



171709

T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KRONİK AĞRILI HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ

EREN YILMAZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ESASLARI
ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. ŞULE ECEVİT ALPAR

İSTANBUL - 2006

Çalışmamın her aşamasında büyük desteğini gördüğüm danışmanım

Sayın Doç. Dr. Şule ECEVİT ALPAR'a,

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı başkanı

Sayın Prof. Dr. Necmiye SABUNCU'ya ve öğretim elemanlarına,

Marmara Üniversitesi Algoloji Bilim Dalı Başkanı

Sayın Doç. Dr. Zeynep ETİ'ye,

Marmara Üniversitesi Göğüs-Kalp Damar ve Plastik Cerrahi Servisi Başhemşiresi

Sayın Senem Güleç'e ve mesai arkadaşlarıma,

Sevgili dostum Sayın Uzman Hemşire Fatma Başyigit Uçar'a,

Bana her zaman destek olan sevgili aileme

Hayatımın her anında yanımda olmasını dilediğim biricik aşkıma,

Ve çalışmamın ortaya çıkmasında en değerli katkıyı yapan sevgili Ceyda'ya en içten teşekkürlerimi sunarım.

II. İÇİNDEKİLER

SAYFA

I.	TEŞEKKÜR.....	I
II.	İÇİNDEKİLER.....	II
III.	KISALTMALAR.....	V
IV.	TABLolar LİSTESİ.....	VI
1.	ÖZET.....	1
2.	SUMMARY.....	2
3.	GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4.	GENEL BİLGİLER.....	4
4.1.	Ağrı.....	4
4.1.1.	Ağrı Kavramları.....	5
4.1.2.	Ağrı Algısını Etkileyen Faktörler.....	6
4.1.3.	Ağrının Sınıflandırılması.....	8
4.1.4.	Ağrının Değerlendirilmesi.....	11
4.2.	Kronik Ağrı.....	12
4.2.1.	Kronik Ağrının Kontrolü ve Tedavisi.....	19
4.3.	Yaşam Kalitesi.....	23
4.3.1.	Yaşam Kalitesinin Tarihçesi ve Tanımı.....	24
4.3.2.	Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi.....	27
4.3.2.1.	Genel Yaşam Kalitesi.....	27
4.3.2.2.	Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi.....	27
4.3.2.3.	Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi.....	28
4.4.	Kronik Ağrılı Hastalarda Yaşam Kalitesi.....	29

5.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
5.1.	Araştırmanın Şekli.....	33
5.2.	Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular.....	33
5.3.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	33
5.4.	Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	33
5.5.	Verilerin Toplanması.....	34
5.5.1.	Veri Toplama Araçları.....	34
5.6.	Araştırmanın Etik Yönü.....	45
5.7.	Verilerin Değerlendirilmesi.....	45
5.8.	Araştırmanın Sınırlılıkları.....	46
6.	BULGULAR.....	47
6.1.	Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	48
6.2.	Hastaların Ağrıya İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	51
6.3.	Hastaların Demografik Özelliklerinin Yaşam Kalitesi İle Karşılaştırılması.....	58
6.4.	Hastaların Ağrıya İlişkin Özelliklerinin Yaşam Kalitesi İle Karşılaştırılması.....	71
7.	TARTIŞMA.....	85
7.1.	Hastaların Demografik Özelliklerinin Tartışılması.....	86
7.2.	Hastaların Ağrıya İlişkin Özelliklerinin Tartışılması.....	91
7.3.	Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesinin Tartışılması.....	100
7.4.	Hastaların Ağrıya İlişkin Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesinin Tartışılması.....	106
8.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	114
9.	EKLER.....	121

10.	ETİK KURUL ONAYI.....	131
11.	KAYNAKLAR.....	132
12.	ÖZGEÇMİŞ.....	141



III. KISALTMALAR

AIDS	: Kazanılmış Bağışıklık Eksikliği Sendromu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GAS	: Görsel Analog Skalası
IASP	: (International Association for the Study of Pain) Uluslar arası Ağrı Araştırma Birliği
ICD	: Uluslar arası Hastalık Sınıflaması
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MAP	: (Multi-axial Assesment of Pain) Ağrının Çok Eksenli Değerlendirilmesi
SIP	: (Sicknees Impact Profile) Hastalık Etki Profili
SF-36	: (The Mos 36 Item Short Form Health Survey) Yaşam Kalitesi Ölçeği
SSS	: Santral Sinir Sistemi
QOLI	: Kronik Mental Hastalığı Olanlarda Hastalığı Değerlendirmek İçin Kullanılan Yaşam Kalitesi Ölçeği
WHOQOL	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği
GKÖ	: Görsel Kıyaslama Ölçeği

IV. TABLOLAR LİSTESİ

SAYFA

Tablo 1. Fiziksel Fonksiyon Başlıkları Ve Puanlaması	37
Tablo 2. Sosyal Fonksiyon Başlıkları Ve Puanlaması	37
Tablo 3. Fiziksel İşlev (Rol) Başlıkları Ve Puanlaması	38
Tablo 4. Mental İşlev (Rol) Başlıkları Ve Puanlaması	38
Tablo 5. Mental Sağlık Başlıkları Ve Puanlaması	39
Tablo 6. Enerji (Zindelik)/Yorgunluk Başlıkları Ve Puanlaması.....	39
Tablo 7. Ağrı Başlıkları Ve Puanlaması	40
Tablo 8. Genel Sağlık Anlayışı Başlıkları Ve Puanlaması	41
Tablo 9. Geçen Yıl Süresince Sağlıktaki Değişmeler ve Puanlaması.....	41
Tablo 10. Yeniden Kodlanmış Değerlerin Kaydedilmesinden Sonra SF 36'nın Her Bir Alt Başlığının Son Puanlaması Ve Değerlendirilmesi	42
Tablo 11. SF 36'nın Alt Ölçeklerinin Puanlanmasının Anlamı	43
Tablo 12. Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	48-49
Tablo 13. Hastaların Ağrıya İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	51-52-53
Tablo 14. VAS'a Göre Ağrı Şiddeti Dağılımı	55
Tablo 15. Cinsiyete Göre Ağrı Şiddetinin Karşılaştırılması.....	57
Tablo 16. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	58
Tablo 17. Yaşlara Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması	59
Tablo 18. Cinsiyetlere Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması	60
Tablo 19. Eğitim Durumuna Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması	61
Tablo 20. Çalışma Durumuna Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması	63
Tablo 21. Çalışma Düzenine Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması	64
Tablo 22. Sosyal Güvence Durumuna Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması	65

Tablo 23. Gelir-Gider Durumuna Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması	66
Tablo 24. Medeni Duruma Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması	66
Tablo 25. Çocuk Varlığına Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması	67
Tablo 26. Çocuk Sayısı Durumuna Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması.....	68
Tablo 27. Yaşanılan Yere Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması	68
Tablo 28. Aile Tipine Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması	69
Tablo 29. Dindar Olarak Tanımlayıp-Tanımlamamaya Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması	70
Tablo 30. Ağrı Süresine Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması	71
Tablo 31. Baş Bölgesi İle Diğer Ağrı Bölgelerinin Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması.....	72
Tablo 32. Bel Bölgesi İle Diğer Ağrı Bölgelerinin Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması	73
Tablo 33. Baş İle Bel Bölgesi Ağrısının Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması.....	74
Tablo 34. Daha Önce Görülen Ağrı Tedavisine Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması	75
Tablo 35. Radyoterapi ve Kemoterapinin Yaşam Kalitesi İle Korelasyonu.....	76
Tablo 36. VAS Ağrı Skoruna Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması	77
Tablo 37. Ağrı Şiddeti Tanımına Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması	79
Tablo 38. Ağrılı Dönemde Eşlik Eden Bulgu Varlığına Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması	81
Tablo 39. Eşlik Eden Başka Bulgulardan Uykusuzluğa Göre Yaşam Kalitesi Korelasyonu.....	82
Tablo 40. Tıbbi Tanıya Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması	82
Tablo 41. Başka Bir Hastalığın Varlığına Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması....	84

1. ÖZET

Bu araştırma, kronik ağrısı olan hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

Araştırmanın örneklemini, Marmara Üniversitesi Hastanesi Algoloji Polikliniği'ne 15 Aralık 2004 ile 15 Nisan 2005 tarihleri arasında kronik ağrı nedeniyle başvuran 160 hasta oluşturdu.

Verilerin toplanmasında hasta bilgi formu ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Mos 36 Item Short Form Health Survey - SF 36-) kullanıldı.

Elde edilen veriler yüzdelik, ortalama, standart sapma, Oneway Anova, Tukey HDS testi kullanılarak değerlendirildi. İki grup arasındaki karşılaştırmalar ise Student t Testi ile yapıldı.

Çalışmamızın sonucunda; 65 yaş ve üzeri olguların fonksiyonel durum puanları diğer yaş gruplarına göre ileri derecede anlamlı olarak düşük bulundu ($p<0,01$). Cinsiyetlere göre yaşam kalitesi anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$), eğitim seviyesi arttıkça fonksiyonel durum puanı ileri derecede anlamlı ($p<0,01$), global yaşam doyumu puanı ise ($p<0,05$) anlamlı olarak yüksek bulundu. Memurların, emeklilere ve ev hanımlarına göre ($p<0,01$), tam gün çalışanların çalışmayanlara göre fonksiyonel durum puanları ileri derecede anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,01$). Ağrı süresi 3 ay-1 yıl olanlar ile ağrısını şiddetli ve dayanılmaz olarak tanımlayanların fonksiyonel durum puanları ileri derecede anlamlı olarak düşük bulundu ($p<0,01$). GKÖ ile fonksiyonel durum puanı arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı negatif korelasyon bulunurken ($r: -0,276$; $p<0,01$), ağrılı dönemde ağrıya eşlik eden başka bulguların varlığında fonksiyonel durum puanları düşük bulundu ($p<0,05$). Özellikle uykusuzluk bulgusu olanların fonksiyonel durum ve global yaşam doyumu puanları negatif korelasyon gösterdi ve ileri derecede anlamlı bulundu ($p<0,01$). Bununla beraber, ağrı bölgelerinden bel bölgesi ağrısı olanların fonksiyonel durum puanları, baş bölgesi ağrısı olanlara göre ileri derecede anlamlı olarak düşük bulundu ($p<0,01$). Çalışmamızda kronik ağrı hastalarında yaşam kalitesi alanlarından en çok fonksiyonel durumun etkilendiği saptandı.

2. SUMMARY

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC PAIN

This research has been conducted for descriptive purposes, namely to establish the quality of life and its determining factors regarding the patients suffering from chronic pain.

In this study a total of 160 patients were selected from those applied to algology outpatient clinic of Marmara University Hospital with chronic pain complaints between December 15, 2004 and April 15, 2005. Relevant data was obtained from a preformed patient questionnaire and Quality of Life Inventory (The Mos 36 Item Short Form Health Survey – SF 36-). Percentage, arithmetic mean, standard deviation, Oneway Anova and Tukey HSD test were used to analyze these data. And Student's T Test was utilized to compare two groups of patients.

Results of our study pointed out that functional status scores of patients above 65 years of age were significantly lower than other age groups ($p<0,01$). No significant difference in quality of life was noted according to the gender ($p>0,05$), whereas with increasing level of education functional status scores and global life satisfaction scores were found to be significantly higher ($p<0,01$ and $p<0,05$, respectively). Functional status scores of civil servants were compared to those of old age pensioners and housewives and found to be significantly higher ($p<0,01$); comparison of full-time workers with unemployees yielded same result ($p<0,01$). Functional status scores of subjects with a pain duration of 3 months to 1 year ($p<0,01$) and those subjects describing the nature of their pain as unbearable and vigorous ($p<0,01$), were noted to be significantly lower. A negative correlation was calculated between GKÖ and functional status score ($r: -0,276$; $p<0,01$), and in the presence of additional symptoms during the pain attack, functional status scores dropped ($p<0,05$). Especially subjects complaining from insomnia showed a negative correlation regarding their functional status scores and global life satisfaction scores, again with significant importance ($p<0,01$). Nevertheless, functional status scores of those subjects having a low back pain were found to be significantly lower than those of patients suffering from headache ($p<0,01$). Our study concluded that functional status is the most commonly affected aspect of quality of life in patients suffering from chronic pain.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Ağrının tarihçesi insanoğlu ile başlar (75). İnsanoğlunun düşünmeye başlaması ile kafasını kurcalayan temel sorunların başında ağrı gelmekteydi ve belki de ağrının kesilmesi, hastaların doktorlardan ilk talebi olmuştur (52,75).

İlk çağlardan günümüze dek süren ağrı, ağrı nörofizyolojisi ve ağrı tedavi yöntemleri ile ilgili uğraşlar günümüzde de büyük bir ivme kazanarak sürmekte ve her geçen gün bilim adamlarının daha fazla ilgisini çekmektedir (52,83).

Hemşireliğin ve tıbbın temel amaçlarından biri de insan yaşamının kalitesini yükseltmektir. Çeşitli hastalıklar insanı fizyolojik ve psikolojik yönden olumsuz etkilemekte ve yaşamını çekilmez hale getirmektedir. Ağrı işte bu semptomlardan biridir (83).

Her yıl dünyada milyonlarca insan cerrahi girişim, trafik kazası veya değişik travmalar nedeniyle ve çeşitli hastalıklara bağlı olarak ağrı yakınmaları ile hastanelere başvurmaktadır (59).

Kronik ağrı, sıkça, 3 aydan uzun süren ve olağan iyileşme sürecinden sonra devam eden ağrı olarak tanımlanmaktadır (47,51,89).

Ağrısız yaşamak mümkün değildir (87). Her ne kadar ağrı fiziksel bir durum olsa da ağrının yaşam kalitesinin tüm boyutları üzerine etkili olduğu bilinmektedir (61). Bu nedenle ağrı tedavisinde amaç; insanların ağrıyı hissetmesini tamamen engellemek değil, ağrıyı hastanın günlük aktivitelerini ve hayatını sağlayabileceğine inandığı seviyeye düşürerek, ağrının yaşam kalitesini bozmasını engellemektir (87).

Bu nedenlerle araştırmamız, kronik ağrısı olan hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmanın varsayımları;

- Kronik ağrısı olan bireylerin yaşam kalitesi düşüktür,
- Kronik ağrılı yaşlı bireylerin yaşam kalitesi, genç bireylerden daha düşüktür,
- Bireylerin eğitim seviyesi yükseldikçe yaşam kalitesi de yükselir,
- Kronik malign ağrısı olanların yaşam kalitesi, nonmalign ağrısı olanlardan daha düşüktür.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. AĞRI

Tıbbın en sık karşılaştığı yakınma olan ağrı, hoş olmayan bir uyarandan kaynaklanan, duygusal ve algısal süreçlerin birlikte bulunduğu bir yaşantıdır (13, <http://med.cu.edu.tr/anestezi/galenos> Erişim 29.11.2004).

Latince “poenos” ceza, intikam, işkence sözcüğünden gelmekte olan ağrı (pain); hastalık, bedensel yaralanma veya organik bozukluğa bağlı rahatsızlık verici bir duygu olarak tanımlanır (<http://med.cu.edu.tr/anestezi/galenos> Erişim 29.11.2004).

IASP (International Association for the Study of Pain) tarafından yapılan tanımlamaya göre ağrı; “vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, gerçek veya olası bir doku hasarı ile bulunan, hastanın geçmişteki deneyimleriyle ilgili, duysal affektif, hoş olmayan bir duyudur.” Bu tanıma göre ağrı, bir duyum ve hoş gitmeyen yapıda olduğundan her zaman öznelidir (13,51).

McCaffery (86) ise ağrıyı “ağrı, ağrıyı yaşayan kişi ne diyorsa odur ve her ne zaman ağrıyı yaşayan kişi var olduğunu söylüyorsa vardır” diye tanımlamaktadır.

İnsanoğlu var olalıdan beri ağrı çekmektedir ve ağrıyı anlamak ve gidermek için din, felsefe ve tıp dahil birçok yaklaşımı denemiştir ve bir dönem insanlar ağrının tanrıların bir gazabı olduğuna inanmıştır. Bu nedenle inançlarını artırmaya, gerektiğinde insan bile kurban etmeye, büyü yapmaya ve dinsel inançlarıyla ağrılarını dindirmeye çalışmışlardır (82,95). Prehistorik dönemde insan, ağrı ve acılarını dindirmek için bazı içgüdüsel davranışlarda bulunmuştur. Örneğin; ağrıyan, yaralanan organlarını dere ya da göllerin soğuk sularına daldırılmış, ya da güneşte kızdırılmış taş parçalarını ağırlı bölgelerin üzerine bastırarak ağrısını dindirmeye çalışmışlardır (95).

Avrupa’nın birçok ülkesinde ve İran’da yapılan kazılarda prehistorik dönemlere ait trepanasyonlara rastlanmaktadır. Günümüzde bile İran’da yaşayan Bahtiyari aşiretinde baş ağrılarını gidermek için trepanasyon uygulandığı bilinmektedir (95).

Antik Çağ’da bile, hekimin vazifesinin yalnız hastasına sağlığını kazandırmak değil, aynı zamanda ağrılarını dindirmek olduğu konusu üzerinde durulmuştur (101).

Hippokrat da, hastasının tamamen iyileşmesi yanı sıra şiddetli olan ağrılarını dindirmekle de görevli olduğundan bahsetmektedir. Buna karşılık Francis Bacon ya

pozitif bilimlerin imkanları ile insan vücudunda olup bitenleri anlayarak insan hayatını uzatmanın imkanlarını, ya da ümitsiz durumda olup ağrı çekenlerin ızdıraplarına son vermeyi yani ağırlı bir yaşam sürmektense ötenaziyi son çare olarak gören ilk düşünürlerden olmuştur (101).

Hemen hemen tüm insanların yaşamlarının değişik dönemlerinde deneyimledikleri ağrı, acil dikkat gerektiren, hastayı bunaltan, davranış ve düşüncelerini bozan, bir yandan da hastayı ağrıyı durdurmayı amaçlayan aktivitelerin yapılmasına yönelten, davranışsal tepkilere ve otonomik değişikliklere neden olan karmaşık algılamalarla ilgili bir deneyimdir (102).

Ağrı çok boyutlu bir deneyimdir. Nörofizyolojik, biyokimyasal, psikolojik, etnokültürel, dinsel, bilişsel, ruhsal ve çevresel bir durumdur (95). Ağrı sadece basit bir his değil fiziksel ve duygusal unsurları olan karmaşık bir olgu ve tamamen öznel bir deneyim olduğundan bir kişinin ne kadar ağrı çektiğini gösterecek nesnel bir ölçü yoktur (82). Bu nedenle sınıflaması oldukça karmaşık, tedavisi ise en kötü olasılıkla imkansız, en iyi olasılıkla ise zordur (95).

Ağrı, günlük klinik uygulamada en çok karşılaşılan semptomlardan biridir. Birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastaların %40'ının temel yakınmalarından birinin ağrı olduğu bildirilmiştir (13,82,109).

Son 25-30 yıldır sağlık personelinin ağrı kontrolüne önem vermesiyle birlikte multidisipliner ağrı klinikleri kurulmuş, 1974 yılında Uluslararası Ağrı Araştırma Örgütü kurulmuş ve ağrı yönetimini konu alan yayınlar artmıştır. DSÖ kanser ağrısının giderilmesine öncelik vermiştir (83).

Dünyada bu gelişmeler olurken ülkemizde ilk ağrı dergisi 1989 yılında yayınlanmış ve ilk ağrı kliniği de 1990 yılında kurulmuştur (83).

4.1.1. AĞRI KAVRAMLARI

Ağrı algısını ve ağrıya karşı oluşan tepkileri açıklamak amacıyla en sık kullanılan ağrı kavramları arasında ağrı eşiği, ağrı toleransı ve ağrı davranışı yer almaktadır (57).

Ağrı Eşiği; bireyin uyarılabildiği en düşük uyaran şiddetidir ya da diğer bir tanımla, verilen bir uyarının ağrı oluşturduğu andır. İnsanın kültürel özellikleri, yaşam biçimi, bulunduğu çevre, eğitim, cinsiyet, dini inançları gibi bir çok etken ağrı eşiğinin

oluşmasında bir etkindir. O yüzden de insanlar ağrıyı farklı olarak algılarlar (<http://www.ailem.com/template/library/> Erişim 29.11.2004). Uykusuzluk, yorgunluk, bitkinlik, anksiyete, korku, depresyon, içe dönüklük, sosyal izolasyon ağrı eşiğini azaltırken; uyku, dinlenme, sempati, dışa dönüklük, analjezik ve antidepresanlar ağrı eşiğini yükseltmektedir (13,57).

Ağrı Toleransı; bireyin ağrılı uyarının durdurulmasını istediği en düşük ağrı şiddetidir. Uzun süren ve tekrarlayan ağrılarda ağrı toleransı azalır. Aynı zamanda kültürel yapı, yaş, cinsiyet, kişilik yapısı, önceki ağrı deneyimleri, şu anki ağrıya neden olan durumun birey için anlam ve önemi ağrı toleransı üzerinde etkili olmaktadır (57).

Ağrı Davranışı; hastaların ağrıya verdikleri önem, ağrıyı yorumlama biçimleri ve ağrıya tepki olarak ortaya koydukları davranışlar, daha önceki deneyim ve kişilikleri ile yakından ilişkilidir (<http://med.cu.edu.tr/anestezi/galenos/> Erişim 29.11.2004). Ağrıya neden olan durumların bazı tutarlı davranış kalıpları ile kendini gösterdiği kabul edilir. Örneğin; kronik bel ağrısı olan hastaların suratını buruşturma, hareket sırasında temkinli davranma, ağrıyan yerlerini ovalama ve kendilerini gözlemleme eğiliminde oldukları belirtilmektedir. Ağrı çeken kişilerin diğer insanlarla iletişim kurmasını sağlayan bu sinyaller oldukça önemlidir ve ağrı davranışı olarak adlandırılmaktadır (57).

Sağlık bakım ekibi üyelerinin ve özellikle de hasta ile uzun süreli birlikte olan hemşirelerin; bireylerin yaklaşık %98-99'unun aynı duyuşsal ağrı eşiğine sahip olduklarını, ancak birçok durumun ağrı algılama eşiği ve ağrı toleransı üzerinde etkili olduğunu, ağrı davranışının ise yüz ifadesi, vücut pozisyonu ve ağrıyı açıklamak için kullanılan sözcükler ile belirlendiğini bilmeleri ve ağrılı hastanın bakımında bu özellikleri göz önünde bulundurmaları gerekmektedir (57). Bununla birlikte sürekli ağrının konuşulmasına ya da azaltılmasına yönelik girişimler, ağrı duyusunu ve ağrı davranışını artırabilmektedir (<http://med.cu.edu.tr/anestezi/galenos/> Erişim 29.11.2004).

4.1.2. AĞRI ALGISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Tüm insanların kültürel geçmişlerine diğer bireysel özelliklerine bakılmaksızın aynı tip duyuşsal ağrı eşiğine sahip olduğu, ancak yaş, cinsiyet, kültürel yapı, önceki ağrı deneyimi, ağrıyı oluşturan durumun anlam ve öneminin ağrı algılama eşiğinde, ağrı tolerans düzeyinde ve ağrıya yönelik fizyolojik davranışsal tepkilerde güçlü bir etkiye

sahip olduğu bilinmektedir. Bu nedenle de her hastanın bu özellikleri göz önüne alınarak ayrı ayrı değerlendirilmesi gerekmektedir (57).

Yaş: Ağrı her yaşta deneyimlenebilir. Ancak yaşlara göre ağrıya verilen tepkiler değişmektedir (57). Yaşlılık döneminde ağrı yakınmaları çok önemli bir sorun olmasına karşın, birçok ağrılı şikayetler erken yetişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Bilimsel araştırmalar, toplum içinde yaşayan yaşlılarda %25-50 oranında ciddi ağrı sorunu yaşandığını fakat ağrı yakınmalarının yaş ile ters orantılı olduğunu ileri sürmektedir (<http://www.bizlergenciz.com/> Erişim 30.11.2004). Ağrının 18-80 yaşları arasında üç kat arttığı gösterilmişse de, yapılan çalışmalarda ağrının eklemler hariç diğer tüm bölgelerde yaşa bağlı bir azalma gösterdiğini ortaya koymuştur. (19, <http://www.bizlergenciz.com/> Erişim 30.11.2004). Eti Aslan'ın (60) postoperatif ağrının bireysel özelliklerle ilişkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında yaş ilerledikçe ağrı toleransının arttığı, ağrı bildiriminin ise azaldığını bildirmektedir.

Cinsiyet: Epidemiyolojik, psikofiziksel ve prevalansla ilgili çalışmalar ağrının kadınlarda daha fazla ve daha değişken olduğunu göstermektedir. Kadınlarda erkeklere oranla şiddetli, sık aralıklı ve uzun süreli ağrılı şikayetleri daha sık görülmektedir (100). Türkiye'de yetişkinlerin ağrı prevalansı üzerine yapılan bir çalışmada da kadınların daha fazla ağrı çektikleri belirlenmiştir (17). Ağrıda cinsiyet farkının genetik, psikolojik, nöral, hormonal, anatomik faktörlerle ve yaşam tarzı ile ilgili olduğu ve kültürel farklardan doğduğu belirtilmektedir (100).

Geçmiş Deneyimler: Kadın ve erkeğin toplumda kendilerinden beklenen farklı sosyal rolleri vardır ve kadın ve erkek yaşamları boyunca farklı ağrı deneyimlerine sahiptir (<http://www.bizlergenciz.com/> Erişim 30.11.2004). Geçirilmiş deneyimler ve o anki ağrıya neden olan durumun birey için anlam ve önemi ağrı algısı üzerinde son derece etkili olmaktadır. Eğer bireyin önceki deneyimleri olumsuz ise, ağrı beklenen bir durum olacak, anksiyete artacak ve anksiyetenin neden olduğu kas gerginliği mevcut ağrının şiddetini artırarak hastanın daha fazla ağrı deneyimlemesine neden olacaktır (60).

Kültür: İnsanlar yetiştikleri toplumun değer, yargı ve tutumlarına göre nasıl hasta olunacağını ve hasta rolünü öğrenmektedirler. Kültürel yapı ağrı algılama eşiğinde ve ağrı tolerans düzeyinde güçlü bir etkiye sahiptir. Kültürel etkenlerin, kişilerin ağrıyı algılaması, analjezik istemesi ve geleceğe bakış üzerindeki etkilerini inceleyen bir

çalışmada; İtalyanların hemen ağrının geçmesini istediği, Yahudilerin geleceğe yönelik kuşkulu ve sorgulayıcı oldukları, ağrıları geçse bile ağrıdan yakınma eğilimleri olduğu, Amerikalıların duygusal tepki vermemeye çalıştıkları, ağrı sürdüğünde sosyal izolasyon gösterdikleri, İrlandalıların ise kadenci tutum takındıkları belirlenmiştir (57).

Ağrıyı Oluşturan Durumun Anlam ve Önemi: Ağrısının hemen azalacağına ve kısa sürede iyileşeceğine inanan bir birey, kanserde olduğu gibi yaşamı boyunca ağrı duyacağını bilen bireyden farklı tepki verme eğilimindedir. Ayrıca ağrının şiddetinin ve kalitesinin algılanması, ortaya çıktığı durumlara göre de değişiklik gösterir. İkinci Dünya Savaşı'nda yaralanan askerlerle yapılan bir çalışmada, ağır yaralananların %25'inin ağrıdan yakındığı ve analjezik istedikleri saptanmıştır. Doku hasarı askerlerinkine benzeyen, cerrahi girişim geçirmiş sivil erkeklerde ise ağrı nedeniyle analjezik isteme oranı %80 olarak bulunmuştur (57).

4.1.3. AĞRININ SINIFLANDIRILMASI

Sınıflama sistemleri, gerçeğin karmaşık elemanlarını mantıklı başlıklar halinde toplamaya çalışan araçlardır (95).

Kronik ağrı oluşumunda organik, psikolojik ve çevresel faktörler rol alırlar. Ağrının incelenebilmesi, kaynağının belirlenebilmesi ve doğru tedavi planının yapılması için sınıflandırılması gereklidir. Doktorların farklı terminoloji ve farklı dil kullanması nedeniyle ortak bir ağrı sınıflandırması oldukça güçtür. Pek çok ağrı sınıflaması mevcuttur. Ağrının sınıflandırılması ihtiyacı, 1979'da Bonica tarafından vurgulanmıştır. Ağrının sınıflandırılmasının tüm zamanlar için geçerli olacağı ve yeni bilgilerle değişmeyeceği anlamına gelmediğini, böyle bir sınıflamanın geliştirilebilme şartıyla herkes tarafından kullanılacağını bildirmiştir. Farklı branşlardan uzmanların, kendi tedavi ettikleri durumları gruplayabilmesi amacıyla sınıflandırma ihtiyacı doğmuştur. Bu sayede, kendi verilerini düzenleyip farklı hastalık ya da sendromları tanımları, deneyim ve gözlemlerini diğerlerinininkilerle karşılaştırmalarının mümkün olacağı düşünülmüştür (95).

DSÖ'nün Uluslararası Hastalık Sınıflamasında (ICD) ağrı bölümü karmaşık ve kronik ağrı için ise yetersiz kalmaktadır. Ağrının sınıflandırılması için evrensel bir sistem henüz yoktur. ICD sisteminin de ötesinde bir sınıflamaya ihtiyaç vardır (95).

IASP'nin taksonomi alt komitesi; kronik ağrılı gövde bölümlerini, etkilenen sistemleri, ağrının özelliklerini ve tipini, süresini, şiddetini ve etiyolojiyi de kapsayan beş eksenli ilk multiaksiyal sistemi oluşturmuştur. IASP'nin ağrı ve ağrıyla ilgili diğer durumlara ilişkin tanımlamaları genel tıp çevrelerinde kabul görmüşse de kodlama sistemi sık kullanılmamaktadır ve revize edilmesi gereken, başlangıç için çatı oluşturan bir sistem olarak değerlendirilmektedir (95).

Beş eksenli kronik ağrı sınıflamasına göre eksenler:

1. Tutulum bölgesi,
2. Tutulan sistem,
3. Ağrının temporal özellikleri,
4. Hastanın ağrı şiddet tanımı ve ağrı süresi,
5. Etiyoloji olarak sınıflandırılmaktadır.

Psikologlar, kronik ağrılı hastaya verilen klinik hizmette önemli rol oynamaktadırlar. Onların işin içine karışması; bilişsel, affektif katılımları ve ağrı ile ilgili algılama ve bildirim katılımlarını da varsaymaktadır. Bir sınıflama sistemi olan Ağrının Çok Eksenli Değerlendirilmesi (MAP=Multi-axial assessment of pain)'nde kronik ağrılı hastalar üç alt gruba ayrılmaktadırlar ve bunlar: 1. Disfonksiyonel, 2. İlişkilerde sorunlu, 3. Adapte olabilenler olarak belirtilmektedir. MAP sistemi, güvenilir ve dışsal geçerliliği olan bir sistem olarak görülmektedir (95).

Ağrıyı değişik parametrelere göre sınıflamak mümkündür. Ağrının sınıflandırılması, ağrıya yaklaşımda önemli noktalardan birisi olmaktadır (51). Ancak, ağrı çok boyutlu bir deneyimdir; nörofizyolojik, biyokimyasal, psikolojik, etnokültürel, dinsel, bilişsel, ruhsal, çevresel ve subjektif bir durumdur. Bu nedenle olağan sınıflamalara uymaz ve sınıflaması oldukça karmaşıktır (47,95).

En sık kullanılan Tıbbi Ağrı Sınıflaması (47,95):

1. Nörofizyolojik mekanizmalar

- a. Nosiseptif
- b. Somatik
- c. Visseral
- d. Nöropatik (nonnosiseptif)
 - i. Nöropatik
 - ii. Merkezi
 - iii. Periferik
- e. Psikojenik

2. Süreye bağlı

- a. Akut
- b. Kronik

3. Etiyolojik

- a. Kanser ağrısı
- b. Postherpetik nevralji
- c. Orak hücre anemisine bağlı ağrı
- d. Artrit ağrısı

4. Bölgesel ağrı

- a. Baş ağrısı
- b. Yüz ağrısı
- c. Bel ağrısı
- d. Pelvik ağrı

4.1.4. AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ

İnsan yaşamında çok fazla olumsuz etkileri olan ağrının ortak bir dil kullanılarak ölçülebilmesi; ağrının ve uygulanan ağrı giderme yöntemlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi açısından önemlidir. Bu nedenle ağrı yönetiminde ilk ve en önemli adım ağrının değerlendirilmesidir (58).

Ağrının öznelliği ve bireyselliği nedeniyle, son yıllarda ağrı değerlendirmesinde kullanılacak en güvenilir ölçeğin belirlenmesine ilişkin birçok çalışma yapılmasına karşın, henüz sorunu çözebilecek bir ölçeğin varlığından söz edilememekle birlikte bir çok yöntem bu amaç için kullanılmaktadır (51,58,83).

