

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia Instituut

Anastassia Murašina

Fibromüalgiaga patsientide elukvaliteet ja enesetõhusus ning selle diagnoosiga patsientide
kalduvus depressioonile ja ärevusele

Uurimistöö

Juhendajad: Kaia Kastepõld-Tõrs (MSc), Boris Gabovitsš (MD, EDPM)

Tartu 2019

Fibromüalgiaga patsientide elukvaliteet ja enesetõhusus ning selle diagnoosiga patsientide kalduvus depressioonile ja ärevusele

LÜHIKOKKUVÕTE

Antud töös uuriti fibromüalgia põdevate patsientide kalduvust depressioonile ja ärevusele ning lisaks elukvaliteedi ja enesetõhususe taset. Uurimuses osales kokku 50 inimest: 25 fibromüalgia diagnoosiga patsienti ja 25 tervet inimest, kes moodustasid kontrollrühma. Uurimuse raames paluti osalejatel täita 6 erinevat küsimustikku. Töös ei leitud kinnitust hüpoteesile, mis eeldas, et fibromüalgia patsientidel on madalam enesetõhususe tase, ning nemad on rohkem altid põdema depressiooni. Kinnitust sai see, et fibromüalgia põdevatel patsientidel on suurem soodumus põdeda üldistunud ärevushäiret kui tervetel inimestel. Teine hüpotees, mis eeldas, et fibromüalgia patsientidel on oluliselt madalam elukvaliteet füüsilise ja vaimse tervise valdkonnas ning madalam rahulolu sotsiaalsete suhetega ja ümbritseva keskkonnaga kui tervetel inimestel, sai kinnitust osaliselt. Fibromüalgia patsientidel olid oluliselt madalamad vaimse ja füüsilise tervise näitajad. Rahulolu sotsiaalsete suhetega ja ümbritseva keskkonnaga ei erinenud patsientide ja kontrollrühma vahel statistiliselt oluliselt. Üldine elukvaliteet, mis hõlmab eelnimetatud 4 valdkonda, oli patsientidel oluliselt madalam kui kontrollrühmal. Demograafiliste andmete ankeedis oleva küsimuse abil uuriti fibromüalgia haigetel ja kontrollrühmas olevatel inimestel, milliseid traumaatilisi sündmusi on nad läbi elanud. Töös arutletakse saadud tulemuste võimalike põhjuste ja tulevikuperspektiivide üle.

Märksõnad: fibromüalgia, elukvaliteet, enesetõhusus, depressioon, ärevus

Quality of life, self-efficacy, propensity for depression and anxiety of patients with fibromyalgia diagnosis

ABSTRACT

In this research, the tendency of patients with fibromyalgia to depression and generalized anxiety disorder was studied, and also the quality of life and self-efficacy. A total of 50 people participated in the study: 25 patients with diagnosis of fibromyalgia and 25 healthy people who formed the control group. Within the framework of the study, participants were asked to complete 6 different questionnaires. The results did not confirm the hypothesis that patients with fibromyalgia have lower levels of self-efficacy and are more prone to suffer from depression. It has been confirmed that patients with fibromyalgia have a greater tendency to suffer from generalized anxiety disorder than healthy people. The second hypothesis, which assumed that patients with fibromyalgia have significantly lower quality of life in physical and mental health and lower satisfaction with social relationships and the surrounding environment than healthy people, was partially confirmed. Patients with fibromyalgia had significantly lower mental and physical health indicators. Satisfaction with social relationships and the surrounding environment did not differ significantly between patients and control groups. The overall quality of life, which includes the four areas mentioned above, was significantly lower in patients than in the control group. The one question in the Demographics Questionnaire was used to study the traumatic events patients with fibromyalgia and the control group have experienced. The work discusses the possible causes of the results obtained and future perspectives.

Keywords: fibromyalgia, quality of life, self-efficacy, depression, anxiety

SISSEJUHATUS

Fibromüalgia (FM) määratletakse kui kroonilist laialt levinud valu (mida tuvastatakse kõigis neljas kehasektoris ning mis kestab vähemalt kolme kuu jooksul ja on aksiaalne (*axial pain*) ehk terav või tuhm, pidev või tekib taas ja kaob) ja "tundlikkust" vähemalt 11-s 18-st määratletud konkreetsest punktist kehal – tundlikkuse punktides (Wolfe jt., 2010). Fibromüalgia on sageli seotud väsimuse, unehäire, teiste funktsionaalsete somaatiliste sümptomite, vaimsete ja füüsiliste häirete ning samuti töövõimetus ja langenud elukvaliteediga ning igapäevategevuste häiringuga (Wolfe jt., 2010; Bjørklund jt., 2018). Fibromüalgia on sagedasti esinev sündroom. Kirjanduse andmetel on fibromüalgia levimus üldpopulatsioonis 0,2 ja 6,6% vahel, naistel vahemikus 2,4 kuni 6,8%, linnapiirkondades 0,7 kuni 11,4% ning maapiirkondades 0,1–5,2% (Marques jt., 2017) sõltumata rassist ja kontinendist (Wolfe jt., 1990). Naiste seas on levimuse määr kõrgem, kui meestel (Fink & Lewis, 2017).

FMi patogenees on kompleksne ning selle põhjused pole lõplikult teada. Tänapäevaste kontseptsioonide alusel peetakse haigust peamiselt kesknärvisüsteemi funktsiooni häireks, mille tulemusena on häiritud valuaistingute interpretatsioon ehk tõlgendus ning võimendub valu transmissioon ehk ülekanne. Fibromüalgia põhjusteks arvatakse ka lihaste metabolismi ja autonoomse närvisüsteemi häiret (Linnamäe jt., 2007). Bjørklund jt., (2018) on oma ülevaate artiklis väitnud, et fibromüalgia ja sellega kaasnevad lihasvalud võivad olla seotud vitamiinipuudusega (B12, foolhape) ja ferritiini madala tasemega. Patoloogilist protsessi vallandavateks teguriteks peetakse nii geneetiliste kui ka muude tegurite (näiteks trauma või infektsioon) koosmõju. Geneetiliste tegurite olulisust kinnitab fakt, et FMi põdevate isikute esimese astme sugulastel on kuni kaheksa korda suurem risk haigestuda kui inimestel, kelle lähisugulastel fibromüalgia diagnoositud ei ole (Buskila & Sarzi-Puttini, 2006). Välistest teguritest on FMi patogeneesis olulised traumad (eriti juhtudel, kui see on kahjustanud keha aksiaalseid lihaseid), infektsioonid (nt Epstein-Barr viirushaigus, C-hepatiit, *Lyme'i* tõbi) ja pidev emotsionaalne stress. Kõik eelnimetatud tegurid võivad olla haigust vallandavateks (Dadabhoy & Claw 2006). Kuigi fibromüalgia põhjused on endiselt täpselt teadmata, on tänapäeval kõige enam aktsepteeritud hüpoteesiks kesknärvisüsteemi ülitundlikkus, mis eeldab, et valu kõrge taseme põhjus on sensorsete sisendite võimendamine kesknärvisüsteemi poolt (Fleming & Volcheck, 2015).

FIBROMÜALGIAGA PATSIENTIDE ELUKVALITEET JA ENESETÕHUSUS

Pealegi on FM sageli seotud ka psühhiaatriliste sümptomitega nagu depressioon, ärevus ning unehäired (Berger jt., 2007). Giorgio Consoli kolleegidega leidsid aastal 2012, et fibromüalgia diagnoosiga patsientidel esineb suurel määral psüühikahäireid, eriti meeleoluhäireid, ning see kahjustab nende tervisest tulenevat elukvaliteeti. Consoli jt. (2012) uuringu tulemusteks saadi, et 135-l (80,8%) uuritaval 167-st esinesid psühhiaatrilised haigused koos primaarse fibromüalgiaga. Galek jt. (2017) uuringus jõuti sarnase tulemuseni – leiti, et 65,7% fibromüalgia patsientidest vastasid depressiivse häire kriteeriumidele, 67,9% ärevushäirele ja 45,5% posttraumaatilisele sündroomile. Lichtenstein jt (2018) tegid oma ülevaateartiklis kokkuvõtte, et fibromüalgia on sageli kaasnev diagnoos, eriti psühhiaatriliste ja reumatoloogiliste häirete esinemise puhul.

