar yoktur (3).

KYS 6 aydan uzun süreli bitkinlik yanında başlıca merkezi sinir sistemi (MSS) disfonksiyonunu gösteren birçok nöropsikiyatrik, immünolojik ve romatolojik semptomlarla karakterizedir. Henüz özgül bir patogenetik mekanizma gösterilemediği gibi özgül bir tedavisi de yoktur. Önemli oranda sakatlayıcı ve henüz özgün bir tanı testi bulunmayan KYS, semptomu dayalı veya klinik temele dayalı olarak teşhis edilen muhtemelen heterojen bir sendromdur. İlk kez 1988'de ABD'de "Kronik Yorgunluk Sendromu (Chronic Fatigue Syndrome)" olarak isimlendirilmiştir (4). Çok sayıda tanımlama çıkması üzerine 1994'de Center for Disease Control (CDC) tarafından uluslararası katılımlı bir çalışma grubu oluşturulmuş, günümüzde halen kullanımda olan tanımlayıcı kriterler geliştirilmiştir. Daha çok stresli mesleklerde görülmektedir; bunların başında sağlık personelleri (hekim, hemşire) gelmektedir (5). KYS'li hastalar sıklıkla hastalığın başlangıcından önceki kapasitelerinden daha düşük düzeyde aktivite gösterirler. Bazı olgularda KYS yıllarca sürebilir. KYS'nin sebepleri henüz açıklanamamıştır, hastalığa uygun spesifik tanısal bir test ve belirli bir tedavi yöntemi bulunamamıştır. Daha da ötesi, çoğu hastalıkta kapasiteyi azaltan "yorgunluk" semptom olarak bulunabileceğinden, diğer bilinen nedenler ve tedavi edilebilir durumlar KYS tanısı konmadan önce ekarte edilmelidir (6-8).

Ülkemizde sağlık personeli üzerinde yapılmış KYS sıklığının incelendiği bir ön çalışmada, çalışmaya katılan ortalama yaşı 29,2±7,9 yıl olan 33 hemşireden, KYS'nin CDC kriterlerini karşılayan olgu sayısı 4 (%12.1) olup, 10 olgunun (10/33, %30.3) KYS + idiyopatik kronik yorgunluk (IKY) + uzamış yorgunluk (UY) tanısı aldığı; hemşirelerin,

stresli iş vardiyası veya diğer olası stres kaynakları nedeniyle KYS, IKY ve UY gibi sağlık problemlerine sahip olabilecekleri bildirilmiştir. Ancak, medeni durum ve öğrenim düzeyinin kronik yorgunluk üzerinde etki oluşturmadığı değerlendirilmiştir (9).

Ülkemizde sağlık personeli, özellikle tıp alanında çalışan araştırma görevlileri üzerinde yapılmış KYS ve depresyonun birlikte incelendiği yeterli düzeyde çalışma bulunmamaktadır.

Bu çalışmada, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki araştırma görevlilerinde, KYS ile depresyon sıklığını ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD tarafından düzenlenen, açık uçlu sorulardan oluşan, iki veya daha fazla seçmeli soruların yer aldığı yarı yapılandırılmış bir anket formu demografik özellikler, çalışma koşulları, alışkanlıklar ve boş zaman uğraşısı ile ilgili 14 soru içermektedir. Ankete CDC'nin (5) KYS değerlendirme kriterleri (International CFS Case Definition, 1994) ile 17 yapılandırılmış soru içeren **Hamilton Depresyon (HAM-D)** indeksi de eklenmiştir. 0-7 puan depresyon olmadığını, 8 ve üzeri depresyonu göstermektedir (10).

Ekim-Aralık 2011'de, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD'ndan bir Öğretim Üyesi gözetiminde bir asistan tarafından yüzyüze görüşme yöntemiyle yapılan anket çalışmasına, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 47'si erkek, 31'i kadın 78 hekim katıldı. Hekimlerin 41'i Dahili Bilimlerden, 37'si ise Cerrahi Bilimlerden idi.

Bu çalışma "Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İnvazif olmayan Klinik araştırmalar etik komitesinin 30.09.2010 tarihli 2010/74 nolu kararı" ile onaylanmıştır.

KYS tanı kriterleri: Genel olarak bir hastanın KYS tanısı alabilmesi için karşılaması gereken iki kriter:

A-Kronik yorgunluk (en az 6 ay veya daha uzun süren ve bilinen diğer tıbbi durumlarla açıklanamayan)

B-İlave olarak ektekilere en az 4 kriterin daha bulunması:

1. Hafıza ve konsantrasyon kaybı,
2. Boğaz ağrısı,
3. Hassas lenf nodları,
4. Ağrılı-katı kaslar,
5. Bir çok eklemde ağrı,
6. Yeni başlayan baş ağrısı,
7. Rahatlatmayan uyku,
8. Egzersiz sonrası ağrı (6,7).