Ağrı ölçümü hekim, hemşire, hasta veya hepsi tarafından yapılmakla birlikte bazen ölçümlerin yapılmasını çeşitli sınırlayıcı faktörler güçleştirebilmektedir. Bunlara göre; ağrı subjektiftir, ağrı çok boyutlu bir deneyimdir, ağrının özellikleri incelenen hasta grubuna göre değişebilir, ağrı subjektif yöntemlere dayanılarak ölçüldüğünden diğer subjektif olaylarda karşılaşılan güçlüklerle sahiptir (88,102).

Ağrı değerlendirilmesinde güçlük sadece aynı hasta için değil, başka hastaların farklı deneyimleri, cins, yaş, etnik geçmiş nedeni ile farklı değerlendirilmelere varılmasına neden olmaktadır. Bundan dolayı kişiler arasında ağrı kalitesinin değerlendirilmesinde standarda varmak olası olamamaktadır. Ağrının yeri, ağrı örneği, ağrının süresi, hastaların verdikleri bilgilerde farklılıklar gösterebileceği gibi, bu farklılıklar, hastanın depresyonuna da katkıda bulunabilmektedir (2,69).

Ağrıyı en doğru olarak onu deneyimleyen birey tanımlayabilir ve en kolay değerlendirme yolu hastaya ağrısının olup olmadığını sormaktır. Ancak, sadece ağrının “var” ya da “yok” olması değerlendirme için yeterli olmamaktadır (61,51,52).

Ağrının tanılanması bireyin yaş, sosyoekonomik durum, fizyolojik ve emosyonel öyküsüne bakılmaksızın sistematik ve geçerli bir araç ile yapılmalıdır. Sistematik ve geçerli bir araçta; P= Provake edici faktörler, Q= Quality (niteliği), R= Rejyonu ve yayılımı, S= Severity (şiddeti), T= Time (başlangıcı, süre, sıklığı ve ritmi) yer almalıdır. Ayrıca ağrının günlük yaşam aktivitesine etkisi, dinlenme ve hareket anındaki ağrı şiddeti, medikasyon ve hastanın tedaviye yanıtını, ağrıyla baş etme, ağrının anlamı, ağrının hasta üzerinde yaptığı psikososyal ve spiritual etkiler, kültür, dil, etnik ve

ekonomik nedenler gibi durumsal faktörler, hasta inançlarını ve tercihlerini kapsamalıdır (45).

Ağrının ölçümünde kullanılan geçerlilik ve güvenilirliği saptanmış uluslararası bazı ölçekler; sözel kategori ölçekleri, sayısal ölçekler, görsel kıyaslama ölçeği, Burford Ağrı Termometresi gibi tek boyutlu, bazıları ise McGill Ağrı Soru Formu, Dartmouth Ağrı Soru Formu ve West Haven Yale Soru Formu, Kısa Ağrı Formu, Memorial Ağrı Değerlendirme Kartı, Davranış Modelleri, Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi, Ağrı Algılama Profili ile Davranış Modelleri gibi çok boyutludur (41,45,69,83).

Bu ölçekler ile ağrı mümkün olduğu kadar objektif olarak değerlendirilebilmesine rağmen, araştırma sonuçlarına göre hastaların büyük çoğunluğu hala ağrı yaşamaktadır (45).

4.2. KRONİK AĞRI

Her yıl dünyada milyonlarca insan cerrahi girişim, trafik kazası veya değişik travmalar nedeniyle ve çeşitli hastalıklara bağlı olarak ağrı yakınmaları ile hastanelere başvurmaktadır. Buna karşın, alınan önlemlerin ise son derece yetersiz olduğu ve hastaların büyük kısmının ağrısının geçirilemediği bilinmektedir (59).

Nosisepsiyon terimi, noci (zarar, yara)'den gelme olup travmatik veya ağrılı uyaranlara nöral yanıtı belirlemektedir. Tüm nosisepsiyonlar ağrıyı oluşturur, fakat tüm ağrılar nosisepsiyon sonucu değildir. Travmatik veya ağrılı uyaranlar (noksiyus stimulus) olmasa da bazı hastalar ağrıdan yakınmaktadır (89).

Klinik ağrı, süresine göre ağrı sınıflandırmasına göre akut ve kronik ağrı olmak üzere iki başlıkta incelenmektedir:

Akut Ağrı: Primer olarak nosisepsiyona bağlıdır (89). Ani başlar ve hastanın hekime başvurması için uyarı işlevi görür. Ani olarak doku hasarı, hastalık veya kas ya da visseranın (iç organlar) anormal fonksiyonu ile başlayan, neden olduğu lezyon ile arasında, yer, zaman ve şiddet açısından yakın ilişkisinin olduğu, yara iyileşmesi sürecince giderek azalan ve kaybolan bir ağrı şeklidir (13,41,51,82,89). Duyusal, algısal ve emosyonel deneyimlere verilen otonomik, psikolojik, emosyonel ve davranışsal yanıtları içermektedir. Organizmayı korumaya, hasarı lokalize etmeye ve

sınırlandırmaya yaramaktadır (89). Akut ağrı bir sendrom, bir hastalık değil bir semptomdur (51).

Kronik Ağrı: Nosisepsiyona bağlı olabilir, ancak, psikolojik, davranışsal ve çevresel faktörler önemli rol oynamaktadır (13,89). Akut ağrılı hastalığın olağan seyrinden veya bir yaralanmanın iyileşme süresinden çok daha uzun; aylar, hatta yıllar boyu, aralıklarla devam eden ağrıdır (13,41,51,82,36).

Kronik ağrı, sıkça, 3 aydan uzun süren ve olağan iyileşme sürecinden sonra devam eden ağrı olarak tanımlanır (47,51,89).

Kronik ağrılı hastalarda nöroendokrin stres yanıt hiç olmaz ya da çok hafif olur. Ancak uyku düzensizliği ve affektif bozukluklar çarpıcıdır. Kronik ağrı nosiseptif, nöropatik veya her ikisi birden olabilir. Nöropatik ağrı spontan olabilir, yanıcı tiptedir ve genellikle hiperpati ile birlikte. Santral sinir sisteminde (SSS) duyuusal uyarın kaybı ile (ampütasyon) “deafferentasyon ağrısı” gelişebilir. Sempatik sistem önemli rol oynuyor ise “sempatik kökenli ağrı” denmektedir (13,89).

Çok karşılaşılan kronik ağrı çeşitleri kas-iskelet sistemi bozuklukları, kronik visseral hastalıklar, periferik sinir, sinir kökleri veya arka kök ganglion lezyonları (koalji, fantom ekstremite ağrısı, postherpetik nevralkji), SSS lezyonları (inme, spinal kord hasarı, multiple skleroz) ve kanser gibi durumlarda görülmektedir. Kronik ağrı; kansere bağlı ağrı ve kanser dışı ağrılar şeklinde sınıflandırılabilir (89).

Kronik ağrı periferik, santral veya psikolojik mekanizmaların bir bütünüdür
Kronik Ağrıda Periferik-Santral ve Santral Mekanizmalar (89):

1. Primer afferent nöronda spontan olarak kendini idame ettiren nöronal aktivite (nöroma gibi),
2. Kronik sinir depresyonu ile beraber belirgin mekanosensitivite,
3. Demiyelinizasyonu takiben ağrı lifleri ile diğer lifler arasında atlama olması sonucu zedelenen yerde ağrısız uyarınların ağrı liflerini aktive etmesi,
4. Arka boynuz nöronlarında reseptif alanların fonksiyonel reorganizasyonu; öyle ki, yara sahasının çevresindeki sağlam sinirlerin yara sahasındaki herhangi bir uyarını büyütmesi veya şiddetlendirmesi ile karakterizedir,

5. Arka boynuz hücrelerinde veya talamik nukleuslarda spontan elektriksel aktivite,
6. Spinal kortta segmental inhibisyonun kalkması,
7. Normal duyuusal uyarıya bağı olan inen inhibitör etkinin kalkması,
8. Talamus veya diğ er supraspinal yapıların lezyonları olarak belirtilmektedir.

Kronik Ağrı İle Beraber Psikolojik Mekanizmalar Veya Çevre Etmenleri
(89):

1. Emosyonel etmenlerin somatik veya visseral disfonksiyonlardaki başlatıcı sebep gibi görünmesine neden olan psikofizyolojik mekanizmalar (gerilim tipi baş ağrıları gibi),
2. Öğrenilmiş veya edimsel davranıştaki ödüllendirilmiş kronik davranış kalıpları (eşin aşırı ilgisi gibi),
3. Hastanın kendisini aşırı dinlediği majör affektif bozukluklar (depresyon), şizofreni ve somatoform bozukluklar (somatizasyon-bedenselleştirme, konversiyon bozukluğu, hipokondriyazis) gibi psikiyatrik bozukluğa bağı psikopatoloji,
4. Hiçbir ağırlı uyaran olmadığı halde gerçek bir ağırı yakınmasının olabildiği saf psikojenik mekanizmalar (somatoform ağırı bozukluğu) olarak belirtilmektedir.

Çeşitli kronik ağrıları, akut ağrılarından daha farklı biçimde, endüstri toplumlarının sağık sistemlerinde tedavi maliyetlerini yükselten bir ekonomik boyut içerir hale gelmektedir. Her yıl kronik ağrıya bağı olarak 700 milyon iş günü ve 60 milyar dolar zarar meydana geldiği ve ağrının dünyaya maliyetinin kalp ve damar hastalıklarının maliyetinden çok daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir (29,51). Bu nedenle özellikle son 20 yıl içerisinde tıp, kronik ağrıyı geçmişten daha farklı bir biçimde değerlendirmekte ve başlı başına bir hastalık olarak ele almaktadır. Kronik ağrıya bağı olarak ortaya çıkan çeşitli diğ er bozukluklar kronik ağrıyı bir sendrom haline getirmektedir (51).

Kronik ağırı uzun süren ve yıkıcı etkileri olan bir stres tepkisi oluşturur ve bu tepkinin sonucunda;

- Hormonlarda anormallik,

- Libido ve seksüel aktivite azalması,
- İştahsızlık ve kilo kaybı,
- Halsizlik ve bitkinliğe bağlı olan uyku bozuklukları,
- Kabızlık,
- Psikomotor bozukluklar,
- Zihinsel performansın azalması,
- İritabilite artışı,
- Hareketliliğin azalmasına bağlı kas ağrıları, eklem bozuklukları gibi semptomlar ortaya çıkmaktadır (29,51).

Ağrı değerlendirmesi yaparken bireylerin ağrı deneyimlerini ve ağrıyı algılamalarını değiştiren etmenlerin etkilerini de dikkate almak gerekir. Hemşirelik bakımı hem ağrının önlenmesine hem de tedavisi ya da baş edilmesine yönelik olmalıdır. Bunun başarılmasında, kişilerin ağrıya karşı olan duyarlılıklarının azaltılması ve ağrı hissini şiddetlendiren etmenlerin uzaklaştırılmasını amaçlayan planlar önemlidir (82).



Şekil 1. Ağrı İle İlişkili Konuları Gösteren Döngü (Klinik Hemşirelik Uygulamaları. Ed. Ulusoy H. Lemon, Yayın No 608, s.21-32, Ankara, 1998) (82).

Ağrıyla ilgili konuları bir siklus halinde gösteren bu şekil, ağrıyı önlemek, azaltmak ve gidermek için veri toplama, plan yapma ve bakımı değerlendirme aşamalarında sağlık ekibine yarayacak bir araçtır (82).

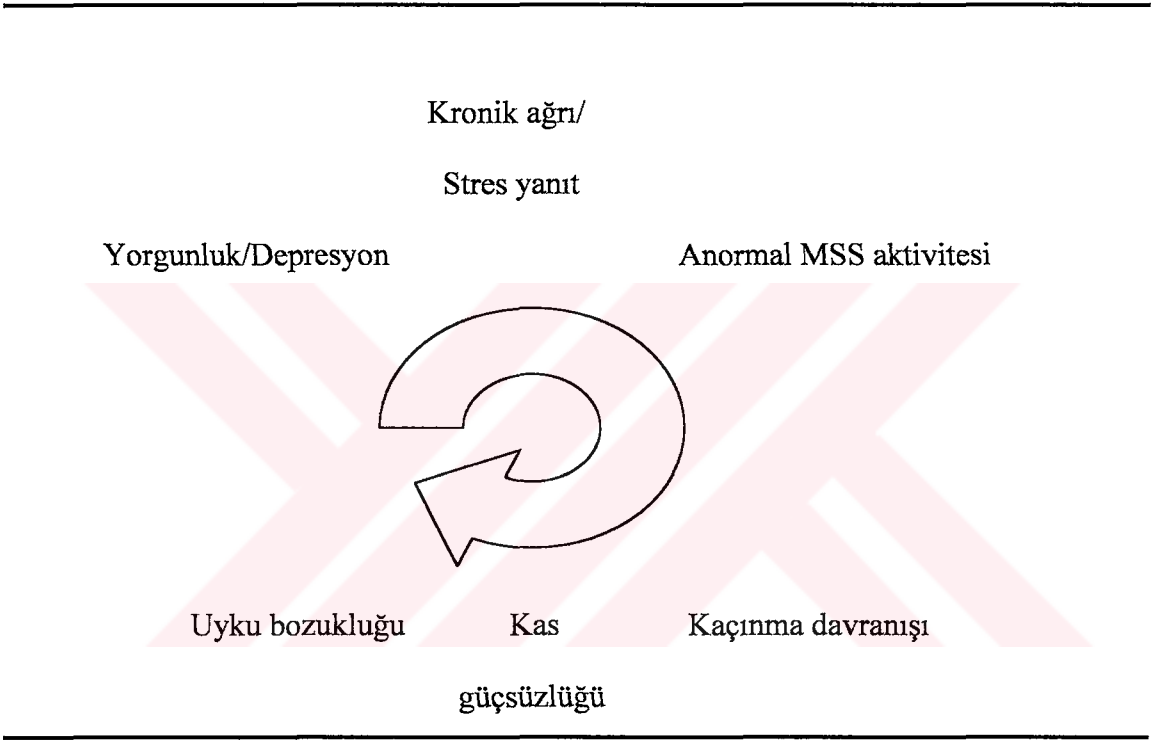
Ağrı, sonuçta başta beyin olmak üzere vücudun birçok sisteminin içine girdiği ve etkilendiği çok karmaşık bir olaydır. Kişinin günlük yaşantısını bozacak ve yoğun

sıkıntı verecek düzeyde bir bozukluktur (<http://med.cu.edu.tr/anestezi/galenos/> Erişim 29.11.2004). Ağrı çeken insanın; beyni farklı çalışır, olayları farklı algılar ve hatta yaşam biçimini değiştirir. Toplumdan uzaklaşır, etkinliklerini kısıtlar. Kronik ağrı, insanın uzun süre hareket etmemesine bağlı olarak gücünü ve etkinliğini yitirmesine yol açar. Sonucunda da insanlar yapmak istediklerini bırakırlar, amaçlarını azaltırlar. Amaçların azalması, özlemlerin kısıtlanması, yeterince üretken olamamak, beklentilerini yerine getirememek ve artık hiçbir zaman sanki eskisi gibi olamama düşüncesi hastada öfkeye, bezginliğe ve depresyona yol açar. Ağrının şiddeti çok fazla olmasa bile insanlar daha fazla ağrı çekmeye başlar, geçmişte ağrılı olmayan birçok uyarının ağrılı hale geldiği görülür. Öyle ki hasta kendini daha çok kısıtlamaya başlar ve çevreyle olan ilişkileri değişir. Ağrılı hasta kendini önce ailesinden sonra da toplumdan soyutlamaya başlar ve sonuçta tamamen bezgin, toplumdan uzaklaşmış, depresyon içerisinde yeni bir kişilik olarak karşımıza çıkar (29,90).

Kronik ağrılı hastalarda çeşitli psikiyatrik hastalıkların görülmesi, tablonun uzun süren niteliği ve psikolojik etkenlerle yakın bağlantısı dikkate alındığında beklenebilir bir durumdur. Bu psikiyatrik tablolar arasında depresif bozukluklar ve somatoform bozukluklar özellikle önem taşır (108). DSÖ tarafından yürütülen bir çalışmada, sürekli ağrıdan yakınan hastalarda psikolojik bozukluk oranının, ağrısı olmayan kişilere göre dört kat fazla olduğunu gösterilmiştir (66). Kronik ağrı hastalarında, depresyon insidansı ve prevalansı, normal nüfusa göre anlamlı oranda yüksektir. Depresyon ve kronik ağrının iki yönlü ilişkisi vardır, kronik ağrı depresyona yol açabilir ya da depresif hastalar ağrı yakınması ile karşımıza çıkabilir. Kronik ağrısı olan hastaların %30-40'ında depresif semptomatoloji, %5-10'unda majör depresyon vardır (<http://med.cu.edu.tr/anestezi/galenos/> Erişim 29.11.2004). Hitchcock ve arkadaşlarının (73) yaptığı bir çalışmada, depresyonun kronik ağrıyla ilişkili en ağır sorun olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hastaların %50'si ağrı nedeniyle yaşadıkları çaresizlik duygusunun kendilerinin intihar düşüncesine ittiğini bildirmiştir.

Utah Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden Dr. C. Richard Chapman ve Washington Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden Dr. Jonathan Gavrin sürekli olarak geçmeyen bir ağrıdan muzdarip olan bazı hastaların ağrının onları değiştirmesi nedeniyle acı çektiğini belirtmiştir (29).

Kronik ağrının patofizyolojisi ne olursa olsun, hasta üzerindeki etkisi fiziksel uyarıdan çok daha yoğundur. Kronik ağrılı hastada; anksiyete, depresyon, uykusuzluk, kognitif ve fiziksel bozukluklar gibi çok sayıda komorbid komplikasyona yol açmakta, ayrıca bunlarla ilişkili olarak ağır bir sosyoekonomik ve farmakoekonomik yük getirmektedir (12,38,97). Ayrıca, ağrı giderilmezse, kronik ağrıya bağlı stres sonucu komorbid olaylar da alevlenir. Bu nedenle, kronik ağrı kısır döngüsüyle, psikolojik sıkıntılar ve fiziksel işlev bozuklukları ortaya çıkar (Şekil 2).



Şekil 2. Kronik Ağrı Döngüsü (Wells-Federman C.L.: Care of The Patient With Cronic Pain: Part I. Clin Excel Nurse Pract, Vol.3, p.192-204, 1999) (106).

Toplam 147 çeşit ağrı bulunmaktadır. İnsanların en çok şikayet ettikleri ağrılar ise %26 ile baş ağrısı ve %14 ile bel ağrısıdır (<http://www.agritr.com/> Erişim 30.11.2004, <http://saglikplatformu.com/> Erişim 30.11.2004).

Kronik ağrılı hastaların epidemiyolojik değerlendirilmesinin yapıldığı bir çalışmada 1847 hasta değerlendirilmiş; tanılarına göre başvuran hastaların en sık %40 kansere bağlı ağrılardan yakındığı saptanırken, kanser dışı ağrılar içerisinde en sık baş ağrısı şikayetinden yakındıkları saptanmıştır (42). Bel ağrısı, endüstriyel toplumlarda hızla büyüyen, önemli bir sağlık sorunudur. Toplumun %70-85'i hayatlarının herhangi

bir döneminde bel ağrısı çekmektedir. Bel ağrısı tekrarlayan, artma ve azalmalar gösteren bir problemdir. Bel ağrıları, iş günü kaybı açısından üst solunum yolu yakınmalarından sonra ikinci sırayı almaktadır ve ABD’de ortalama 1.3 milyar gün/yıl kayba neden olmaktadır (79).

Her yıl dünyada 7.2 milyon kişi kansere yakalanmakta ve 4.9 milyon kanserli hasta yaşamını yitirmektedir (<http://www.agritr.com> 30.11.2004). Her kanser hastasının ağrı duyması kural değildir. Ancak çoğu kanser hastasında, hastalığın değişik evrelerinde, en azdan dayanılmaz şiddette olanına kadar değişik düzeyde ağrı sendromları ile karşılaşılır (68) Hastalığın bilhassa ileri dönemlerinde hastaların %70’inde ağrı ortaya çıkmaktadır (9).

Günümüzde palyatif bakımın gelişmesiyle yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak hastaların %90’ı ağrıdan şikayet etmektedir. Bir başka deyişle her gün 3.5 milyon kanserli hastanın ağrıdan yakındığı tahmin edilmektedir. Yapılan araştırmalara göre gelişmiş ülkelerde bile kanserli hastaların %50-80’i ağrılarının yeterince geçirilemediğini ifade etmektedirler (9).

4.2.1. KRONİK AĞRININ KONTROLÜ VE TEDAVİSİ

Kronik ağrı, hastaların doktora gitmesine yol açan nedenler arasında ilk sırada gelmektedir (29).

Kronik ağrının tanısı zor olduğu için tedavisi de aynı şekilde zordur. Kronik ağrı, mevcut fiziksel patoloji ile açıklanamayan, yerleşik maladaptif davranışlar, narkotiklerin kronik kullanımı, insanlar arası ilişkilerde bozukluklar, tedaviye bağımlılık, sağlık hizmetlerini aşırı kullanma, hastanın psişik gereksinimleri ile çevre ilişkileri çerçevesinde gelişen, koşullanma ve öğrenme süreçlerini içeren davranışlardır. Burada sorun hasar ya da ağrı değil, hastanın (ağrıya) verdiği tepkidir. Kronik ağrı sendromunun gelişmemesi hastanın biyolojik, davranışsal ve duygusal yönlerine eğilen bütüncül bir yaklaşımla akut dönemde yeterli tedavi, çözüm ve bilgilendirme gerekmektedir. Gereksiz incelemeler, uzun istirahat raporları, hastanın hemen iyileşme beklentisi ve doktor doktor dolaşması ağrının kronikleşme riskini artırır (<http://med.cu.edu.tr/anestezi/galenos/> Erişim 20.11.2004). Hastalar, umutsuzluğa kapıldığı ve asla iyileşemeyeceğini düşündüğü zaman, bu durum kronik ağrıyı ve sonuçlarını daha çok kötüleştirmektedir (29). Bu kısır döngü içindeki kronik ağrı

hastalarına yardımcı olabilmenin ana koşullarından biri de hastayı multidisipliner bir ekip içinde ele almaktır (97,108).

Ağrı Sendromlarında Tedavi Yöntemleri:

1. Biyolojik Tedaviler

a. İlaçlar

- Nörotik analjezikler
- Nörotik olmayan analjezikler
- Antiinflamatuvarlar
- Antidepresanlar
- Antipsikotikler
- Amino asit prekürsörleri

b. Diğer tıbbi ve cerrahi yöntemler

- Sinir blokları
- Trankütan sinir uyarılması
- Fizik tedavi (egzersiz, masaj, ısı)
- Akupunktur
- Nöro-servikal yöntemler

2. Psikolojik Tedaviler

- Destekleyici psikoterapi
- Krize müdahale
- İçgörü kazandırıcı yöntemler
- Davranış terapileri
- Hipnoz
- Biofeedback
- Kognitif psikoterapi olarak sınıflandırılabilir

(<http://med.cu.edu.tr/anestezi/galenos/> Erişim 29.11.2004).

Ağrısız yaşamak mümkün değildir. Bu nedenle ağrı tedavisinde amaç; insanların ağrıyı hissetmesini tamamen engellemek değil, ağrıyı hastanın günlük aktivitelerini ve hayatını sağlayabileceğine inandığı seviyeye düşürerek, ağrının yaşam kalitesini bozmasını engellemektir (87, <http://www.drtuncayfiliz.com/> Erişim 12.09.2004). Türkiye’de rakamlarla ağrıya bakıldığında; nüfusun % 67.8’i ağrı çekmektedir ya da risk altındadır. Bunların %73.2’sinin ağrısı kronik ağrıdır. Ağrısı olanların %7’si tedavi görmez ve ilaç almaz iken, %23’ü analjezik kullanmaktadır (<http://saglikplatformu.com/> Erişim 30.11.2004).

Ağrı kontrol yöntemlerinin başında analjeziklerin kullanımı gelir. Analjezikler akut ve kronik ağrı sendromlarında ağrının kontrolünü sağlama amacıyla kullanılan ilaçlardır ve kullanılmaya başlanması ağrının tarihi kadar eskidir. Analjezikler toplumda antibiyotiklerle birlikte en sık kullanılan ilaçlardandır. Buna karşın yine analjezikler en yanlış kullanılan ilaçlar arasındadır (51).

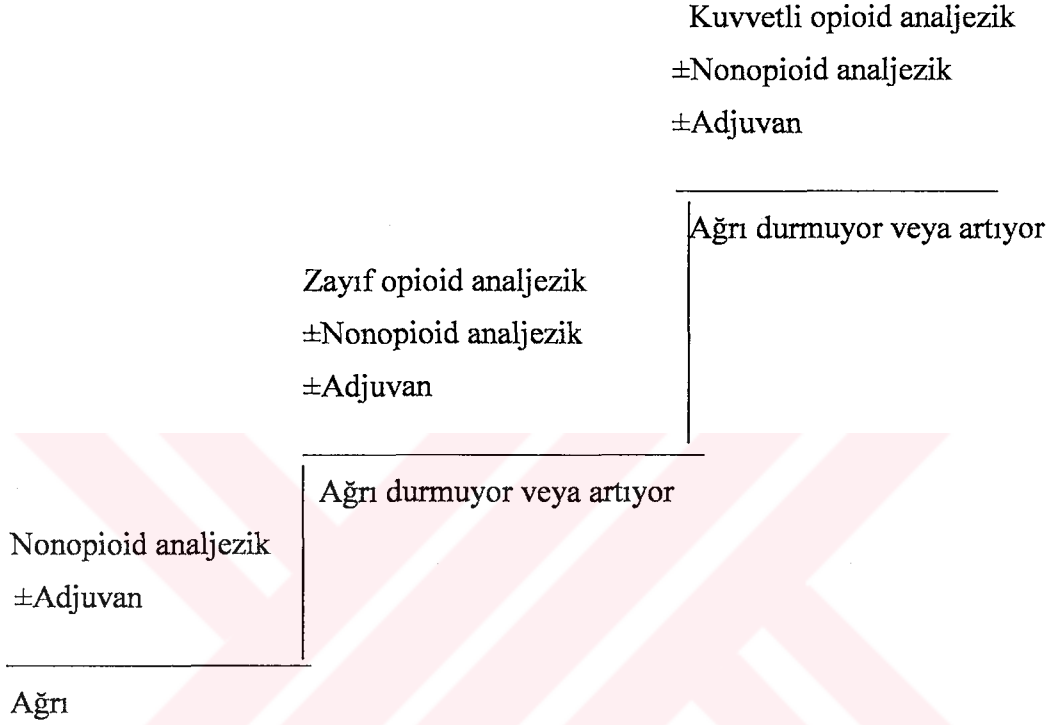
İster kanser, isterse kanser dışındaki nedenlere bağlı olsun, kronik ağrı büyük ölçüde hekimlerin her zaman kullanılan ilaçlara yanıt vermeyen, ısrarcı, hareketi kısıtlayan ve hatta yeti kaybına yol açan ağrıları en etkin şekilde giderecek olan bir ağrı kesici ilaç grubunu reçete etmesi ve hastaların da kullanmakta isteksiz davranması nedeniyle gerektiği gibi tedavi edilmemektedir (29).

Birçok çalışmada, bilgi eksikliği ve yanlış inanışların ilaçların gerektiği şekilde kullanılmasını engellediği gösterilmiştir. Kronik ağrıyı kontrol altına almak için narkotik analjezik kullanımı konusunda hekim ve hastaların bağımlılık gelişir yönündeki yanılgıları, narkotik ilaçların reçetelendirilmesi ve hastalar tarafından kullanımında isteksizlik yaratmaktadır (29,89). Oysa daha önce bağımlılığı bulunmayan yaklaşık 25 000 hastanın katıldığı üç çalışma göstermiştir ki opioid verilmiş bu 25 000 hastadan sadece 7 tanesinde bağımlılık gelişmiştir. Yapılan araştırmalarda, sözü edilen bu durum nedeniyle kanser ağrısı çeken hastaların yaklaşık yarısının ve kanser dışındaki nedenlerden kaynaklanan kronik ağrısı olan hastaların %80’inin gerekli şekilde tedavi edilmediği görülmüştür (29).

Yüzyıllardır ötenazi tartışmalarının asıl nedenlerinden birini oluşturan ağrı sendromlarında amaç iyileştirmekten ya da ağrıyı tamamen ortadan kaldırmaktan çok, ağrı ve acıyı azaltarak, iyilik durumunu, psikososyal uyumu ve üretkenliği artırmak olmalıdır ve günümüzde ağrının büyük çoğunluğu giderilebilmekte, hastanın kalan

ömrünü ağrısız geçirmesine yardımcı olunabilmektedir (68,97,<http://med.cu.edu.tr/anestezi/galenos/> Erişim 20.11.2004).

Analjeziklerin doğru kullanımını amaçlayan çalışmalar WHO bünyesinde 1980’li yıllarda başlamıştır. 1986 yılında kanserli hastalar için geliştirilen ama diğer ağrılarda da kullanılabilecek olan üç basamaklı merdiven sistemi oluşturmuştur.



Şekil 3. Analjezik Kullanımında Merdiven Sistemi (Aldemir T., Erdine S.: Kanser Ağrısında Tedavi Prensipleri. Sendrom, 3:3, s.25-28, Logos Yayıncılık, 1991) (9).

Her hastanın ilaç gereksinimi ve kullanabileceği tedavi yöntemleri aynı değildir. Sıklıkla birden fazla tedavi yöntemi birlikte kullanılır (<http://med.cu.edu.tr/anestezi/galenos/> Erişim 29.11.2004). Bu çok yönlü tedavinin amaçlarından biri, hastanın ağrısını ortadan kaldırmaya çalışmak iken, bu amaca hizmet eden ikinci önemli hedef de hastaya ağrısıyla baş etmesi konusunda destek olacak becerileri kazandırmaktır (97).

Ağrı kontrolünde baş etme mekanizmaları önemlidir (<http://med.cu.edu.tr/anestezi/galenos/> Erişim 29.11.2004). Baş etme mekanizmalarından birkaçı; egzersiz, müzik dinleme, masaj, sıcak-soğuk uygulamadır. Ancak gözlemlere göre pek çok kronik ağrı hastasının ağrıyla baş etme kavramına yabancı olduğu görülmektedir (97).

Ülkemizde bireylerin ağrıyla baş etme yöntemlerini belirlemeye yönelik 1600 kişiyle yapılan bir çalışmada; araştırma kapsamına alınan bireylerin %78.8'inin ağrı deneyimi olduğu, ağrı ile baş etmede ilaç dışı yöntemlerden masajın en fazla kronik ağrılı hastalarda, sıcak-soğuk uygulamanın da akut ağrılı hastalarda en yaygın kullanılan yöntemler olduğu, ayrıca ağrı deneyimi olanlarda analjezik kullanımının kronik ağrılı olanlar ile cerrahi girişim deneyimleyenlerde fazla olduğu, eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin ağrı kontrolünü ilaç dışı yöntemlerle yapma eğiliminin de arttığı belirlenmiştir (55).

İster fizyolojik, ister psikojenik nedenlere bağlı olsun, ağrı gerçek olarak acı verici bir yaşantı olarak algılanmakta ve yaşanmaktadır (<http://med.cu.edu.tr/anestezi/galenos/> Erişim 29.11.2004).

Hayatın sonunda, hiçbir hastanın giderilmemiş ağrısı olmamalıdır (2).

4.3. YAŞAM KALİTESİ

Sağlık ölçülebilir mi sorusuna evet, hayır ya da belki ölçülebilir şeklinde yanıt vermek mümkündür. Sağlığın değerlendirilmesi ya da ölçülmesi, farklı zaman dilimlerinde sağlık durumları arasındaki fark olarak tanımlanabilir. Bu farklılık, tıbbi girişimler veya sağlık hizmeti, hastanın gereksinimleri ve tıbbi olmayan diğer faktörler tarafından etkilenebilmektedir (99).

Zaman zaman sağlığın çeşitli tanımları yapılmasına rağmen kısaca sağlık; fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerin dahil olduğu fonksiyonel bir durum olarak tanımlanabilmektedir (99).

Son yıllarda fonksiyonel durum, araştırmalarda ve politik kararlarda önemli bir sağlık göstergesi olarak kullanılmaktadır. Bunun nedeni üç noktada açıklanabilir;

1. Halk sağlığı kalitesi: Günümüzde artık genç ve orta yaş sorunları yerini yaşlılık dönemi sorunlarına ve kronik hastalıklara bırakmaktadır. Burada bunlar nasıl önlenebilir ve sakatlıklardan nasıl kaçınılabilir sorularına yanıt aranmaktadır.

2. Yaşam kalitesi: Kronik hastaların ve yaşlıların çoğunluğunun fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesi azalmaktadır. Burada, farklı kronik hastalıkların fonksiyonel

duruma etkileri farklı mıdır, sakatlık süreci nasıl gelişmektedir sorularına yanıt aranmaktadır.