Andrea jt., (2011) viisib läbi Itaalias sarnase uuringu, milles samuti uuriti fibromüalgia sündroomi seost depressiivsete sümptomitega. Selle uuringu eesmärgiks oli hinnata fibromüalgiaga patsientidel esinevate depressiivsete sümptomite esinemissagedust ja kliinilisi korrelatsioone ning uurida nende mõju valulikkusele ja elukvaliteedile. Nende tulemuste järgi olid 83,3% -l uuritavatest patsientidest kliiniliselt olulised depressiooni sümptomid ehk nende üldskoor küsimustikus *Hamilton Rating Scale for Depression* (HAM-D) oli suurem kui 7. Võrreldes nendega, kellel ei esinenud depressiivseid sümptomeid, ilmsid nendel 83,3% -l patsientidest oluliselt kõrgemad Visuaalse Analoogskaala (VAS) skoorid, madalamad elukvaliteedi näitajad küsimustiku *Quality of life* (QoL) järgi ning kõrgemad skoorid ankeedis *Paykel's List of Recent Life Events*.

Kuna fibromüalgia etioloogia on teadmata ja psühhiaatriline etioloogia pole välistatud, siis on seos valu -ärevuse/depressiooni lõpuni kindlaks tegemata (Spaeth, 2013). Sellegipoolest kui Fishbain jt, (1997) tegid 191 uuringu ülevaate, leidsid nad, et ärevust ja depressiooni tuleb pigem võtta tagajärjena, mitte kroonilise valu põhjusena. Kuigi nii depressiooni kui ka ärevust on uuritud fibromüalgiaat põdevatel inimestel, on ärevusele pööratud vähem tähelepanu. Varasemalt mainitud Consoli jt (2012) uurisid tervisest tulenevat elukvaliteeti (HRQoL), mida mõõdeti *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (MOS-SF-36) ja *FM Impact Questionnaire* (FIQ) abil. Nad leidsid, et need fibromüalgia haiged, kellel esinesid meeleoluhäired, oli madalam tervisest tulenev elukvaliteet kui nendel fibromüalgia haigetel, kellel meeleoluhäireid ja ärevust ei esinenud.

Nagu ka teised kroonilised seisundid, mida iseloomustab valu, samuti võib ka FM kahjustada töövõimet, perekonnasiseseid ja sotsiaalseid suhteid ning elukvaliteeti (Burckhardt jt., 1993;

FIBROMÜALGIAGA PATSIENTIDE ELUKVALITEET JA ENESETÕHUSUS

Neumann jt., 2000). Fibromüalgia avaldab negatiivset mõju peaaegu kõikidele tervisega seotud elukvaliteedi aspektidele ning provotseerib tõsist võimetust igapäevastes tegevustes palju tugevamalt kui teised reumaatilised seisundid, mis hõlmavad aksiaalset luustikku (Martinez jt., 1995; Wolfe & Hawley, 1997) ja kroonilisi lokaalseid valusündroome (Bergman, 2005).

Buckelew ja kolleegid (1995) kirjutasid oma artiklis, et enesetõhusus tähendab seda kui hästi tuleb inimene toime konkreetse olukorra või väljakutsega. Enesetõhusus võib mõjutada käitumist, emotsioone, mõtteid ja motivatsiooni. Kõrgema enesetõhususega inimene saab suure tõenäosusega konkreetse olukorraga paremini hakkama. Madalama enesetõhususega inimesel on vastupidiselt madal kohanemisevõime. Buckelew ja kolleegid (1995) viisid läbi uuringu, milles uuriti 79 inimest (76 meest ja 3 naist) fibromüalgia diagnoosiga. Kasutati viit instrumenti, mille seas oli ka enesetõhususe mõõtmise instrument – *Arthritis Self-Efficacy Scale*. Uuringu tulemusteks saadi, et kõrgema enesetõhususega inimestel on ka nõrgem valu ja on vähem häiritud füüsiline tegevus. Saadud tulemused on väga tähtsad, kuid antud teema kohta on läbi viidud vähe uuringuid.

Neli professionaalset organisatsiooni: 1) *American Pain Society* (APS, 2005); 2) *Association of the Scientific Medical Societies in Germany* (AWMF, 2012); 3) *Canadian Pain Society* (CPS, 2013); 4) *European League Against Rheumatism* (EULAR, 2016) avaldasid oma juhised fibromüalgia raviks. Thieme jt. (2017) võrdlesid nende organisatsioonide poolt avaldatud juhistes olevaid soovitusi ja meetodeid fibromüalgia diagnoosiga patsientide kohtlemiseks. Kolme organisatsiooni APS, AWMF ja CPS soovitustes olid tähtsaimad kehaline aktiivsus, kognitiiv-käitumuslik teraapia, amitriptüliini annustamine ja mitmekomponentne ravi. EULARi juhiste seas oli kõrgeima soovitustasemega füüsiline aktiivsus, mis on vastupidine nende 2008. aasta juhiste, milles kõrgeim soovitustase oli psühhofarmakoloogial. Kuigi kõigi nelja organisatsiooni juhiste vahel oli ka ühine soovitus – farmakoloogiline ravi, oli APSi, CPSi ja AWMFi juhistes kõrgeim soovitustase kognitiiv-käitumuslikul teraapial ja mitmekomponentsel ravil. Karlsson jt. (2015) viisid läbi uuringu, milles kasutati kognitiiv-käitumuslikku (KKT) teraapiat naiste peal. Tulemused olid positiivsed, kuna KKT rakendamine tõstis oluliselt naiste kontrolli oma elu üle.

Eelmainitud organisatsioonid märkisid enda juhistes, et psühhoteraapiline sekkumine on fibromüalgia ravis tõhus raviosa. Consoli ja tema kolleegid (2012) kirjutasid oma uurimuse järelduses samuti, et fibromüalgia all kannatavate patsientide kliiniline hindamine peab

FIBROMÜALGIAGA PATSIENTIDE ELUKVALITEET JA ENESETÕHUSUS

sisaldama psühhiaatrilist hindamist, kuna efektiivne diagnoosimine ja koos fibromüalgiaga esinevate psüühikahäirete ravi võib oluliselt parandada patsientide tervisest tulenevat elukvaliteeti. Lisaks on vajalikud longitudinaalsed uuringud, mis võrdlevad erinevaid ravi-strateegiaid, et paremini mõista psühhofarmakoloogilise ja psühhoterapeutilise ravi mõju fibromüalgia diagnoosiga patsientide elukvaliteedile.

Antud uurimistöö eesmärk on välja selgitada fibromüalgia diagnoosiga patsientide elukvaliteedi ja enesetõhususe taset ning uurida fibromüalgia põdevate patsientide kalduvust depressioonile ja ärevusele.

Antud uurimistöös on kaks hüpoteesi:

1. Fibromüalgia patsientidel on võrreldes tervete inimestega madalam enesetõhusus ning kõrgemad depressiooni ja ärevuse tasemed.
2. Fibromüalgia patsientidel on oluliselt madalam elukvaliteet füüsilise ja vaimse tervise valdkonnas ning madalam rahulolu sotsiaalsete suhetega ja ümbritseva keskkonnaga kui tervetel inimestel.

MEETOD

Uuritavate ja nende värbamisviisi täpne kirjeldus

Uuringusse kaasati AS Medicum Tervishoiuteenused valuravikabinetti esmakordselt pöördunud inimesed, kellel diagnoositi fibromüalgia (M79.7). Nemad moodustasid uuritava sihtrühma, mida võrreldi kontrollrühmaga. AS Medicum Tervishoiuteenused vanemarst-anestesioloog Boris Gabovitš ja teised valuarstid (Maksim Kunevich, Aleksandra Šilova, Sergey Goshka) olid vahendavateks isikuteks, kes oma vastuvõtuajal tutvustasid fibromüalgia diagnoosiga patsientidele võimalust osaleda uuringus ning tegid neile ettepaneku uuringus osalemiseks. Seejärel anti patsiendile informeeritud nõusoleku lehed, kus oli täpne informatsioon uurimistöö kohta. Kui patsient luges selle läbi ja oli nõus uuringus osalema, allkirjastas ta informeeritud nõusoleku lehed, millest üks eksemplar jäi osalejale ja teine uurijale. Sellel lehel oli tühi väli, kuhu inimene pidi jätma oma kontaktandmed. Seejärel anti allkirjastatud informeeritud nõusoleku lehed üle uuringu läbiviijale ning tema võttis patsiendiga ühendust ja leppis kokku patsiendi jaoks sobiva aja kohtumiseks.