Temel olarak, KYS'li hastalar yorgunluk başlangıcına göre aşağıdaki gibi sınıflandırıldı:

1. **Uzamış yorgunluk (UY):** bir ay veya daha uzun süre uzamış veya tekrarlayan yorgunluk,
2. **İdiyopatik kronik yorgunluk (IKY):** 6 ay veya daha uzun süren ancak, yorgunluk şiddeti ve kriter sayısını tam karşılamayan.
3. **Kronik yorgunluk sendromu (KYS):** başka tıbbi bir açıklaması bulunmayan ve diğer semptomlardan

en az dördünü bulunduran, 6 ay veya daha uzun süre uzamış veya tekrarlayan yorgunluk.

Kronik hastalıkları (tiroid, depresyon vb) bulunan olgular KYS olarak değerlendirilmedi. Yorgunluğu bir aydan kısa süren ve tekrarlamayan olgular yorgunluk sınıflaması dışında bırakıldı.

İstatistiksel Analizler:

SPSS 11.5 paket programı kullanılarak yapıldı, numerik değişkenlerde iki değişken için student t testi, kategorik değişkenler de Ki-Kare (Fisher's exact) Testi kullanıldı. Çoklu gruplarda One Way ANOVA (Bonferroni) testi, korelasyon analizlerinde ise Pearson korelasyon testi kullanıldı. Lojistik regresyon analizi (Odds Ratio=OR ve %95 Güven Aralığı=%95GA), yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma saati, okul başarısı, yatılı okumak, alkol ve sigara içiminin KYS üzerindeki etkisini belirlemek için kullanıldı. Veriler Ortalama±SD olarak gösterildi. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 47 erkek, 31 kadın hekimin ortalama yaşı 29.9 ± 3.9 yıl; vücut kitle indeksi (VKI) ortalaması 24.1 ± 4.1 kg/m²; HAM-D skoru ortalaması ise 7.1 ± 5.4 puandır. Tablo 1'de de görüleceği gibi erkek ve kadın olgular karşılaştırıldığında, erkeklerin VKI, sigara kullanma süresi ve ortalama çalışma süreleri daha uzundu (sırasıyla, $p < 0.0001$, $p = 0.037$ ve $p = 0.019$), ancak HAM-D puan ortalamaları kadın hekimlerde daha yüksekti ($p = 0.008$).

Tablo 1. Olguların cinsiyete göre demografik bulgularının değerlendirilmesi.

	Erkek (n=47)	Kadın (n=31)	Toplam (n=78)	p
Yaş	30.2±4.2	29.3±3.4	29.9±3.9	=0.287
VKI kg/m ²	25.5±3.9	22.1±3.7	24.1±4.1	<0.0001
Sigara /yıl	7.1±4.6	2.5±0.7	6.1±4.5	=0.037
HAM-D	6.2±4.9	8.5±5.8	7.1±5.4	=0.008
Çalışma sa/g	10.3±1.9	9.5±1.1	10.0±1.7	=0.019
Uyku sa/g	6.6±1.2	6.8±0.8	6.7±1.1	=0.352
Yatılı okul/yıl	3.8±2.5	5.5±4.9	4.1±2.9	=0.709
Aylık Gider	2722±920	2704±1315	2715±1079	=0.943

VKI, vücut kitle indeksi, HAM-D, Hamilton depresyon indeksi.

Katılımcıların 37'si (%47.4) cerrahi birimlerden 41'i (%52.6) ise dahili birimlerden idi. Branşlar arasında cinsiyet açısından fark görülmedi ($p = 0.289$). Erkeklerin evlilik oranları (%57.4) kadınlara (%35.4) oranla yüksek bulundu (27 erkek 11 kadın $p = 0.047$). İnternlerin okul başarı oranı çoğunlukla iyi olup, her iki cinsiyet arasında fark bulunmadı ($p = 0.230$), Erkeklerin (%34'ü) kadınlara (12.9'u) oranla daha fazlasının yatılı okulda okuduğu saptandı (16 erkek, 4 kadın, $p = 0.031$).

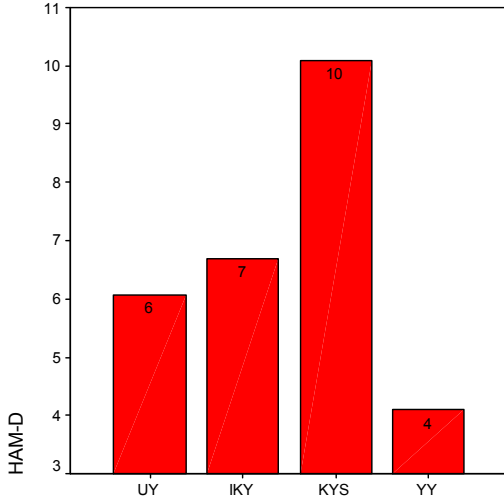
Katılımcıların çoğunun sağlık durumunun iyi olduğu ve cinsiyet açısından fark görülmediği saptandı ($p = 0.254$). Kaldıkları yer (ailesi, diğer) açısından cinsiyete göre fark görülmedi ($p = 0.346$). Katılımcıların yarıdan fazlasının ek uğraşlarının olmadığı (erkeklerin %65.9'u, kadınların %51.7'si) saptanmasına rağmen ek uğraşısı olanlarda cinsiyet açısından anlamlı bir fark gözlemlendi (kadınların