3. Sağlık hizmetinin kalitesi: Kişilerin sağlık hizmetinden beklentileri sadece yaşla bağlantılı olarak artmakla kalmaz, aynı zamanda karmaşık bir hale gelir. Burada, hangi fonksiyonel sakatlıkların rehabilitasyon hizmetlerine veya uzun dönem evde bakım hizmetlerine gereksinimi vardır, kronik hastalar sayesinde sağlık hizmeti gereksinimlerinin farklı yönleri önceden saptanabilir mi sorularına yanıt aranmaktadır (99).

4.3.1. YAŞAM KALİTESİNİN TARİHÇESİ VE TANIMI

Yaşam koşulları düzeldikçe ve bilim ilerledikçe, yaşam süresi de uzamaktadır. Hastalarına yaşamları konusunda yardımcı olabilmeleri için günümüz hekimlerinin hastalığın ya da tedavinin hastayı ne derece etkilediği konusunda bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Yaşam kalitesinin ölçümü yeni bir konu değildir. 1800'lerin başlarında Bentham, iyi olma durumunun ölçümleri ile ilgili yaklaşımlara yer veren tanımlayıcı psikoloji ile ilgili yazısında psikiyatride yaşam kalitesinin ölçümü konusunda ilk adımları atmıştır (<http://www.turkstudent.net/> Erişim 01.04.2004).

Bentham'a göre doğa insanoğlunu "ağrı" ve "haz" gibi iki ana duygunun egemenliği altına sokmuştur. Daha sonra terminolojide bunların yerini "klinik yeti kaybı" ve "yaşam kalitesi" terimleri almıştır. Bunu izleyerek 1920 ve 1930'da Thurstone ve Likert bugün hala günümüzde de kullanılmakta olan ölçekleri geliştirmişlerdir. 1940'da geliştirilen Karnofsky'nin kanser için İşlevsel Durum Ölçeği ve New York Kalp Birliği Sınıflandırması hasta açısından sağlık durumunu belirleme konusundaki ilk girişimlerdenidir (<http://www.turkstudent.net/> Erişim 01.04.2004).

Son yıllarda, özellikle gelişmiş ülkelerin bilim ve yönetim çevrelerinin üzerinde yoğunlaştıkları yaşam kalitesi kavramı ile sıkça karşılaşmaktayız. Bu kavramın içeriğinde toplumun mutluluğu ve esenliğinden, çevre koşulları kalite ve ekolojik yapılarına dek uzanan çok çeşitli değişkenler bulunmaktadır (92,94).

Kavrama duyulan ilgi üzerine çok çeşitli tanımları da yapılmıştır. Yaşam kalitesinin var olan tanımları normal yaşam, mutluluk/memnuniyet, kişisel amaçların başarılması, sosyal hizmet ya da doğal yetenekle ilgili olarak sınıflandırılabilir (11).

Yaşam kalitesi kavramını ilk kez Thorndike, sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi olarak tanımlamıştır. Andrews ve Withney yaşam kalitesi kavramını, bireylerin doyumunu ve onların sosyal ilişkilerinin kesişimi, Weinstein ve Frankel ise, bireyin kendi yaşamında doyum bulması ve mutluluk kapasitesi olarak tanımlamışlardır (<http://www.turkstudent.net/> Erişim 01.04.2004).

Dinamik bir özellik içinde olması, çok yönlü özellikler taşıması ve sürekli gelişim içinde olması bu kavramın tanımlanmasını oldukça güçleştirmektedir. Yaşam kalitesi kavramı; iyilik hali, mutluluk, yaşam düzeyi, yaşam doyumunu gibi terimlerle eş anlamlı olarak kullanılmıştır. Ancak, bu terimler yaşam kalitesini tamamen kapsamamaktadır. Çünkü yaşam kalitesi genel anlamda, bireysel iyi oluşu tanımlamak için sosyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel etmenlerle belirlenir (92,99).

İlk sağlık durumu ile ilgili ölçüler, belirtileri, anatomik bulguları, iş durumunu ve günlük yaşam etkinliklerini içermektedir. Ağır yeti bozuklukları olan kişilerin işlevsel durumlarının klinisyenler tarafından incelenmesi 1950'lerde başlamıştır (<http://www.turkstudent.net/> Erişim 01.04.2004).

1960'lı yıllardan önce daha çok sosyoloji ve ekonomi bilimlerinin ilgisini çekmiştir ve ekonomistler tarafından Gayrisafi Milli Hasıla'nın hesaplanmasında bir gösterge olarak kullanılmıştır. Yaşam kalitesi kavramı, 1960'larda politik kararların alınmasında da gündeme gelmiştir. Bu amaçla kullanılmasının nedeni ise gelirin, eğitimin, sağlığın ve barınmanın yaşam kalitesi ile yakından ilgili olmasıdır. Psikoloji biliminin ilgi alanına girmesi ise 1960'lardan sonra olmuştur. Tıp alanında 1970-1980'li yıllarda bu kavrama ilgi gösterilmeye başlanırken, 1980-1990'lı yıllarda hemşirelik alanında üzerinde durulmaya başlanmıştır (93, 99).

Burtchard (92)'a göre yaşam kalitesi tanımı; yaşamdan doyum sağlama, bireylerin fiziksel ve ekonomik yönden iyi olması, bireyler ile iyi ilişkiler kurma, toplumsal, medeniyete ait davranışlarda sosyal güç yeterliliğine sahip olma, bireylerin kendilerini geliştirmeye ve eğlenmeye zaman ayırması şeklindedir.

Maeland (99) ise yaşam kalitesini 4 farklı şekilde tanımlamıştır:

1. Mutluluk: Bireysel tecrübelerin duygusal bileşenini yansıtır.
2. Memnuniyet: Bireysel tecrübelerin mantık ve entelektüel durumları ifade eden bilişsel yönüdür.

3. Gereksinim duyulan memnuniyet: İyi bir yaşam deneyiminden önceki memnuniyetten farklı, memnuniyet gereksinimlerini yansıtır.

4. Kendini gerçekleştirme: Gelişme ve büyümeyi vurgular.

Tüm disiplinlerin ortak olarak kabul ettikleri görüşe göre, yaşam kalitesi bireyin kendini nasıl hissettiği yani, kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumudur. McCall ve Compell, yaşam kalitesinin hem subjektif hem de objektif göstergelerini kabul etmişler ve desteklemişlerdir. Çünkü, subjektif göstergeler bireylerin yaşadıkları, objektif göstergeler ise subjektif göstergeleri yaşatan etmenlerdir (92).

Tıp alanında çalışanlar ve araştırmacılar son zamanlarda giderek ilgilerini sağlığın çıktıları veya sonuçlarının ölçümü üzerinde odaklamışlardır. Toplumun sağlığının ölçümünde bu güne kadar kullanılan geleneksel morbidite ve mortalite yaklaşımı ve beklenen yaşam stresinin artık sağlıklılığın değerlendirilmesinde yeterli olmadığı, sağlık hizmeti ile ilgili girişimlerin değerlendirilmesinde, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçülmesinin zorunlu olduğu görüşü gündeme gelmiştir (<http://www.turkstudent.net/> Erişim 01.04.2004).

Yaşam kalitesi ölçümü sağlık hizmetinin sonucu olarak ortaya çıkan, kişilerin veya toplumların sağlığını, kar ve zararını toplu olarak değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Kısacası bir hasta neyi ne düzeyde yapabilir, ilgi alanlarında bu yeteneğini kullanmak için kaynak ve olanakları nelerdir ve nasıl bir iyilik haline sahip konularına açıklık getirir. Yaşam kalitesi bize farklı tıbbi tedavilerin hastanın yaşamında gerçekten neler yaptığını göstermektedir (99).

Dar bir bakış açısı ile değerlendirildiğinde hastalıkların belirti ve semptomlarına odaklanmış olan tıbbi sonuç değerlendirmeleri kanserde tümör çapını, beklenen yaşam süresini, artritte eklem hareket alanını, akciğer hastalıklarında ekspiratuar volümü, epilepside nöbet sıklığını ve şizofrenide halüsinasyonları esas alır fakat bunlar yeterli değildir (99).

Yaşam kalitesi öznel bir konu olduğu ve gözlenemediği için bunu temsil eden göstergelerle ölçülür. Bu göstergeler:

1. Gözlemsel bilgiler,
2. Kan testleri gibi fizyolojik göstergeler,

3. Alkol bağımlılığı, intihar oranları gibi davranışsal göstergeler,
4. Kendini ifade etme, olarak belirlenmektedir (99).

Duygu ve düşünce gibi yaşam kalitesini temsil eden öznel konular başkaları tarafından gözlenemez. Zaman zaman gözlenen bulgular da somatik şikayetlere bağlı olabilir (99).

Bu yüzden, yaşam kalitesi değerlendirmelerinde en çok başvurulanan metod kişinin kendini ifade etmesidir. Çünkü yaşanan, hissedilen şeyler kişinin kendi deneyimleridir (62).

4.3.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞAM KALİTESİ

Sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesi değerlendirmesiyle ilgili olarak genel yaşam kalitesi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve hastalığa özgü yaşam kalitesi olmak üzere üç yaklaşım tanımlanmaktadır:

4.3.2.1. Genel Yaşam Kalitesi

Nüfusun genel olarak yaşam kalitesini değerlendirme çalışmaları, son zamanlarda geliştirilen sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesi araştırmalarından daha da öncelere dayanmaktadır. Bu tür araştırmalar hangi insanların söz konusu işi yaptığını ve yaşam deneyimlerinde kendilerinin ve toplumun etkilerinin neler olduğu hakkında bilgi verir. Ölçümler tipik olarak fonksiyonel durumu, kaynaklara ve olanaklara ulaşmayı ve iyi hal duygusunu kapsamaktadır (63,99).

Özellikle kronik mental hastalığı olan hastaları değerlendirmek için geliştirilmiş yaşam kalitesi görüşmesi (QOLI) bu tip yaşam kalitesi ölçümlerine bir örnektir. QOLI yaşam düzeyi, aile ilişkileri, sosyal ilişkiler, günlük aktiviteler, ekonomi, güvenlik ve yasal problemler, iş-okul ve sağlığın dahil olduğu farklı yaşam alanlarında yanıtlayan kişinin son yaşam deneyimlerini değerlendirmektedir (63,99).

4.3.2.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi jenerik yaşam kalitesi olarak da adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetinin değerlendirilmesinde primer olarak hastalığın, yaralanmanın, bunların önlenmesi ve tedavisinin yaşam süresine olan etkilerine önem vermektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi fonksiyonel duruma, iyilik haline ve sadece sağlıkla ilgili görüş açılarını içeren kavramlara odaklanmıştır (63,99).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi değerlendirmelerinden en bilinenleri Sicknees Impact Profile (SIP), Nottingham Health Profile, Quality of well-being Scala, McMaster Health Index Questionnaire, Dartmouth COOP Function Charts, WHOQOL, Duke Health Profile ve Medical Outcome Study SF-36'dır (63,99).

4.3.2.3. Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi

Hastalığa özgü yaşam kalitesi özel bir hastalığın ve tedavisinin yaşam kalitesine olan potansiyel etkisine değinmektedir. Bu yaklaşım tamamen spesifik bir hastalık ve hastalığın tedavisinin organa özgü etkileri nedeniyle oluşan zarara odaklanmıştır (63, 99).

Hastalığa özgü yaşam kalitesi değerlendirmeleri; kanser, kalp hastalıkları, kronik akciğer hastalıkları, diabetes mellitus, artrit, astma, AIDS, sırt ağrısı, sindirim hastalıkları, depresyon, multiple skleroz, psöriazis, psikiyatrik hastalıklar, böbrek nakli, senkop, epilepsi gibi kronik hastalıklar için kullanılmaktadır. Hem genel yaşam kalitesinin hem de sağlıkla ilgili ve hastalık/semtom/tedaviye özgü yaşam kalitesinin birlikte değerlendirildiği modeller vardır. Böyle modellerin avantajı hem yaşamın yorumlanmasını hem de yaşam kalitesinin daha özel ve ayrıntılı olarak değerlendirilmesini sağlar (63, 99).

Yaşam kalitesi değerlendirmeleri gereksinimlerin, gelişen girişim stratejilerinin ve hem sistem hem de bireysel hasta düzeyinde girişimlerin sonuçlarının değerlendirilmesinde faydalıdır. Bu gibi bilgiler hastaların önceliklerine dayanan hizmet sistemlerinde kaynakların dağılımı yönünden hayati öneme sahiptir (99).

Yaşam kalitesinin kullanım alanları giderek artmaktadır. Başlıca:

- Bireysel hasta bakımı sırasında oluşabilecek psikososyal problemlerin izlenmesi ve taranmasında,
- Bilinen sağlık sorunlarına yönelik toplum tabanlı çalışmalarda,
- Tıbbi değerlendirmelerde,
- Sağlık hizmetlerinin değerlendirildiği araştırmalarda,
- Özellikle kronik hastalıklarda hastalığın seyrinin izlenmesi ve tedavi yönteminin belirlenmesinde,

- Klinik araştırmalarda ve son olarak da
- Maliyet analizlerinde kullanılmaktadır (99).

4.4. KRONİK AĞRILI HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ

Teknolojinin ilerlemesiyle birlikte sağlıkta başarılı adımlar atılmış ve hastalıkların tedavisinde mesafeler kat edilmiştir. Buna bağlı olarak yaşam süresi uzamış ve kronik hastalıklar ile daha uzun süre birlikte yaşama zorunluluğu doğmuştur. Hastalıkların biyolojik yönden tedavisinde bu gelişmeler sağlanırken, hastaların psikososyal sorunları ile daha fazla ilgilenme zorunluluğu gündeme gelmiştir (6).

Kronik ağrının; hastanın, sağlığı ve genel durumu üzerinde çok önemli etkisi olduğu, hastada psikolojik ve sosyal yönden istenmeyen sonuçlara yol açtığı kendi sağlık durumuna olan güvenini azalttığını ortaya koymuştur (38,49,66).

Ağrı öyle bir tecrübedir ki, insanın hayatının her alanını tüketir. Klinisyenler, araştırmacılar ve özellikle hastalar için ağrı, yaşam kalitesini etkileyen ana etkindir (61, <http://sağlikplatformu.com/> Erişim 30.11.2004).

Kronik ağrı, hastanın ağrısının kontrol edilemez olduğuna inanmasına, bununla baş edemeyeceğini düşünmesine yol açarak, kendini çaresiz ve umutsuz hissetmesine neden olur (38).

Ağrı ile ilgili bilgimiz; klinik tecrübe, model programlar ve literatür artışıyla beraber artarken, ağrı ve yaşam kalitesi de son yüzyıl içinde palyatif bakımın ana öğeleri olmuştur (61).

Hastalar hekime yalnızca ağrının hafifletilmesi için değil, sosyal, fiziksel ve psikolojik durumlarını, dolayısıyla da gerek kendilerinin, gerekse ailelerinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği için başvururlar (66,85).

Semptom	Sonuç
Hareketsizlik Kilo artışı	· Formsuzluk: güç ve direnç kaybı · Elastikiyetin azalması
Uyku bozukluğu	· Huzursuzluk · Yorgunluk · Uyumak için ilaçlar veya alkole başvurma
Duygusal dalgalanmalar	· Aile ve arkadaş ilişkilerinin bozulması · İş/evde gerginlikle baş etmeyi güçleştirilmesi
Kimyasal bağımlılık	· Alkol veya uyku ilaçlarına bağımlılık · Berrak düşünebilmeyi engelleyerek, duygusal bozukluklara yol açma

Şekil 4. Kronik Ağrının Hastanın Yaşam Kalitesini Etkileyebildiği Farklı Alanlar (Loeser J.D., Melzack R.: Pain: An Overview. Lancet, Vol.353, p.1607, 1999) (85).

Ağrı, kanser ile ilişkili en sık karşılaşılan semptomdur. Kanser, hastaların en korktuğu medikal durumlardan biridir. Potansiyel olarak öldürücü bir hastalık olmasının yanı sıra hasta ve yakınlarının ağrının tedavi edilemez ve kaçınılmaz olduğu yönündeki düşünceleri en önemli sıkıntı nedenleridir. Dolayısıyla kanser tanısı almış çoğu hasta ve ailesi için ağrı çekme olasılığı, tedavi edilememe ve ölüm ihtimali ile birlikte kanser tanısının en çok korkulan yönü olmaktadır (53).

DSÖ'nün kanserde ağrı tedavisi ve bazı diğer programlarında ağrı, acil bir durum olarak belirtilmiştir (61). Kanser, hastanın yaşamının bütün alanlarını etkilemekte ve ağrı, kanser hastasında yaşam kalitesini olumsuz etkileyen pek çok problemin başında gelmektedir (27,90). Twycross ve arkadaşlarının (103) kanser hastaları üzerine yaptığı bir çalışmada GKÖ (4-5)'in aktiviteyi kısıtlayacağı, GKÖ (6-7)'in yaşam kalitesini düşüreceği ifade edilmiştir.

Ağrı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki her zaman bilinmekle beraber ancak yakın zamanda doğası anlaşılmıştır. Ağrı, hastalığın psikolojik semptomlarının yanı sıra, fiziksel semptomları ile de ilgilidir. Her ne kadar ağrı fiziksel bir durum olsa da ağrının yaşam kalitesinin tüm boyutları üzerine etkili olduğu bilinmektedir (61).

Son yüzyılda birçok araştırmanın sonuçları, hastalar, hasta aileleri ve hemşirelerin görüşleri katılarak ağrının yaşam kalitesi üzerine etkisi ile ilgili bir model ortaya çıkarılmıştır. Model 4 boyutludur; psikolojik boyut, fizyolojik boyut, sosyal boyut ve spiritüel boyut (61).

1. Fiziksel Boyut: Ağrının fiziksel fonksiyonlara etkisidir. Ağrının; yorgunluk, anoreksia, uykusuzluk, konstipasyon ve bulantı gibi pek çok fiziksel semptomu artırdığı veya yarattığı bilinmektedir. Ağrı bütün fiziksel semptomlarla ilişkilidir ve araştırmalar göstermiştir ki bu semptomların hepsi ağrı kontrol altına alınmazsa artmaktadır (61). Türk Eczacılar Birliği'nin yaptığı bir araştırmaya göre ağrısı olanların % 67.7'sinde fiziksel, %56.6'sında sosyal ve %27'sinde mesleki aktivitelerin kısıtlandığı belirtilmiştir ([www. skulbase.net/](http://www.skulbase.net/) Erişim 12.09.2004).

2. Psikolojik Boyut: Ağrı, anksiyete ve depresyon ile yakından ilişkilidir. Ağrı, kontrolü kaybetme, yararsız hissetme, hayattan zevk almama gibi psikolojik etkilere yol açar. Bunlara ek olarak azalmış konsantrasyon gibi kognitif duruma da negatif etkisi vardır. Tüm bunların yanı sıra araştırmalar ağrının aşırı derecede korkutucu bir durum olduğunu ortaya koymuştur. Kansere yakalanmış hastalar ve aileleri ağrının ileride daha kötü olacağına inanırlar. Ağrının artacağı korkusu ağrının, psikolojik sağlıktaki en önemli faktörüdür (61).

3. Sosyal İyi Olma: Kronik ağrı konusunda gözardı edilmiş bir konu da aile bireyleri ve akrabalarıdır (27). Ağrı, hem hasta hem de ailedeki bakıcı için her şeyi tüketen, korkutan ve darmadağın eden bir deneyimdir (61). Ağrısı olan hastalar, ağrısı daha da kötüleşeceği korkusu ile, normal günlük aktivitelere katılmakta tereddüt ederler. Hastaların sürekli ağrı korkusu nedeniyle, kişiler arası ilişkilerden kaçınmaları veya kişilik değişimine uğramaları nedeniyle, sosyal ve ailevi ilişkileri zarar görebilir (27). Snelling'in (98) yürüttüğü bir çalışmada kronik ağrının hastanın ailesini nasıl etkilediği ortaya konmuştur; kronik ağrının hastada sosyal izolasyon, gerginlik, karı-koca ilişkilerinde sorunlar, cinsel yakınlığın azalması, öfke, anksiyete, alınganlık, umutsuzluk gibi durumlara yol açtığını göstermiş, bununla birlikte, aile bireylerinin bu durumla baş etme stratejilerinin ağrının tedavisi açısından da büyük önem taşıdığı, sempati ve duygusal desteğin hastanın kendini daha iyi hissetmesini sağladığı ve yalnızlık, kenara itilmişlik duygusunu azalttığını ortaya koymuştur.

4. Spiritüel Boyut: Ağrının maneviyata özellikle dini gelenekler üzerine çok büyük etkisi vardır. Ağrı bir güvensizlik hissi uyandırır, hasta ve ailesi için ölümün mecazıdır. Ağrı, hastalığın daha kötüye gittiği ve ölümün yakın olduğu şeklinde anlamlandırılır. Ağrı, ek olarak hastalara ümitsizlik duygusu vermektedir ve hastalar ağrı içinde yaşanacaksa hayatı yaşamaya değmez bulmaktadırlar. Diğer taraftan bazı hastalar ise ağrı ve hayatı tehdit eden hastalıktan olumlu bir yön çıkartarak yaşamında olumlu değişikliklere yol açabilmektedir (61).

Hastaların kendi ağrılarıyla ilgili ifadelerine bakıldığında çok çeşitli bakış açıları yakalanmaktadır;

- Tekerlekli sandalyede yaşayabilirim fakat ağrı istemiyorum.
- Ağrı, dinlenmeme engel oluyor, hep yorgunum hiç dinlenemiyorum.
- Ağrıdan dolayı bulantım o kadar kötü ki durduracak bir şey yok ve anlatamıyorum.
- Ağrı, almak zorunda olduğum ilaçlardan dolayı insanlarla ilişkilerimi etkiliyor.
- Ağrım olmasaydı torunumla daha fazla oynardım.
- Eğer zonklayan bir baş ağrınız varsa elmalar ve portakalları düşünemezsiniz.
- Düşünemiyorsun, plan yapamıyorsun. 1'den 10'a kadar sayıyorsun ve ilaçların etki etmesini bekliyorsun.
- Ağrı o kadar kötü ki yaşamak ve ölmek umurumda değil.
- Ağrı hayatı tatsız bir hale getiriyor. Öyle bir noktaya geliyorsun ki tek derdin ağrı ve ağrıyı geçirmek oluyor.
- Diliyorum, öyle bir ilaç bulurlar ki en azından bir günüm ağrısız geçer.
- Ağrı sizi o kadar korkutur ki ondan kaçmaya çalışırsınız ve öleyim istersiniz ama ölemezsiniz (61).

5. GEREÇ YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırmamız, kronik ağrısı olan hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

5.2. ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR

1. Araştırma kapsamına giren hastaların bireysel özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadıkları yer, mesleki durum, çalışma durumu, sosyal güvencesi vb.) nasıldır?

2. Hastaların kronik ağrıya ilişkin özellikleri (ağrının süresi, ağrının bölgesi, ağrının sıklığı, ağrısını nasıl tanımladığı, daha önce ağrı tedavisi alıp/almadığı, ağrının olduğu dönemde ağrıya eşlik eden başka bulguların varlığı vb.) nasıldır?

3. Ağrıyı artıran ya da azaltan sebepler nelerdir ve hastalar ağrıyı gidermek için neler yapıyorlar?

4. Kronik ağrı dışında başka hastalıkları var mı?

5. Hastaların tüm bu bireysel özellikleri Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin (SF-36) fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve genel sağlık anlayışını içeren global yaşam doyumu/kalitesi alt başlıklarını etkiliyor mu?

5.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, 15 Aralık 2004 - 15 Nisan 2005 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Hastanesi Algoloji Polikliniği'nde gerçekleştirildi.

Bu kurumun tercih edilmesinin nedeni, araştırmacının aynı kurumda çalışıyor olması, kurum yönetimi ve çalışanları ile olumlu işbirliği kurulabilmesi, örneklem sayısı ve seçim kriterlerini karşılayabilecek sayıda hastaya ulaşılabilmesinin düşünülmesidir.

5.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın Evreni: Marmara Üniversitesi Hastanesi Algoloji Polikliniği'ne 15 Aralık 2004 - 15 Nisan 2005 tarihleri arasında kronik ağrı nedeniyle başvuran hastalar oluştu.

Araştırmanın Örneklemi: Marmara Üniversitesi Hastanesi Algoloji Polikliniği'ne ilişkin verilere göre 1 Ocak 2004 ile 1 Eylül 2004 tarihleri arasında 355 hasta başvurusu olmuştur.

Yaşam Kalitesi Ölçeği SF 36 alt boyutlarının literatürden elde edilen ortalama puanlarına göre örneklem büyüklüğü; Marmara Üniversitesi Hastanesi Algoloji Polikliniği'ne 15 Aralık 2004 - 15 Nisan 2005 tarihleri arasında kronik ağrı nedeniyle başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan 160 kronik ağrılı hasta olarak belirlendi.

Örneklem Seçiminde Dikkat Edilen Kriterler:

Hastaların;

- En az 3 aydır ağrısı olması,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi,
- 14 yaş ve üzerinde olması,
- Görme ve işitme gibi engeli olmaması,
- Okur-yazar olması
- Türkçe konuşabilmesi,
- İşbirliğine açık olması.

5.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmada veriler iki şekilde toplandı:

1. Literatüre dayalı olarak araştırmacı tarafından oluşturulmuş ve 28 sorudan oluşan sosyodemografik değişkenleri içeren hasta bilgi formu (Ek 1), hasta ile birebir görüşülerek araştırmacı tarafından dolduruldu.

2. Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Mos 36 Item Short Form Health Survey - SF 36-) (Ek 2), hasta tarafından dolduruldu.

5.5.1. Veri Toplama Araçları

a. Anket Formu (Ek 1)

Literatür rehberliğinde araştırmacı tarafından hazırlandı.

Bireye ilişkin sosyodemografik değişkenler; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, mesleki durum, çalışma durumu, sosyal güvencesi, geliri-giderini karşılıyor mu, medeni durum, varsa çocuk sayısı, yaşadığı yer, aile tipidir.

Hastalığa ilişkin değişkenler; ağrının süresi, ağrının bölgesi, ağrının sıklığı, ağrısını nasıl tanımladığı, daha önce ağrı tedavisi alıp/almadığı, hangi ağrı tedavisini gördüğü, ağrısını en iyi hangi ifadenin tanımladığı (Sözel Kategori Ölçeği), GKÖ skoru, ağrının olduğu dönemde ağrıya eşlik eden başka bulguların varlığı, varsa neler olduğu, ağrıyı artıran ve azaltan sebepler, ağrısını geçirmek için neler yaptığı, tıbbi tanısı, başka hastalığın var olup olmadığı ve hangisi/hangileri olduğudur.

Ağrının bölgesi ve ağrının sıklığı sorularında IASP Taksonomi Komitesi'nin oluşturduğu sınıflandırmadan, ağrının ölçümünde GKÖ ve ağrıyı en iyi tanımlayan ifadenin seçilmesinde Sözel Kategori Ölçeği'nden yararlanılmıştır. Araştırmanın yapıldığı klinikte de rutin olarak kullanılan GKÖ, ağrı şiddetinin subjektif değerlendirmesinde kullanıldı. Ağrı şiddetini belirlemeye yönelik bu yöntem, hastanın ağrısını sayılarla açıklamasını amaçlar. Bu ölçekte ağrı yokluğu (0) ile başlayıp, dayanılmaz ağrı (10) düzeyine ulaşır. Sözel Kategori Ölçeği ise basit tanımlayıcı ölçek olarak adlandırılmakta olup, bu ölçek hastanın ağrı durumunu tanımlayabileceği en uygun kelimeyi seçmesine dayanır. Ağrı şiddeti hafiften dayanılmaz dereceye kadar sıralanır ve hastadan bu kategorilerden durumuna uygun olanı seçmesi istenir. Yapılan çalışmalarda GKÖ'nin ve Sözel Kategori Ölçeği'nin güvenilir ve değerli bir yöntem olduğu ispatlanmıştır (40,58,69,95).

b. Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Mos 36 Item Short Form Health Survey - SF 36-) (Ek 2)

Ware (104) tarafından 1987 yılında geliştirilmiş ölçek klinik uygulama ve araştırmalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için düzenlenmiştir. 36 ifade içeren ölçek, 3 ana başlık ve 9 sağlık kavramını değerlendiren çok başlıklı skala şeklindedir. Ölçekte yer alan 3 majör sağlık alanı ve 9 sağlık kavramı aşağıdaki gibidir (104):

1. Fonksiyonel durum

- Sağlık problemlerine bağlı olarak fiziksel aktivitelerin kısıtlanması,
- Emosyonel ve sosyal problemlere bağlı sosyal aktivitelerin kısıtlanması,

- Fiziksel sağlık problemlerine bağlı günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi,

- Emosyonel sağlık problemlerine bağlı günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi,

2. Esenlik

- Mental sağlık,
- Beden ağrıları
- Canlılık (zindelik/yorgunluk)

3. Genel sağlık anlayışı

- Bütün olarak sağlığın değerlendirilmesi,
- Geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklikler.

SF 36'nın bu araştırma için seçilme nedenleri:

- Kronik hastalıklarda kullanılmaya uygun olması,
- Ölçek ile yaşam kalitesinin hem global olarak hem de her bir yaşam kalitesi alanının ayrı ayrı değerlendirilebilmesi,
- Ölçümlerde primer bilginin kaynağı bireyler olmasına rağmen, ölçeğin bireyle birlikte araştırmacı tarafından da tamamlanmaya uygun olması,
- Geçerlilik ve güvenirliliğinin yapılmış olması,
- Uygulanma, değerlendirme ve yorumlanmasının kolay olması.

Ölçek iki aşamada değerlendirilmektedir. İlk aşama, bazı başlıkların yeniden kodlanması ve 2. aşama, yeniden kodlanan başlıkların kombine edilmesi, böylece 9 sağlık alanı için  zet puanların belirlenmesini içerir (15,105).

SF 36, her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır (pozitif puanlama) (105). Alt  l ekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir (15). Tablo 10 hem çok başlıklı hem de tek başlıklı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi alanlarının bir özetini ve her biri için en yüksek ve en düşük olası değerleri vermektedir.

TABLO 1. Fiziksel Fonksiyon Başlıkları ve Puanlanması**Başlıklar:**

- 3a Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde
 3b Masayı, elektrik süpürGESİNİ İtmek gibi hafif/orta aktivitelerde
 3c Paket veya çanta taşırken
 3d Birkaç kat merdiven çıkarken
 3e Bir kat merdiven çıkarken
 3f Eğilirken, çömelirken
 3g Bir kilometreden fazla yürürken
 3h Bir kaç yüz metre yürürken
 3i Yüz metrelik mesafe yürürken
 3j Giyinirken veya yıkanırken

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
Evet çok engelliyor	1	1
Evet biraz engelliyor	2	2
Hayır hiç engellemiyor	3	3

Skala Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanının hesaplanmasında, ilk değerlendirme puanlarının yeniden kodlanması gerekmez.

TABLO 2. Sosyal Fonksiyon Başlıkları ve Puanlanması**Başlıklar:**

- 9j Geçen ay boyunca sağlığınıZ, akraba ve arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi ne dereceye kadar sınırladı?
 6 Geçen ay boyunca fiziksel ve ruhsal sağlığınıZ ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
<u>(9j)</u>		
Her zaman	1	1
Çoğunlukla	2	2
Biraz fazla	3	3
Bazen	4	4
Çok az	5	5
Hiç	6	6
<u>(6)</u>		
Pek etkilemedi	1	5
Çok az	2	4
Orta	3	3
Oldukça	4	2
Aşırı	5	1

Skala Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Şkala puanının hesaplanması, bir başlığın yeniden kodlanmasını gerektirir.

TABLO 3. Fiziksel İşlev (rol) Başlıkları ve Puanlanması

Başlıklar:

- 4a İşinizde veya diğer aktivitelerinizde çalışma zamanınızı azalttınız mı?
4b İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?
4c İş veya diğer aktivitelerinizi zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırlandırdınız mı?
4d İş veya diğer aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi?
(örneğin; ekstra çaba harcadınız mı?)

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
Evet	1	0
Hayır	2	1

Skala Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanının hesaplanmasından önce, başlıkların yeniden kodlanması gerekir.

TABLO 4. Mental İşlev (rol) Başlıkları ve Puanlanması

Başlıklar:

- 5a Sağlık sorunları yüzünden işinizde veya diğer aktivitelerinizde çalışma zamanınızı azalttınız mı?
5b İşinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?
5c İşlerinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az mı dikkatli yaptınız?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
Evet	1	0
Hayır	2	1

Skala Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanının hesaplanmasından önce, başlıkların yeniden kodlanması gerekir.

TABLO 5. Mental Sağlık Başlıkları ve Puanlanması**Başlıklar:**

- 9b Çok sinirli biriydiniz
9c Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkındı
9d Sakin ve huzurluydunuz
9f Moralsiz ve kederli hissettiniz
9h Hiç mutlu oldunuz mu?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
<u>9d ve 9h</u>		
Her zaman	1	6
Çoğunlukla	2	5
Biraz fazla	3	4
Bazen	4	3
Çok az	5	2
Hiç	6	1
<u>9b, 9f, 9c</u>		
Her zaman	1	1
Çoğunlukla	2	2
Biraz fazla	3	3
Bazen	4	4
Çok az	5	5
Hiç	6	6

Skala Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanının hesaplanmasından önce, 5 başlıktan ikisinin yeniden kodlanması gerekir.