FIBROMÜALGIAGA PATSIENTIDE ELUKVALITEET JA ENESETÕHUSUS

Kontrollrühma moodustasid terved inimesed, kes ei põe kroonilist valu ega teist tõsist haigust (v.a. arteriaalne hüpertensioon). Kontrollrühm pandi kokku pärast seda, kui sihtrühm oli moodustatud ja uurijale oli teada, kuidas valim sooliselt ja vanuseliselt jaotus. Kontrollrühma jaoks kaasati uurija jaoks kergesti kättesaadavad huvilised, näiteks pereliikmeid, töökaaslasti tuttavaid. Valitud kontrollrühma liikmed lugesid läbi ja nõusoleku korral allkirjastasid informeeritud nõusoleku lehed, millest üks eksemplar jäi osalejale ja teine uurijale. Allkirjastatud informeeritud nõusoleku lehed anti üle uuringu läbiviijale, kes võttis uuringus osalejatega ühendust ja leppis kokku osalejate jaoks sobiva aja kohtumiseks.

Valimi kirjeldus

Sihtrühma ja kontrollrühma kaasati osalema mõlemast soost täiskasvanud (alates 18. eluaastast). Uuringus kasutatud materjalid olid kahes keeles, mis võimaldas uuringus osaleda nii eesti kui ka vene keelt kõnelevatel inimestel. Uuringusse kaasati 50 inimest: 25 fibromüalgia diagnoosiga patsienti ja 25 tervet inimest (inimest, kellel fibromüalgia pole). Naisi oli 40 ja mehi 10 (vastavalt 80% ja 20%), eesti keelt kõnelevaid inimesi oli 28 ja vene keelt kõnelevaid inimesi oli 22 (vastavalt 56% ja 44%). Valimi keskmine vanus oli 40 aastat. Kõige noorem patsient oli 20-aastane ja kõige vanem 85-aastane.

Uurimismetoodika täpne kirjeldus

Uuringu läbiviija kohtus isiklikult ja individuaalselt iga uuringus osalejaga (k.a. kontrollgrupis olevate osalejatega). Kontrollrühmast osalejatega lepiti kohtumine kokku individuaalselt, kuna osalejad koosnesid mugavusvalimist (nt perekonnaliikmed, sõbrad, kolleegid). Fibromüalgia patsientidega kohtus uuringu läbiviija AS Medicum Tervishoiuteenused ühes kabinettides. Uuringus osalejaga kohtumiseks oli vajalik eraldi vaikne ruum. Igal uuringus osalejale oli vaja täita kuus küsimustikku (on toodud allpool). Vastamise ajal viibis uuringu läbiviija koos vastajaga, et olla toeks ning vastata küsimustele, mis võisid vastajal täitmise käigus tekkida. Kõikide küsimustike täitmine kestis maksimaalselt kuni poolteist tundi.

Kohtumise lõpus lepiti inimesega kokku, mis viisil ta soovis tagasisidet saada, kas meili, telefoni teel või isiklikult kohtudes. Uuringu läbiviija analüüsis tulemused ja koostas iga inimese jaoks personaalse testi tulemuste tagasiside. Testi tulemuste kohta anti standardtagasisidet, milles selgitati uuringus osalejale, mida tema täidetud testide tulemused

FIBROMÜALGIAGA PATSIENTIDE ELUKVALITEET JA ENESETÕHUSUS

üldjoontes tähendasid ehk esitati täidetud testide skooride numbrid ja lühiselgitus numbrite tähendusele. Vajadusel soovitati spetsialisti poole pöörduda täpsema vaimse tervise tagasiside saamiseks. Uuringu läbiviimise raames psühholoogilist abi ei osutatud.

Iga uuringus osaleja kodeeriti kombinatsiooniga tähtedest ja numbrist. Patsiendid kodeeriti "PT" tähtedega, millele järgnes patsiendi järjekorranumber, nt 1, 2, 3 jne. Kontrollrühma inimeste kodeerimine toimus analoogselt, kuid "PT" tähed asendati "KG" tähtedega pluss järjekorranumber, nt 1, 2, 3 jne. Kood jäädvustati informeeritud nõusoleku lehtedele ning selle koodi alusel viidi kokku isikud ja andmed, kui vajadus tekkis. Testide täitmisel kirjutati testide lehtedele ainult isikule vastav kood.

Kõik paber kandjal olevad andmed, mille hulgas olid allkirjastatud informeeritud nõusoleku lehed ja täidetud testid, säilitati uuringu vastutava uurija töökohas AS Medicum valuravi kabinetis lukustatud kapis, millele juurdepääs oli ainult uurimistöö läbiviijal. Elektroonilised andmed säilitati väliskettal, mida hoiustati samuti AS Medicum valuravi kabinetis lukustatud kapis. Andmed ja koodivõti säilitatakse kuni augusti lõpuni 2021. a.

Uurimises kasutatud testid

Uuringus kasutati kuut mõõtmisvahendit, mis kõik on eesti ja vene keeles:

1. **Demograafiliste andmete ankeedis (Lisa 3 ja 4)** küsiti sugu, vanust, haridust, küsimusi diagnoosi kohta, küsimusi traumaatiliste sündmuste esinemise kohta, valu kestvuse ja valu leevendamise viiside kohta.
2. **Valu visuaalne analoogskaala (VAS)** on valu tugevuse hindamise skaala, mille abil palutakse hinnata patsiendil tema valu intensiivsust vahemikus 0-10, kus 0 tähendab valu puudumist ning 10 tähendab väljakannatamatut valu (Wewers & Lowe, 1990).
3. **Emotsionaalse enesetunde küsimustik (EEK-2; Aluoja jt., 1999)** on vastaja poolt täidetav enesehinnanguskaala olulisemate depressiooni ja ärevushäirete ning nendega piirnevate sümptomite sedastamiseks viimase kuu jooksul. EEK-2 koosneb 28 väitest, mis on sõnastatud lähtudes diagnostilistest kriteeriumitest ja kliinilisest otstarbekusest. Vastaja hindab meeleolu ja ärevusega seotud probleemide esinemissagedust 5-pallisel skaalal (0 – üldse mitte, 1 – harva, 2 – mõnikord, 3 – sageli, 4 – pidevalt).

4. **Ärevustundlikkuse indeks (Lisa 5)** (*Anxiety Sensitivity Index*) (Reiss & Peterson, 1986; eesti keelne versioon Tasa, 1996; vene keelne versioon Kotov jt., 2005) koosneb 16 väitest ärevuse võimalike negatiivsete tagajärgede kohta, mida vastajatel palutakse hinnata 5-pallisel *Likerti* skaalal (0-st 4-ni).

5. **Üldise enesetõhususe küsimustik** (*General Self-Efficacy Scale* (GSE); Schwarzer & Jerusalem, 1995; eestikeelne versioon Rimm & Jerusalem, 1999; venekeelne versioon Schwarzer, Jerusalem, Romek, 1996). Küsimustiku adapteerisid eesti keelde Rimm ja Jerusalem 1999. aastal. See on küsimustik, mis koosneb kümnest enesetõhusust hindavast küsimusest. Vastaja peab hindama kümmet väidet numbritega 1-st kuni 4-ni. 1 – väide ei käi üldse tema kohta kuni 4 – väide käib täielikult tema kohta. Näiteks „Kui ma väga püüan, suudan alati oma probleemidega hakkama saada.“

Eestikeelse küsimustiku kasutusluba oli saadud testi eesti keelse versiooni loojalt Halliki Pärnalt (Rimmilt).

6. **Maailma Terviseorganisatsiooni elukvaliteedi küsimustik** (*The World Health Organization Quality Of Life* (WHOQOL)-BREF (WHOQOL-BREF); *The Whoqol Group* 1994; eestikeelne versioon WHOQOL-BREF Teichmann, 1997; venekeelne versioon). WHOQOL-BREF-i vahend sisaldab 26 punkti, mis mõõdavad järgmisi laiemaid valdkondi: füüsiline tervis, psühholoogiline tervis, sotsiaalsed suhted ja keskkond. WHOQOL-BREF on esialgse instrumendi lühem versioon, mis on suurema uurimistöo või kliiniliste uuringute jaoks mugavam.

Eestikeelse küsimustiku kasutusluba oli saadud professor Mare Teichmannilt.