%32,2'si ev işi, erkeklerin %19.3'ü diğer uğraşlar) ($p = 0.001$). Katılımcıların az bir kısmının (%26.9) sosyal yaşantısının yeterli olduğu (erkeklerin %31.9'u, kadınların %19.3'ü) ve cinsiyet açısından fark olmadığı saptandı ($p = 0.459$). Katılımcıların çoğunun (%94.8) arkadaşlık ilişkilerinin iyi olduğu ve cinsiyet açısından fark görülmediği saptandı (erkeklerin %95.7'si, kadınların %93.5'i), ($p = 0.523$). Kadınla erkek arasında sigara kullanımı ($p = 0.154$), alkol alışkanlığı ($p = 0.665$), antidepresan kullanımı ($p = 0.155$), düzenli egzersiz yapma ($p = 0.150$) ve diyet tipi ($p = 0.672$) açısından önemli bir fark saptanmadı. Fakat erkeklerin sigara kullanım yılı uzun olmasına rağmen, şu anda kullanan kişi sayısı açısından anlamlı bir fark saptanmadı ($p = 0.154$).

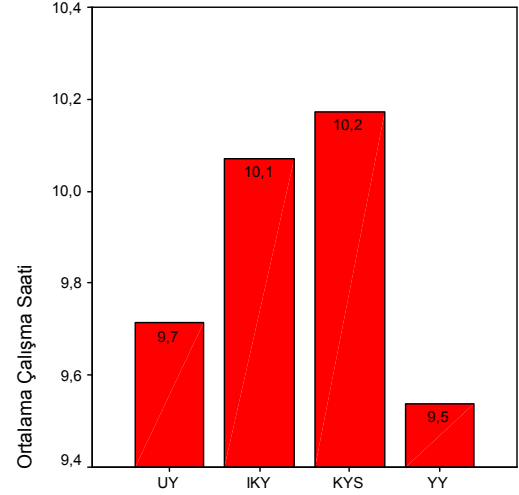
İncelenen KYS semptomlarına göre 78 katılımcının 65'inde (%83.3) yorgunluk bulunmakla beraber kadınlarda (30; %96.8) erkeklerde (35; %74.4) oranla daha fazla olduğu saptandı ($p = 0.014$). Katılımcıların 31'inde hafıza ve konsantrasyon kaybı ($p = 0.288$), 15'inde yeni başlayan baş ağrısı ($p = 0.069$), 18'inde egzersiz sonrası baş ağrısı ($p = 0.229$), 37'sinde rahatlamayan uyku ($p = 0.203$), 5'inde bulantı ($p = 0.078$), 7'sinde boğaz ağrısı ($p = 0.420$), 29'unda ağrılı katılmış kaslar ($p = 0.319$), 18'inde bir çok eklemde ağrı ($p = 0.229$) bulunmakla birlikte bu semptomlarda cinsiyet açısından fark görülmedi.

HAM-D ölçeğine cevap veren 70 katılımcının %61.4'ünde (29 erkek, 14 kadın) depresyon yok, %31.4'ünde (11 erkek, 11 kadın) hafif düzeyde %7.2'sinde (2 erkek, 3 kadın) orta düzeyde depresyon saptandı, cinsiyet açısından fark görülmedi. CDC'nin KYS kriterlerini karşılayan olgu sayısı 23'tür (23/78, %29.5), KY bulunan ancak diğer kriterleri karşılamayan (idiyopatik kronik yorgunluk=İKY) olgu sayısı ise 28'dir (28/78, %35.9). 14 olgu (14/78, %17.9) ise uzamış yorgunluk (UY) olarak değerlendirilmiştir. CDC'nin yorgunluk sınıflaması kriterlerini karşılamayan yorgunluk saptanmayan grupta (YY) ise 13 (%16.7) olgu yer almıştır. KYS grubundaki olguların çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır (10 erkek, 13 kadın). Erkeklerin %40.1'i İKY, kadınların %41.9'u KYS grubundadır, istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0.013$). Gruplar arasında medeni durum açısından fark görülmedi ($p = 0.370$).