TABLO 6. Enerji (zindelik) / Yorgunluk Başlıkları ve Puanlanması**Başlıklar:**

- 9a Tam enerjik (zinde) hissettiniz
9e Fazla enerjiniz vardı
9g Çok yorgun (bitkin) hissettiniz
9i Yorgun hissettiniz

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
<u>9a ve 9e</u>		
Her zaman	1	6
Çoğunlukla	2	5
Biraz fazla	3	4
Bazen	4	3
Çok az	5	2
Hiç	6	1
<u>9g ve 9i</u>		
Her zaman	1	1
Çoğunlukla	2	2
Biraz fazla	3	3
Bazen	4	4
Çok az	5	5
Hiç	6	6

Skala Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanının hesaplanmasından önce, 4 başlıktan ikisinin yeniden kodlanması gerekir.

TABLO 7. Ağrı Başlıkları ve Puanlanması

Başlıklar:

- 7 Geçen bir ay boyunca vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?
8 Geçen bir ay boyunca ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza (ev ve ev dışındaki işleriniz dahil) olumsuz etki gösterdi?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
(7)		
Hiç	1	6
Çok hafif	2	5
Hafif	3	4
Orta	4	3
Fazla	5	2
Çok fazla	6	1
(8)		
Çok değil	1	5
Az	2	4
Orta	3	3
Oldukça fazla	4	2
Aşırı	5	1

Skala Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanının hesaplanmasından önce, her iki başlığın yeniden kodlanması gerekir.

TABLO 8. Genel Sağlık Anlayışı Başlıkları ve Puanlanması

Başlıklar:

- 1 Genelde sağlığınız için ne söyleyebilirsiniz?
10a Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim
10b Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım
10c Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum
10d Sağlığım mükemmel

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
(1)		
Mükemmel	1	5.0
Çok iyi	2	4.4
İyi	3	3.4
Orta	4	2.0
Kötü	5	1.0
(10a ve 10c)		
Kesinlikle doğru	1	1
Çoğunlukla doğru	2	2
Emin değilim	3	3
Çoğunlukla yanlış	4	4
Kesinlikle yanlış	5	5
(10b ve 10d)		
Kesinlikle doğru	1	5
Çoğunlukla doğru	2	4
Emin değilim	3	3
Çoğunlukla yanlış	4	2
Kesinlikle yanlış	5	1

Skala Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanının hesaplanmasından önce, 5 başlıktan üçünün yeniden kodlanması gerekir.

TABLO 9. Geçen Yıl Süresince Sağlıktaki Değişmeler ve Puanlanması

Başlıklar:

- 2 Geçen yıl ile karşılaştırdığınızda, şimdiki sağlığınızı nasıl buluyorsunuz?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
Geçen yıldan çok daha iyi	1	5
Geçen yıldan biraz daha iyi	2	4
Hemen hemen aynı	3	3
Geçen yıldan biraz daha kötü	4	2
Geçen yıldan çok daha kötü	5	1

Skala Puanlaması: Bu skala tek başlıklıdır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerler ölçekte basılı durumdadır. Skala puanının hesaplanmasından önce tek başlığın yeniden kodlanması gerekir.

TABLO 10. Yeniden Kodlanmış Değerlerin Kaydedilmesinden Sonra SF 36 'nın Herbir Alt Başlığının Son Puanlanması ve Değerlendirilmesi

<u>Skala Adı</u>	<u>Toplam Başlık Puanı</u> <u>(Tablo 2 ve 9'daki puan-</u> <u>lamadan sonra)</u>	<u>Beklenen (olası)</u> <u>en düşük</u> <u>ve en yüksek puan</u>	<u>Olası Puan</u>
Fiziksel Fonksiyon	3a+3b+3c+3d+3e 3f +3g+3h+3i+3j	10-30	20
Sosyal Fonksiyon	6+9j	2-21	9
Rol Fonksiyonu (Fiziksel)	4a+4b+4c+4d	0-4	4
Rol Fonksiyonu (Emosyonel)	5a+5b+5c	0-3	3
Mental Sağlık	9b+9c+9d+9f+9h	5-30	25
Zindelik / Yorgunluk	9a+9e+9g+9i	4-24	20
Ağrı	7+8	2-11	9
Genel Sağlık			
Genel Bakış Açısı	1+10a+10b+10c+10d	5-25	20
Geçen Yıl Süresince 2 Sağıktaki Değişiklik		1-5	4

Ham skala puanının dönüştürülmesi:

Dönüştürülmüş puan: Ham skala puanı -en düşük olası puan/olası puan x 100

Ömek: Fiziksel fonksiyon puanı 21 ise, bu puan şu şekilde dönüştürülür

$$[(21-10) / 20] \times 100 = \% 55$$

Tablo 11 . SF 36'nın Alt Ölçeklerinin Puanlanmasının Anlamı (104)

ALT ÖLÇEKLER	DÜŞÜK PUAN	YÜKSEK PUAN
Fiziksel Fonksiyon	Yıkanma ve giyinme dahil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri herhangi bir kısıtlılık olmaksızın yerine getirebilme
Rol Kısıtlılıkları (fiziksel)	Fiziksel sağlığın bozulmasının sonucu olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sağlık olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Sosyal Fonksiyon	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olağan toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması	Fiziksel ya da emosyonel sorunlara bağlı kesinti olmaksızın olağan toplumsal etkinlikleri yürütme
Ağrı	Aşırı şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı	Ağrı olmaması ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Mental Sağlık	Sürekli sinirlilik ya da depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme
Rol Kısıtlılıkları (emosyonel)	Emosyonel sorunların sonucu işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Emosyonel sorunlara bağlı işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Vitalite/Enerji	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Sürekli canlı ve enerjik hissetme
Sağlığın Genel Olarak Algılanması	Sağlığının kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanma	Sağlığının mükemmel olduğuna inanma

Bu araştırmada yaşam kalitesi; sağlık problemlerine bağlı olarak fiziksel aktivitelerin kısıtlanması, emosyonel ve sosyal problemlere bağlı sosyal aktivitelerin

kısıtlanması, fiziksel sağlık problemlerine bağlı günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi, emosyonel sağlık problemlerine bağlı olarak bağlı günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi başlıklarını içeren **fonksiyonel durum**, mental sağlık, beden ağrıları ve vitalite/enerji/canlılığı içeren **esenlik**, bir bütün olarak sağlığın değerlendirilmesini içeren **genel sağlık anlayışı** olmak üzere üç temel skala ve fonksiyonel durum, esenlik ve genel sağlık anlayışını içeren **global yaşam doyumu/kalitesi** olarak değerlendirilmiştir (15,93).

Yaşam Kalitesi Ölçeği SF 36, ilk olarak Rukiye Pınar tarafından 1995 yılında “Diabetes Mellitus’lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” isimli çalışmasında Türkçe’ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenirliliği yapılmıştır (93). Daha sonra çok çeşitli hasta gruplarında geçerlilik ve güvenirlilik çalışması tekrar yapılmıştır.

Koçyiğit ve arkadaşları (84) tarafından 1999 yılında yapılan, SF 36’nın Türkçe için güvenirlik ve geçerlilik çalışmasında her bir alt ölçek için elde edilen Cronbach alpha katsayıları aşağıdaki gibi verilmiştir:

Alt Ölçek	ort.±s.s.	Cronbach Alpha Değeri
Fiziksel Fonksiyon	60.10±20.25	0.7529
Sosyal Fonksiyon	55.30±19.35	0.7529
Ağrı	38.90±15.20	0.7602
Vitalite/Enerji	55.90±20.83	0.7324
Rol Kısıtlılığı (Emosyonel)	42.00±29.44	0.7612
Rol Kısıtlılığı (Fiziksel)	38.50±38.66	0.7576
Mental Sağlık	60.44±21.34	0.7610
Sağlığın Genel Olarak Algılanması	49.01±21.91	0.7593

Bizim çalışmamız için SF 36'nın alt ölçeklerinden elde edilen ortalamalar ve cronbach alpha katsayıları ise şöyledir;

Alt Ölçek	ort.±s.s.	Cronbach Alpha Değeri
Fiziksel Fonksiyon	49.43±29.82	0.90
Sosyal Fonksiyon	50.93±17.59	0.76
Ağrı	60.12±20.98	0.72
Vitalite/Enerji	53.09±12.68	0.71
Rol Kısıtlılığı (Emosyonel)	44.37±41.91	0.79
Rol Kısıtlılığı (Fiziksel)	27.96±34.38	0.76
Mental Sağlık	53.95±11.11	0.77
Sağlığın Genel Olarak Algılanması	55.50±11.20	0.74

5.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Örnekleme alınan hastalara araştırmanın amacı açıklanmış, araştırmaya ancak gönüllü olmaları halinde katılacakları, araştırmaya katılmaları veya katılmamalarının kendilerine kişisel olarak zarar getirmeyeceği, elde edilen bilgilerin sonuçlarının ancak kimlik bilgileri gizli tutularak yayınlanabileceği anlatılmış (Ek 3) ve hastalardan araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair imzalı onam alınmıştır (Ek 4).

Araştırmanın yürütülebilmesi için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu'ndan (Bölüm 10), Marmara Üniversitesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nden (Ek 5), Marmara Üniversitesi Algoloji Bilim Dalı'ndan (Ek 6) gerekli onaylar alınmıştır.

5.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler araştırmacı tarafından kodlanmıştır. Bilgisayara aktarımı ve değerlendirilmesi ise uzman bir istatistikçi ve araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Değerlendirmede tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma) yanısıra, niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırılmalarında Oneway Anova Test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey HSD testi kullanılmıştır. İki grup arasındaki değerlendirmeler ise Student t Testi ile yapılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

5.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

- Araştırmanın tek bir merkezde yürütülmüş olması nedeniyle araştırma süresinin uzaması,
- Bazı hastaların akut ağrı sebebiyle başvurmuş olması,
- Bazı hastaların kendisi için zaman kaybı olacağı düşüncesiyle araştırmaya katılmayı red etmesi,
- Haftanın 5 günü poliklinikte hasta muayenesi yapılmasına rağmen araştırmacının haftada yalnızca 3 gün araştırmasını yürütebilmesi sınırlılıklar olarak kabul edildi.

6. BULGULAR

Kronik ağrılı hastalarda yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılan çalışmamızda bulgularımız dört başlık altında ele alındı:

1. Hastaların demografik özelliklerinin dağılımı,
2. Hastaların ağrıya ilişkin özelliklerinin dağılımı,
3. Hastaların demografik özelliklerinin yaşam kalitesi ile karşılaştırılması,
4. Hastaların ağrıya ilişkin özelliklerinin yaşam kalitesi ile karşılaştırılması.



6.1. HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Tablo 12. Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=160)

		n	%
Yaş	14-44 yaş	65	40,6
	45-64 yaş	61	38,1
	65 ve üstü	34	21,3
	Toplam	160	100
Cinsiyet	Erkek	49	30,6
	Kadın	111	69,4
	Toplam	160	100
Eğitim düzeyi	İlkokul	62	38,7
	Ortaokul	17	10,6
	Lise	38	23,8
	Üniversite	33	20,6
	Lisansüstü	10	6,3
	Toplam	160	100
Medeni durum	Evli	116	72,5
	Bekar	44	27,5
	Toplam	160	100
Çocuk Varlığı	Var	128	80
	Yok	32	20
	Toplam	160	100
Çocuk sayısı*	1-2	67	41,9
	3 ve üstü	61	38,1
	Toplam	128	80,0
Çalışma durumu	Memur	34	21,2
	Ev hanımı	64	40,0
	Emekli	36	22,5
	Diğer	26	16,3
	Toplam	160	100
Çalışma düzeni	Tam gün	45	28,1
	Yarım gün yada belli saatlerde	9	5,6
	Hiç çalışmama	106	66,3
	Toplam	160	100
Sosyal güvence	E.S	113	70,6
	S.S.K	31	19,4
	Diğer	16	10,0
	Toplam	160	100

Tablo 12 . Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (Devamı)

		n	%
Gelir	Karşılıyor	126	78,7
	Karşılamıyor	34	21,3
	Toplam	160	100
Yaşadığı yer	Kırsal	9	5,6
	Kentsel	151	94,4
	Toplam	160	100
Aile tipi	Çekirdek aile	138	86,2
	Geleneksel aile	22	13,8
	Toplam	160	100
Dindar	Tanımlıyor	134	83,7
	Tanımlamıyor	26	16,3
	Toplam	160	100

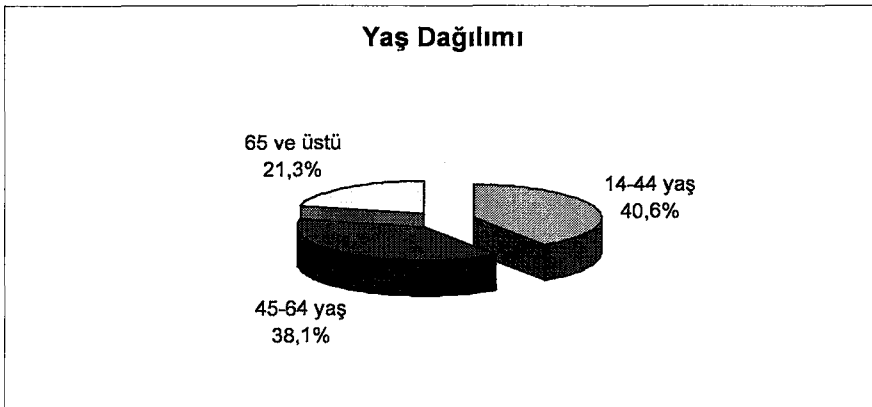
*Yüzde n sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

14-44 yaş arası hastaların % 40,6 (n=65), 45-64 yaş arası % 38,1 (n=61) ve 65 yaş üzeri hastaların ise % 21,3 (n=34) olduğu görüldü (Tablo 12) (Şekil 5).

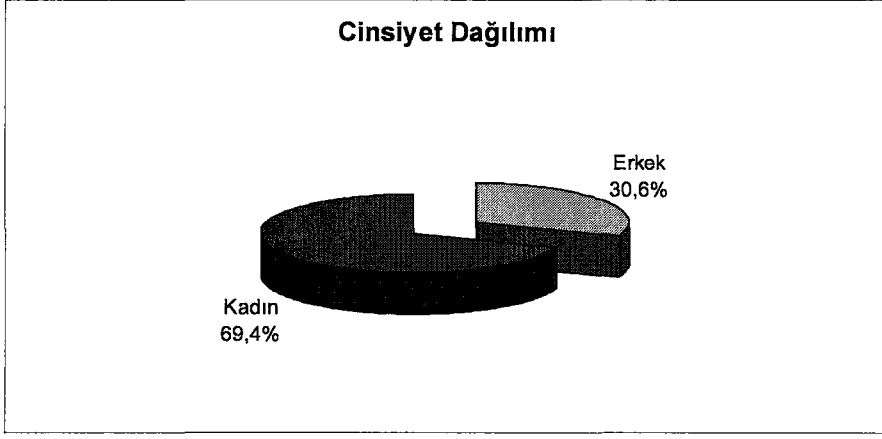
Hastaların %30,6'sının (n=49) erkek, %69,4'ünün (n=111) kadın olduğu görüldü (Tablo 12) (Şekil 6).

Hastaların %38,7'sinin (n=62) ilkokul, %10,6'sının (n=17) ortaokul, %23,8'inin (n=38) lise, %20,6'sının (n=33) üniversite, %6,37'sinin (n=10) lisansüstü eğitim aldıkları görüldü (Tablo 12) .

Hastaların %72,5'inin (n=116) evli, %27,5'inin (n=44) bekar olduğu, %80'inin (n=128) çocuk sahibi olduğu, 1-2 çocuk sahibi olan hastaların %41,9 (n=67), 3 ve üzeri çocuk sahibi olan hastaların ise %38,1 (n=61) olduğu saptandı (Tablo 12).



Şekil 5. Hastaların Yaş Dağılımları



Şekil 6. Hastaların Cinsiyet Dağılımları

Hastaların %21,2'si (n=34) memur, %40,0'ı (n=64) ev hanımı, %22,5'i (n=36) emekli ve %16,5'i (n=26) de diğer (öğrenci, işçi, işsiz ve serbest meslek) grubuna girmekte, tam gün çalışan %28,1 (n=45), yarım gün yada belli saatlerde çalışanlar % 5,6 (n=9) ve hiç çalışmayanlar %66,3 (n=106) olarak belirlendi (Tablo 12).

Sosyal güvenceye sahip hastalardan %70,6'sı (n=113) emekli sandığı, %19,4'ü (n=31) S.S.K.'lı ve %10'u (n=16) ise diğer (bağkur, özel sigorta, yeşil kart) sosyal güvencelere sahipti (Tablo 12) .

Geliri giderini karşılayanların oranı %78,7 (n=126), karşılamayanların oranı ise %21,3'dür (n=34). % 5,6'sı (n=9) kırsal bölgede, % 94,4'ü (n=151) kentsel bölgede yaşamaktaydı (Tablo 12) .

Hastaların %86,2'si (n=138) çekirdek aile, %13,8'i (n=22) geleneksel aile tipidir. Hastaların %83,7'si (n=134) kendisini dindar olarak tanımlarken, %16,3'ü (n=26) ise dindar olarak tanımlamadı (Tablo 12) .

6.2. HASTALARIN AĞRIYA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMI

Tablo 13. Hastaların Ağrıya İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=160)

		n	%
Ağrı süresi	3 ay – 1 yıl	49	30,6
	1 Yıl Üstü	111	69,4
	Toplam	160	100
Ağrı bölgesi neresi?	Baş bölgesi	24	15,0
	Servikal bölge	13	8,1
	Omuz ve Üst ekstremiteler	10	6,1
	Toraks bölgesi	8	5,0
	Abdominal bölge	3	1,9
	Sırt bölgesi	11	6,9
	Bel bölgesi	68	42,5
	Sakrum ve Koksiks	2	1,3
	Alt ekstremiteler	18	11,3
	Pelvik, anal, perianal ve genital bölge	3	1,9
	Toplam	160	100
Daha önce ağrı tedavi gördünüz mü?	Evet	103	64,4
	Hayır	57	35,6
	Toplam	160	100
Gördüyseniz hangileri?*	Akupunktur	5	3,0
	Hipnoz	1	0,6
	Egzersiz	12	7,5
	Masaj	9	5,6
	Cerrahi	18	11,2
	İlaç	54	33,7
	Fizik Tedavi	57	35,6
	Radyoterapi	13	8,1
	Kemoterapi	8	5,0
	Toplam	160	100
Ağrınızın sıklığı nedir?	Aynı Şiddette Sürekli veya Neredeyse sürekli	22	13,6
	Değişik Şiddette ama Sürekli	64	40,0
	Tekrarlayıcı ve Düzensiz	30	18,8
	Tekrarlayıcı ve Düzenli	3	1,9
	Aralıklarla Gelen	18	11,3
	Aralıklarla Gelen Ancak İnatçı	23	14,4
	Toplam	160	100

* Birden fazla şık işaretlenmiştir. Yüzdelere n sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 13. Hastaların Ağrıya İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (Devamı)

		n	%
Ağrınızı en iyi hangisi tanımlar?	Hafif	7	4,4
	Rahatsız Edici	48	30,0
	Şiddetli	51	31,9
	Çok Şiddetli	24	15,0
	Dayanılmaz	30	18,8
	Toplam	160	100,0
Ağrınızın olduğu dönemde ağrınıza eşlik eden başka bulgular var mı?	Evet	112	70,0
	Hayır	48	30,0
	Toplam	160	100,0
Yanıtınız evet ise hangisi/hangileri?*	Bulantı, Kusma	30	18,7
	İştahsızlık	26	16,2
	Uykusuzluk	72	45,0
	Halsizlik	15	9,4
	Denge bozukluğu, Baş dönmesi, Çift görme, Bulanık görme	19	11,8
	Kramp, Hipoestezi, Parastezi	41	25,6
	Solunum sıkıntısı	15	9,37
	Diğer	29	18,1
Ağrınızı neler artırır?*	Fiziksel Uyarılar	16	10,0
	Emosyonel Faktörler(Üzüntü, Stres)	16	10,0
	Soğuk, sıcak, nem	78	48,7
	Hareket, ayakta durma	160	100
	Oturmak, yatmak	24	15,0
	Ağır kaldırmak	14	8,75
	İkinme, öksürme	39	24,3
	Diğer	15	9,37
Ağrınızı neler azaltır?*	Hiçbir Şey	23	14,4
	Ağrı kesici Kullanmak	23	14,4
	Fiziksel Uyarı Azlığı	9	5,62
	Soğuk, sıcak, nem	64	40,0
	Dinlenmek	87	54,3
	Yürümek, egzersiz	20	12,5
	Masaj	78	48,7
Ağrınızı geçirmek için neler yaparsınız?*	Hiçbir Şey	17	10,62
	Ağrı Kesici Kullanmak	116	72,5
	Dinlenmek	66	41,25
	Masaj	34	21,25
	Egzersiz	16	10,0
	Sıcak Uygulama	22	13,75

* Birden fazla şık işaretlenmiştir. Yüzdelere n sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 13. Hastaların Ağrıya İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (Devamı)

		n	%
Tıbbi tanısı nedir?	Bilinmiyor	39	24,4
	Baş ağrısı (migren, küme baş ağrısı, vb.)	16	10,0
	Servikal diskopati,	15	9,4
	Lomber diskopati,	52	32,5
	Nöropatik ağrı (post-operatif, zona, diabet, vb.)	9	5,6
	Kanser	16	10,0
	Diğer	13	8,1
	Toplam	160	100,0
Diğer hastalık varlığı	Evet	98	61,3
	Hayır	62	38,7
	Toplam	160	100,0
Diğer hastalığın dağılımı*	Hipertansiyon	34	18,8
	Kalp ve Damar Hastalığı	15	8,4
	Karaciğer Hastalığı	7	3,9
	Böbrek Hastalığı	4	2,5
	Kas-İskelet Sistemi Hastalığı	9	5,0
	Psikolojik Sorunlar	6	3,6
	Diabet	20	11,0
	Gastrit, Mide Ülseri	21	11,2
	Osteoporoz	10	5,7
	Tiroit Bezi Disfonksiyonu	9	5,0
	KOAH	12	6,9
	Baş ağrısı (migren, küme baş ağrısı vb.)	13	7,3
	Servikal Diskopati,	2	1,4
	Lomber Diskopati,	9	5,0
	Kanser	8	4,3

* Birden fazla şık işaretlenmiştir. Yüzdelere n sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Ağrısı 3 ay ile 1 yıl arasında süren % 30,6 (n=49) hasta; bir yıldan fazla süren ise % 69,4 (n=111) hasta mevcuttu (Tablo 13).

Hastaların %42,5'inde (n=68) bel bölgesinde; % 15'inde (n=24) baş bölgesinde; % 11,3'ünde (n=18) alt ekstremitelerde, %8,1 (n=13) servikal bölgede, %6,9 (n=11) sırt bölgesinde, %6,1 (n=10) omuz ve üst ekstremitede, %5 (n=8) toraks bölgesinde, %1,9 (n=3) abdominal bölgede, %1,9 (n=3) pelvik, anal, perianal ve genital bölgede ve %1,3 (n=2) ile sakrum ve koksiks bölgesinde ağrı görüldü (Tablo 13).

Daha önce ağrı tedavisi gören % 64,4 (n=103) ve görmeyen %35,6 (n=57) hasta mevcuttu. Bu tedaviler % 35,6 (n=57) fizik tedavi, % 33,7 (n=54) ilaç tedavisi, % 11,2 (n=18) cerrahi tedavi, %8,1 (n=13) radyoterapi, %7,5 (n=12) egzersiz, %5,6 (n=9) masaj, %5 (n=8) kemoterapi, %3 (n=5) akupunktur, %0,6 (n=1) hipnoz olarak sıralandı (Tablo 13).

Ağrı sıklığı dağılımları ise; değişik şiddette ama sürekli % 40 (n=64); tekrarlayıcı ve düzensiz % 18,8 (n=30); aralıklarla gelen ancak inatçı % 14,4 (n=23), aynı şiddette sürekli veya neredeyse sürekli % 13,6 (n=22); aralıklarla gelen % 11,3 (n=18) ve tekrarlayıcı ve düzenli % 1,9 (n=3); şeklindeydi (Tablo 13).

Ağrınızı en iyi hangisi tanımlar sorusunu, hastaların %4,3'ü (n=7) hafif, %30'u (n=48) rahatsız edici, %31,9'u (n=51) şiddetli, %15'i (n=24) çok şiddetli, %18,8'i (n=30) dayanılmaz şeklinde tanımladı (Tablo 13).

Ağrılı dönemde ağrıya eşlik eden başka bulgular var mı sorusuna evet diyenlerin oranı %70 (n=112), hayır diyenlerin ise %30 (n=48)'du (Tablo 13).

Ağrıya eşlik eden başka bulgular ise sırasıyla; uykusuzluk %45 (n=72), kramp, hipoestezi ve parestezi %25,6 (n=41), bulantı- kusma %18,7 (n=30), diğer (göz yaşarması, cinsel isteksizlik, burun tıkanıklığı, terleme, kilo kaybı, kaşıntı ve konstipasyon) %18,1 (n=29), iştahsızlık %16,2 (n=26), denge bozukluğu, baş dönmesi, çift görme ve bulanık görme %11,8 (n=19), halsizlik %9,4 (n=15) ve solunum sıkıntısı % 9,37 (n=15) olarak saptandı (Tablo 13).

Ağrıyı arttıran başlıca sebep %100 (n=160) oranında hareket ve ayakta durmak olarak tanımlandı, diğerleri ise sırasıyla %48,7 (n=78) soğuk sıcak ve nem, %24,3 (n=39) ıkınma öksürme, %15 (n=24) oturmak ve yatmak, %10 (n=16) fiziksel uyaranlar, üzüntü ve stres, %8,75 (n=14) ağır kaldırmak, diğer (masaj, ağır kaldırmak) %9,37 (n=15) şeklinde sıralandı (Tablo 13).

Ağrıyı azaltıcı sebeplerin başında %54,3 (n=87) ile dinlenme, %48,7 (n=78) masaj, %40 (n=64) sıcak soğuk ve nem, %14,4 (n=23) ağrı kesici kullanmak ve hiçbir şey, %12,5 (n=20) yürümek egzersiz ve %5,62 (n=9) fiziksel uyaran azlığı geldi (Tablo 13).

Ağrıyı geçirmek için yapılan uygulamalar ise sırasıyla; %72,5 (n=116) ile ağrı kesici kullanmak, %41,2 (n=66) dinlenmek, %21,25 (n=34) masaj, %13,75 (n=22) sıcak uygulama, %10,62 (n=17) hiçbir şey ve %10 (n=16) egzersiz şeklinde sıralandı (Tablo 13).

Hastaların %32,5'i (n=52) lomber diskopati, %24,4'ünün (n=39) tıbbi tanısı bilinmemekte, %10'u (n=16) baş ağrısı, %10'u (n=16) kanser, %9,4'ü (n=15) servikal diskopati, % 8,1'i (n=13) diğer (menisküs, ankilozan spondilit, kronik venöz yetmezlik,

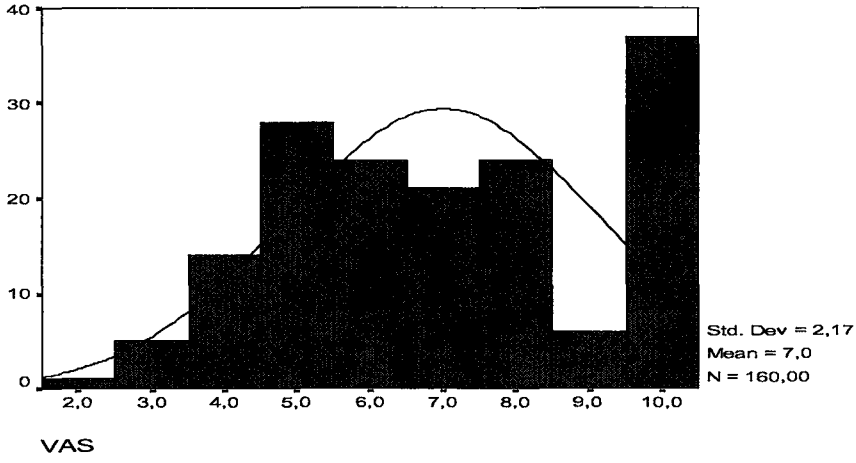
osteokondrom, anal atrezi, osteoporoz) ve %5,6'sı (n=9) nöropatik ağrı tanısı aldığı belirlendi (Tablo 13).

Hastaların % 61,3'ünde (n=98) başka hastalıklarda mevcuttu. Mevcut olan hastalıkların dağılımları sırasıyla %18,8 (n=34) hipertansiyon, %11,2 (n=21) gastrit, mide ülseri, %11 (n=20) diyabet, %8,4 (n=15) kalp ve damar hastalıkları, %7,3 (n=13) baş ağrısı (migren, küme), %6,9 (n=12) KOAH, %5,7 (n=10) osteoporoz, %5 (n=9) tiroid bezi disfonksiyonu, %5 (n=9) lomber diskopati, %5 (n=9) kas-iskelet sistemi hastalığı, %4,3 (n=8) kanser, %3,9 (n=7) karaciğer hastalığı, %3,6 (n=6) psikolojik sorunlar, %2,5 (n=4) böbrek hastalığı, %1,4 (n=2) servikal diskopati olarak belirlendi (Tablo 13).

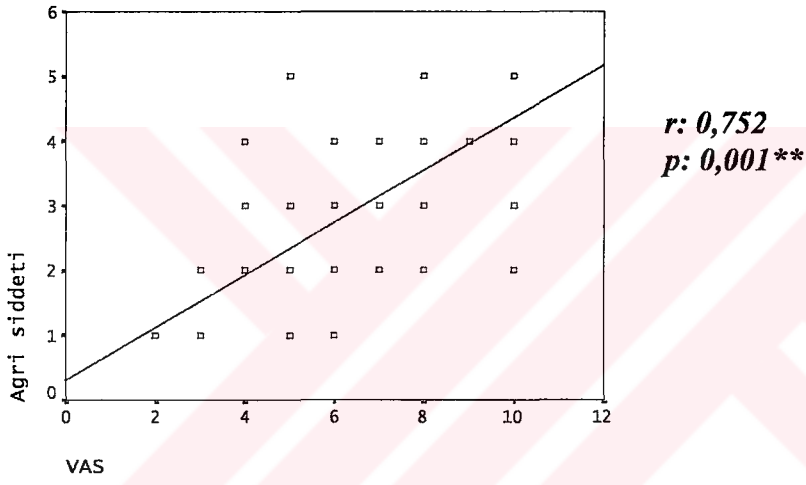
Tablo 14. GKÖ'a Göre Ağrı Şiddeti Dağılımı

GKÖ	N	%
1	-	-
2	1	0.6
3	5	3.1
4	14	8.3
5	28	17.5
6	24	15
7	21	13.2
8	24	15
9	6	3.2
10	37	23.1
Toplam	160	100

Hastaların GKÖ'e göre ağrı şiddeti dağılımına bakıldığında; %23.1'i (n=37) (10), %17.5'i (n=28) (5), %15'i (n=24) (8), %15'i (n=24) (6), %13.2'si (n=21) (7), %8.3'ü (n=14) (4), %3.2'si (n=6) (9), %3.1'i (n=5) (3) ve %0.6'sı (n=1) (2) olarak cevap verdi, GKÖ'e (1) cevabı veren bulunmadığı görüldü (Tablo 14).



Şekil 7. GKÖ Skoru Verilerinin Dağılımı



$^{**}p < 0,01$ r : Pearson Korelasyon Katsayısı

Şekil 8. Sözel Kategori Ölçeği İle GKÖ Arasındaki İlişki Grafiği

Hafif ile dayanılmaz arasında değişen Sözel kategori ölçeği ile 1 ile 10 arasında en düşükten en yükseğe ağrıyı tanımlayan GKÖ skalasına verilen yanıtlar arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki görüldü ($r: 0,752$; $p < 0,001$) (Şekil 8).