Uuringu eetilised aspektid

Iga uuringus osalev katseisik allkirjastas kirjaliku informeeritud nõusoleku lehe (Lisa 1 ja 2), millega ta kinnitas, et osaleb uuringus vabatahtlikult ning on saanud info, et tal on õigus osalemisest igal hetkel loobuda. Uuritavatele teatati, et andmete analüüs ja tulemuste esitamine toimub üldistatud kujul ning nende isikuandmeid ei vaadelda isikuga seostatult.

Informeeritud nõusoleku lehel olid kontaktandmete jaoks eraldi lahtrid, kuhu inimene sisestades need, teadis, et kontaktandmed edastatakse ainult uuringu läbiviijale. Kuigi uuringu läbiviijale olid teada inimese andmed, üheski küsimustikus ei küsitud inimese nime, perekonnanime ega isikukoodi.

Enne uuringu läbiviimist taotleti uuringu läbiviimiseks luba Tartu Ülikooli Inimuuringute eetikakomiteelt, kuna tegemist on uuritavate näol haavatava sihtrühmaga ja neile esitatakse uuringu käigus sensitiivseid küsimusi. Käesoleva töö läbiviimiseks andis oma nõusoleku Tartu Ülikooli Inimuuringute eetika komitee (protokoll nr 276/T-14).

TULEMUSED

Kogutud andmete analüüs toimus statistika programmis *IBM SPSS Statistics* versiooniga 25. Esimese ja teise hüpoteesi analüüsiks kasutati sõltumatute valimite *t-testi*.

Võrreldi omavahel patsientide ja kontrollrühma enesetõhususe taset. Patsientide enesetõhususe keskvärtus oli 30,60 ($SD = 6,21$) ja kontrollrühmal oli keskvärtus 30,92 ($SD = 4,59$). *Levene'i* testi $p = 0.029$ ning tulemus ei olnud statistiliselt oluline ($p = 0.837$). Analüüsi tehti eraldi ka naiste ja meeste seas. Naispatsientide enesetõhususe keskvärtus oli 29,53 ($SD = 5,86$) ja naiste kontrollrühma enesetõhususe keskvärtus oli 31,05 ($SD = 4,91$). Meespatsientide enesetõhususe keskvärtus oli 34,00 ($SD = 6,54$) ja meeste kontrollrühma keskvärtus oli 30,25 ($SD = 2,63$). Naistel oli *Levene'i* testi $p = 0.361$ ja meeste puhul oli *Levene'i* $p = 0.330$ ning olulisuse tõenäosus naiste ja meeste puhul oli vastavalt $p = 0.378$ ja $p = 0.315$. Nii meeste kui naiste seas ei olnud statistiliselt olulist erinevust.

Kalduvust depressioonile võrreldi samuti patsientide ja kontrollrühma vahel, kasutades sõltumatute valimite *t-testi*. Patsientide depressioonile kalduvuse näitaja keskvärtus oli 13,44 ($SD = 7,37$) ja kontrollrühma depressioonile kalduvuse näitaja keskvärtus oli 9,36 ($SD = 7,34$). Tulemuseks saadi *Levene'i* testi $p = 0.919$ ning olulisuse tõenäosuseks $p = 0.056$. Tulemuste põhjal saame öelda, et patsientide ja kontrollrühma erinevus oli depressiooni kalduvuse võrdlemisel peaaegu statistiliselt oluline, kuid mitte piisavalt. Analüüsi tehti eraldi ka naiste ja meeste seas. Naispatsientide depressioonile kalduvuse näitaja keskvärtus oli 13,32 ($SD = 7,75$) ja naiste kontrollrühma depressioonile kalduvuse näitaja keskvärtus oli 8,57 ($SD = 7,24$). Meespatsientide depressioonile kalduvuse näitaja keskvärtus oli 13,83 ($SD = 6,65$) ja meeste kontrollrühma keskvärtus oli 13,50 ($SD = 7,33$). Naistel oli *Levene'i* testi $p = 0.481$ ja meeste puhul oli *Levene'i* $p = 0.973$ ning olulisuse tõenäosus naiste ja meeste puhul vastavalt $p = 0.053$ ja $p = 0.942$. Nii meeste kui naiste seas ei olnud statistiliselt olulist erinevust.

FIBROMÜALGIAGA PATSIENTIDE ELUKVALITEET JA ENESETÕHUSUS

Kalduvust üldisele ärevushäirele võrreldi samuti patsientide ja kontrollrühma vahel, kasutades sõltumatute valimite *t-testi*. Patsientide üldisele ärevushäirele kalduvuse näitaja keskvärtus oli 14,36 ($SD = 5,56$) ja kontrollrühma üldisele ärevushäirele kalduvuse näitaja keskvärtus oli 8,36 ($SD = 4,79$). Võrreldes patsientide ja kontrollrühma kalduvust üldisele ärevushäirele, oli *Levene'i* testi $p = 0.372$ ning olulisuse tõenäosus $p = 0.000$ ($p < 0.05$). Sellest lähtub, et fibromüalgiaga patsientide kalduvus üldisele ärevushäirele on statistiliselt oluliselt tugevam kui kontrollrühmal. Analüüsi tehti eraldi ka naiste ja meeste seas. Naispatsientide üldisele ärevushäirele kalduvuse näitaja keskvärtus oli 14,42 ($SD = 5,77$) ja naiste kontrollrühma üldisele ärevushäirele kalduvuse näitaja keskvärtus oli 7,71 ($SD = 4,63$). Meespatsientide üldisele ärevushäirele kalduvuse näitaja keskvärtus oli 14,17 ($SD = 5,35$) ja meeste kontrollrühma üldisele ärevushäirele kalduvuse näitaja keskvärtus oli 11,75 ($SD = 4,72$). Naistel oli *Levene'i* testi $p = 0.129$ ja meeste puhul oli *Levene'i* $p = 0.935$ ning olulisuse tõenäosus naiste ja meeste puhul vastavalt $p = 0.000$ ja $p = 0.485$. Eelnimetatud tulemustest lähtub, et võrreldes naistpatsientide ja kontrollrühma naiste kalduvust ärevushäirele, oli esimestel see kalduvus tugevam kui kontrollrühmal. Meespatsientide ja kontrollrühma meeste võrdlemisel statistiliselt olulist erinevust ei täheldatud.

Elukvaliteet koosneb neljast alanäitajast: füüsiline tervis, psühholoogiline tervis, rahulolu sotsiaalsete suhetega ja ümbritseva keskkonnaga. Patsientide ja kontrollrühma üldise elukvaliteedi võrdlemisel olid *Levene'i* testi $p = 0.037$ ja olulisuse tõenäosus $p = 0.001$ ($p < 0.05$). See tähendab, et fibromüalgia patsientide elukvaliteet oli statistiliselt oluliselt madalam kui kontrollrühmal (elukvaliteedi keskvärtused olid vastavalt 12,76 ($SD = 2,58$) ja 15,13 ($SD = 1,81$)). Patsientide ja kontrollrühma füüsilise tervise võrdlemisel oli *Levene'i* testi $p = 0.006$ ja olulisuse tõenäosus $p = 0.000$ ($p < 0.05$). Füüsiline tervis oli fibromüalgia patsientidel statistiliselt oluliselt madalam kui kontrollrühmal (keskmised näitajad 10,92 ($SD = 3,87$) ja 16,52 ($SD = 1,90$)). Patsientide ja kontrollrühma vaimse tervise võrdlemisel oli *Levene'i* testi $p = 0.061$ ja olulisuse tõenäosus $p = 0.002$ ($p < 0.05$). Vaimne tervis oli fibromüalgia patsientidel statistiliselt oluliselt madalam kui kontrollrühmal (keskmised näitajad 11,79 ($SD = 3,30$) ja 14,40 ($SD = 2,20$)). Patsientide ja kontrollrühma rahulolu võrdlemisel sotsiaalsete suhetega näitas, et *Levene'i* testi $p = 0.060$ ja olulisuse tõenäosus $p = 0.177$ (keskmised näitajad 13,21 ($SD = 4,23$) ja 14,60 ($SD = 2,75$)). Patsientide ja kontrollrühma rahulolu võrdlemisel ümbritseva keskkonnaga näitas, et *Levene'i* testi $p = 0.271$ ja olulisuse tõenäosus $p = 0.723$ (keskmised näitajad 15,33 ($SD = 4,08$) ja 15,00 ($SD = 2,22$)). Nii rahulolu

FIBROMÜALGIAGA PATSIENTIDE ELUKVALITEET JA ENESETÕHUSUS

sotsiaalsete suhetega kui ka rahulolu keskkonnaga ei näitanud statistilist erinevust patsientide ja kontrollrühma vahel.