Gruplar arasında okul başarısı yönünden anlamlı fark çıkmamasına rağmen ($p = 0.271$), okul başarı oranı en yüksek grup KYS grubu olup, verilen cevaplar %52.1 oranında çok iyi, %34.9 oranında iyidir. 6 saatten az uyuyanlar 9 kişi olup; 3' ü YY grubundan, 8 saatten fazla uyuyanlar 2 kişi olup birisi KYS ve birisi de İKY grubuna ait olmasına rağmen uyku saatleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p = 0.606$). KYS ile İKY'lerin daha uzun süre sigara içtikleri (İKY=7.5±4.4 yıl, KYS=6.0±5.6 yıl), daha uzun süre yatılı okulda kaldıkları (İKY=7.0±1.7 yıl, KYS=5.0±2.7 yıl) ve daha yüksek HAM-D değerine sahip olduğu (İKY=6.7±4.5, KYS=10.1±4.9) saptanmıştır ($p = 0.025$, $p = 0.042$ ve $p = 0.014$) (Şekil 1).



Şekil 1. KYS'li olgularla diğer olguların ortalama HAM-D skorları



Şekil 2. KYS'li olgularla diğer olguların ortalama çalışma süresi

KYS ve İKY grubunda sağlık durumu çok iyi olan kişi bulunmamaktadır, ayrıca sağlık durumuna idare eder cevabı verenlerin %9'u UY, %9'u YY, %36'sı İKY, %46'sı KKY grubundandır. KYS ve İKY grubunun sağlık durumunun daha kötü olduğu saptandı ($p=0.020$). Sosyal yaşamı olmayanların %20'si UY, %30'u İKY, %40'i KYS %10'u YY grubundan olup anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.265$). Alkol alışkanlığı olan 5 kişi mevcut bunların 3'ü KYS, 2'si İKY grubundandır. Sigara alışkanlığı olan 10 kişi mevcut olup bunların 3'ü KYS, 4'ü İKY grubunda iken, antidepresan kullanan 2 kişi mevcut olup bunların 1'i UY, 1'i KYS grubundandır ($p=0.467$).

Çalışma ve uyku saatlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmamasına rağmen ($p=0.666$, $p=0.632$); İKY ve KYS olgularının diğer olgulara göre daha çok çalıştıkları ve daha fazla uyudukları görüldü (çalışma saatleri İKY=10.1±2.0 saat, KYS=10.2±1.7 saat; uyku saatleri İKY=6.8±1.2 saat, KYS=6.6±1.0 saat) (Şekil 2).

Bütün grupların yaş ortalamaları birbirine yakındı ($p=0.205$). VKI açısından ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.347$). Fakat yorgunluk olmayanların (25.3±2.3 kg/m²) daha kilolu olduğu, sonrasında KYS'li olguların (24.9±5.7 kg/m²) geldiği görülmüştür (Tablo 2).

KYS ile semptomlar arasında korelasyon analizi yapıldığında, özellikle ağırlı-katılmış kaslar ($r=0.724$; $p<0.0001$), eklem ağrısı ($r=0.714$; $p<0.0001$), rahatlatmayan uyku ($r=0.568$; $p<0.0001$) ve bulantı ($r=0.290$; $p=0.01$) ile pozitif korelasyonlar saptandı.

KYS üzerinde etkili olan risk faktörleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma saati, okul başarısı, yatılı okumak, alkol ve sigara içimi analize alındığında): alkol kullanımı, (OR: 11.2; %95 GA: 1.097-114.585, $p=0.042$), cinsiyet (kadın olmak), (OR: 6.9; %95 GA: 1.612-30.000, $p=0.009$) ve okul başarısının yüksek olması (OR: 4.3; %95 GA: 1.140-16.059, $p=0.031$) olarak saptandı.

Tablo 2. KYS'li olgularla diğer olguların demografik parametrelerinin karşılaştırılması.

	UY (n=14)	İKY (n=28)	KYS (n=23)	YY (n=13)	p
Yaş	28.7±2.9	30.5±4.8	30.5±3.4	29.9±3.9	=0.205
VKI kg/m ²	22.8±3.1	23.8±3.6	24.9±5.7	25.3±2.3	=0.347
Sigara /yıl	3.0±4.5	7.5±4.4	6.0±5.6	5.0±7.1	=0.025
HAM-D	6.1±6.9	6.7±4.5	10.1±4.9	4.1±4.1	=0.014
Çalışma saati/gün	9.7±1.4	10.1±2.0	10.2±1.7	9.5±1.0	=0.666
Uyku saati/gün	6.9±0.9	6.8±1.2	6.6±1.0	6.4±1.3	=0.632
Yatılı okul/yıl	2.0±2.8	7.0±1.7	5.0±2.7	1.8±1.5	=0.042
Aylık Gider	2708±1236	2761±1272	2666±615	2715±1079	=0.994

VKI: vücut kitle indeksi, HAM-D: Hamilton depresyon indeksi; UY: uzamış yorgunluk; İKY: idiyopatik kronik yorgunluk; KYS: kronik yorgunluk sendromu; YY: yorgunluk yok.