Tablo 15. Cinsiyete Göre Ağrı Şiddetinin Karşılaştırılması

Ağrı Şiddeti	Cinsiyet				Test Değ.	P
	Erkek (n=49)		Kadın (n=111)			
	Ort	SD	Ort	SD		
VAS	6.51	2.09	7.21	2.17	t:-1,914	0,049*

* $p<0,05$

t: Student t testi

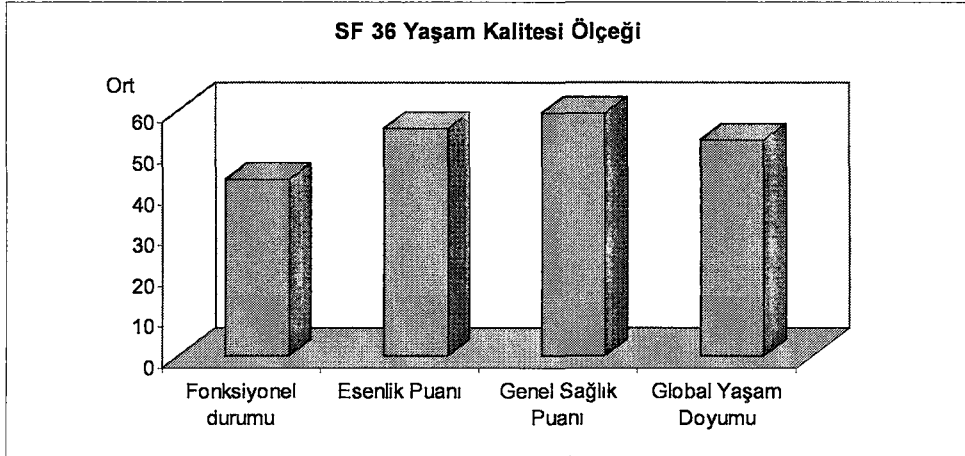
Cinsiyete göre ağrı şiddeti karşılaştırıldığında; kadınların ağrı şiddeti erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 15).

6.3. HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN YAŞAM KALİTESİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 16. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Yaşam Kalitesi Ölçeği	Minimum	Maksimum	Ortalama	SD
Fonksiyonel durumu	8,13	89,38	43,17	22,57
Esenlik Puanı	33,00	72,00	55,72	7,81
Genel Sağlık Puanı	27,50	82,50	59,46	12,56
Global Yaşam Doyumu	34,60	68,90	52,79	7,04

Fonksiyonel durum puanı minimum 8.13 ile maksimum 89,38 arasında değişmekte olup ortalama puan $43,17 \pm 22,57$ 'dir. Esenlik puanı minimum 33 ile maksimum 72 arasında değişmekte olup ortalama puan $55,72 \pm 7,81$; genel sağlık puanı minimum 27,50 ile maksimum 82,50 arasında değişmekte ortalama puan $59,46 \pm 12,56$; Global Yaşam Kalitesi puanı ise minimum 34,60 ile maksimum 68,90 arasında değişmekte olup ortalama $52,79 \pm 7,04$ 'dür (Tablo 16) (Şekil 9).



Şekil 9. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Aldığı Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

Tablo 17. Yaşlara Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi Ölçeği	YAŞ						Test	P
	14-44 yaş (n=65)		45-64 yaş (n=61)		65 yaş ve üstü (n=34)			
	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD		
Fonksiyonel durumu	50,39	22,57	43,07	22,33	29,59	16,40	<i>F:10,617</i>	<i>0,001**</i>
Esenlik Puanı	53,99	8,11	55,34	6,74	59,71	7,86	<i>F:6,524</i>	<i>0,002**</i>
Genel Sağlık Puanı	58,31	11,04	59,01	13,07	62,50	14,18	<i>F:1,311</i>	<i>0,272</i>
Global Yaşam Doyumu	54,23	6,76	52,48	7,28	50,60	6,68	<i>F:3,140</i>	<i>0,046*</i>

**p<0,05*

***p<0,01*

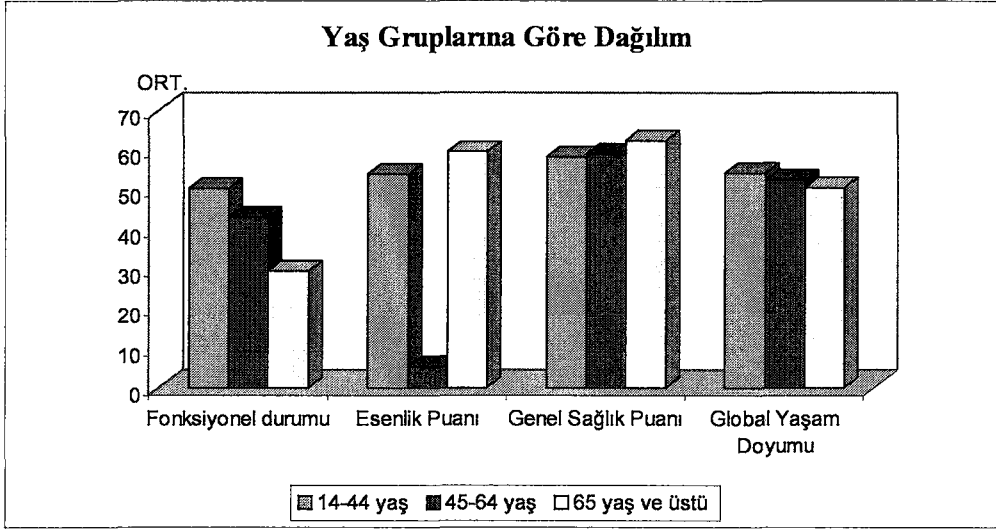
F: Oneway Anova Test

Fonksiyonel durum puanı yaş gruplarına göre ileri derecede anlamlı farklılık gösterdi ($p<0,01$). 65 yaş ve üzeri hastaların fonksiyonel durum puanları diğer yaş gruplarına göre ileri derecede anlamlı olarak düşük bulundu ($p<0,01$). 14-44 ve 45-64 yaşın fonksiyonel durum puanları arasında ise anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$).

Esenlik puanı yaş gruplarına göre ileri derecede anlamlı farklılık gösterdi ($p<0,01$). 65 yaş ve üzeri hastaların esenlik puanları diğer yaş gruplarına göre ileri derecede anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,01$). 14-44 ve 45-64 yaşın esenlik puanları arasında ise anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$).

Genel sağlık puanının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Global yaşam doyumu puanı yaş gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdi ($p<0,05$). 65 yaş ve üzeri hastaların global yaşam kalitesi puanları 14-44 yaş grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,05$). 14-44 ve 45-64 yaşın; 45-64 yaş ile 65 yaş ve üzeri hastaların global yaşam kalitesi puanları arasında ise anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$) (Tablo 17) (Şekil 10).



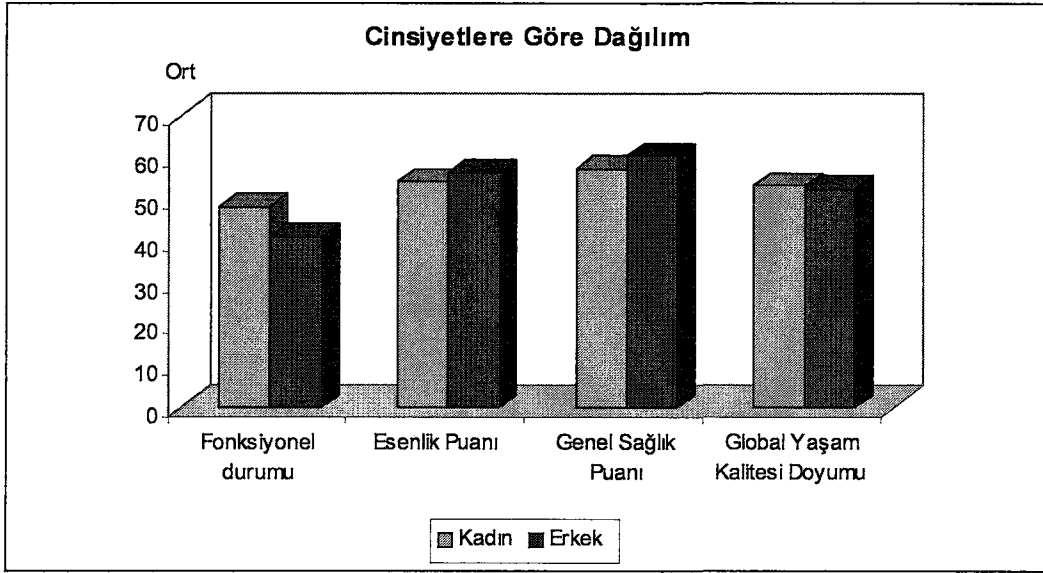
Şekil 10. Yaş Gruplarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Dağılımı

Tablo 18. Cinsiyetlere Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi Ölçeği	CİNSİYET				Test	p
	Kadın (n=49)		Erkek (n=111)			
	Ort	SD	Ort	SD		
Fonksiyonel durumu	48,22	25,20	40,95	21,06	F:1,764	0,082
Esenlik Puanı	54,17	7,64	56,41	7,83	F:1,678	0,095
Genel Sağlık Puanı	57,24	12,62	60,45	12,47	F:1,493	0,137
Global Yaşam Doyumu	53,21	7,43	52,60	6,89	F:0,501	0,617

F: Oneway Anova Test

Fonksiyonel durum puanı kadın hastalarda, esenlik puanı ise erkek hastalarda yüksek olmasına rağmen, istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği ($p>0,05$), genel sağlık ve global yaşam doyumu puanlarının da cinsiyetlere göre anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 18) (Şekil 11).



Şekil 11. Cinsiyetlere Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Dağılımı

Tablo 19. Eğitim Durumuna Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi Ölçeği	EĞİTİM										Test Değ	p
	İlkokul (n=62)		Ortaokul (n=17)		Lise (n=38)		Üniversite (n=33)		Lisans üstü (n=10)			
	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD		
Fonksiyonel durumu	36,99	19,17	40,12	21,46	43,60	24,49	47,47	22,87	70,94	12,94	5,985	0,001 **
Esenlik Puanı	56,47	7,39	55,84	9,65	56,96	6,59	54,28	7,63	50,93	10,77	1,623	0,171
Genel Sağlık Puanı	60,20	13,88	64,26	14,76	56,78	11,10	60,23	9,09	54,50	13,73	1,550	0,190
Global Yaşam Doyumu	51,22	6,55	53,41	7,84	52,44	7,45	53,99	6,87	58,79	4,12	3,024	0,020 *

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

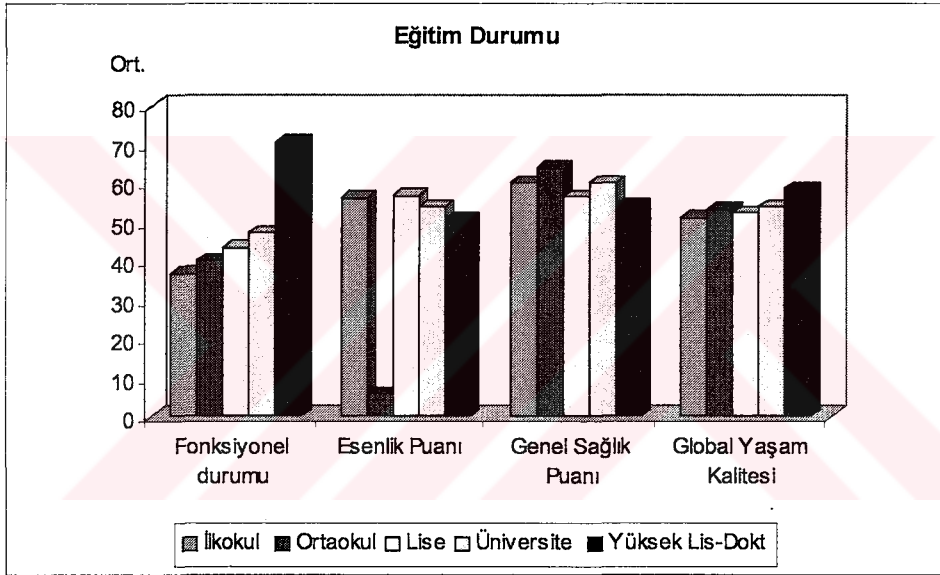
F: Oneway Anova Test

Eğitim durumuna göre fonksiyonel durum puanları istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı farklılık gösterdi ($p < 0,01$). Lisansüstü eğitim mezunlarının fonksiyonel durum puanları ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarına göre ileri derecede anlamlı ($p < 0,01$); üniversite mezunlarına göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p < 0,05$).

Diğer eğitim seviyelerinin fonksiyonel durum puanları arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Esenlik puanı ve genel sağlık puanı eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Global yaşam doyumu puanı eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdi ($p<0,05$). Anlamlılık ise; ilkokul mezunlarının global yaşam doyumu puanlarının lisansüstü eğitim yapan gruba göre anlamlı düzeyde düşük bulunmasından kaynaklandığı belirlendi ($p<0,05$). Diğer eğitim gruplarının global yaşam doyumu puanları arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 19) (Şekil 12).



Şekil 12. Eğitim Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Dağılımı

Tablo 20. Çalışma Durumuna Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi Ölçeği	ÇALIŞMA DURUMU								Test	P
	Emekli (n=36)		Memur (n=34)		Ev Hanımı (n=64)		Diğer (n=26)			
	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD		
Fonksiyonel durum	36,70	21,18	57,69	22,08	37,28	19,33	44,92	24,93	7,479	0,001**
Esenlik Puanı	56,11	7,26	54,11	7,93	57,16	7,85	53,74	7,95	1,812	0,147
Genel Sağlık Puanı	58,33	12,06	55,37	11,37	61,83	13,15	60,58	12,39	2,177	0,093
Global Yaşam Doyumu	51,05	7,16	55,73	6,69	52,09	7,09	53,08	6,36	3,043	0,031*

* $p<0,05$

** $p<0,01$

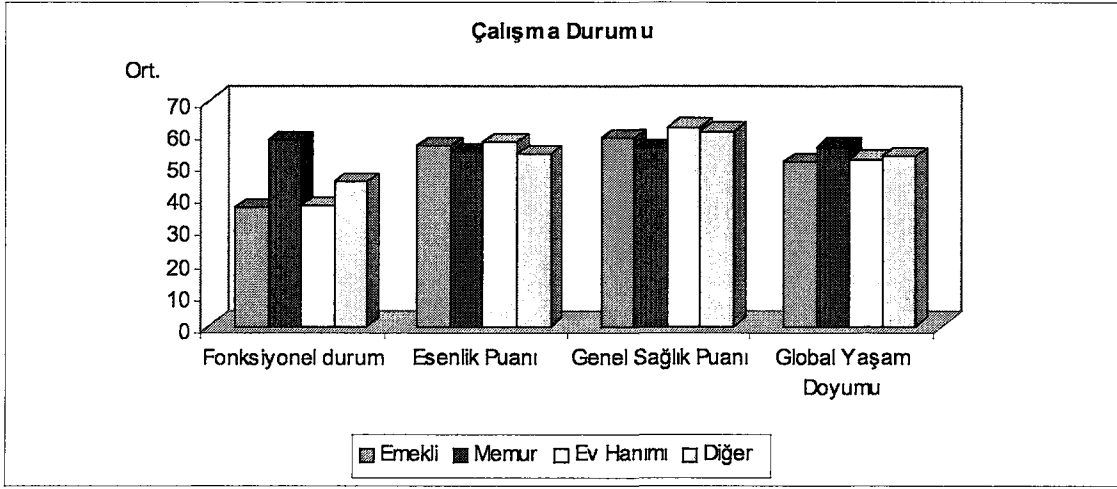
F: Oneway Anova Test

(Diğer: Öğrenci, serbest meslek, işçi ve işsiz)

Fonksiyonel durum puanı meslek sınıflamalarına göre ileri derecede anlamlı farklılık gösterdi ($p<0,01$). Memurların fonksiyonel durum puanları emeklilere göre ve ev hanımlarına göre ileri derecede anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,01$). Memur ile diğer meslek grubu ve emekli ile ev hanımlarının fonksiyonel durum puanları arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Esenlik puanı ve genel sağlık puanı meslek durumlarına göre anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Global yaşam doyumu puanı meslek gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdi ($p<0,05$). Anlamlılığın ise; emeklilerin global yaşam doyumu puanlarının memur grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulunmasından kaynaklandığı belirlendi ($p<0,05$). Diğer meslek gruplarının global yaşam doyumu puanları arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 20) (Şekil 13).



Şekil 13. Çalışma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Dağılımı

Tablo 21. Çalışma Düzenine Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi Ölçeği	ÇALIŞMA DÜZENİ						Test	p
	Tamgün (n=45)		Yarımgün (n=9)		Çalışmayan (n=106)			
	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD		
Fonksiyonel durum	56,06	23,03	47,78	20,27	37,32	20,26	F:12,707	0,001**
Esenlik Puanı	53,05	7,54	55,33	6,16	56,88	7,83	F:3,959	0,021*
Genel Sağlık Puanı	56,83	11,42	58,33	15,05	60,68	12,75	F:1,532	0,219
Global Yaşam Doyumu	55,31	6,68	53,81	6,05	51,63	7,02	F:4,624	0,011*

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

F: Oneway Anova Test

Fonksiyonel durum puanı çalışma düzenine göre ileri derecede anlamlı farklılık gösterdi ($p < 0,01$). Tam gün çalışanların fonksiyonel durum puanları çalışmayan hastalara göre ileri derecede anlamlı olarak yüksek bulundu ($p < 0,01$). Tam gün çalışan

ile yarım gün çalışanların ve yarım gün çalışanlar ile çalışmayanların fonksiyonel durum puanları arasında ise anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Esenlik puanı çalışma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdi ($p<0,05$). Tam gün çalışanların esenlik puanları çalışmayan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,05$). Tam gün çalışan ile yarım gün çalışanların ve yarım gün çalışanlar ile çalışmayanların esenlik puanları arasında ise anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Genel sağlık puanı çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Global yaşam doyumu puanı çalışma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdi ($p<0,05$). Tam gün çalışanların global yaşam doyumu puanları çalışmayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Tam gün çalışan ile yarım gün çalışanların ve yarım gün çalışanlar ile çalışmayanların global yaşam doyumu puanları arasında ise anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 21).

Tablo 22. Sosyal Güvence Durumuna Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi Ölçeği	SOSYAL GÜVENCE						Test	P
	Emekli Sandığı (n=113)		SSK (n=31)		Diğer (n=16)			
	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD		
Fonksiyonel durumu	43,52	21,73	39,96	23,69	47,02	26,83	F:0,556	0,575
Esenlik Puanı	55,63	7,77	55,22	8,35	57,35	7,37	F:0,416	0,660
Genel Sağlık Puanı	58,63	12,84	61,85	12,35	60,78	10,90	F:0,898	0,410
Global Yaşam Doyumu	52,59	7,100	52,35	6,63	55,05	7,42	F:0,930	0,397

F: Oneway Anova Test (Diğer: Bağkur, yeşil kart ve güvencesi olmayanlar)

Fonksiyonel durum puanı, esenlik puanı, genel sağlık puanı ve global yaşam doyumu puanı sosyal güvence durumuna göre anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 22).

Tablo 23. Gelir- Gider Durumuna Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi Ölçeği	GELİR – GİDER				Test Değ	P
	Karşılıyor (n=126)		Karşılamıyor (n=34)			
	Ort	SD	Ort	SD		
Fonksiyonel durumu	43,75	23,17	41,06	20,42	t: 0,616	0,539
Esenlik Puanı	56,08	7,79	54,39	7,92	t: 1,119	0,265
Genel Sağlık Puanı	59,11	11,91	60,81	14,87	t: 0,700	0,485
Global Yaşam Doyumu	52,98	6,93	52,09	7,51	t: 0,655	0,539

t: Student t testi

Fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık ve global yaşam doyumu puanı gelirin gideri karşılaması durumuna göre anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 23).

Tablo 24. Medeni Durumuna Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi Ölçeği	MEDENİ DURUM				Test Değ.	P
	Evli (n=116)		Bekar (n=44)			
	Ort	SD	Ort	SD		
Fonksiyonel durumu	42,100	21,40	43,66	25,69	t: 0,154	0,878
Esenlik Puanı	55,27	7,83	56,92	7,75	t: 1,198	0,233
Genel Sağlık Puanı	59,33	12,19	59,83	13,63	t: 0,223	0,824
Global Yaşam Doyumu	52,53	7,13	53,47	6,83	t: 0,754	0,452

t: Student t testi

Fonksiyonel durum puanı, esenlik puanı, genel sağlık puanı ve global yaşam doyumu puanı medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 24).

Tablo 25. Çocuk Varlığına Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

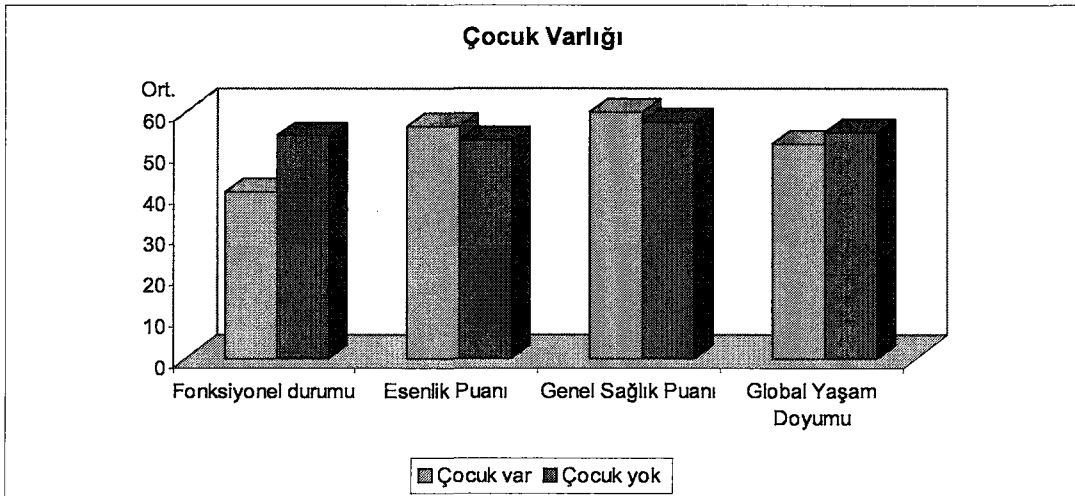
Yaşam Kalitesi Ölçeği	ÇOCUK				Test Değ.	P
	Var (n=128)		Yok (n=32)			
	Ort	SD	Ort	SD		
Fonksiyonel durumu	40,43	21,01	54,16	25,50	t:2,815	0,007**
Esenlik Puanı	56,36	7,43	53,17	8,90	t:2,089	0,038*
Genel Sağlık Puanı	59,96	12,100	57,50	10,62	t:0,991	0,323
Global Yaşam Doyumu	52,25	7,23	54,94	5,82	t:1,950	0,05*

* $p<0,05$

** $p<0,01$

t:Student t test

Fonksiyonel durum puanı çocuklu olan hastalarda ileri derecede anlamlı olarak düşük bulundu ($p<0,01$). Esenlik puanı çocuklu hastalarda anlamlı düzeyde yüksek, global yaşam doyumu puanı çocuklu hastalarda anlamlı düzeyde düşük bulunurken ($p<0,05$), genel sağlık puanının çocuk varlığına göre anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 25) (Şekil 14).



Şekil 14. Çocuk Varlığına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Dağılımı

Tablo 26. Çocuk Sayısı Durumuna Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi Ölçeği	ÇOCUK SAYISI				Test	P
	1-2 (n=67)		3 ve üstü (n=61)			
	Ort	SD	Ort	SD		
Fonksiyonel durumu	42,55	22,87	38,11	18,68	t:1,194	0,235
Esenlik Puanı	55,71	7,06	57,08	7,81	t:1,039	0,301
Genel Sağlık Puanı	60,33	13,50	59,55	12,52	t:0,341	0,734
Global Yaşam Doyumu	52,86	7,84	51,58	6,50	t:1,003	0,318

t: Student t testi

Fonksiyonel durum puanı, esenlik puanı, genel sağlık puanı ve global yaşam doyumu puanı çocuk sayısına göre anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 26).

Tablo 27. Yaşanılan Yere Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi Ölçeği	YAŞADIĞI YER				Test	P
	Kırsal alan (n= 9)		Kentsel alan (n=150)			
	Ort	SD	Ort	SD		
Fonksiyonel durumu	29,72	14,06	44,03	22,84	t:1,855	0,065
Esenlik Puanı	57,33	8,23	55,65	7,83	t:0,625	0,533
Genel Sağlık Puanı	66,11	10,09	59,10	12,65	t:1,630	0,105
Global Yaşam Doyumu	51,05	5,75	52,92	7,13	t:0,771	0,442

t: Student t testi

Kentsel alanda yaşayanların fonksiyonel durum puanı kırsal alanda yaşayanlara göre hayli yüksek olmasına rağmen, fonksiyonel durum puanı, esenlik puanı, genel sağlık puanı ve global yaşam doyumu puanlarının yaşanılan yere göre anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 27).

Tablo 28. Aile Tipine Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi Ölçeği	AİLE TİPİ				Test Değ.	p
	Çekirdek (n=138)		Geniş (n=22)			
	Ort	SD	Ort	SD		
Fonksiyonel durumu	43,92	22,86	38,53	20,58	t:1,040	0,300
Esenlik Puanı	55,35	8,02	28,07	6,01	t:1,526	0,129
Genel Sağlık Puanı	59,49	12,48	59,32	13,37	t:0,060	0,952
Global Yaşam Doyumu	52,92	7,01	51,97	7,34	t:0,583	0,560

t: Student t testi

Fonksiyonel durum puanı, esenlik puanı, genel sağlık puanı ve global yaşam doyumu puanı aile tipine göre anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 28).

Tablo 29. Dindar Olarak Tanımlayıp-Tanımlamamaya Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi Ölçeği	DİNDAR				Test Değ.	P
	Tanımlıyor (n=134)		Tanımlamıyor (n=26)			
	Ort	SD	Ort	SD		
Fonksiyonel durumu	41,94	22,29	49,57	23,42	t:1,584	0,115
Esenlik Puanı	55,80	7,81	55,31	7,99	t:0,295	0,768
Genel Sağlık Puanı	59,87	12,61	57,40	12,36	t:0,915	0,362
Global Yaşam Doyumu	52,54	6,81	54,09	8,15	t:1,031	0,304

t: Student t testi

Fonksiyonel durum ve global yaşam doyumu puanı kendini dindar olarak tanımlayanlarda, esenlik ve genel sağlık puanı kendisini dindar olarak tanımlayanlarda yüksek bulunmasına rağmen, anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 29).

6.4. HASTALARIN AĞRIYA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN YAŞAM KALİTESİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 30. Ağrı Süresine Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

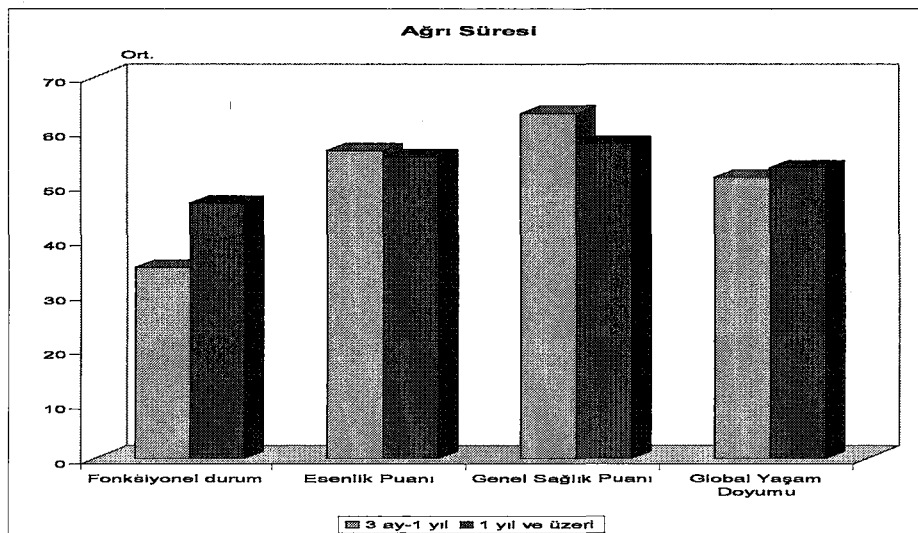
Yaşam Kalitesi Ölçeği	AĞRI SÜRESİ				Test Değ.	P
	3 ay-1 yıl (n=49)		1 yıl üzeri (n=111)			
	Ort	SD	Ort	SD		
Fonksiyonel durum	35,03	21,88	46,77	22,03	t:3,114	0,002**
Esenlik Puanı	56,50	7,88	55,38	7,80	t:0,838	0,403
Genel Sağlık Puanı	63,32	13,50	57,77	11,79	t:2,620	0,010*
Global Yaşam Doyumu	51,62	6,65	53,31	7,17	t:1,404	0,162

**p*<0,05

***p*<0,01

t:Student *t* test

Fonksiyonel durum puanı ağrı süresi 3 ay-1 yıl olan hastalarda ileri derecede anlamlı olarak düşük bulundu (*p*<0,01). Esenlik puanı ve global yaşam doyumu puanı ağrı süresine göre anlamlı farklılık göstermezken (*p*>0,05); genel sağlık puanı ağrı süresi 3 ay-1 yıl olanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulundu (*p*<0,05) (Tablo 30) (Şekil 15).



Şekil 15. Ağrı Süresine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Dağılımı

Tablo 31. Baş Bölgesi İle Diğer Ağrı Bölgelerinin Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi Ölçeği	Baş Bölgesi Ağrısı (n=24)		Diğer Ağrı Bölgeleri (n=136)		Test Değ.	p
	Ort	SD	Ort	SD		
Fonksiyonel durumu	53,52	20,58	41,35	22,49	<i>t:-2,473</i>	<i>0,014*</i>
Esenlik Puanı	52,39	7,59	56,31	7,73	<i>t:2,296</i>	<i>0,023*</i>
Genel Sağlık Puanı	59,37	9,06	59,48	13,11	<i>t:0,040</i>	<i>0,969</i>
Global Yaşam Doyumu	55,09	6,57	52,38	7,06	<i>t:-1,751</i>	<i>0,082</i>

* $p<0,05$

** $p<0,01$

t: Student t testi

Baş bölgesi ile diğer ağrı bölgeleri karşılaştırıldığında; fonksiyonel durum puanı baş bölgesi ağrısında anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$).

Esenlik puanında baş bölgesi ile diğer ağrı bölgeleri karşılaştırıldığında; esenlik puanı baş bölgesi ağrısında anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0.05$).

Genel sağlık puanı ile global yaşam doyumu puanlarında baş bölgesi ile diğer ağrı bölgeleri karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 31).

Tablo 32. Bel Bölgesi İle Diğer Ağrı Bölgelerinin Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi Ölçeği	Bel Bölgesi Ağrısı (n=68)		Diğer Ağrı Bölgeleri (n=92)		Test Değ.	p
	Ort	SD	Ort	SD		
Fonksiyonel durumu	38,96	22,45	46,29	22,45	<i>t:2,052</i>	<i>0,042*</i>
Esenlik Puanı	55,78	8,39	55,67	7,41	<i>t:-0,085</i>	<i>0,932</i>
Genel Sağlık Puanı	60,36	13,18	58,80	12,11	<i>t:-0,777</i>	<i>0,438</i>
Global Yaşam Doyumu	51,70	7,40	53,59	6,68	<i>t:1,687</i>	<i>0,094</i>

* $p<0,05$

** $p<0,01$

t: Student t testi

Bel bölgesi ile diğer ağrı bölgeleri karşılaştırıldığında; fonksiyonel durum puanı bel bölgesi ağrısı olanlarda anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0.05$).

Esenlik, genel sağlık ve global yaşam kalitesinde bel bölgesi ile diğer ağrı bölgeleri karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunamadı ($p>0.05$) (Tablo 32).

Tablo 33. Baş Ağrısı ve Bel Ağrısına Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi Ölçeği	Ağrı				Test Değ.	P
	Baş Ağrısı (n=24)		Bel Ağrısı (n=68)			
	Ort	SD	Ort	SD		
Fonksiyonel durumu	53,52	20,58	38,96	22,45	t:2,789	0,006**
Esenlik Puanı	52,38	7,59	55,78	8,39	t:1,745	0,084
Genel Sağlık Puanı	59,37	9,06	60,36	13,18	t:0,341	0,734
Global Yaşam Doyumu	55,09	6,57	51,70	7,40	t:1,982	0,049*

** p<0,05****p<0,01**t: Student t testi*

Baş ve bel ağrısına göre fonksiyonel durum puanları ileri derecede anlamlı farklılık gösterdi ($p<0,01$). Baş ağrısı olan hastaların fonksiyonel durum puanları bel ağrısı olanlara göre ileri derecede anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,01$).

Esenlik ve genel sağlık puanları baş ve bel ağrısına göre anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Baş ve bel ağrısına göre global yaşam doyumu puanı anlamlı farklılık gösterdi ($p<0,05$). Baş ağrısı olan hastaların global yaşam doyumu puanları bel ağrısı olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 33).

Tablo 34. Daha Önce Görülen Ağrı Tedavisine Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi Ölçeği	Daha Önce Ağrı Tedavisi Gördünüz mü?				Test Değ.	P
	Evet (n=103)		Hayır (n=57)			
	Ort	SD	Ort	SD		
Fonksiyonel durumu	41,22	21,79	46,71	23,73	t: 1,477	0,142
Esenlik Puanı	56,19	7,63	54,88	8,16	t:1,018	0,310
Genel Sağlık Puanı	59,90	12,73	58,68	12,33	t:0,586	0,559
Global Yaşam Doyumu	52,44	7,16	53,42	6,84	t:0,846	0,399

t: Student t testi

Fonksiyonel durum puanı, esenlik puanı, genel sağlık puanı ve global yaşam kalitesi puanı daha önce ağrı tedavisi görenler ve görmeyenlere göre istatistiksel olarak farklılık göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 34).