Lisaks võrreldi patsientide ja kontrollrühma ärevustundlikkuse indeksit. Patsientide ärevustundlikkuse indeksi keskvärtus oli 25,68 ($SD = 12,89$) ja kontrollrühma ärevustundlikkuse indeksi keskvärtus oli 15,92 ($SD = 10,44$). Tulemuseks saadi *Levene'i* testi $p = 0.116$ ning olulisuse tõenäosuseks $p = 0.005$ ($p < 0.05$). Fibromüalgia patsientidel oli oluliselt kõrgem ärevustundlikkuse indeks kui kontrollrühmal. Eraldi võrreldi omavahel ka naiste ja meeste ärevustundlikkuse indeksit. Naispatsientide ärevustundlikkuse indeksi keskvärtus oli 27,53 ($SD = 11,03$) ja naiste kontrollrühma ärevustundlikkuse indeksi keskvärtus oli 15,52 ($SD = 11,21$). Meespatsientide ärevustundlikkuse indeksi keskvärtus oli 19,83 ($SD = 17,48$) ja meeste kontrollrühma ärevustundlikkuse indeksi keskvärtus 18,00 ($SD = 5,29$). Naistel oli *Levene'i* testi $p = 0.663$ ja meeste puhul oli *Levene'i* $p = 0.046$ ning olulisuse tõenäosus naiste ja meeste puhul vastavalt $p = 0.002$ ja $p = 0.817$. Käesolevast uuringust ilmnes, et naispatsientide ärevustundlikkuse indeks oli kõrgem kui kontrollrühmal. Statistiliselt olulist erinevust meespatsientide ja kontrollrühma meestel puhul ei olnud.

Demograafiliste andmete ankeedis (Lisa 3 ja Lisa 4) küsiti ka traumaatiliste sündmuste kohta, mis on aset leidnud patsientide kui ka kontrollrühma elus (füüsilised, vaimsed, seksuaalsed traumad). Kõige sagedamateks traumadeks nimetati vanemate lahkuminekut, oma enese lahkuminekut, lähedase inimese surma, seksuaalset vägivalda, koolikiusamist, vanemate karne kasvatamismeetodeid, töökoha kaotust. Info koguti demograafiliste andmete ankeedist vabas vormis täitmise moel.

ARUTELU

Antud uurimistöö eesmärk oli uurida fibromüalgia patsientide elukvaliteedi ja enesetõhususe taset ning hinnata fibromüalgia põdevate inimeste kalduvust üldisele ärevushäirele ja depressioonile. Fibromüalgia on maailmas suhteliselt laialt levinud haigus (Marques jt., 2017) ja selle uurimine on vajalik, sest fibromüalgia kaasnevad mitmed vaimsed probleemid (Berger jt., 2007), haiguse põhjused on lõplikult tuvastamata, mistõttu tõhus ravi on ka veel väljatöötamisel.

Andmete analüüsi käigus selgus, et uurimistöö esimese hüpoteesi puhul, mis eeldas, et fibromüalgia patsientidel on madal enesetõhususe tase, ning nemad on rohkem aldis põdema

depressiooni ja ärevushäiret kui terved inimesed, sai kinnitust ainult hüpoteesi kõige viimane osa, mis puudutab ärevushäiret. Antud uurimuse tulemuseks oli see, et fibromüalgia põdevatel patsientidel on suurem soodumus põdeda üldistunud ärevushäiret kui tervetel inimestel. Kaldumus depressioonile ja madalam enesetõhususe tase kinnitust ei saanud. Siinkohas võib mainida ka Buckelew jt. (1995), kes uuris enesetõhusust fibromüalgia patsientidel. Artiklis oli kirjas, et kõrgema enesetõhususega inimestel on ka nõrgem valu ja on vähem häiritud füüsiline tegevus. Huvitav on nende valimi valik, mis ei olnud eriti representatiivne. Uuritavaid oli kokku 79 ning mehi oli suurem enamus – 76. Arvestades seda, et fibromüalgia on naiste seas rohkem levinud (Marques jt., 2017), oleks korrektsem valimisse kaasata rohkem naisi, nii nagu oli käesolevas uurimises tehtudki. Näiteks Klaver-Krol (2017) uurisid üksnes naisi, milles uuriti lihamembraani suurenenud reaktiivsust ja keskse reguleerimise rolli.

Selles, et esimene hüpotees leidis kinnitust ainult osaliselt, võib olla mitmeid põhjuseid. Üks neist on kindlasti valimi suurus: 25 fibromüalgia põdevat ja 25 inimest kontrollrühmas. Võimalik, et fibromüalgia põdevate inimeste madalat enesetõhusust ja nende kaldumust depressioonile saab kinnitada korduvate uurimistööde läbiviimisega, suurendades valimit, kuna kirjandusest võib leida, et sellise diagnoosiga inimesed võivad põdeda ka depressiooni ning nende enesetõhusus on kehv (Consoli jt., 2012; Galek, jt. 2013). Samas on kirjanduses väidetud ka seda, depressioon ja madal enesetõhusus on fibromüalgia tagajärg (Fishbain jt., 1997). Uuemad uuringud (Løge-Hagen jt., 2019) on kinnitanud, et üldine depressiivne häire on tihti fibromüalgia koosesinev, kuid kindlasti tuleb kliiniliselt fibromüalgia patsientidel seda mõõta. Samas pole ikkagi kindlaks tehtud, kas depressioon ja madal enesetõhusus on fibromüalgia põhjused või selle haiguse tagajärjed.

Asjaolu, et fibromüalgia diagnoosiga patsientidel on kõrgem ärevusetundlikkuse indeks, näitab, et fibromüalgia inimesed reageerivad tavapärastele kehalistele sümptomitele tundlikumalt. Nad tunnevad rahutust, närvilisust, pingetunnet seoses kõhupuhitusega, õhupuuduse puhul, kiirema südamerütmi puhul jne. Valu on samuti inimese jaoks suuremat ärevust tekitavam nähtus, seega kõrgema ärevusetundlikkusega inimesed reageerivad valule intensiivsemalt kui need, kellel ärevusetundlikkuse indeks on madal. Ka Fleming & Volcheck (2015) on oma artiklis väitnud, et fibromüalgia diagnoosiga inimestel on kesknärvisüsteem ülitundlik üldise ärevuse ja valu suhtes.

FIBROMÜALGIAGA PATSIENTIDE ELUKVALITEET JA ENESETÕHUSUS

Fibromüalgia diagnoosini jõudmise protsess on patsientide jaoks sageli väga pikk ning hõlmab mitmete erinevate spetsialistide külastamist. Tihti võtab fibromüalgia diagnoosimine rohkem kui kaks aastat ning selle aja jooksul külastab patsient keskmiselt 3,7 konsultatsiooni erinevate arstide juured (Choy jt., 2010). Selle aja elavad patsiendid sageli teadmatuses. Kuna sageli on spetsialistide poolt antavad vastused umbmäärased või patsiendi jaoks ebaselged – ärevus aina kasvab. Patsiendid väidavad, et neil on isegi rõõm kuulda kui arst neile fibromüalgia diagnoosib, sest nad saavad teada midagi konkreetset. Samas osa patsientidest on arvamusel, et sellist diagnoosi pannakse seepärast, et arstid ei tea, mis tegelikult nendega toimub ning seega ei jää nad selle diagnoosiga rahule ning ärevus ei taandu ka diagnoosi saamisega. Vajalikud oleksid selgemad ravijuhised spetsialistidele ja patsiendiinfo patsiendile.

Teises hüpoteesis, mis eeldas, et fibromüalgia patsientidel on oluliselt madalam elukvaliteet füüsilise ja vaimse tervise valdkonnas ning madalam rahulolu sotsiaalsete suhetega ja ümbritseva keskkonnaga kui tervetel inimestel, sai kinnitust ainult füüsilise ja vaimse tervise osa. Fibromüalgia patsientide subjektiivne hinnang oma füüsilisele ja vaimsele tervisele oli madalam kui kontrollrühmal. Saadud tulemus on sarnane Wolfe jt., (1990) tulemusele. Võrdluseks võib tuua Paat-Ahi jt. (2014) Eestis tehtud uuringut, milles analüüsiti vähihaigete elukvaliteeti, füüsilist ja vaimset tervist ning rahulolu sotsiaalsete suhetega ja ümbritseva keskkonnaga. Märkimisväärne on see, et fibromüalgia patsientide elukvaliteet oli väga sarnane vähihaigete elukvaliteediga, kuid fibromüalgia haigete vaimse ja füüsilise tervise näitajad olid veelgi madalamad kui vähihaigetel.