TARTIŞMA

Yorgunluk genel toplumda yaygın olarak görünse de yorgunluk semptomları gösteren çoğu hasta KYS kriterlerini taşımamaktadır. 1992’de Price ve arkadaşları (11). Kendi örneklem gruplarında “iki hafta veya daha uzun süre boyunca sürekli olarak yorgunluk hissettiğiniz bir dönem oldu mu?” sorusuna %23.7 oranında olumlu yanıt almışlardır. Bununla birlikte yanıt verenlerin %13.3’ü kendi günlük aktivitelerinde belirgin bir azalma yaşadıklarını vurgulamışlardır ve sadece %4.4’ü hem yorgunluk, hem de günlük aktivitelerinde düşüşü tanımlamışlardır. Ayrıca, klinik olarak tanımlanmış, sıklıkla tedavi edilebilen birçok hastalık da KYS benzeri semptomlara neden olabilir. Bunlar; hipotiroidizm, uyku-apne ve narkolepsi, major depresif hastalıklar, kronik mononükleozis, bipolar affektif hastalıklar, şizofreni, yeme bozuklukları, kanser, oto-immün hastalıklar, subakut enfeksiyon, obezite, alkol ve/ya madde bağımlılığı vb.

Bizim çalışmamızda toplam 65 olgu (65/78, %83.3)’da yorgunluk bulunmaktadır. Bunlardan yalnız yirmi üç olgu (23/78, %29.4) KYS’nin tüm kriterlerini karşılamakta olup, kronik hastalığı olanlar bu gruba dahil edilmemiştir. KY bulunan (idiyopatik kronik yorgunluk=IKY) ancak diğer kriterleri karşılamayan olgu sayısı ise yirmi sekizdir (28/78, %35.8). On dört olgu (14/78, %17.9) ise uzamış yorgunluk (UY) olarak değerlendirilmiştir.

Sağlık çalışanlarında, KYS prevalansı üzerindeki ilk çalışmalar genelde hemşirelerde yapılmıştır. Jason ve ark. (12,13)’nin DePaul Üniversitesinde (Chicago, ABD) iki ayrı çalışmada, hemşire grubunda KYS prevalansı değerlendirilmiştir. Bunlardan birincisi olan 1993 yılında yapılan çalışmada; hemşirelerde KYS-ilişkili semptomların prevalansı, demografik özellikler değerlendirilmiştir. Bu semptom kompleksini tanımlamak için hem dar, hem de daha geniş kriterler kullanıldığında hemşirelerde bu hastalık için daha önceki epidemiyolojik çalışmalarda bulunandan daha yüksek oranlarda KYS-ilişkili semptom bulunmuştur (1). Posta anketleriyle 1998 yılında yapılan ikinci çalışmada, Amerika’da iki hemşire grubu değerlendirilmiştir. Veriler, semptomlar ve demografik özelliklere göre toplanmıştır. KYS-benzeri semptomları olan hemşireler planlı medikal klinik görüşmeler ve medikal kayıtları tekrar gözden geçirilerek daha detaylı olarak değerlendirilmişlerdir. KYS prevalansı her 100.000 kişide 1,088 olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin, olasılıkla iş yaşamında virüslere maruz kalmak gibi mesleki stresörler, biyolojik ritmi etkileyen stresli iş nöbetleri veya kazalar gibi iş yaşamındaki diğer olası stresörler nedeniyle KYS için yüksek riskli grup olabileceğini göstermektedir (2). DePaul Üniversitesinde Wagner-Raphael Jason ve arkadaşları, yorgunluk şiddeti arttığında yaşam kalitesinin düşmekte olduğunu bildirmişlerdir. Yorgunluğu olup da KYS kriterlerini karşılamayan

hemşirelerin, KYS’li hemşirelerden daha fazla yaşam kalitesine sahip oldukları bildirilmiştir (13).

Çalışmamızda KYS, IKY, UY, YY’li hekimlerde yaş ortalaması, aylık gider ve VKI açısından farklılık bulunmuyordu. Tablo 2’de görüldüğü gibi bütün grupların yaş ortalamaları birbirine yakındı (p=0.205). Fakat yorgunluk olmayanların (25.3±2.3 kg/m²) daha kilolu olduğu, onları KYS’li olguların (24.9±5.7 kg/m²) takip ettiği görülmüştür.

Sağlık hizmetlerinde gece çalışması, vardiya, çağırılma, nöbet, vb. uygulamalar sağlık personelinde psiko-sosyal sorunların meydana gelmesini kolaylaştırabilmektedir. Normal çalışma süresi dışında kalan gece çalışması, vardiya, çağırılma, nöbet, vb. uygulamalar “fazla çalışma” olarak nitelendirilmektedir. Bazı ülkelerde fazla çalışma dinlenme, bazı ülkelerde ise ücretlendirme hakkı ile karşılanmaktadır. Ancak belli süreyi aşan çalışma saatleri de sınırlandırılmaktadır. Örneğin, Fransa’da yataklı tedavi kurumlarında ayda en fazla 20, Avusturya’da haftada en fazla 5 saat, yılda ise 60 saat fazla çalışma yaptırılmaktadır. Benzer olarak Avusturya’da bir sağlık personelinin günlük çalışma saatinin üst sınırı 10 olarak belirlenmiştir (12-14). Sağlık, tanımı itibarıyla “sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil; fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halinde olmak” anlamına gelmektedir. Hasta olduğunu ifade eden hekimlerin kendilerini Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmış olan sağlığın bu bütüncül tanımı kapsamında tam bir iyilik halinde hissetmemiş olmaları olasıdır (14).