Tablo 35. Radyoterapi ve Kemoterapinin Yaşam Kalitesi ile Korelasyonu

Yaşam Kalitesi Ölçeği	Radyoterapi (n=7)		Kemoterapi (n=8)	
	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>P</i>
Fonksiyonel Durumu	-0,200	0,011*	-0,204	0,010**
Esenlik Puanı	0,106	0,184	0,106	0,181
Genel Sağlık Puanı	0,058	0,467	0,136	0,087
Global Yaşam Doyumu	-0,140	0,077	-0,098	0,217

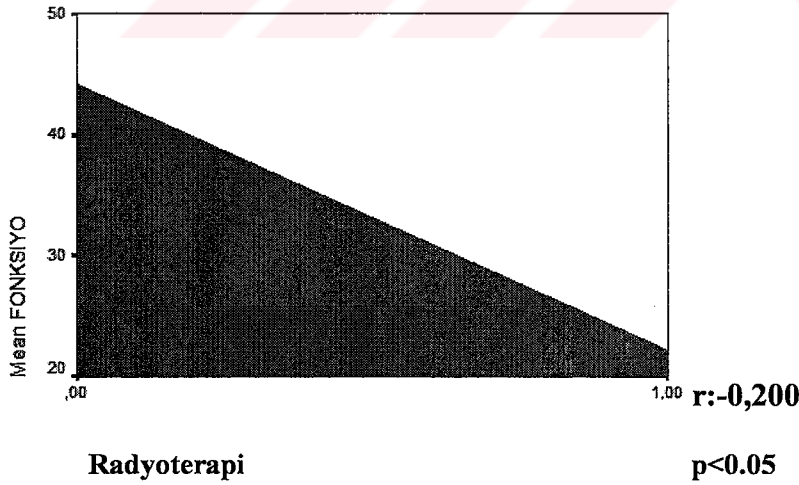
* $p<0,05$

** $p<0,01$

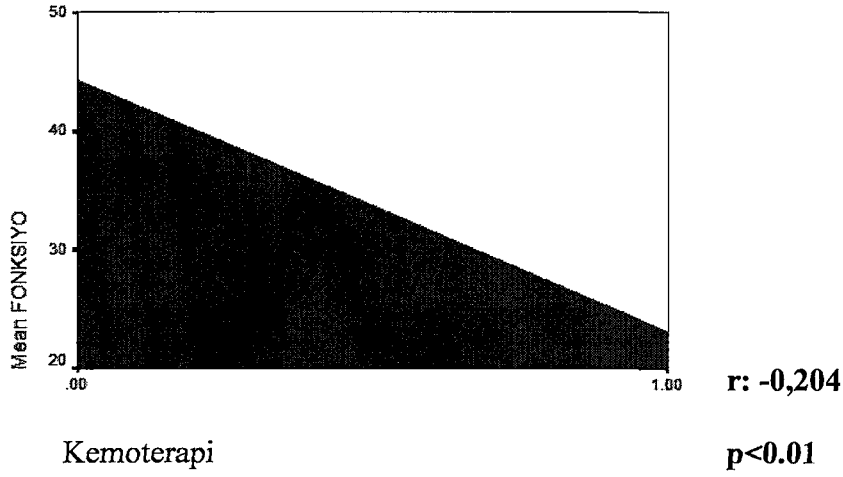
r: Pearson Korelasyon katsayısı

Radyoterapi ve kemoterapi ile fonksiyonel durum arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bulunan bir ilişki bulundu ($r:-0,200$; $p<0,05$), ($r:-0,204$; $p<0,01$) (Şekil 16, Şekil 17).

Esenlik ($r:0,106$; $p>0,05$) ($r:0,106$; $p>0,05$), genel sağlık ($r:0,058$; $p>0,05$) ($r:0,136$; $p>0,05$) ve global yaşam doyumu ($r:-0,140$; $p>0,05$) ($r:-0,098$; $p>0,05$) arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo 35).



Şekil 16. Radyoterapi ile Fonksiyonel Durum Arasındaki İlişki Grafiği



Şekil 17. Kemoterapi ile Fonksiyonel Durum Arasındaki İlişki Grafiği

Tablo 36. GKÖ Ağrı Skoruna Göre Yaşam Kalitesinin Korelasyonu

Yaşam Kalitesi Ölçeği	GKÖ	
	R	P
Fiziksel Fonksiyon	-0,370	0,001**
Fiziksel Rol Fonksiyon	-0,230	0,003**
Sosyal Fonksiyon	0,023	0,776
Sosyal Rol Fonksiyon	-0,152	0,055
Fonksiyonel Durum	-0,276	0,001**
Mental Fonksiyon	-0,242	0,002**
Enerji/Vitalite	-0,151	0,057
Ağrı	0,445	0,001**
Esenlik	0,202	0,011*
Genel Sağlık	0,290	0,001**
Global Yaşam Doyumu	-0,048	0,546

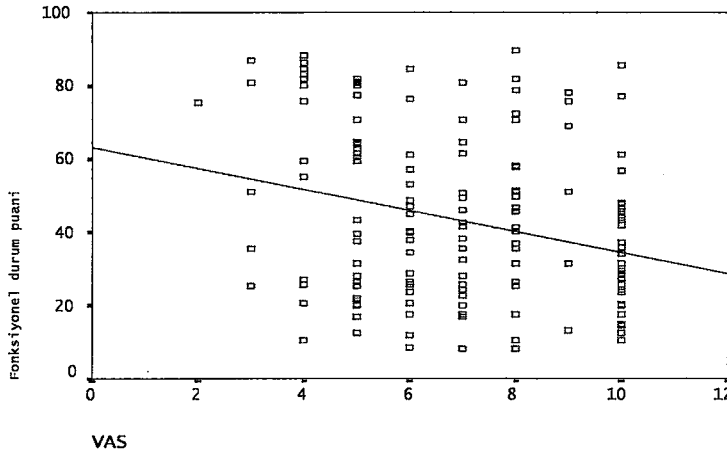
* $p<0,05$

** $p<0,01$

r: Pearson Korelasyon katsayısı

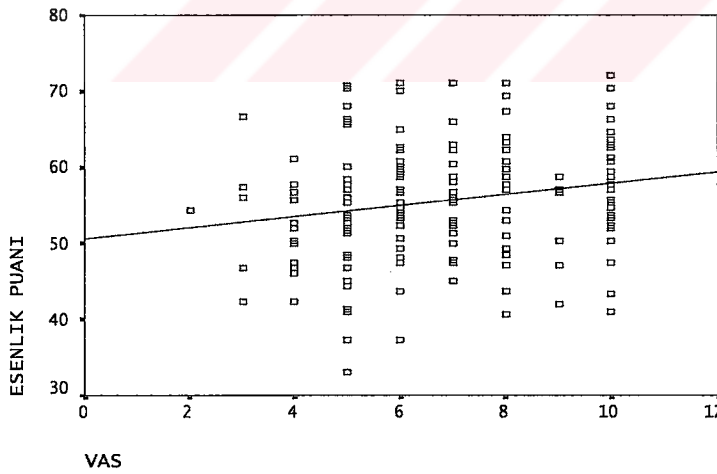
GKÖ ağrı skoru ile fiziksel fonksiyon (r : -0,370; $p<0,01$) ve fiziksel rol fonksiyon (r : -0,230; $p<0,01$) arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki bulundu. Sosyal fonksiyon (r : 0,023; $p>0,05$) ve sosyal rol fonksiyon (r : -0,152; $p>0,05$) arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, sosyal fonksiyon ve sosyal rol fonksiyonu alt gruplarını kapsayan

fonksiyonel durum ile GKÖ arasında negatif yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki bulundu ($r: -0,276$; $p<0,01$) (Tablo 36) (Şekil 18).



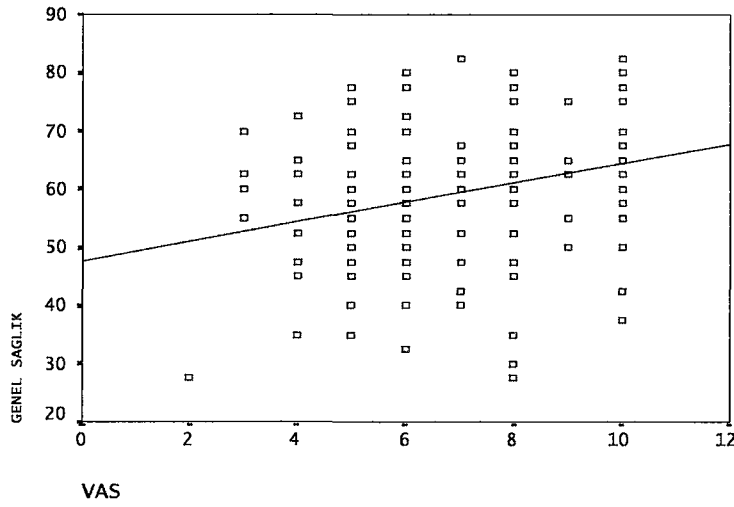
Şekil 18. GKÖ Skorları ile Fonksiyonel Durum Arasındaki İlişki Grafiği

GKÖ ağrı skoru ile mental fonksiyonda negatif yönlü ($r: -0,242$; $p<0,01$), ağrıda pozitif yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki bulundu ($r: 0,445$; $p<0,01$). Enerji/vitalite ile GKÖ arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($r:-0,151$; $p>0,05$). Mental fonksiyon, ağrı ve enerji/vitalite alt gruplarını kapsayan esenlik ile GKÖ arasında ise pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($r: 0,202$; $p<0,05$) (Tablo 36) (Şekil 19).



Şekil 19. GKÖ Skorları ile Esenlik Puanları Arasındaki İlişki Grafiği

GKÖ ağrı skoru ile genel sağlık puanları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki bulundu ($r: 0,290$; $p<0,01$) (Tablo 36) (Şekil 20).



Şekil 20. GKÖ Skorları ile Genel Sağlık Puanları Arasındaki İlişki Grafiği

GKÖ ağrı skoru ile global yaşam doyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamadı ($r: -0,048$; $p>0,05$) (Tablo 36).

Tablo 37. Ağrı Şiddeti Tanımına Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Ağrı Şiddeti	Fonksiyonel Durum		Esenlik Puanı		Genel Sağlık Puanı		Global Yaşam Doyumu	
	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD
Hafif (n=7)	53,63	23,64	57,38	9,12	53,57	14,71	54,86	7,23
Rahatsız Edici (n=48)	53,60	23,83	51,38	7,05	56,56	10,70	53,85	6,96
Şiddetli (n=51)	39,01	17,92	56,87	7,44	57,16	12,97	50,68	7,15
Çok şiddetli (n=24)	43,83	26,42	57,04	8,49	64,48	11,44	55,12	8,60
Dayanılmaz (n=30)	32,34	16,64	59,28	6,01	65,42	12,34	52,34	4,51
Test Değeri	F: 6,006		F: 6,581		F: 4,449		F: 2,330	
P	0,001**		0,001**		0,002**		0,05*	

* $p<0,05$

** $p<0,01$

F: Oneway Anova Test

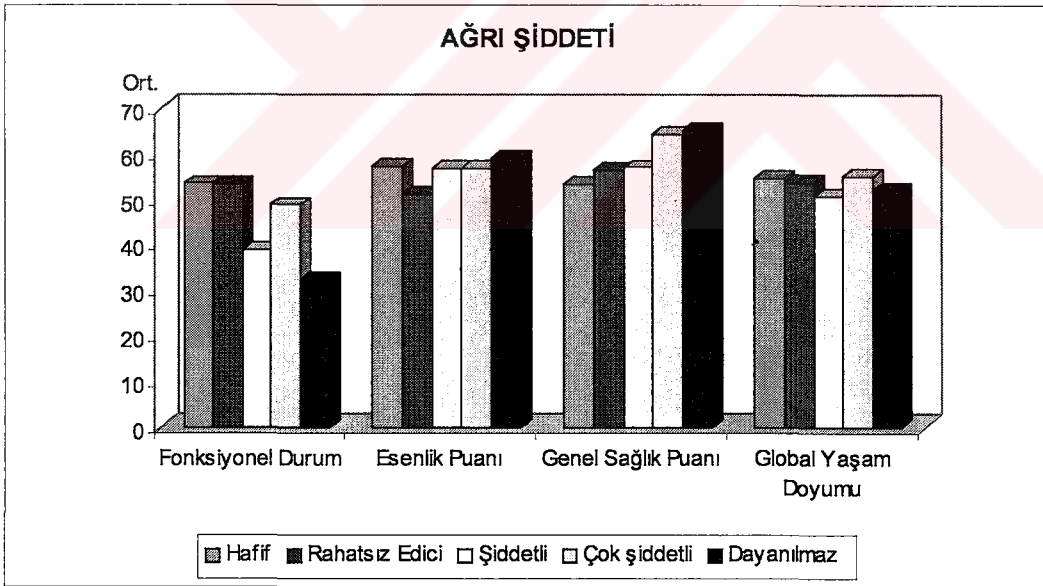
(Ağrı şiddeti hafif hastalar sayısı azlığı nedeniyle karşılaştırma dışı bırakılmıştır)

Fonksiyonel durum puanları ağrı şiddeti durumuna göre ileri derecede anlamlı farklılık gösterdi ($p<0,01$). Ağrı şiddeti rahatsız edici diyen hastaların fonksiyonel

durum puanları şiddetli ve dayanılmaz diye tanımlayan hastalara göre ileri derecede anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,01$). Diğer ağrı şiddeti tanımlamalarının fonksiyonel durum puanları arasında ise anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Esenlik puanları ağrı şiddeti durumuna göre ileri derecede anlamlı farklılık gösterdi ($p<0,01$). Ağrı şiddeti rahatsız edici diyen hastaların esenlik puanları şiddetli, çok şiddetli ve dayanılmaz diye tanımlayan hastalara göre ileri derecede anlamlı olarak düşük bulundu ($p<0,01$). Diğer ağrı şiddeti tanımlamalarının esenlik puanları arasında ise anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Genel sağlık puanları ağrı şiddeti durumuna göre ileri derecede anlamlı farklılık gösterdi ($p<0,01$). Ağrı şiddeti dayanılmaz diyen hastaların genel sağlık puanları rahatsız edici ve şiddetli diye tanımlayan hastalara göre ileri derecede anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,01$). Ağrı şiddeti çok şiddetli olan hastaların genel sağlık puanları rahatsız edici ve şiddetli diye tanımlayan hastalara göre ileri derecede anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,01$). Diğer ağrı şiddeti tanımlamalarının genel sağlık puanları arasında ise anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 37) (Şekil 21).



Şekil 21. Ağrı Şiddetine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Dağılımı

Tablo 38. Ağrılı Dönemde Eşlik Eden Başka Bulgu Varlığına Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

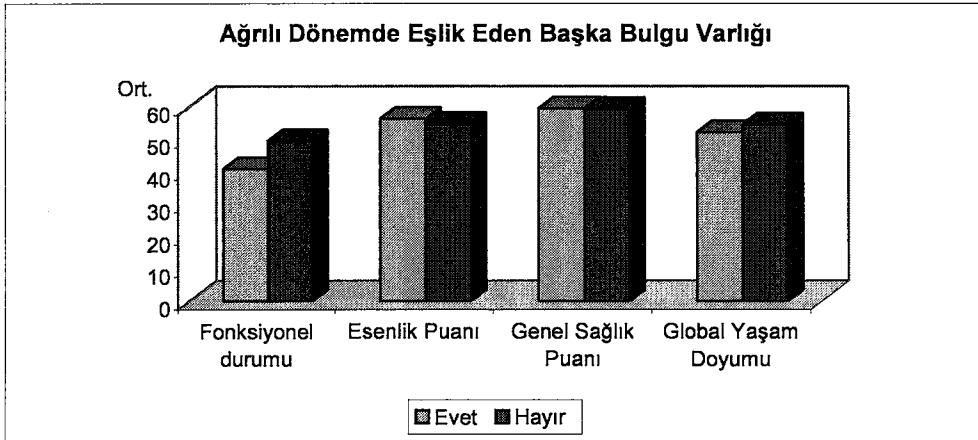
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Ağrılı Dönemde Ağrınıza Eşlik Eden Başka Bulgular Var mı?				Test Değ.	P
	Evet (n=112)		Hayır (n=47)			
	Ort	SD	Ort	SD		
Fonksiyonel durumu	40,72	21,44	49,41	24,33	t:2,239	0,027*
Esenlik Puanı	56,17	7,77	54,57	7,97	t:1,170	0,244
Genel Sağlık Puanı	59,40	12,74	59,25	12,11	t:0,065	0,948
Global Yaşam Doyumu	52,10	7,09	54,41	6,80	t:1,903	0,059

* $p<0,05$

t: Student t testi

Ağrılı dönemde ağrınıza eşlik eden başka bulgu var mı sorusuna evet yanıtı verenlerin fonksiyonel durum puanları anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,05$).

Esenlik puanı, genel sağlık puanı ve global yaşam doyumu puanları eşlik eden başka bulgu olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 38) (Şekil 22).



Şekil 22. Ağrılı Dönemde Eşlik Eden Başka Bulgu Varlığına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Dağılımı

Tablo 39. Eşlik Eden Başka Bulgulardan Uykusuzluğa Göre Yaşam Kalitesinin Korelasyonu

Yaşam Kalitesi Ölçeği	Uykusuzluk (n=72)	
	R	P
Fonksiyonel Durumu	-0,245	0,002**
Esenlik Puanı	0,081	0,308
Genel Sağlık Puanı	0,086	0,280
Global Yaşam Doyumu	-0,180	0,023*

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ r: Pearson Korelasyon katsayısı

Ağrılı dönemde eşlik eden başka bulgu varlığına uykusuzluk cevabı verenlerin; fonksiyonel durumu uykusuzluk ile arasındaki korelasyon negatif yönlü ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olarak bulundu ($r:-0,245$, $p<0,01$). Global yaşam doyumu ile uykusuzluk arasındaki korelasyon ise negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı olarak bulundu ($r:-0,180$, $p<0,05$). Uykusuzluk ile esenlik ve genel sağlık anlayışı arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 39).

Tablo 40. Tıbbi Tanıya Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Tıbbi Tanı	Fonksiyonel Durum		Esenlik Puanı		Genel Sağlık Puanı		Global Yaşam Doyumu	
	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD
Bilinmiyor (n=39)	43,35	23,37	54,64	7,60	58,27	13,18	52,09	6,15
Baş Ağrısı (n=16)	55,72	19,60	52,77	7,77	56,87	8,44	55,12	6,61
Servikal Diskopati, (n=15)	44,18	19,53	57,83	16,61	57,83	16,61	52,77	7,00
Lomber Diskopati, (n=52)	40,69	20,24	55,56	8,90	60,43	12,02	52,23	7,16
Nöropatik Ağrı (n=9)	40,62	21,32	58,85	7,15	55,00	13,23	51,49	8,74
Kanser (n=16)	25,64	18,61	58,62	6,39	68,91	11,83	51,06	6,83
Diğer (n=13)	59,41	26,20	56,87	6,74	55,77	7,46	57,35	7,76
Test Değeri	F:4,113		F:1,184		F:2,249		F:1,566	
P	0,001**		0,318		0,041*		0,161	

* $p<0,05$

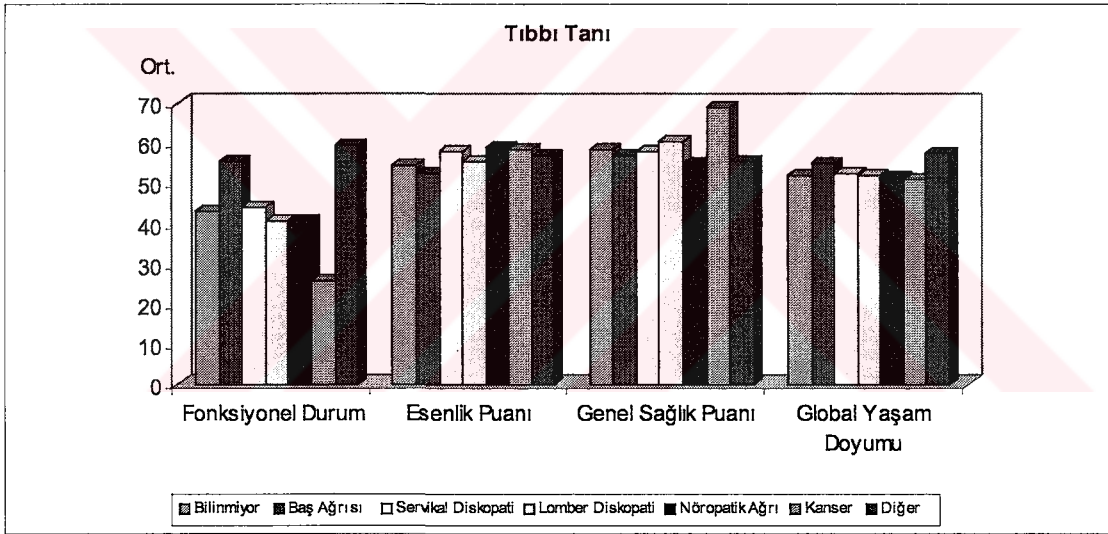
** $p<0,01$

F: Oneway Anova Test

Tıbbi tanıya göre fonksiyonel durum puanları ileri derecede anlamlı farklılık gösterdi ($p<0,01$). Tıbbi tanıları kanser olan hastaların fonksiyonel durum puanları baş ağrısı tanısı olanlara ve diğer tanısı alanlara göre ileri derecede anlamlı olarak düşük bulundu ($p<0,01$). Diğer ağrı şiddeti tanımlamalarının genel sağlık puanları arasında ise anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Esenlik ve global sağlık kalitesi puanları tıbbi tanılara göre anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Tıbbi tanıya göre genel sağlık puanları anlamlı farklılık gösterdi ($p<0,05$). Tıbbi tanısı kanser olan hastaların genel sağlık puanları nöropatik ağrı tanısı alanlara ve diğer tanısı alanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Diğer ağrı şiddeti tanımlamalarının genel sağlık puanları arasında ise anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 40) (Şekil 23).



Şekil 23. Tıbbi Tanılara Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Dağılımı

Tablo 41. Başka Hastalığın Varlığına Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi Ölçeği	Başka Hastalığınız Var mı?				Test Değ.	P
	Evet (n=98)		Hayır (n=61)			
	Ort	SD	Ort	SD		
Fonksiyonel durumu	41,16	21,90	46,30	23,62	t:1,396	0,165
Esenlik Puanı	55,70	8,04	55,75	7,58	t:0,042	0,967
Genel Sağlık Puanı	59,69	13,14	59,05	11,79	t:0,309	0,758
Global Yaşam Doyumu	52,18	7,35	53,70	6,50	t:1,323	0,188

t: Student t testi

Fonksiyonel durum puanı, esenlik puanı, genel sağlık puanı ve global yaşam kalitesi puanı başka bir hastalığın varlığına göre anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 41).

7. TARTIŞMA

Ağrı, tıbbın en sık karşılaştığı yakınmadır ve hemen hemen tüm insanlar yaşamlarının değişik dönemlerinde ağrıyı deneyimlemektedirler (102, <http://med.cu.edu.tr/anestezi/> Erişim 29.11.2004).

Ağrı öyle bir tecrübedir ki, insanın hayatının her alanını etkiler. Başta beyin olmak üzere vücudun birçok sisteminin içine girdiği ve etkilendiği çok karmaşık bir olaydır. Kişinin günlük yaşantısını bozacak ve yoğun sıkıntı verecek düzeyde bir bozukluktur. Klinisyenler, araştırmacılar ve özellikle hastalar için ağrı, yaşam kalitesini etkileyen ana etken olarak karşımıza çıkmaktadır (61, <http://med.cu.edu.tr/anestezi/> Erişim 29.11.2004).

Çalışmamız, kronik ağrısı olan hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmaya alınan 160 hasta, Marmara Üniversitesi Hastanesi Algoloji Polikliniği'ne başvuran hastalardan oluştu. Uygulanan görüşme formu ve Yaşam Kalitesi Ölçeği SF-36'dan elde edilen sonuçlar bulgular bölümünde verildi.

Elde edilen veriler, bu bölümde literatür bilgileri ışığında değerlendirilerek dört bölümde tartışıldı:

1. Hastaların demografik özelliklerinin tartışılması,
2. Hastaların ağrıya ilişkin özelliklerinin tartışılması,
3. Hastaların demografik özelliklerine göre yaşam kalitesinin tartışılması,
4. Hastaların ağrıya ilişkin özelliklerine göre yaşam kalitesinin tartışılması.

7.1. HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

* Çalışmamızda bireylerin yaş dağılımına bakıldığında; %40.6 (n=65) ile 14-44, %38.1 (n=61) ile 45-64, %21.3 (n=34) ile 65yaş ve üstü yaş grubunun olduğu görüldü (Tablo 12).

Ağrı her yaş grubundan bireyin sağlık sorunudur ama ağrı algılamasının ve duyarlılığının yaş ile birlikte azaldığını, çeşitli nedenlerle yaşlıların daha az ağrı bildiriminde bulunduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (35,59,56).

Yürügen'in (109) ağrı polikliniklerine başvuran hastalar üzerinde yaptığı çalışmada da %79.9'u 17-49 yaş aralığında bulunmuştur.

Balta ve arkadaşlarının (17) Türkiye'de erişkinlerin ağrı prevalansı üzerine yaptıkları çalışmada, kronik ağrılar 35-44 yaş grubunda daha fazla bulunmuştur.

Altan ve arkadaşlarının (10) cerrahi ve travma sonrası kronik ağrı gelişen hastalarda yaptığı çalışmada, yaş aralığı 32-66 yaş olarak bulunmuştur.

Eti Aslan ve arkadaşlarının (54) yaptığı çalışmada yaş dağılımının %85.7 ile 18-44 yaş arasında yoğunlaştığı belirtilmiştir.

Afşar ve Pınar'ın (4) kanser hastalarının ağrı ile baş etme yöntemlerinin değerlendirildiği çalışmada hastaların; %32.1'i 15-45 yaş aralığında, %42.9'u 46-65 yaş aralığında ve %25'i 65 ve üstü yaş aralığında olduğu belirtilmiştir.

Eti Aslan'ın (60) postoperatif ağrının bireysel özelliklerle ilişkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada da, yaş ilerledikçe ağrı toleransının arttığı, ağrı bildiriminin ise azaldığı belirtilmiştir.

Bulgularımız literatür bulgularından farklı olarak 14-44 yaş grubunun yanı sıra 45-64 yaş grubunda da yoğunlaşma olduğunu göstermektedir. Literatür ile uyumlu olmakla beraber bu farklılığın nedeni, kronik ağrının her yaş döneminde deneyimlenmesi olarak düşünülmüştür.

* Çalışmamızda kadın hastaların %69.4 (n=111) ile erkeklere oranla çoğunlukta oldukları görüldü (Tablo 12).

Çelenk ve arkadaşlarının (42) yaptıkları çalışmada %52.57'sinin kadın, Doering ve arkadaşlarının (46) çalışmasında %76'sının kadın, Buturak ve arkadaşlarının (32)

çalışmasında %85.38'inin kadın, Yürügen'in (109) çalışmasında %72.6'sının kadın, Ceceli ve arkadaşlarının (35) çalışmasında %60'ının kadın, Altan ve arkadaşlarının (10) çalışmasında %67.3'ünün kadın, Çağlar ve arkadaşlarının (40) çalışmasında %59'unun kadın, Erdine ve arkadaşlarının (50) çalışmasında %59.8'inin kadın, Özkan ve arkadaşlarının (91) çalışmasında %76.7'sinin kadın, Blakely ve arkadaşlarının (25) çalışmasında %63'ünün kadın, Hanestad ve arkadaşlarının (72), Altan ve arkadaşlarının (10) ve Kleef ve arkadaşlarının (77) çalışmasında da hastaların çoğunluğunun kadın olduğu görülmüştür.

Eti Aslan ve arkadaşlarının (55) çalışmasında ise %50.5'inin erkek, Afşar ve Pınar'ın (4) çalışmasında %55.4'ünün erkek olduğu görülmüştür.

Gatchell ve Gardea (64) çalışmalarında, kadınların tedaviye cevap konusunda kötü prognoz gösterdiklerini belirlemişlerdir.

Genetik, psikolojik, anatomik, nöral, hormonal, yaşam tarzı ve kültürel farklılıklardan dolayı ağrıda cinsiyet farkı doğmaktadır (4,100). Erkeklerin ağrıyı daha iyi tolere ettikleri, kadınların ağrıya daha fazla maruz kaldıkları, bu nedenle de yardım arayışına daha fazla başvurdıkları, ayrıca ağrıya daha duyarlı oldukları ve daha fazla cevap verdikleri şeklinde görüşler bulunmaktadır (4,21,72,91).

Bulgularımız literatür bulguları ile uygunluk göstermektedir.

* Çalışmamızda %38.7 (n=62) ile ilkokul mezunlarının birinci sırada olduğu görüldü (Tablo 12).

Yürügen'in (109) çalışmasında %37.1, Özkan ve arkadaşlarının (91) çalışmasında %43.3, Başer ve Solak'ın (18) çalışmasında %37.5, Afşar ve Pınar'ın (4) çalışmasında %65.1, Akdeniz ve arkadaşlarının (6) çalışmasında da %41.7 ile hastaların büyük çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu bulunmuştur.

Devlet İstatistik Enstitüsü'nün raporuna göre de 1997 yılında ülkemizde ilköğretim mezunlarının oranının % 46.1 olarak belirtilmiştir (www.die.gov.tr 03.03.2004).

Bulgularımız literatüre ve ülkemizin genel öğrenim durumuna uygunluk göstermektedir.

Blakely ve arkadaşlarının (25) kronik ağırlı hastalarda yaptıkları çalışmada, hastaların %65'inin lise üstü eğitimli oldukları belirtilmiştir.

Eti Aslan ve arkadaşlarının (55) ağırlı ile baş etmede bireysel yaklaşım ve toplumsal eğilim adlı çalışmada, %49.4'ünün yüksekokul, %30.6'sının orta-lise ve %19.9'unun ilkokul mezunu olduğu belirtilmiştir.

Bununla beraber, Eti Aslan ve arkadaşlarının (54) çalışmasında ise, bireylerin %20.5'inin ilkokul, %27.3'ünün ortaokul, %52.2'sinin ise yüksek öğretim mezunu oldukları bulunmuştur.

Çalışmamız bu literatürlerle de farklılık göstermektedir.

* Çalışmamızda hastaların %72.5'nin (n=116) evli olduğu bulundu (Tablo 12).

Eti Aslan ve Uğurlu'nun (56) çalışmasında %79.9'unun evli, Blakely ve arkadaşlarının (25) çalışmasında %52'sinin evli, Özkan ve arkadaşlarının (91) çalışmasında %63.3'ünün evli, Afşar ve Pınar'ın çalışmasında (4) %78.6'sının evli ve Yürügen'in (109) yaptığı çalışmada %73.4'ünün evli, Akdeniz ve arkadaşlarının (6) yaptığı çalışmada da %55.2'sinin evli olduğu görülmüştür.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasının 1998 yılı bulgularına göre Türkiye'de ilk evlilik yaşı yıllar içinde hızla yükselmekle birlikte, nüfusun yarısından fazlası 20 yaşına kadar evlenmiş olmaktadır (www.saglik.gov.tr 25.03.2004).

Bulgularımız literatür bulguları ile uygunluk göstermektedir.

Bununla beraber, Eti Aslan ve arkadaşlarının (54) çalışmasında bireylerin %46.9'unun evli, %53.1'inin bekar, yine Eti Aslan ve arkadaşlarının (55) yaptığı çalışmada da, %41.3'ünün evli, %58.7'sinin bekar olduğu görülmektedir.

* Çalışmamızdaki hastaların %80'inin (n=128) çocuk sahibi olduğu bulunmuştur. Çocuk sahibi olanların çocuk sayısına bakıldığında ise, 1-2 çocuk sahibi olanların %41.9 (n=67), 3 ve üzerinde çocuk sahibi olanların ise %38.1 (n=61) olduğu bulundu (Tablo 12).

Eti Aslan ve arkadaşlarının (54) çalışmasında %46.6'sının çocuk sahibi olduğu, yine Eti Aslan ve arkadaşlarının (55) çalışmasında çocuk sahibi olanların %41 olduğu belirlenmiştir.

Yürügen'in (109) algoloji polikliniklerine başvuran hastalarda yaptığı çalışmada %54,5'inin 1-3 çocuğa sahip oldukları belirlenmiştir.

Kullanılan doğum kontrol yöntemi, maddi olanaklar, eşlerin çalışma durumu gibi faktörler çocuk sahibi olmada ve çocuk sayısında etkin olabilir. Bulgularımızda çocuk sahibi olanların çoğunlukta olmasına çalışmamıza dahil olan bireylerin yaşlarının büyük olmasının neden olabileceği düşünülmüştür.

* Çalışmamızdaki hastaların çalışma durumuna bakıldığında, %40'ının (n=64) ev hanımı olduğu görüldü (Tablo 12).