Fibromüalgia saab leevendada mitmel viisil. Tõenduspõhiselt on kõige efektiivsem kompleksne ravi, mis koosneb mitmest raviosast (Thieme jt., 2017): ravimid, taastusravi ja psühholoogiline ravi. Ravimitest kasutatakse valuvaigisteid ja teisi mittesteroidseid põletikuvastaseid ravimeid ning lisaks kasutatakse ka antidepressante (Macfarlane jt., 2016). Teine oluline komponent on taastusravi, mis on reeglina aeroobne treening nagu ujumine, jooksmine, jooga ja ka jõuharjutused ning treeningkoormusi suurendatakse astmeliselt (Fink & Lewis, 2017). Järgmine oluline komponent on psühholoogiline ravi, mis sisaldab endas kognitiiv-käitumuslikku teraapiat (Karlsson jt., 2015). Parima ja kiireima efekti saavutamiseks on ülimalt oluline kombineerida neid kolme ravivõtet. Uurimise esimese küsimustiku täites mainisid patsiendid mitmeid erinevaid meetodeid, mis aitavad neil valuga paremini toime tulla: võimlemine, massaaž, saun, mediteerimine, soojendavad salvid, massaaži vaibakesed, korsetid. Korduvalt on täheldatud, et patsientidel on skeptiline suhtumine farmakoloogiasse (antidepressandid, valuvaigistid). Põhjuseks ravimitest

FIBROMÜALGIAGA PATSIENTIDE ELUKVALITEET JA ENESETÕHUSUS

loobumiseks ja eemale hoidmiseks toodi välja nende kahjulikkust maole ja maksale ning tihti lisati, et nad võivad tekitada sõltuvust. Ka psühholoogilisse abisse suhtutakse skeptiliselt, patsiendid pigem ootavad radikaalsemaid meetodeid nagu süstid, operatsioonid või vähemalt füsioterapeutilist sekkumist.

Kokkuvõtlikult võib öelda, et antud töö tõestas fibromüalgia patsientide kalduvust üldisele ärevushäirele ning näitas, et patsientidel on suurem ärevustundlikkuse indeks kui tervetel inimestel. Samuti üldine elukvaliteet on fibromüalgia haigetel halvem kui tervetel inimestel. Eraldi võib välja tuua füüsilise ja vaimse tervise madalamat taset. Käesolev uurimistöös ei leitud kinnitust hüpoteesile, et fibromüalgia haiged on rohkem alid põdema depressiooni ja, et neil on madalam enesetõhusus. Ka see, et fibromüalgia haigetel on madalam rahulolu sotsiaalsuhetega ja ümbritseva keskkonnaga ei leidnud kinnitust. Fibromüalgiaga patsientidel on sarnased elulood, psühholoogilised ja füüsilised traumad, mis võivad olla haiguse arenemise ajendiks. Kindlasti vajab see esialgne idee edasist uurimist ning keskendumist haiguse põhjuste, arenemise ja traumaatiliste sündmuste vaheliste seoste otsimisele.

Tänuõnad

Soovin tänada oma juhendajaid Boris Gabovitši uurimise ülesehitusse panustamise, patsientide uurimistösse kaasamise ning mitmekülgsede nõuannete ja emotsionaalse toe eest; ning Kaia Kastepõld-Tõrsi igakülgse abi eest; AS Medicumi Valuravi keskuse arste ja teisi töötajaid patsientide leidmise ja kannatuse eest; Joonas Kollot ja Stefani Simoniši kontrollrühma jaoks osalejate otsimise eest; ja pereliikmeid, kes olid mul uurimistöö valmimise ajal toeks ning suhtusid mõistvalt ja kannatlikult.

KASUTATUD KIRJANDUS

- Abesonova, V. & Štengelov, V. (2004). Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни. *Всемирная организация здоровья*.
- Aluoja, A., Shlik, J., Vasar, V., Luuk, K., Leinsalu, M. (1999). Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53, 443-449.
- Berger, A., Dukes, E., Martin, S., Edelsberg, J., Oster, G., (2007). Characteristics and healthcare costs of patients with fibromyalgia syndrome. *International Journal of Clinical Practice*, 61(9), 1498–1508.
- Bergman S. (2005). Psychosocial aspects of chronic widespread pain and fibromyalgia. *Disability and Rehabilitation*, 27(2), 675-683.
- Bjørklund, G., Dadar, M., Chirumbolo, S., Aaseth, J. (2018). Fibromyalgia and nutrition: Therapeutic possibilities? *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 103, 531-538.
- Buckelew, S. P., Murray, S. E., Hewett, J. E., Johnson, J., Huyser, B. (1995). Self-efficacy, pain, and physical activity among fibromyalgia subjects. *Arthritis & Rheumatology*, 8(1), 43-50.
- Burckhardt, C.S., Clark, S.R., Bennett, R.M. (1993). Fibromyalgia and quality of life: a comparative analysis. *The Journal of Rheumatology*, 20(3), 475-479.
- Buskila, D. & Sarzi-Puttini, P. (2006). Biology and therapy of fibromyalgia. Genetic aspects of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Research & Therapy*, 8(5), 218.
- Bõstritski A., Selivra, E., Bõstritskaja, M. (1998). M.I.N.I. краткий международный нейropsychиатрический опросник.

FIBROMÜALGIAGA PATSIENTIDE ELUKVALITEET JA ENESETÕHUSUS

- Choy, E., Perrot, S., Leon, T., Kaplan, J., Petersel, D., Ginovker, A., Kramer, E. (2010). A patient survey of the impact of fibromyalgia and the journey to diagnosis, *BMC Health Serv Res*, 10(102).
- Consoli, G., Marazziti, D., Ciapparelli, A., Bazzichi, L., Massimetti, G., Giacomelli, C., Rossi, A., Bombardieri, S., Dell'Osso, L. (2012). The impact of mood, anxiety, and sleep disorders on fibromyalgia. *Comprehensive Psychiatry*, 53(7), 962–967.
- Dadabhoy, D. & Claw, D.J. (2006). Therapy insight: fibromyalgia – different type of pain needing a different type of treatment. *Nature Clinical Practice Rheumatology*, 2(7), 364-372.
- Fink, L., Lewis, D. (2017). Exercise as a Treatment for Fibromyalgia: A Scoping Review. *The Journal for Nurse Practitioners*, 13 (8), 546 – 551.
- Fishbain, D., Cutler, R., Rosomoff, H., Rosomoff, R. (1997). Chronic pain associated depression: Antecedent or consequence of chronic pain? A Review. *Clinical Journal of Pain*, 13(2), 116–137.
- Fleming, K.C. & Volcheck, M.M. (2015). Central sensitization syndrome and the initial evaluation of a patient with fibromyalgia: a review. *Rambam Maimonides Medical Journal*, 6(2), 1-12.
- Galek, A., Erbslöh-Möller, B., Köllner, V. (2013). Mental disorders in patients with fibromyalgia syndrome: screening in centres of different medical specialties. *Schmerz Berl Ger*, (27):296–304.
- Karlsson, B., Burell, G., Anderberg, U. A., Svärdsudd, K. (2015). Cognitive behaviour therapy in women with fibromyalgia: A randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Pain*, 9, 11-21.
- Klaver-Krol, E. G., Rasker, J. J., Klaver, M. M., Ten Klooster, P. M., Zwarts, M. J. (2019). *Clinical neurophysiology*, 130, 12-19.