Ülkemizde 183 hemşire ve 18 sağlık personeli üzerinde yapılan 201 olgulu bir çalışmada ise, olguların yarısından fazlasında (n=116, %57.7) yorgunluk bulunduğu, 37 olgunun (%17.9) CDC’nin KYS kriterlerinin tümünü karşıladığı belirlenmiştir. 35 yaş altında KYS’nin daha sık görüldüğü, yüksek gelir (>\$ 400/ay) (OR: 9.60, %95GA: 1.98-46.54; p=0.005) ve aşırı çalışmanın (>8 saat/gün) (OR: 7.66, %95GA: 1.44-40.92; p=0.017) KYS üzerinde belirgin bir etkisi olduğu saptanmıştır (15).

Bizim çalışmamızda hekimlerin ortalama çalışma saatleri (10.0±1.7) ve uyku saatlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmamasına rağmen İKY ve KYS olgularının daha çok çalıştıkları ve daha fazla uyudukları görüldü (p=0.666 ve p=0.632, sırasıyla). Bizim çalışmamızda, KYS ve İKY grubunun sağlık durumunun daha kötü olduğu saptandı (p=0.020). Gruplar arasında okul başarısı yönünden anlamlı fark çıkmamasına rağmen (p=0.271), okul başarı oranı en yüksek grup KYS grubu olup, verilen cevaplar %52.1 oranında çok iyi, %34.9 oranında iyidir. Bu durum bize; hekimlerin başarı için daha fazla emek harcadıkları, iş ortamında yoğun ve uzun süre çalıştıkları için aşırı yoruldukları, bu yorgunluk sonrası verimli uyuyamadıklarını ve sağlık durumlarının bu yoğun tempo sonrası daha fazla bozulduğunu düşündürür. Yine, kadınlarda daha çok KYS görülmektedir (p=0.013).

Türkiye’de de dünyanın pek çok ülkesinde olduğu gibi sigara içme sıklığı oldukça yüksektir. Çeşitli meslek grupları arasında, Bilir ve arkadaşları tarafından yapılmış olan araştırma sonuçlarına göre; doktorların %43.9’u, öğretmenlerin %50.8’i sigara içmektedirler (16). Hekimlerin sigara içme sıklığı ülkelere göre farklılık gösterebilmektedir. Örneğin Parna ve arkadaşları tarafından Estonya’da 2668 hekim arasında yapılan kesitsel bir çalışmada kadın hekimlerin %24.9’u; erkek hekimlerin ise %10.8’inin sigara içtiği belirlenmiştir (17).

Bizim çalışmamızda, hekimlerin %12.8’i (10 kişi) sigara içmekte olup, bu 10 hekimin 7’si İKY ve KYS grubundandır. Yine KYS’li ve İKY’li olguların daha uzun süre sigara içtikleri saptandı ($p=0.025$).

Alkol tüketimi ve etkileyen faktörlere ilişkin farklı pek çok çalışma vardır. Örneğin, Finlandiya’da Juntunen tarafından 3496 hekim arasında yapılan bir çalışmada alkol tüketiminin iş koşulları ve strese bağlı olarak arttığı saptanmıştır (18). Kenna ve Wood tarafından 479 sağlık çalışanı arasında yapılmış olan bir başka çalışmaya göre de sağlık personelinin alkol tüketiminin yaşla arttığı; bunun yanı sıra cinsiyet ve gelir düzeyinden etkilenmediği bulunmuştur (19).

Bizim çalışmamızda alkol alışkanlığı olan 5 kişi mevcut olup, bunların 3’ü KYS, 2’si İKY grubundandır ($p=0.313$). YY grubunda ($n=23$) 6 kişi sosyal yaşantısını “yeterli” olarak tanımlarken, 5 kişi “az”, 2 kişi ise “yok” olarak tanımlamıştır. KYS grubunda ($n=23$) 2 kişi sosyal yaşantısını “yeterli” olarak tanımlarken, 13 kişi “az”, 8 kişi ise “yok” olarak tanımlamıştır. Bu sonuçlar genel olarak yorgunluk bulunan KYS grubundaki hekimlerde sosyal hayatın yetersizliğini göstermektedir. Bunun da bir stres kaynağı olabileceği düşünülmektedir.