Yürügen'in (109) çalışmasında %37.6 ile, Eti Aslan ve Uğurlu'nun (56) çalışmasında %28.2 ile, Akdeniz ve arkadaşlarının (6) yaptığı çalışmada da %27.1 ile büyük çoğunluğun ev hanımı olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda, olguların %69.4'ünün kadın olduğu ve %66.3'ünün çalışmadığı saptandı (Tablo 12).

Tarım ya da tarım dışı sektörlerde ücretsiz çalışan veya ev içinde gelir getiren işler yapan kadınlar ev hanımı ve çalışmıyor olarak ele alınmaktadır. Çalışmamızda kadınların çoğunlukta olması nedeniyle beklenen bir sonuç olduğu düşünülmektedir ve bulgularımız literatür bulguları ile uygunluk göstermektedir.

* Çalışmamızda hastaların %66.3'ünün (n=106) çalışmadığı bulundu (Tablo 12).

Yürügen'in (109) algoloji polikliniklerine başvuran hastalarda yaptığı çalışmada %56,3'ünün çalışmadığı belirlenmiştir.

Bulgumuz literatür bulgusu ile uygunluk göstermektedir. Hastalarımızın bir bölümünün ileri yaş grubunda olması, ev hanımlarının ve emekli olanların çoğunluğu oluşturması, ağrı ve diğer kronik hastalıkların varlığı gibi nedenlerle çalışmadıkları düşünüldüğünde bunun beklenen bir sonuç olduğu düşünülmüştür.

* Çalışmamıza katılan sosyal güvence durumuna bakıldığında %70.6'sının (n=113) emekli sandığına, %19.4'ünün (n=31) SSK bağlı bulundukları görüldü (Tablo 12).

Eti Aslan ve arkadaşlarının (55) çalışmasında %68.6'sının ve yine Eti Aslan ve arkadaşlarının (54) yaptığı diğer bir çalışmada da %70.2'sinin sosyal güvencesinin olduğu belirtilmiştir.

Türkiye’de istihdam ve işgücü yapısı raporunda 2005 yılında toplam istihdamın %51,5’inin herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olmadığı belirlenmiştir (<http://.iskur.gov.tr/> Erişim 12.01.2006).

Çalışmamıza katılanların büyük çoğunluğunun sosyal güvenceye sahip olmasını, sosyal güvencesi olanların sağlık kurumlarına daha fazla başvurması olarak değerlendirilebilir. Çalışmamızda emekli sandığına mensup kişilerin çoğunlukta olması da araştırmanın üniversite hastanesinde yapılmış olmasına bağlı olduğu düşünülmüştür.

* Çalışmamıza katılan hastaların %78.8’inin (n=126) gelirinin giderini karşıladığı bulundu (Tablo 12).

Özkan ve arkadaşlarının (91) kronik ağrılı hastalarda yaptıkları çalışmada %90’ının orta ve üst gelir seviyesine sahip olduğu belirlenmiştir.

Afşar ve Pınar’ın (4) kanser ağrılı hastalarda yaptıkları çalışmada ise %78.6’sının gelirinin giderini karşılamadığı belirlenmiştir.

Araştırmaların her birinde farklı değere ulaşılması bölgesel özellikler ve başvuranların bireysel özellikleri nedeniyle olabileceği düşünülmüştür.

* Çalışmamıza katılan hastaların %94.4’ünün (n=151) kentsel alanda yaşadığı belirlendi (Tablo 12).

Balta ve arkadaşlarının (17) Türkiye’de erişkinlerin ağrı prevalansına baktıkları çalışmada, kentte ve batı bölgesinde yaşayanların ağrısının daha fazla olduğunu belirlemişlerdir.

Yürügen’in (109) algoloji polikliniğine başvuran hastalarda yaptığı çalışmada, %72,6’sının kentsel alanda yaşadığı belirlenmiştir.

Çalışmamızın İstanbul ilindeki bir üniversite hastanesinde yapılmış olmasının sonucumuzu etkilediği düşünülmüştür.

7.2. HASTALARIN AĞRIYA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

* Çalışmamızdaki hastaların %30.6'sının (n=49) 3 ay-1 yıl süresince, %69.4'ünün (n=111) 1 yıldan daha fazla devam eden ağrısının olduğu bulundu (Tablo 13).

Kronik ağrı, sıkça, 3 aydan uzun süren ve olağan iyileşme sürecinden sonra devam eden ağrı olarak tanımlanmaktadır (47,51,89).

Wreje ve Brosson'un (107) kronik miyofasyal ağrı sendromlu hastalarda yaptıkları çalışmada, hastaların %55'i 3 yıldan daha uzun süredir, %80'i 1 yıldan daha uzun süredir ağrı çektiklerini ifade etmişlerdir.

Özkan ve arkadaşlarının (91) kronik ağrılı hastalarda yaptıkları çalışmada hastaların ağrı yakınması; %26.7'sinin 1-5 yıl arasında, %73.3'ünün 5 yıldan uzun olarak bulunmuştur.

Buturak ve arkadaşlarının (32) kronik ağrı hastalarında yaptığı çalışmada ise ağrı süresi 5.4 ± 5.2 yıl (1-25) olarak bulunmuştur.

Biçer ve arkadaşlarının (23) bel ve boyun ağrılı hastalarda yaptıkları çalışmada, bel ağrısı grubunda ağrı süresi 8 ± 6 yıl olarak belirtilmiştir.

Akşit ve arkadaşlarının (8) gonoartrozlu hastalarda yaptıkları çalışmada, ağrı süresi ortalama 7.45 ± 6.85 yıl olarak bulunmuştur.

Bulgularımız literatür bulguları ile uygunluk göstermektedir.

Bununla beraber; Altan ve arkadaşlarının (10) cerrahi ve travma sonrası kronik ağrı gelişen hastalarda yaptıkları çalışmada ise; %15'i 1-6 ay, %67'si 6-24 ay, %18'i ise 24 aydan daha fazla devam eden ağrıdan şikayet etmişlerdir.

* Çalışmamızda başvuran hastaların ağrı bölgeleri değerlendirildiğinde ilk sırayı %42.5 (n=68) ile bel bölgesi ağrısı alırken ikinci sırayı %15 (n=24) ile baş bölgesi ağrısı almaktadır (Tablo 13).

Doering ve arkadaşlarının (46) hastaların ağrı nedenleri ve cinsiyet üzerine yaptıkları çalışmada ağrı bölgesinde ilk iki sırayı %25.8 ile bel ağrısı, %17.2 ile baş ağrısı almaktadır. Erdine ve arkadaşlarının (50) yaptığı diğer bir çalışmada yine ilk iki

sırayı bel ağrısı ve baş ağrısı, Yürügen'in (109) çalışmasında da %35.3 ile bel ağrısı, %32.9 ile baş ağrısı almaktadır.

Bununla beraber, Özkan ve arkadaşlarının (91) yaptığı çalışmada %70 ile ilk sırada baş ağrısı, Eti Aslan ve arkadaşlarının (55) çalışmasında %56.2 ile ilk sırayı baş ağrısı, %13.9 ile ikinci sırayı bel ağrısı, Çelenk ve arkadaşlarının (42) çalışmasında, nonmalign ağrıda ilk sırayı %23 ile baş ağrısı, %18 ile ikinci sırayı bel ağrısı, Eti Aslan ve Uğurlu'nun (56) çalışmasında %43.9 ile ilk sırada baş ağrısının yer aldığı, Balta ve arkadaşlarının (17) çalışmasında ilk iki sırayı %34.4 ile baş ağrısı, %14.1 ile bel ağrısının aldığı görülmüştür.

Tüm bu araştırmaların sonucunda sıralama olarak farklılık göstermesine rağmen ağrı bölgesinde ilk iki sırayı baş ve bel ağrısı almaktadır ve çalışmamızda bu kapsamda literatür bulguları ile uygunluk göstermektedir.

* Çalışmamızdaki hastaların %64.4'ünün (n=103) daha önce ağrı tedavisi gördüğü bulundu (Tablo 13).

Görülen tedavilerde ilk sırayı %35.6 (n=57) ile fizik tedavi almaktadır. Diğerleri sırasıyla %33.7 (n=54) ile ilaç tedavisi, %11.2 (n=18) ile cerrahi tedavi, %8.1 (n=13) ile radyoterapi, %7.5 (n=12) ile egzersiz, %5.6 (n=9) ile masaj, %5 (n=8) ile kemoterapi, %3 (n=5) ile akupunktur ve %0.6 (n=1) ile hipnozdur. Aile terapisi tedavisine başvuran ise olmamıştır (Tablo 13).

Sarı ve arkadaşlarının (96) yaptığı çalışmada, lomber spinal stenoz saptanan ve %56'sı osteoporozlu bulunan hastalarda, fizik tedavi, egzersiz ve medikal tedavi ajanlarıyla ağrı ve yürüme mesafesinde anlamlı düzelme olduğu belirlenmiştir.

Ağrı tedavisinde kullanılan yöntemler arasında fizik tedavi önemli bir yer tutmaktadır (16).

Bel ağrısının, endüstriyel toplumlarda hızla büyüyen bir sağlık sorunu olduğu, genel nüfusun %65 ile %85'inin hayatlarının herhangi bir döneminde bel ağrısı geçirdiği, bu durumun 45 yaş altındakilerde aktivite kısıtlanması yapan en önemli neden olduğu, belirli bir zaman kesitinde bütün yaş gruplarında %20-30'luk bir prevalans gösterdiği ve bel ağrısının konservatif tedavisinin ilk basamaklarında istirahatten sonra medikal ve fizik tedavi geldiği bulunmuştur (22,79).

Kronik ağrı yaşantısının karmaşıklığı nedeniyle her hastanın kullanabileceği tedavi yöntemi farklı olabileceği gibi, aynı anda birden fazla disiplin içinde, birden fazla tedavi yöntemi birlikte uygulanabilmektedir (97, <http://med.cu.edu.tr/anestezi/> Erişim 29.11.2004).

Çalışmamızda başvuran hastaların %40.6'sı 14-44 yaş aralığındadır (Tablo 12) ve %42.5'inde bel bölgesi ağrısı daha fazla görülmüştür (Tablo 13). Bu bulgular eşliğinde daha önce görülen tedavide %35.6 fizik tedavi ile %33.7 ilaç tedavisinin ilk sıralarda yer alması beklenen bir sonuç olduğu düşünülmüştür.

* Çalışmamızda ağrınızın sıklığı sorusuna verilen cevaplara bakıldığında; %40'ı (n=64) değişik şiddette ama sürekli, %18.8'i (n=30) tekrarlayıcı ve düzensiz, %14.4'ü (n=23) aralıklarla gelen ancak inatçı, %13.6'sı (n=22) aynı şiddette sürekli veya neredeyse sürekli, %11.3'ü (n=18) aralıklarla gelen ve %1.9'u (n=3) tekrarlayıcı ve düzenli olarak bulundu (Tablo 13).

Balta ve arkadaşlarının (17) yaptığı çalışmada hastaların %44.6'sı ağrılarının hemen her gün olduğunu, %24.6'sı ise ağrılarının günde 4-12 saat sürdüğünü belirtmişlerdir.

Çalışmamızda birçok ağrı bölgesinin ele alınmış olması, ağrılarının sıklığını etkileyen faktör olarak düşünülmüştür.

* Yine ağrı şiddetini değerlendirmede kullanılan sözel kategori ölçeğinin dağılımı ise; %31.9 (n=51) şiddetli, %30 (n=48) rahatsız edici, %18.8 (n=30) dayanılmaz, %15 (n=24) çok şiddetli ve %4.3 (n=7) hafif olarak bulundu (Tablo 13).

Çalışmamızda hastaların GKÖ puanları dağılımı; %23.1'inde (n=37) GKÖ (10), %17.5'inde (n=28) GKÖ (5), %15'inde (n=24) GKÖ (8), %15'inde (n=24) GKÖ (6), %13.2'sinde (n=21) GKÖ (7), %8.3'ünde (n=14) GKÖ (4), %3.2'sinde (n=6) GKÖ (9), %3.1'inde (n=5) GKÖ (3) ve %0.6'sında (n=1) GKÖ (2) olarak bulundu (Tablo 14).

İki ağrı şiddetini değerlendirme skalasındaki farklılıklar nedeniyle sözel kategori ölçeği ile GKÖ skalası arasında korelasyon analizi yapıldı ve korelasyon ileri düzeyde anlamlı bulundu ($r=0,752$; $p<0,001$) (Şekil 7).

Buturak ve arkadaşlarının (32) kronik ağrılı bireylerde yaptıkları çalışmada, GAS ile değerlendirilen ağrı şiddeti 6.2 ± 1.6 olarak bulunmuştur.

Günel ve arkadaşlarının (67) başağrılı hastalarda yaptıkları çalışmada, GKÖ'e göre değerlendirilen ağrı şiddeti 5.37 ± 2.3 olarak bulunmuştur.

Balta ve arkadaşları (17) yaptıkları çalışmada, hastaların %26'sı ağrısının dayanılmaz olduğunu bildirmişlerdir.

Altan ve arkadaşlarının (10) cerrahi ve travma sonrası kronik ağrı gelişen hastalarda yaptıkları çalışmada hastaların %72'si çok şiddetli ağrı, %21'i orta şiddette ağrı, sadece %7'si hafif şiddette ağrı tanımlamışlardır.

Afşar ve Pınar'ın (4) çalışmasında GKÖ skalasına göre ağrı şiddeti değerlendirildiğinde olguların %49.1'inde ağrı şiddetinin dayanılmaz olduğu belirlenmiştir.

Chang ve arkadaşlarının (37) kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada, GKÖ skalasına göre ağrı şiddeti 8.3 olarak bulunmuştur.

Atıcı ve arkadaşlarının (14) kanser ağrısı nedeniyle başvuran hastalarda yaptıkları çalışmada, hastaların %18'inin dayanılmaz, %15.7'sinin ise şiddetli ağrıdan yakındıkları belirtilmiştir.

Akşit ve arkadaşlarının (8) çalışmasında, GKÖ'e göre değerlendirilen ağrı şiddeti, hareket sırasında en belirgin olup 6.73 ± 2.00 olarak bulunmuştur.

Delmar ve arkadaşlarının (43) kronik nonmalign ağrıda yaptıkları çalışmada, GKÖ'e göre değerlendirilen ağrı şiddeti 6.3 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda birçok ağrı bölgesinin ve tıbbi tanının ele alınmasının literatürle paralellik göstermekle beraber, farklı sonuçların da ortaya çıkmasında etken olduğu düşünülmüştür.

* Çalışmamızda cinsiyete göre ağrı şiddeti karşılaştırıldığında; kadınların ağrı şiddeti erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 15) ($p < 0.05$).

Biçer ve arkadaşlarının (23) çalışmasında, görsel analog skalası (GAS) ile değerlendirilen ağrı şiddetinde kadın hastaların ağrı şiddeti (6.5), erkek hastalardan (5.5) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Genetik, psikolojik, anatomik, yaşam tarzı ve kültürel farklılıklardan dolayı ağrıda cinsiyet farkı doğmaktadır (4,100). Erkeklerin ağrıyı daha iyi tolere ettikleri, kadınların ağrıya daha fazla maruz kaldıkları, bu nedenle de yardım arayışına daha fazla

başvurdukları, ayrıca ağrıya daha duyarlı oldukları ve daha fazla cevap verdikleri şeklinde görüşler bulunmaktadır (4,21,72,91).

Bulgularımız bu görüşleri ve literatürü desteklemektedir.

* Çalışmamızda hastaların %70'inde (n=112) ağrının olduğu dönemde ağrıya eşlik eden başka bulguların var olduğu bulundu (Tablo 13).

Bu bulguların varlığına bakıldığında ise; uykusuzluğun %45 (n=72) ile ilk sırada olduğu bulundu. Diğerleri ise sırasıyla %25.6'sı (n=41) kramp, hipoestezi, parestezi, %18.7 (n=30) bulantı-kusma, %18.1'i (n=29) diğer (göz yaşarması, cinsel isteksizlik, burun tıkanıklığı vb.), %16.2'si (n=26) iştahsızlık, %11.8'i (n=19) denge bozukluğu, baş dönmesi, çift görme ve bulanık görme, %9.4'ünde (n=15) halsizlik ve %9.4'ünde (n=15) solunum sıkıntısı olarak görüldü (Tablo 13).

Ağrı hastalarının önemli bir kısmında uyku sorunları vardır. Uyku laboratuvarı çalışmaları, ağrı hastalarının insomniak hastalardan daha az uyuduklarını ve ağrı şiddeti arttıkça uykunun azaldığını göstermiştir (<http://med.cu.edu.tr/anestezi/> Erişim 29.11.2004).

Kiska ve Palermo'nun (81) çalışmasında kronik ağrı ile uyku bozuklukları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Hallberg ve arkadaşlarının (70) çalışmasında da yaşlanmayla birlikte ağrının, bireyleri fonksiyonel olarak kısıtladığı ve uyku düzenini bozduğu belirtilmiştir.

Bulgularımız bu literatür bulguları ile uygunluk göstermektedir.

Kanser ağrısı ve tedavisi yorgunluk, güçsüzlük, dispne, bulantı ve algılamada bozulma gibi semptomlarda artışa yol açabilir ve ağrısı olan hastalar, ağrısı daha da kötüleşeceği korkusu ile normal günlük aktivitelere katılmakta tereddüt etmektedirler (27).

Afşar ve Pınar'ın (4) kanserli hastalar üzerinde yaptıkları çalışmalarında ise ağrının olduğu dönemde ağrıya eşlik eden başka bulguların sırayla %73.2'sinde fiziksel aktivitede azalma, %53.6'sında uykusuzluk, %45.5'inde iştahsızlık ve %25'inde de bulantı-kusma olduğu görülmüştür.

Kanser ağrısı psikolojik stresi artırmakta, kişinin uyku düzenini bozmakta ve günlük aktivitesini kısıtlamaktadır (53,90).

Çalışmamızda kanser ağrısı tanımlaması yapılmamıştır, fakat Tablo 13'de görüldüğü üzere %10 (n=16) hastanın tıbbi tanısı kanser, başka bir hastalığın varlığında %4,3 (n=8) kişide kanser olduğu belirlenmiştir (Tablo 13). Bu durumun ağrıya eşlik eden bulgu varlığını etkilediği düşünülmüştür.

* Çalışmamızda ağrıyı artıran sebepler arasında ilk sırayı %100 (n=160) ile hareket, ayakta durma yer aldı. Diğerleri ise sırasıyla %48.7 (n=78) soğuk, sıcak, nem, %24.3 (n=39) ıkınma, öksürme, %15 (n=24) oturmak, yatmak, %10 (n=16) emosyonel faktörler (üzüntü, stres), %10 (n=16) fiziksel uyaranlar, %9.35 (n=15) diğer (masaj, hiçbir şey) ve %8.75 (n=14) ağır kaldırmak olduğu bulundu (Tablo 13).

Ağrı hareketlerde azalmaya sebep olur (59). Abbott ve arkadaşlarının (1) çalışmasında, hastalar, ağrının aktivitelerini azalttığını belirtmişlerdir.

Bercer ve arkadaşlarının (21) kronik bel ağrılı hastalar üzerinde yaptıkları çalışmalarında %50.46'sında öne eğilmek ve/veya ağır kaldırmanın ağrıyı başlatan faktör olduğu belirlenmiştir.

Biçer ve arkadaşlarının (23) çalışmasında da yine bel ağrısı olan hastaların boyun ağrısı olanlara göre fiziksel işlev kısıtlılığının fazla olduğu, işte ya da diğer etkinliklerinde daha fazla miktarda sorun ve kısıtlılık yaşadıkları belirtilmiştir.

Yapılan çalışmalarda 45 yaş altındaki çalışanlarda fiziksel aktivite sınırlamasının en sık nedeninin bel ağrısı olduğu bildirilmektedir (21,22).

Çalışmamızda literatürle paralellik gösteren sonuçlar bulundu. Bunun nedeninin, hastalarımızın çoğunluğunun bel bölgesi ağrısı nedeni ile hastaneye başvurmaları olarak düşünülmüştür.

Bununla beraber; Özkan ve arkadaşlarının (91) çalışmasında ağrının ortaya çıkışını kolaylaştıran faktörler sırasıyla %66.7 emosyonel faktörler, %23.3 yorgunluk, uykusuzluk, gürültü, %16.7 hiçbir şey ve %13.3 soğuk olarak bulunmuştur.

Afşar ve Pınar'ın (4) kanser hastalarının ağrı ile baş etme yöntemlerinin değerlendirildiği çalışmada, bireylerin ağrılarının %67 stresle, %67 yorgunlukla, %47.4 soğukla, %46.4 hareketle, %28.8 oturmayla ve %10.7 gürültüyle arttığı belirtilmiştir.

Yürügen'in (109) çalışmasında ağrıyı artıran faktörler arasında emosyonel etkenler %55.3 (n=94) ile ilk sıradadır. Yanlış hareketler gibi fiziksel etkenler ise daha az görülmüştür.

Broderick ve arkadaşlarının (28) çalışmasında ağrıyı artıran sebeplerle emosyonel durumun ve fiziksel aktivitenin belirgin şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Araştırmamızda emosyonel faktörlerin ağrıyı artıran bir faktör olarak görülmesine rağmen bu oran bu literatür bulguları ile paralellik göstermeyerek daha düşük olarak karşımıza çıktı.

* Çalışmamızda ağrıyı azaltan sebepler %54.3 (n=87) ile dinlenme, %48.7 (n=78) ile masaj, %40 (n=64) ile soğuk, sıcak, nem, %14.4 (n=23) ile ağrı kesici kullanmak, %14.4 (n=23) ile hiçbir şey, %12.5 (n=20) ile yürümek, egzersiz ve %5.62 (n=9) ile fiziksel uyaran azlığı olarak bulundu (Tablo 13).

Ağrıyı geçirmek için yapılan uygulamalara bakıldığında ise; %72.5 (n=116) ile ilk sırada ağrı kesici kullanmak olarak bulundu. Daha sonra sırasıyla %41.25 (n=66) dinlenmek, %21.25 (n=34) masaj, %13.75 (n=22) sıcak uygulama, %10.62 (n=17) hiçbir şey ve %10 (n=16) ile egzersiz olarak bulundu (Tablo 13) .

Ağrının gizemli olduğu inancına sahip kişiler, ağrı ile baş etmede yetersiz stratejiler geliştirmekte, ağrı ile baş etmede yetersiz kalmakta ve kendileri de ağrıyı kontrol etme ve azaltmada başa çıkma stratejilerini yetersiz bulmaktadırlar (78).

Akış ve arkadaşlarının (7) baş ağrılı hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada; hastaların, %87.6'sının ağrıyı azaltmak için istirahat ettiklerini, %81.5'inin ise gürültülü yerlerden kaçtıkları bulunmuştur.

Türkiye'de 2001 yılında, kutu cinsinden, "ağrı kesici" ve "antiromatizmal" ilaç tüketiminin, pazarın %23'lük önemli bir kısmına karşılık geldiği belirtilmektedir (74).

Baş ağrısı ile ilgili yapılan bir çalışmada, ağrıyı gidermek için ağrı kesici ilaç kullandıklarını belirtenlerin sayısı %85.7 olarak bulunmuştur (www.ctf.edu.tr/ Erişim 22.11.2005).

Afşar ve Pınar'ın (4) kanser hastalarının ağrı ile baş etme yöntemlerinin değerlendirildiği çalışmada, bireylerin ağrıyla baş etme yöntemleri incelendiğinde; %88.4'ünün ağrı kesici ilaç kullandığı, %83'ünün yattığı/dinlendiği, %62.5'inin doktora

gittiği, %42'sinin masaj yaptığı, %26.8'inin sıcak-soğuk uygulama yaptığı belirlenmiştir.

Atıcı ve arkadaşlarının (14) kanser ağrısı nedeniyle başvuran hastalarda yaptıkları çalışmada, hastaların hemen hepsinin başvuru öncesinde ağrı kesici ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir.

Eti Aslan ve Uğurlu'nun (56) çalışmasında bireylerin %85.5'inin ağrıyla baş etme için geleneksel yöntemlerin yanı sıra ağrı kesici ilaç kullandıkları belirlenmiş, ilaç dışı yöntemlerden ise %53.4 ile egzersizi, %47.6 ile sıcak uygulamayı, %19.9 ile masajı ve %4 ile soğuk uygulamayı kullandıkları belirlenmiştir.

Eti Aslan ve arkadaşlarının (54) yaptıkları bir çalışmada ağrı ile baş etme yöntemleri incelendiğinde; %64.5'inin ağrıları olduğunda öncelikle ağrı kesici kullandıkları, ilaç dışı yöntemlerden ise en yaygın olarak %12.6 ile masajı, %7.9 ile de sıcak-soğuk uygulamayı kullandıkları belirlenmiştir.

Eti Aslan ve arkadaşlarının (55) yaptıkları diğer bir çalışmada, ağrı ile baş etmek ile ağrı kesici kullanmak arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmazken, buna karşılık masaj ve sıcak-soğuk uygulama ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Ağrıdan kurtulmaya yönelik yaklaşımlar insanlık tarihi kadar eski olup, aynı zamanda bu çaba tüm canlıların doğasında da vardır. Ancak ağrıdan kurtulma/onunla baş etme yöntemlerinde farklılık olabilmektedir (55, <http://med.cu.edu.tr/anestezi/> Erişim 29.11.2004).

Castillo ve arkadaşlarının (34) kronik günlük baş ağrısı ile ilgili yaptıkları karşılaştırmalı çalışmada, baş ağrısı için fazla ilaç kullanmayanların, aşırı ilaç kullananlara oranla yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda ağrıyı azaltan yöntemler literatürle farklılık göstermekle beraber, ağrıyı geçirmek için uygulanan yöntemlerden ağrı kesici kullanma ve dinlenme daha çok kullanılmıştır. Bu durum literatür ile paralellik göstermektedir.

* Çalışmamızda tıbbi tanılara bakıldığında; %32.5 (n=52) ile lomber diskopati, %24.4 (n=39) ile bilinmeyen, %10 (n=16) ile baş ağrısı (migren, küme baş ağrısı vb.),

%10 (n=16) ile kanser, %9.4 (n=15) ile servikal diskopati, %8.1 (n=13) ile diğer ve %5.6 (n=9) ile de nöropatik ağrı (post-operatif, zona, diabet vb.) bulundu (Tablo 13).

Doering ve arkadaşlarının (46) hastaların ağrı nedenleri ve cinsiyet üstüne yaptıkları çalışmada, hastaların tanıları; %25.8 ile bel ağrısı (dejeneratif, MAS), %17.5 ile MAS (sırt-boyun), %17.2 ile baş ağrısı (migren, gerilim vs.), %10.2 ile fibromyalji, %8.8 ile artroz-osteoporoz, %7.5 ile nöropatik olarak bulunmuştur.

Erdine arkadaşlarının (50) nonmalign ağrı ile başvuran hastalarda yaptıkları çalışmada %49.46'sının bel ağrısı, %36.8'inin baş ağrısı, %11.05'inin boyun-kol ağrısı sebebiyle başvurduğu bulunmuştur. Çalışmamız bu literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir. Fakat bizim çalışmamızda malign ağrı da ele alınmıştır.

Çelenk ve arkadaşlarının (42) kronik ağrılı hastaların epidemiyolojik değerlendirilmesi ile ilgili yaptıkları çalışmada hastaların tıbbi tanıları, %48 ile kanser ağrısı, %23 ile baş ağrısı, %18 ile bel ağrısı, %5 ile periferik vasküler hastalık ve %4 ile de trigeminal nevralji olarak bulunmuştur.

Altan ve arkadaşlarının (10) cerrahi ve travma sonrası gelişen kronik ağrılı hastaları ele aldıkları çalışmada hastaların ağrı tanıları; %48 ile radikülopati ve postlaminektomi ve %33 ile nöropati ilk iki sırada yer almaktadır.

Çalışmamız bu literatürlerden farklılık göstermektedir. Kronik ağrıya sebep olabilecek hastalıkların çokluğunun ve çalışmamızda %24.4 ile büyük bir oranda nedeni bilinmeyen tanının var olmasının sonuçlarımızı etkilediği düşünülmüştür.

* Çalışmamızda hastaların % 61,3'ünde (n=98) başka hastalıklarda mevcuttur. Mevcut olan hastalıkların dağılımları sırasıyla %18,8 (n=34) hipertansiyon, %11,2 (n=21) gastrit, mide ülseri, %11 (n=20) diabet, %8,4 (n=15) kalp ve damar hastalıkları, %7,3 (n=13) baş ağrısı (migren, küme), %6,9 (n=12) KOAH, %5,7 (n=10) osteoporoz, %5 (n=9) tiroid bezi disfonksiyonu, %5 (n=9) lomber diskopati, %5 (n=9) kas-iskelet sistemi hastalığı, %4,3 (n=8) kanser, %3,9 (n=7) karaciğer hastalığı, %3,6 (n=6) psikolojik sorunlar, %2,5 (n=4) böbrek hastalığı, %1,4 (n=2) servikal diskopati olarak bulundu (Tablo 13).

Yürügen'in (109) algoloji polikliniklerine başvuran hastalarda yaptıkları çalışmada hastaların %75,3'ünde başka hastalıkların var olduğu, başka hastalıkların dağılımının ise; %20 ile hipertansiyon, %16,5 ülser-kolit, %15,3 ile romatoid artirit,

%15,3 ile kalp hastalığı, %14,1 ile akciğer hastalığı, 513,5 ile diabet ve %11,8 böbrek hastalığı olarak bulunmuştur ve çalışmamızda bu literatür ile paralellik göstermektedir.

7.3. HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE YAŞAM KALİTESİNİN TARTIŞILMASI

* Çalışmamızda, yaşlara göre yaşam kalitesi değerlendirilmesi yapıldığında 65 yaş ve üstü hastaların fonksiyonel durum puanı diğer yaş gruplarına göre ileri derecede anlamlı olarak düşük bulundu (Tablo 17) ($p<0.01$).

Esenlik puanı 65 yaş ve üstü hastaların diğer yaş gruplarına göre ileri derecede anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 17) ($p<0.01$).

Genel sağlık puanı yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermezken ($p>0.05$), global yaşam doyumu puanı 65 yaş ve üstü hastalarda, 14-44 yaş grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulundu (Tablo 17) ($p<0.05$).

Birtane ve arkadaşlarının (24) çalışmasında da yaşlanma ile yaşam kalitesi arasında negatif korelasyon bulunmuştur.

Arslan ve Bölükbaş'ın (11) kanserli hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, yaşam kalitesi toplam puanı en yüksek 18-37 yaş grubunda bulunmuştur.

Başer ve Solak'ın (18) meme ve meme dışı kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada, yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü bildirilmiştir.

Hallberg ve arkadaşlarının (70) yaptığı çalışmada, ağrının, yaşlanma ile birlikte bireyleri fonksiyonel olarak kısıtladığı ve yaşam kalitelerini düşürdüğü bildirilmiştir.

Yine Hallberg ve arkadaşlarının (71) 85 yaş üstü 1622 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada, bireylerin %47'si ağrı bildiriminde bulunmuş ve ağrı bildiriminde bulunanların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulunmuştur.

Çalışmamız literatür ile paralellik göstermektedir. Yaşlılarda yaşam kalitesinin düşmesi beklenen bir sonuçtur. Genç yaştaki hasta grubunda yaşam kalitesinin yüksek olmasının, fiziksel ve mental olarak genç organizmaların yaşlılara oranla yaşamın tüm alanlarında daha mücadeleci olmalarından ve olayları daha iyi tolere edebilmelerinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Bununla beraber; Bozkurt ve arkadaşlarının (26) çalışmasında ve Kızılcı'nın (80) çalışmasında ise, yaşı yaşam kalitesi üzerine etkisinin olmadığı belirtilmiştir.

* Çalışmamızda cinsiyetlere göre yaşam kalitesi değerlendirilmesi yapıldığında; fonksiyonel durum puanı kadın hastalarda yüksek bulunmasına rağmen cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$). Esenlik puanı erkek hastalarda daha yüksek olmasına rağmen cinsiyetlere göre anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$). Genel sağlık puanı ve global yaşam doyumu puanı da yine cinsiyetlere göre anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 18) ($p>0,05$).

Given'ın (65) kanserli hastalarda, Burchardt'ın (30) artritli hastalarda, Dinçer ve arkadaşlarının (44) ise ankilozan spondilitli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada cinsiyetin yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığını belirtmişlerdir.

Çalışmamız bu literatürlerle paralellik göstermekle beraber, değişik çalışmalarda ise farklı sonuçlar elde edilmiş ve kadınlarda yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmalardan bazıları şöyle sıralanabilir:

Gatchell ve Gardea (64) çalışmalarında, kadınların tedaviye cevap konusunda kötü prognoz gösterdiklerini belirlemişlerdir.

Keef ve arkadaşlarının (77) kronik ağrılı bireylerde yaptıkları çalışmada, kadınların daha fazla ağrı bildiriminde bulundukları, ağrıya ilişkin daha kötü düşüncelere sahip oldukları ve yaşam kalitesinin vitalite ve genel sağlık alanlarında erkeklerden daha düşük puanlar aldıkları belirtilmiştir.