FIBROMÜALGIAGA PATSIENTIDE ELUKVALITEET JA ENESETÕHUSUS

- Kotov, R. I., Schmidt, N. B., Zvolensky, M. J., Vinogradov, A., Antipova, A. V. (2005). Adaptation of panic-related psychopathology measures to Russian. *Psychological Assessment, 17*, 242 - 246.
- Lichtenstein, A., Tiosano, S., Amital, H. (2018). The complexities of fibromyalgia and its comorbidities. *Current Opinion in Rheumatology, 30(1)*, 94-100.
- Linnamägi, Ü., Braschinsky, M., Tikk, A. (2007). Fibromüalgia. *Eesti Arst, 86(3)*, 201–206.
- Løge-Hagen, J. S., Sæle, A., Juhl, C., Bech, P., Stenager, E., Mellentin, A. (2019). Prevalence of depressive disorder among patients with fibromyalgia: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 245*, 1098-1105.
- Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluss, E., Choy, E., Kosek, E., Amris, K., Branco, J., Dincer, F., Leino-Arjas, P., Longley, K., McCarthy, G. M., Makri, S., Perrot, S., Sarzi-Puttini, P., Taylor, A., Jones, G. T. (2016). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *BMJ Journals, 76(2)*.
- Martinez, J.E., Ferraz M.B., Sato E.I., Atra, E. (1995). Fibromyalgia versus rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of the quality of life. *The Journal of Rheumatology, 22(2)*, 270-274.
- Marques, A. P., de Sousa do Espirito Santo, A., Berrsaneti, A. A., Matsutani, L. A., Yuan King, S. L. (2017). Prevalence of fibromyalgia: literature review Update. *Rev bras reumatol, ;57(4)*, 356-363.
- Neumann, L., Berzak A., Buskila, D. (2000). Measuring health status in Israeli patients with fibromyalgia syndrome and widespread pain and healthy individuals: utility of the Short Form 36-Item Health Survey (SF-36). *Seminars in Arthritis and Rheumatism, 29(6)*, 400-408.
- Paat-Ahi, G., Sikkut, R., Veldre, V. (2014). Vähipatsientide elukvaliteet ja seda mõjutavad tegurid Eestis. *Eesti Arst 2014, 93(1):15–22*.
- Reiss, S. & Peterson, R. A. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy, 24*, 1-8.

FIBROMÜALGIAGA PATSIENTIDE ELUKVALITEET JA ENESETÕHUSUS

- Rimm, H., Jerusalem, M. (1999). Adaptation and validation of an Estonian version of the General Self-Efficacy Scale (ESES). *Anxiety, Stress, and Coping*, 12, 329-345.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M., Romek, V. (1996). Русская версия шкалы общей самоэффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема. *Иностранная психология*, 7, 71-76.
- Spaeth, M. (2013). Fibromyalgia syndrome review. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 21(2), 178–182.
- Tasa, T. (1996). Ärevustundlikkus ning selle mõõtmise ärevustundlikkuse indeksi (Anxiety Sensivity Index) abil. *Seminaritöö, TÜ Psühholoogia Osakond*.
- Teichmann, M. (1997). Maailma Terviseorganisatsiooni elukvaliteedi küsimustikust WHOQOL-BREF : Eesti versioon. Tallinn: PE Konsult.
- The Whoqol Group, (1994). Development of the WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Thieme, K., Mathys, M., Turk, D. C. (2017). Evidenced-Based Guidelines on the Treatment of Fibromyalgia Patients: Are They Consistent and If Not, Why Not? Have Effective Psychological Treatments Been Overlooked? *The Journal of Pain*, 18(7), 747-756.
- Wewers M.E., Lowe N.K. (1990) A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in Nursing and Health* 13, 227-236.
- Wolfe, F., Clauw, D.J., Fitzcharles, M.A., Goldenberg, D.L., Katz, R.S., Mease, P., Russell, A.S., Russell, I.J., Winfield, J.B., Yunus, M.B., (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research*, 62(5), 600-610.

FIBROMÜALGIAGA PATSIENTIDE ELUKVALITEET JA ENESETÕHUSUS

Wolfe, F., Hawley D.J. (1997). Measurement of the quality of life in rheumatic disorders using the EuroHRQoL. *British journal of Rheumatology*, 36(7), 786-93.

Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B., Bennett R.M., Bombardier, C., Goldenberg, D.L., Tugwell, P., Campbell, S.M., Abeles, M., Clark, P., et al. (1990). The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis & Rheumatism*, 33(20), 160-172.

LISA 1. Eesti keelne informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm fibromüalgiaga patsientidele

Kutsume Teid osalema uuringus, mille eesmärgiks välja selgitada fibromüalgia diagnoosiga patsientide elukvaliteedi ja enesetõhususe taset ning uurida fibromüalgia põdevate patsientide kalduvust depressioonile ja ärevusele. Töö aitab kaasa tulevikus fibromüalgia ravi puhul tõhusa psühhoterapeutilise sekkumise väljatöötamisele. Töö viiakse läbi TÜ psühholoogia instituudi bakalaureuseõpe tudengi Anastassia Murašina poolt ning töö juhendajaks on kliiniline psühholoog Triinu Niiberg-Pikksööt ja Tartu Ülikooli poolne juhendaja on lektor Kaia Kastepõld-Tõrs.

Uuringu käigus palume Teid täita 6 erinevat testi, mille hulgas on demograafiliste andmete ankeet, Valu visuaalne analoogskaala (VAS), Emotsionaalse enesetunde küsimustik, Ärevustundlikkuse indeks, Üldise enesetõhususe küsimustik ja Maailma Terviseorganisatsiooni elukvaliteediküsimustik. Testide täitmine võtab kokku hinnanguliselt aega kuni poolteist tundi. Uuringu läbiviimiseks kohtutakse Teiega individuaalselt Teile sobival ajal.

Testide täitmisel ei küsita Teie nime ega isikukoodi. Uuringu käigus kogutavate andmete analüüs ja tulemuste esitamine toimub üldistatud kujul, mis ei võimalda tuvastada Teie isikut ega Teie poolt antud üksikvastuseid. Uuringu tulemuste alusel valmib Tartu Ülikooli psühholoogiatudengi Anastassia Murašina bakalaureusetöö.

Uuringus osalemine on vabatahtlik, Teie otsus osaleda või mitte osaleda ei mõjuta Teie ravi AS Medicum Tervishoiuteenused ning Te võite igal ajahetkel vajaduse tekkimisel uurimuses osalemise katkestada. Uuringu läbiviijad on valmis vastama Teie küsimustele nii enne uuringus osalemist kui uuringus osalemise ajal ja ka selle järgselt. Testide täitmise järgselt on Teil võimalus saada personaalset tagasisidet. Teile antakse standardtagasiside testide tulemuste kohta, milles selgitatakse, mida testide tulemused üldjoontes tähendavad.

Kui Te olete nõus uuringus osalema, siis palume Teid allkirjastada kaks informeeritud nõusoleku lehte, mille üks eksemplar jääb Teile ning teine uuringu läbiviijatele.

Mind,, on informeeritud ülalmainitud uuringust ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist ja uuringu meetodikast.

FIBROMÜALGIAGA PATSIENTIDE ELUKVALITEET JA ENESETÕHUSUS

Olen teadlik, et võin uuringust igal hetkel loobuda. Kinnitan oma nõusolekut selles osalemiseks allkirjaga.

Uuritava telefoni number

Uuritava e-mail

Uuritava allkiri

Kuupäev, kuu, aasta

Palun kinnitage oma allkirjaga järgmised väited, kui need on Teile sobivad. Kui Te ei ole väitega nõus, siis jätke väljad täitmata:

Olen nõus, et minuga võetakse ka aasta pärast ühendust

(allkiri)

Soovin saada tagasisidet testide tulemuste kohta

(allkiri)

Uuritavale informatsiooni andnud isiku nimi

Uuritavale informatsiooni andnud isiku allkiri

Kuupäev, kuu, aasta

Uuringu kohta tekkivate küsimuste korral võtke palun ühendust uurijaga alljärgneval aadressil:

Anastassia Murašina (anastassia.murasina@tudeng.ut.ee)

Triinu Niiberg-Pikksööt (triinu@katriito.ee)

LISA 2. Eesti keelne informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm kontrollrühmale

Kutsume Teid osalema uuringus, mille eesmärgiks on välja selgitada fibromüalgia diagnoosiga patsientide elukvaliteedi ja enesetõhususe taset ning uurida fibromüalgia põdevate patsientide kalduvust depressioonile ja ärevusele.

Teie poole pööratakse eeldusega, et Te ei põe fibromüalgia. Antud uurimuse konketstis Te esindate kontrollrühma. Ilma fibromüalgia diagnoosita inimesed on uurimuse jaoks vajalikud, et võrrelda nende andmeid fibromüalgia patsientide andmetega. Antud uurimistöö aitab kaasa tulevikus fibromüalgia ravi puhul tõhusa psühhoterapeutilise sekkumise väljatöötamisele. Töö viiakse läbi TÜ psühholoogia instituudi bakalaureuseõpe tudengi Anastassia Murašina poolt ning töö juhendajaks on kliiniline psühholoog Triinu Niiberg-Pikksööt ja Tartu Ülikooli poolne juhendaja on lektor Kaia Kastepõld-Tõrs.