Depresyon özellikle endüstrileşmiş batı ülkeleri başta olmak üzere bütün dünyada hızla artmakta ve büyük bir sağlık sorunu haline gelmektedir. Depresyona bağlı işgücü kayıpları, verimlilikteki düşüşler büyük bir ekonomik kayba sebep olmaktadır. Tedavi edilmemiş depresyonun bir diğer önemli komplikasyonu da intiharlardır. Kliniklerde teşhis edilen depresyonlu hasta sayısı, mevcut hastaların ancak çok az bir kısmını oluşturmaktadır. Depresyonlu hastaların gerçek sayısını tespit etmek için epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç vardır. Türkiye’de bu konu ile ilgili yapılmış araştırmaları gözden geçiren Küey ve Güleç’in (20) tespit ettiği sonuçlara göre: a) Toplum içinde klinik düzeyde depresyon prevalansı %10 dolayındadır; b) Depresyonun somatik belirtileri yaklaşık %20, suçluluk duyguları gibi ruhsal belirtileri ise daha düşük (yaklaşık %10) nokta prevalans hızlarına sahiptir. Katon (21) ile Bombardier ve Buchwald (22), KYS hastalarının 2/3’ünün yaşamlarının bir döneminde depresyon yaşadığını bildirmişlerdir. KYS oluşumunda depresyonun primer suçlu olduğunu öne sürenler olduğu gibi KYS’nin, depresyonun atipik varyantı olduğunu iddia edenler de vardır (23).

Bizim çalışmamızda KYS grubunda ($n=23$) antidepresan kullanımı bir kişide, UY bulunan grupta ($n=14$) bir kişide mevcut iken diğer gruplarda antidepresan kullanımı bulunmamaktadır ($p=0.467$). KYS grubunun daha yüksek HAM-D ölçek puanına sahip olduğu, depresyon görülme sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır ($p=0.014$).

Tükenmişlik sendromu (TS) da psikosomatik şikâyetleri arttırmakta, mood ve davranışta da değişikliklere yol açmaktadır. TS mesleki performansını, tatmini, davranış, yaşam kalitesini ve psikolojik iyi olma halini belirgin olarak etkilemektedir. Ayrıca TS’nun Kronik yorgunluk sendromuyla da çakıştığı gözlenmektedir (24).

Hollanda’da Aile Hekimleri/Genel Pratisyen (AH/GP)’ler tarafından tanımlanan KYS ve primer fibromyalji sendromu (PFS) prevalansını belirlemek için yapılan bir anket çalışmasında; anketlerin %60’ı AH/GP’ler tarafından yanıtlanmış, bunların %63’ünde bir veya daha fazla KYS bulgusu ve %83’ünde bir veya daha fazla PFS bulgusu bulunduğu bildirilmiştir. Sonuç olarak AH/GP’ler tarafından tanımlanmış hastalarda KYS’nin hesaplanan prevalansı en düşük olarak 100.000’de 112’dir (25).

KYS, multiple kimyasal duyarlılığı (MKD) veya fibromyaljili olan bireylerin; fiziksel, mesleki ve sosyal fonksiyonlarda belirgin disabileden muzdarip oldukları ve bu tanılardan birden daha fazlasını alanların, fiziksel ve mental yorgunluklarının daha şiddetli olduğu bildirilmiştir. KYS’li 32 kişinin %40’ının MKD kriterlerini, %15.6’sının ise fibromyalji kriterlerini karşıladığı, MKD’li olan veya birden fazla hastalık tanısı alan kişilerde, tanı almayanlara göre daha fazla fiziksel yorgunluk saptandığı bildirilmiştir. Birden fazla tanı alan kişilerde, tanı almayanlara göre daha fazla mental yorgunluk ve daha az çalışma isteği olduğu bildirilmiştir (26).

Bizim çalışmamızda da, hekimlerde diğer KYS kriterleri incelendiğinde beklendiği gibi KYS grubunda: hafıza ve konsantrasyon kaybı ($p=0.032$), ağrılı katı kaslar ($p=0.023$), bir çok eklemde ağrı ($p=0.032$), yeni başlamış baş ağrısı ($p=0.006$) ve rahatlatmayan uyku ($p=0.006$) daha sık görülmekteydi. Ancak, boğaz ağrısı, hassas lenf nodları ve ekzersiz sonrası ağrı görülme sıklıkları arasında belirgin fark bulunmamaktaydı. Olguların KYS dışı diğer semptom ve bulguları değerlendirildiğinde, KYS grubunda yalnızca yaygın vücut ağrısı ($p=0.024$) ve adet düzensizliği ($p=0.022$) daha sık bulunuyordu.

Sonuç olarak KYS’nin; kadın cinsiyette, okul hayatında başarılı olanlarda, alkol kullananlarda, uzun süre yatılı okuyanlarda, çalışma saatleri uzun olanlarda daha fazla görüldüğü ve sonucunda da sağlık durumlarının daha kötü olduğu, sosyal yaşantılarının az olduğu ve depresyona daha yatkın oldukları görüldü.

KAYNAKLAR

1. Jason LA, Taylor SL, Johnson S et al. Prevalence of chronic fatigue syndrome-related symptoms among nurses. *Eval health Prof.* 1993;16(4):385-99.
2. Jason LA, Wagner L, Rosenthal S et al. Estimating the prevalence of chronic fatigue syndrome among nurses. *Am J Med* 1998;105(3A):91S-93S.
3. Gür A. Kronik Yorgunluk Sendromu. Kara İH, Bozdemir N. Editörler, Birinci Basamak Hekiminin Tanı ve Tedavi Kitabı. Adana: Nobel Kitabevi, 2010.
4. Holmes GP, Kaplan JE, Gantz NM, et al. Chronic fatigue syndrome: a working case definition. *Ann Intern Med* 1988;108(3):387-9.
5. Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Ann Intern Med* 1994;121(12):953-9.
6. Klonoff DC. Chronic fatigue syndrome. *Clin Infect Dis* 1992;15(5):812-23.
7. Sharpe MC, Archard LC, Banatvala JE, et al. A report--chronic fatigue syndrome: guidelines for research. *J R Soc Med* 1991;84(2):118-21.
8. Wilson A, Hickie I, Lloyd A, Wakefield D. The treatment of chronic fatigue syndrome: science and speculation. *Am J Med* 1994; 96(6):544-50.
9. Kara İH, Özdemir Ö, Geter Y, Eğilmez S. Diyarbakır'da birinci ve ikinci basamakta görevli hemşirelerde kronik yorgunluk sendromu sıklığının değerlendirilmesi 2005;20(4):214-8.
10. Akdemir A, Türkçapar MG, Örsel SD, Demirergi N, Dağ İ, Özbay MH. Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. *Comprehensive Psychiatry*, 2001;42(2):161-5.
11. Price RK, North CS, Wessely S, Fraser VJ. Estimating the prevalence of chronic fatigue syndrome and associated symptoms in the community. *Public Health Rep.* 1992;107(5):514-22.
12. Wagner LI, Jason LA. Outcomes of occupational stressors on nurses: chronic fatigue syndrome-related symptoms. *Nursing connections* 1997;10(3):41-9.
13. Wagner-Raphael LI, Jason LA, Ferrari JR. Chronic fatigue syndrome, chronic fatigue, and psychiatric disorders: predictors of functional status in a national nursing sample. *J Occup Health Psychol.* 1999;4(1):63-71.
14. Özdemir M. Sağlık Çalışanların Sorunları. *Toplum ve Hekim* 1999;16(6):402-12.
15. Kara İH, Demir D, Erdem O et al. Chronic Fatigue Syndrome among nurses and healthcare workers in a research hospital in Turkey. *Social Behavior And Personality* 2008;36(5):585-90.
16. Bilir N, Doğan BG, Yıldız AN. Smoking Behavior and Attitudes-Ankara, Turkey. Ankara: Hacettepe Public Health Foundation and International Development Research Center, 1997.
17. Parna K, Rahu K, Rahu M. Smoking habits and attitudes towards smoking among Estonian physicians. *Public Health* 2005;119(5):390-9.
18. Juntunen J, Asp S, Olkinuora M et al. Doctors' drinking habits and consumption of alcohol. *BMJ* 1988;297(6654):951-4.
19. Kenna GA, Wood MD. Alcohol use by healthcare professionals. *Drug and Alcohol Dependence* 2004;75(1):107-16.
20. Küey L, Güleç C. Depresyonun Epidemiyolojisi. Depresyon Monografileri Serisi. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1993.
21. Katon WJ, Buchwald DS, Simon GE et al. Psychiatric illness in patients with chronic fatigue syndrome and those with rheumatoid arthritis. *Journal of General Internal Medicine.* 1991; 6(4): 277-85.
22. Bombardier CH, Buchwald D. Outcome and prognosis in patients with chronic fatigue and chronic fatigue syndrome. *Arch Int Med* 1995;155(19):2105-10.
23. Abbey SE, Garfinkel PE. Chronic fatigue syndrome and depression: cause, effect, or covariate. *Reviews of Infectious Diseases.* 1991;13(suppl. 1);S73-83.
24. Yaman H, Ungan M. Tükenmişlik: Aile Hekimliği Asistan Hekimleri Üzerinde Bir İnceleme. *Türk Psikoloji Dergisi* 2002; 17(49):37-44.
25. Bazelmans E, Vercoolen JH, Swanink CM et al. Chronic fatigue syndrome and primary fibromyalgia syndrome as recognized by GPs. *Fam Pract.* 1999;16(6):602-4.
26. Jason LA, Taylor RR, Kennedy CL. Chronic fatigue syndrome, fibromyalgia and multiple chemical sensitivities in a community-based sample of persons with chronic fatigue-like symptoms. *Psychosom Med* 2000;62(5):655-63.