Uuringu käigus palume Teid täita 6 erinevat testi, mille hulgas on demograafiliste andmete ankeet, Valu visuaalne analoogskaala (VAS), Emotsionaalse enesetunde küsimustik, Ärevustundlikkuse indeks, Üldise enesetõhususe küsimustik ja Maailma Terviseorganisatsiooni elukvaliteediküsimustik. Testide täitmine võtab kokku hinnanguliselt aega kuni poolteist tundi. Uuringu läbiviimiseks kohtutakse Teiega individuaalselt Teile sobival ajal.

Testide täitmisel ei küsita Teie nime ega isikukoodi. Uuringu käigus kogutavate andmete analüüs ja tulemuste esitamine toimub üldistatud kujul, mis ei võimalda tuvastada Teie isikut ega Teie poolt antud üksikvastuseid. Uuringu tulemuste alusel valmib Tartu Ülikooli psühholoogiastudengi Anastassia Murašina bakalaureusetöö.

Uuringus osalemine on vabatahtlik ning Te võite igal ajahetkel vajaduse tekkimisel uurimuses osalemise katkestada. Uuringu läbiviijad on valmis vastama Teie küsimustele nii enne uuringus osalemist kui uuringus osalemise ajal ja ka selle järgselt. Testide täitmise järgselt on Teil võimalus saada personaalset tagasisidet. Teile antakse standardtagasiside testide tulemuste kohta, milles selgitatakse, mida testide tulemused üldjoontes tähendavad.

Kui Te olete nõus uuringus osalema, siis palume Teid allkirjastada kaks informeeritud nõusoleku lehte, mille üks eksemplar jääb Teile ning teine uuringu läbiviijatele.

Mind,, on informeeritud ülalmainitud uuringust ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist ja uuringu meetodikast.

FIBROMÜALGIAGA PATSIENTIDE ELUKVALITEET JA ENESETÕHUSUS

Olen teadlik, et võin uuringust igal hetkel loobuda. Kinnitan oma nõusolekut selles osalemiseks allkirjaga.

Uuritava telefoni number

Uuritava e-mail

Uuritava allkiri

Kuupäev, kuu, aasta

Palun kinnitage oma allkirjaga järgmised väited, kui need on Teile sobivad. Kui Te ei ole väitega nõus, siis jätke väljad täitmata:

Olen nõus, et minuga võetakse ka aasta pärast ühendust

(allkiri)

Soovin saada tagasisidet testide tulemuste kohta

(allkiri)

Uuritavale informatsiooni andnud isiku nimi

Uuritavale informatsiooni andnud isiku allkiri

Kuupäev, kuu, aasta

Uuringu kohta tekkivate küsimuste korral võtke palun ühendust uurijaga alljärgneval aadressil:

Anastassia Murašina (anastassia.murasina@tudeng.ut.ee)

Triinu Niiberg-Pikksööt (triinu@katriito.ee)

LISA 3. Eesti keelne demograafiliste andmete ankeet (fibromüalgiaga patsientide jaoks)

Valikvastustega küsimuste puhul palun märkige oma vastus ristikesega sobivasse ringi. Lahtiste küsimuste korral kirjutage vastus lühidalt ja täpselt selleks ette nähtud alale.

1) Sugu:

- mees
- naine

2) Vanus:

3) Haridus (märkige kõrgeim lõpetatud haridus):

- Algharidus (4 või 6 klassi)
- Põhiharidus (8 või 9 klassi)
- Kesklaridus, kesk-eriharidus
- Kõrgharidus, k.a. bakalaureusekraad
- Kraadiharidus, magistri- või doktorikraad
- Muu:.....

4) Perekonnaseis:

- Abielus/elate elukaaslasega
- Elate lahus/lahutatud/lesk
- Vallaline ja pole kunagi abielus olnud

5) Millal Teil fibromüalgia diagnoositi?

- Viimasel nädala jooksul
- Viimase kuu jooksul
- Viimase kahe kuu jooksul
- Viimase kuue kuu jooksul
- Rohkem kui pool aastat tagasi
-

6) Kui sageli Te kannatate valu all?

- Iga päev

- Paar korda nädalas
- Üks kord nädalas
- Paar korda kuus
- Muu:

7) Kuidas Te püüate valu leevendada?

.....

8) Kas valu mõjutab Teie igapäevast toimetulekut?

- Jah
- Ei

9) Kui 8. küsimusele Te vastasite „Jah“, siis valige all olevatest vastusevariantidest, kuidas valu mõjutab Teie igapäevast toimetulekut? Kui Te vastasite 8. küsimusele „ei“, siis jätke see küsimus vastamata ja vastake kümnendale küsimusele.

- Mõjutab vähemal määral
- Mõjutab keskpäraselt
- Mõjutab suuremal määral
- Igapäevane toimetulek on valu tõttu oluliselt häiritud

10) Kas Te olete traumasid kogenud (vaimset, füüsilist, seksuaalset)? Kui jah, siis milliseid traumasid Te olete kogenud? Nimetage sündmus ja kui vana Te sündmuse ajal olite.

.....
.....
.....

LISA 4. Eesti keelne demograafiliste andmete ankeet (kontrollrühma jaoks)

Valikvastustega küsimuste puhul palun märkige oma vastus ristikesega sobivasse kasti. Lahtiste küsimuste korral kirjutage vastus lühidalt ja täpselt selleks ette nähtud alale.

1) Sugu:

- mees
- naine

2) Vanus

3) Haridus (märkige kõrgeim lõpetatud haridus):

- Algharidus (4 või 6 klassi)
- Põhiharidus (8 või 9 klassi)
- Keskhariidus, kesk-eriharidus
- Kõrgharidus, k.a. bakalaureusekraad
- Kraadiharidus, magistri- või doktorikraad
- Muu:.....

4) Perekonnaseis:

- Abielus/elate elukaaslasega
- Elate lahus/lahutatud/lesk
- Vallaline ja pole kunagi abielus olnud

5) Kas Teil on kunagi diagnoositud fibromüalgia?

.....

6) Kas Te põete kroonilisi haigusi? Kui jah, siis milliseid?

.....

7) Kas Te olete traumasid kogenud (vaimset, füüsilist, seksuaalset)? Kui jah, siis milliseid traumasid Te olete kogenud? Nimetage sündmus ja kui vana Te sündmuse ajal olite.

.....

.....

.....

LISA 5. Ärevustundlikkuse indeks

Allpool on esitatud mõned mõtted, arvamused või tunded, mis võivad Teil olla ärevuse võimalike negatiivsete tagajärgede kohta. Palun hinnake 0-st kuni 4-ni kuivõrd alljärgnevad väited Teie kohta kehtivad ning märkige see ristiga vastavasse lahtrisse:

0 – väga vähe; 1 – vähe; 2 – mõõdukalt; 3 – palju; 4 – väga palju

	0	1	2	3	4
1. On oluline, et ma oma närvilisust välja ei näitaks.					
2. Kui ma ei suuda käsilolevale asjale keskenduda, siis kardan, et see võib olla hulluksmineku tunnus.					
3. Kui ma tunnen sisemist värinat (vappumist), siis teeb see mind ärevaks.					
4. Nõrkustunne teeb mind ärevaks.					
5 On tähtis, et ma suudaksin oma emotsioone kontrollida.					
6. Südamekloppimine teeb mind ärevaks.					
7. Mul on piinlik, kui mu kõht koriseb.					
8. Iiveldustunne teeb mind ärevaks.					
9. Kui ma tunnen südamekloppimist, siis kardan, et võin saada südameataki.					
10. Õhupuudustunne teeb mind ärevaks.					
11. Kui mul on sedehyäired, kardan, et ma võin olla tõsiselt haige.					
12. Mind hirmutab kui ma ei suuda käsilolevale asjale keskenduda.					
13. Teised märkavad, kui mul tekib siseminevärin.					
14. Ebatavalised tunded kehas teevad mind ärevaks.					
15. Kui ma olen närviline, siis kardan, et see võiks olla vaimuhaigus.					
16. Närviline olek teeb mind ärevaks.					

FIBROMÜALGIAGA PATSIENTIDE ELUKVALITEET JA ENESETÕHUSUS

Käesolevaga kinnitan, et olen korrekselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Anastassia Murašina