Hallberg ve arkadaşlarının (71) 85 yaş üstü bireylerde, Arslan ve Bölükbaş'ın (11) kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada, Biçer ve arkadaşlarının (23) çalışmasında ise kadınların erkeklere oranla yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bulunmuştur.

Erkeklerin yaşamın olumlu veya olumsuz yönlerine karşı daha dirençli olmalarının takdir gördüğü toplumumuzda, yaşanan olayları erkeklerin kadınlardan daha iyi tolere etmeleri beklenir.

Bununla beraber; Hanestad ve arkadaşlarının (72) çalışmasında, kronik ağrıdan çoğunlukla kadınların şikayetçi olduğu, tedavi kurumlarına daha çok başvurduğu fakat ağrıya daha adapte oldukları ve yaşam kalitelerinin erkeklere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur.

* Çalışmamızda eğitim durumuna göre yaşam kalitesi değerlendirilmesi yapıldığında; lisansüstü eğitim mezunlarının fonksiyonel durum puanları ilkökul, ortaokul ve lise mezunlarına göre ileri düzeyde anlamlı ($p<0,01$), üniversite mezunlarına göre ise anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,05$). Diğer eğitim seviyelerinin fonksiyonel durum puanları arasında anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 19) ($p>0,05$).

Esenlik puanı ve genel sağlık puanı eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 19 ($p>0,05$)).

Global yaşam doyumu puanı ise ilkökul mezunlarının lisansüstü eğitim yapan gruba göre anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,05$). Diğer eğitim gruplarının global yaşam doyumu puanları arasında anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 19) ($p>0,05$).

Gatchell ve Gardea'ın (64) çalışmasında, eğitim düzeyi düşük hastaların tedaviye cevap konusunda kötü prognoz gösterdikleri belirlenmiştir.

Biçer ve arkadaşlarının (23) çalışmasında, eğitim düzeyi düştükçe fonksiyonel durum ve genel sağlık puanlarının anlamlı olarak azaldığı belirtilmiştir.

Dinçer ve arkadaşlarının (44) çalışmasında, eğitim seviyesi 8 yıl altı ve üstü olanların karşılaştırılmasında fonksiyonel durum, ağrı ve genel sağlık puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuş, eğitim düzeyi yükseldikçe, yaşam kalitesi puanlarının da yükseldiği ve eğitimin yaşam kalitesi üzerine etkili olduğu belirtilmiştir.

Akarcay ve arkadaşlarının (5) yaptıkları çalışmaya göre üniversite ve lisans üstü eğitime sahip olanların yaşam kalitesi istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Başer ve Solak'ın (18) meme ve meme dışı kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada, eğitim düzeyleri yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı; meme dışı kanserli hastalarda lisans mezunlarının en yüksek yaşam kalitesi puanına sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Eğitim ile kazanılan yaşam şeklinin, kişilerin mental durumuna olumlu etki yaptığı ve yaşam kalitelerini artırarak yaşam doyumlarını yükselttiği düşünülmektedir (5).

Bulgularımız literatür ile uygunluk göstermektedir ve bu eğitimin sonucu kişinin maddi ve sosyal imkanlarının artması, olaylara bakış açısının ve dünya görüşünün gelişmesi ile ilişkili olabilir.

* Çalışmamızda çalışma durumuna göre yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; memurların fonksiyonel durum puanları emeklilere göre ve ev hanımlarına göre ileri derecede anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 20) ($p<0,01$).

Esenlik puanı ve genel sağlık puanı çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 20) ($p>0,05$).

Global yaşam doyumu puanı ise, emeklilerde memur gruba göre anlamlı düzeyde düşük bulundu (Tablo 20) ($p<0,05$).

Çalışmamızda memur olarak adlandırılan hastalar aslında aktif çalışma hayatı olan bireylerdir. Görülmektedir ki; çalışan kesimin yaşam kalitesi emekli olan ve ev hanımı olan bireylere göre daha yüksektir. Bunun nedeninin çalışma hayatına sosyal getirilerinin olması olarak düşünülmüştür.

* Çalışmamızda çalışma düzenine göre yaşam kalitesi değerlendirildiğinde, tam gün çalışanların fonksiyonel durum puanları, çalışmayan hastalara göre ileri derecede anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 21) ($p<0,01$).

Esenlik puanı, tam gün çalışanların çalışmayan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük bulundu (Tablo 21) ($p<0,05$).

Genel sağlık puanı çalışma düzenine göre anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 21) ($p>0,05$).

Global yaşam doyumu puanı ise, tam gün çalışanlarda çalışmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 21) ($p<0,05$).

Dinçer ve arkadaşlarının (44) ankilozan spondilitli hastalarda yaptığı çalışmada, çalışmayanlarda fonksiyonel durum, ağrı ve genel sağlık puanlarının anlamlı farklılık gösterdiğini, çalışan grubun çalışmayanlara göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Emekli olanlar ile sağlığı nedeniyle çalışmayanlar arasında da genel sağlık, mental sağlık, sosyal fonksiyon puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuş, emekli olanların yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların tedavi giderleriyle ilgili ekonomik güçlükler yaşamaları nedeniyle psikolojik olarak zorlandıkları fakat gelir getiren bir işte çalışmanın kişileri hem fiziksel hem de ruhsal olarak rahatlattığı düşünülebilir.

* Çalışmamızda sosyal güvence durumuna göre yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; fonksiyonel durum puanı, esenlik puanı, genel sağlık puanı ve global yaşam doyumu puanı anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 22) ($p>0,05$).

Dinçer ve arkadaşlarının (44) ankilozan spondilitli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, sosyal güvencesi olmayanların yaşam kalitesinin düşük olduğu, emekli sandığı ile hiçbir sosyal güvencesi olmayanlar karşılaştırıldığında, emekli sandığı güvencesi olan hastaların yaşam kalitesi sosyal güvencesi olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur.

Hastalarımız içinde sosyal güvencesi olmayanların az sayıda olmaları, aradaki farkın anlamlı çıkmamasını sağlamış olabilir.

* Çalışmamızda gelirin gideri karşılaması durumuna göre yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; fonksiyonel durum puanı, esenlik puanı, genel sağlık puanı ve global yaşam doyumu puanı anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 23) ($p>0,05$).

Hallberg ve arkadaşlarının (71) çalışması ve Kızılcı'nın (80) çalışmasında gelir durumu düşük olan bireylerin yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur.

Hastalarımızda da gelirin giderini karşılamadığını düşünenlerin fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam doyumu puanlarının diğerlerine göre yüksek olmasının beklenen bir sonuç olduğu düşünülebilir.

* Çalışmamızda medeni duruma göre yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; fonksiyonel durum puanı, esenlik puanı, genel sağlık puanı ve global yaşam doyumu puanı anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 24) ($p>0,05$).

Dinçer ve arkadaşlarının (44) ankilozan spondilitli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, medeni durumun yaşam kalitesini etkilemediği belirtilmiştir.

Bulgularımız bu literatür bulgusu ile uyumludur.

Bununla beraber; Başer ve Solak'ın (18) meme ve meme dışı kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada, evli olanların yaşam kalitesi düşük bulunmuştur.

Çalışmamızın sadece kanserli hastalarda yapılmamış olması nedeniyle bulgularımız bu literatür ile paralellik göstermemektedir.

* Çalışmamızda çocuk varlığına göre yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; fonksiyonel durum puanı çocuklu hastalarda çocuksuz hastalara göre ileri derecede anlamlı olarak düşük bulundu (Tablo 25) ($p<0,01$).

Çalışmamızda çocuk sayısına göre yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; fonksiyonel durum puanı, esenlik puanı, genel sağlık puanı ve global yaşam doyumu puanı anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 28) ($p>0,05$).

Esenlik puanı, çocuklu hastalarda çocuksuz hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 25) ($p<0,05$).

Genel sağlık puanı çocuk varlığına göre anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$) global yaşam doyumu puanı çocuklu hastalarda çocuksuz olgulara göre anlamlı düzeyde düşük bulundu (Tablo 25) ($p<0,05$).

Ağrılı hastalarda ağrı, bireyin çocuklarıyla ilgilenememesine neden olarak, kişinin toplumsal rollerini olumsuz etkileyerek yaşam kalitelerini bozmaktadır. Yürüngen'in (109) algoloji polikliniklerine başvuran hastalarda yaptığı çalışmada da %31,2 hastanın çocuklarıyla ilgilenememelerinin yaşam kalitelerini bozduğunu ifade ettiklerine değinmiştir.

Bu literatürde de belirtildiği gibi çocuk varlığı bireylerin yaşam kalitelerini düşüren bir faktördür. Çalışmamızda da çocuklu hastaların yaşam kaliteleri, çocuksuz hastalara göre daha düşük bulunmuştur. Bununla beraber bu bireylerin çocuk sayısı bir etken olarak karşımıza çıkmamaktadır.

* Çalışmamızda yaşanılan yere göre yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; fonksiyonel durum puanı, esenlik puanı, genel sağlık puanı ve global yaşam doyumu puanı anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 27) ($p>0,05$).

Devlet Planlama Teşkilatı'nın 1997 yılında yayınladığı bir yazıya göre, insanoğlunun yaşam kalitesi ile çevre arasında çok sıkı bir işbirliği vardır ve yaşam kalitesini, çevrenin kalitesinden ayrı düşünmek mümkün değildir. Nüfus açısından bakıldığında, hem çevre kalitesinin hem de insanların yaşam kalitesinin, nüfus

yoğunluğu ve büyüklüğü ve de bozduğu çevre koşulları ile doğrudan ilişkili olduğu görülmüştür (www.ekutup.dpt.gov.tr/cevre/eylemleri/ Erişim 22.11.2005).

Bulgularımız arasında her ne kadar anlamlı farklılık olmasa da kırsal bölgelerde yaşayanların esenlik ve genel sağlık puanlarının yüksek, kentsel alanda yaşayanların da fonksiyonel durum ve global yaşam doyumu puanlarının daha yüksek olması, içinde yaşadıkları fiziksel ve sosyal çevre ile ilişkili olabilir. Fakat, çalışmamızda %94.4 (Tablo 12) ile İstanbul ili içinde, yani kentsel alanda yaşayan bireylerin çok olması bu bulgumuzu etkilemiş olabilir.

7.4. HASTALARIN AĞRIYA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİNE GÖRE YAŞAM KALİTESİNİN TARTIŞILMASI

* Çalışmamızda ağrı süresine göre yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; fonksiyonel durum puanı ağrı süresi 3 ay-1 yıl olan olgularda 1 yıl üzeri olan hastalardan ileri derecede anlamlı olarak düşük bulundu (Tablo 30) ($p<0,01$).

Esenlik puanı ve global yaşam doyumu puanı ağrı süresine göre anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$); genel sağlık puanı ağrı süresi 3 ay-1 yıl olanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 30) ($p<0,05$).

Castillo ve arkadaşlarının (34) kronik günlük baş ağrısı ile ilgili yaptıkları çalışmada, ağrının şiddetinden çok, ağrının kronik olmasının, yaşam kalitesini daha kötü etkilediği belirlenmiştir.

Becker ve arkadaşları (20) yaptıkları çalışmada, kronik ağrı hastalarının yaşam kalitesi puanlarının normal toplumda elde edilen puanlara göre anlamlı olarak daha düşük olduğunu belirtmişlerdir.

Buturak ve arkadaşlarının (32) çalışmasında, kronik ağrı hastalarının tüm yaşam kalitesi alt ölçekleri, kontrol grubundan düşük bulunmuştur.

Ağrı bireylerde ümitsizliğe yol açarak yaşam kalitesi puanlarının düşmesine yol açabilir. Fakat ağrı süresi uzadıkça bireylerin ağrıyla yaşamaya, onunla baş etmeye yönelik girişimleri öğrendikleri ve bunun yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilediği düşünülmüştür.

Bununla beraber; Dysvik ve arkadaşları (48) kronik ağrılı bireylerde yaptıkları çalışmada, kronik ağrı hastalarının yaşam kalitesi alt bölümlerinden kontrol grubuna göre daha düşük puanlar aldıklarını fakat ağrı süresine göre yaşam kalitesinin, fiziksel fonksiyon ve ağrı bölümleri arasında anlamlı fark olmadığını belirtmişlerdir.

* Baş bölgesi ile diğer ağrı bölgeleri karşılaştırıldığında; fonksiyonel durum puanı baş bölgesi ağrısında anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 31) ($p<0.05$).

Esenlik puanında baş bölgesi ile diğer ağrı bölgeleri karşılaştırıldığında; esenlik puanı baş bölgesi ağrısında anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 31) ($p<0.05$).

Genel sağlık puanı ile global yaşam doyumu puanlarında baş bölgesi ile diğer ağrı bölgeleri karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 31) ($p>0.05$).

Baş ağrıları sadece bir ağrı sorunu olarak görülmemelidir. Çünkü, baş ağrısı kişinin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkiler (7,www.ctf.edu.tr/stek/pdfs 22.11.2005).

Günel ve arkadaşları (67) başağrılı hastalarda yaptıkları çalışmada, migren ve gerilim tipi başağrısının yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediğini belirtmişlerdir.

Akış ve arkadaşlarının (7) baş ağrılı hastalarda yaptıkları çalışmada, hastaların %36.8'inin yaşam kalitelerinin orta ve ileri derecede etkilendiğini, bu oranın ağrılı dönemde %55.3'e çıktığını bildirmişlerdir.

Castillo ve arkadaşlarının (34) kronik günlük baş ağrısı ile ilgili yaptıkları karşılaştırmalı çalışmada, baş ağrılı grubun yaşam kalitesi genel sağlık, canlılık ve mental sağlık alanlarında daha fazla olmak üzere düşük bulunmuştur.

Bulgularımız literatürlerle paralellik göstermekle beraber genel sağlık ve global yaşam doyumu puanlarında anlamlı farklılık bulunmamasının baş ağrısını bir hastalık olarak görmemelerinin neden olduğu düşünülmüştür.

Bununla beraber; Afra ve arkadaşlarının (3) baş ağrılı hastalarda yaptıkları çalışmada, ağrılı dönemde hastaların yaşam kalitesi düşük bulunurken ağrısız dönemde yaşam kalitesi normal bulunmuştur. Hastaların yaşam kalitesi alanlarından, özellikle ağrı ve fonksiyonel durum puanları daha düşük bulunmuştur.

* Çalışmamızda bel bölgesi ile diğer ağrı bölgeleri karşılaştırıldığında; fonksiyonel durum puanı bel bölgesi ağrısı olanlarda anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 32) ($p<0.05$).

Esenlik, genel sağlık ve global yaşam kalitesinde bel b6lgesi ile diğer ağrı b6lgeleri karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 32) ($p>0.05$).

Biçer ve arkadaşlarının (23) alışmasında, bel ve boyun ağrısı olan hastaların normal kontrollere g6re fiziksel işlevlerinin daha k6t6 olduğu, işte ya da diğer etkinliklerde daha fazla sorun yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin normal kontrollerden daha d6şuk olduğu belirtilmiştir.

Bulgularımız literat6r ile paralellik g6stermektedir. Bel b6lgesi ağrısı olanlarda fonksiyonel durumun d6şuk olması beklenen bir sonuçtur.

* Çalışmamızda baş ve bel ağrısına b6lgesine g6re yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; baş ağrısı olan hastaların fonksiyonel durum puanları bel ağrısı olanlara g6re ileri derecede anlamlı olarak y6ksek bulundu (Tablo 33) ($p<0.01$).

Esenlik ve genel sağlık puanları baş ve bel b6lgesi ağrısına g6re anlamlı farklılık g6stermezken ($p>0,05$), global yaşam doyumu puanı ise, baş b6lgesi ağrısı olan hastalarda bel b6lgesi ağrısı olan hastalara g6re anlamlı d6zeyde y6ksek bulundu (Tablo 33) ($p<0,05$).

Castillo ve arkadaşlarının (34) kronik g6nl6k baş ağrısı ile ilgili yaptıkları karşılaştırmalı çalışmada, baş ağrılı grubun yaşam kalitesi genel sağlık, canlılık ve mental sağlık alanlarında daha fazla olmak 6zere d6şuk bulunmuştur.

Biçer ve arkadaşlarının (23) alışmasında, bel ve boyun ağrısı olan hastaların normal kontrollere g6re fiziksel işlevlerinin daha k6t6 olduğu, işte ya da diğer etkinliklerde daha fazla sorun yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin normal kontrollerden daha d6şuk olduğu belirtilmiştir.

Literat6r bulgularından da anlaşıldığı gibi baş ve bel ağrısı yaşam kalitesinin değişik alanlarını etkileyerek global yaşam kalitesini d6ř6rmektedir. Bel b6lgesi ağrısının fiziksel fonksiyonları dolayısıyla aktif hayatı daha etkileyeceğinden, fonksiyonel durumunun ve global yaşam doyumunun d6şuk bulunması beklenen bir sonuçtur.

* Çalışmamızda daha 6nce ağrı tedavisi g6renler ve g6rmeyenlere g6re yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; fonksiyonel durum puanı, esenlik puanı, genel sağlık puanı ve global yaşam kalitesi puanında istatistiksel olarak farklılık bulunmadı (Tablo

34) ($p>0,05$). Fakat daha önce görülen tedavilerden radyoterapi ve kemoterapi ile yaşam kalitesi bölümleri arasındaki korelasyona bakıldığında; fonksiyonel durum ile radyoterapi arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ($r:-0,200$; $p<0,05$), kemoterapi ile ise yine negatif yönlü ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu ($r:-0,204$; $p<0,01$). Global yaşam doyumu ile radyoterapi arasındaki ilişki negatif yönlü ve çok düşük bulursa da istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Tablo 35) ($r: -0,140$; $p>0,05$).

Zhao'nun (110) osteoartritli yaşlı hastalarda yaptığı çalışmada, ağrı kesici ilaç kullanmanın artrit ağrısını azalttığı, fiziksel fonksiyonları arttırdığı ve yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini daha kolay yapmalarını sağladığı ve yaşam kalitesini arttırdığı bulunmuştur.

Can ve arkadaşlarının (33) ankilozan spondilitli hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada fizik tedavinin ağrıyı azalttığı ve yaşam kalitesini olumlu olarak etkilediği belirtilmiştir.

Chang ve arkadaşlarının (37) kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada, tedavi sonrası ağrıların %40 azaldığı, kanser ağrısının tedavi edilmesinin, ağrının şiddetinin azalmasında ve yaşam kalitesinin artmasında etkili olduğu belirtilmiştir.

Daha önce ağrı tedavisi görenlerde istatistiksel olarak anlamlı olmasa da esenlik ve genel sağlık puanlarının daha yüksek olması tedaviden yarar görüldüğünü gösterebilir.

Başer ve Solak'ın (18) meme ve meme dışı kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada, kemoterapinin yaşam kalitesini etkilemediği belirtilmiştir.

Arslan ve Bölükbaş'ın (11) kanserli hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, radyoterapi alan hastaların yaşam kalitesi yüksek bulunmuştur.

Bozkurt ve arkadaşlarının (26) erken evre meme kanserli hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, radyoterapi almanın yaşam kalitesi üzerine anlamlı etkisinin olmadığı, buna karşın kemoterapi alanların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda elde edilen bulgular bu literatürlerden farklılık göstermektedir. Radyoterapi ve kemoterapinin yan etkileri nedeniyle yaşam kalitelerinin düşük bulunması beklenen bir sonuçtur.

* Çalışmamızda GKÖ ağrı skoru ile fiziksel fonksiyon ($r: -0,370$; $p<0,01$) ve fiziksel rol fonksiyon ($r: -0,230$; $p<0,01$) arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki bulundu. Sosyal fonksiyon ($r: 0,023$; $p>0,05$) ve sosyal rol fonksiyon ($r: -0,152$; $p>0,05$) arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, sosyal fonksiyon ve sosyal rol fonksiyonu alt gruplarını kapsayan fonksiyonel durum ile GKÖ arasında negatif yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki bulundu (Tablo 36) ($r: -0,276$; $p<0,01$).

GKÖ ağrı skoru ile mental fonksiyonda negatif yönlü ($r: -0,242$; $p<0,01$), ağrıda pozitif yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki bulundu ($r: 0,445$; $p<0,01$). Enerji/vitalite ile GKÖ arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($r: -0,151$; $p>0,05$). Mental fonksiyon, ağrı ve enerji/vitalite alt gruplarını kapsayan esenlik ile GKÖ arasında ise pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (Tablo 36) ($r: 0,202$; $p<0,05$).

GKÖ ağrı skoru ile genel sağlık puanları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki bulundu (Tablo 36) ($r: 0,290$; $p<0,01$) .

GKÖ ağrı skoru ile global yaşam doyumunu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo 36) ($r: -0,048$; $p>0,05$).

Akşit ve arkadaşlarının (8) gonoartrozlu hastalarda yaptıkları çalışmada, GKÖ ile değerlendirilen ağrı şiddeti ile WOMAC ve NHP ile değerlendirilen yaşam kalitesinde ise GKÖ ile yaşam kalitesinin ağrı bölümünde artış fiziksel fonksiyon bölümlerinde kötüleşme olduğu belirlenmiştir.

Cerrahoğlu ve arkadaşlarının (36) fibromiyalji hastalarında çalışmada, GKÖ ile değerlendirilen ağrı şiddeti ile fiziksel fonksiyon ve genel sağlık puanları arasında anlamlı negatif korelasyon belirlenmiştir.

Becker ve arkadaşları (20) çalışmasında, görsel analog skalası ile değerlendirilen ağrı şiddeti ile yaşam kalitesi alt başlıkları arasında zayıf bir korelasyon bulunduğunu ve ağrı şiddetinin en çok fiziksel fonksiyon puanı ile korelasyon içinde olduğunu belirtmişlerdir.

Buturak ve arkadaşlarının (32) çalışmasında, görsel analog skalası ile değerlendirilen ağrı şiddeti ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık ve vitalite alt ölçekleri arasında negatif korelasyon belirlenmiştir.

Akşit ve arkadaşlarının (8) gonoartrozlu hastalarda yaptıkları çalışmada, SF-36'nın ağrı, fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon bölümleriyle, GKÖ ile değerlendirilen ağrı şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon belirlenmiştir.

Twycross ve arkadaşlarının (103) kanser hastaları üzerinde yaptığı bir çalışmada GKÖ (4-5)'in aktiviteyi kısıtlayacağı, GKÖ (6-7)'nin yaşam kalitesini düşüreceği belirtilmiştir.

Delmar ve arkadaşlarının (43) kronik nonmalign ağrıda yaptıkları çalışmada, GKÖ ile değerlendirilen ağrı şiddeti ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon belirlenmiştir.

Bulgularımız bu literatürler ile uyumludur. Ağrı şiddetinin artmasıyla fiziksel fonksiyon ve fiziksel rol fonksiyon puanlarının düşmesi beklenen bir sonuçtur.

Esenlik puanının GKÖ ile pozitif yönlü ve anlamlı olarak yüksek bulunmasının, yaşam kalitesi alt başlıklarından ağrı bölümünün GKÖ ile pozitif yönlü ve anlamlı olarak artmasının neden olduğu düşünülmektedir.

Bununla beraber; Dysvik ve arkadaşları (48) kronik ağrılı bireylerde yaptıkları çalışmada, ağrı şiddeti ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon ve ağrı alt başlıkları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını belirtmişlerdir. Bizimde çalışmamızda global yaşam doyumu ile GKÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bulgumuz bu literatür ile uygunluk göstermektedir.

Ağrı başlı başına bir sorundur. Çalışmamızda primer olarak ağrının varolup olmamasının genel sağlık puanını etkileyebildiği, şiddetinin ise ikinci planda kaldığı düşünülmüştür.

* Çalışmamızda ağrılı dönemde ağrıya eşlik eden başka bulgu var mı sorusuna göre yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; evet yanıtı verenlerin hayır yanıtı verenlere göre fonksiyonel durum puanları düşük bulundu (Tablo 38) ($p<0,05$).

Esenlik puanı, genel sağlık puanı ve global yaşam doyumu puanları eşlik eden başka bulgu olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 38) ($p>0,05$).

Ağrı başlı başına fonksiyonel durumu etkileyen bir durumdur. Bu nedenle ağrıya eşlik eden başka bulguların olmasının da fonksiyonel durumu etkilemesi beklenen bir sonuçtur.

* Çalışmamızda ağrılı dönemde eşlik eden başka bulgu varlığında uykusuzluğa evet cevabı verenlerin yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; uykusuzluk ile fonksiyonel durum ile negatif yönlü ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki bulundu (Tablo 39) ($r:-0,245$, $p<0,01$).

Uykusuzluk ile global yaşam doyumu arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (Tablo 39) ($r:-0,180$, $p<0,05$).

Uykusuzluk ile esenlik ($r: 0,081$; $p>0,05$) ve genel sağlık puanları ($r: 0,086$; $p>0,05$) arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 39) ($p>0,05$).

Ağrının, normal uyku düzenini bozabildiği; uykusuzluğun, yorgunluk ve anksiyeteye neden olarak ağrının şiddetini artırdığı ve yaşam kalitesini düşürdüğü bilinmektedir (59).

Kiska ve Palermo'nun (81) çalışmasında, kronik ağrı ile uyku bozuklukları ilişkili bulunmuş, uyku bozuklukları ve günlük aktivitelerin azalmasının yaşam kalitesini de düşürdüğü belirtilmiştir.

Bulgularımız literatür bulguları ile uyumludur.

* Çalışmamızda tıbbi tanılara göre yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; tıbbi tanıları kanser olan olgularının fonksiyonel durum puanları baş ağrısı tanısı olanlara ve diğer tanısı alanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulundu (Tablo 40) ($p<0,01$).

Esenlik ve global sağlık kalitesi puanları tıbbi tanılara göre anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 40) ($p>0,05$).

Tıbbi tanıları kanser olan olgularının genel sağlık puanları nöropatik ağrı tanısı alanlara ve diğer tanısı alanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 40) ($p<0,05$).

Burckhardt ve arkadaşlarının (31) kronik nöropatik ağrıda yaptıkları çalışmada, GKÖ puanı yüksek olguların global yaşam kalitesinin düşük olduğu belirtilmiştir.

Her yıl, 7 milyon hastaya kanser tanısı konulmakta ve yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak hastalar erken dönemde %30-45, geç dönemde ise %75-90 oranında

ağrıdan şikayet etmektedir. Hasta ve yakınları için ağrı, ölümün kendisinden bile daha büyük bir korku kaynağıdır ve kanser ağrısı kaliteli bir yaşam için majör engeldir (9,14,16, 22,53,76,90).

Janda ve arkadaşlarının (76) kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada, hastaların %13.8'inin yaşam kalitesi düşük bulunurken, %72.4'ünün yaşam kalitesi yeterli olduğu, yaşam kalitesi düşük bulunanların çoğunun 60 yaşından küçük ve ileri evre kanserli hastalar olduğu belirlenmiştir.

Kanser ağrısında fonksiyonel durum puanının düşük bulunması hastalığa özgü nedenlerden dolayı beklenen bir sonuçtur, bununla beraber genel sağlık puanlarının yüksek çıkmasında ise, kanser hastalarına verilen sosyal desteğin etkili olabileceği düşünülmüştür.

* Çalışmamızda başka bir hastalığın varlığına göre yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; fonksiyonel durum puanı, esenlik puanı, genel sağlık puanı ve global yaşam kalitesi puanlarında anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 41) ($p>0,05$).

Bu durum hastalıkların çok olması, bir hastada birden fazla hastalık bulunması ve dağılımın dengeli olmamasından kaynaklanıyor olabilir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik ağrılı hastalarda yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla Marmara Üniversitesine başvuran 160 hasta üzerinde yapılan çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edildi.

* Hastaların demografik özellikleri; %40.6'sı 14-44 yaş aralığında, %69.4'ü kadın, %38.7'si ilkokul mezunu, %72.5'i evli, %80'i çocuk sahibi, %41.9'u 1-2 çocuk sahibi, %40' ev hanımı, %66.3'ünün çalışmadığı, %70.6'sının emekli sandığına bağlı olduğu, %78.8'inin gelirinin-giderini karşıladığı, %94.4'ünün kentsel alanda yaşadığı belirlendi (Tablo 12).

* Hastaların ağrıya ilişkin özelliklerinde ise; %69.4'ünün 1 yıldan daha uzun süredir ağrı çektikleri, %42.5'inin bel bölgesi ağrısı, %15'inin baş bölgesi ağrısı olduğu, %64.4'ünün daha önce ağrı tedavisi gördüğü, daha önce görülen tedavilerden ilk sırada %35.6'sı ile fizik tedavi olduğu, %40 hastanın ağrısının değişik şiddette ama sürekli olduğu, %31.9'unun ağrısının şiddetli olduğu, %23.1'inde GKÖ'nin (10) olduğu, kadınlarda ağrı şiddetinin erkeklere göre anlamlı olarak yüksek olduğu, %70'inde ağrının olduğu dönemde eşlik eden başka bulguların olduğu ve bunlardan %45 ile ilk sırada uykusuzluğun olduğu, ağrıyı artıran sebepler arasında ilk sırada %100 ile hareket-ayakta durma olduğu, %54.3 ile dinlenmenin ağrıyı azaltan sebepler arasında ilk sırada olduğu, ağrıyı geçirmek için hastaların %72.5'inin ağrı kesici ilaç kullandıkları, %61.3'ünde başka kronik hastalıkların mevcut olduğu ve %18.8'inde hipertansiyon bulunduğu bulunmuştur (Tablo13 ve Tablo 14).

* Yaşlara göre yaşam kalitesi değerlendirilmesi yapıldığında 65 yaş ve üstü hastaların fonksiyonel durum puanı diğer yaş gruplarına göre ileri derecede anlamlı olarak düşük bulundu (Tablo 17) ($p<0.01$).

Esenlik puanı 65 yaş ve üstü hastaların diğer yaş gruplarına göre ileri derecede anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 17) ($p<0.01$).

Genel sağlık puanı yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermezken ($p>0.05$), global yaşam doyumu puanı 65 yaş ve üstü hastalarda, 14-44 yaş grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulundu (Tablo 17) ($p<0.05$).

* Cinsiyetlere göre yaşam kalitesi değerlendirilmesi yapıldığında; fonksiyonel durum puanı kadın hastalarda yüksek bulunmasına rağmen cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$). Esenlik puanı erkek hastalarda daha yüksek olmasına rağmen cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$). Genel Sağlık puanı ve global yaşam doyumu puanı da yine cinsiyetlere göre anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 18) ($p>0,05$).

* Eğitim durumuna göre yaşam kalitesi değerlendirilmesi yapıldığında; lisansüstü eğitim mezunlarının fonksiyonel durum puanları ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarına göre ileri düzeyde anlamlı ($p<0,01$), üniversite mezunlarına göre ise anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,05$). Diğer eğitim seviyelerinin fonksiyonel durum puanları arasında anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 19) ($p>0,05$).

Esenlik puanı ve genel sağlık puanı eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 19) ($p>0,05$).

Global yaşam doyumu puanı ise ilkokul mezunlarının lisansüstü eğitim yapan gruba göre anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,05$). Diğer eğitim gruplarının global yaşam doyumu puanları arasında anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 19) ($p>0,05$).

* Çalışma durumuna göre yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; memurların fonksiyonel durum puanları emeklilere göre ve ev hanımlarına göre ileri derecede anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 20) ($p<0,01$).

Esenlik puanı ve genel sağlık puanı çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 20) ($p>0,05$).

Global yaşam doyumu puanı ise, emeklilerde memur gruba göre anlamlı düzeyde düşük bulundu (Tablo 20) ($p<0,05$).

* Çalışma düzenine göre yaşam kalitesi değerlendirildiğinde, tam gün çalışanların fonksiyonel durum puanları, çalışmayan hastalara göre ileri derecede anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 21) ($p<0,01$).

Esenlik puanı, tam gün çalışanların çalışmayan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük bulundu (Tablo 21) ($p<0,05$).

Genel sağlık puanı çalışma düzenine göre anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 21) ($p>0,05$).

Global yaşam doyumu puanı ise, tam gün çalışanlarda çalışmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 21) ($p<0,05$).

* Sosyal güvence durumuna göre yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; fonksiyonel durum puanı, esenlik puanı, genel sağlık puanı ve global yaşam doyumu puanı anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 22) ($p>0,05$).

* Medeni duruma göre yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; fonksiyonel durum puanı, esenlik puanı, genel sağlık puanı ve global yaşam doyumu puanı anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 24) ($p>0,05$).

* Çocuk varlığına göre yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; fonksiyonel durum puanı çocuklu hastalarda çocuksuz hastalara göre ileri derecede anlamlı olarak düşük bulundu (Tablo 25) ($p<0,01$).

Esenlik puanı, çocuklu hastalarda çocuksuz hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 25) ($p<0,05$).

Genel sağlık puanı çocuk varlığına göre anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$) global yaşam doyumu puanı çocuklu hastalarda çocuksuz olgulara göre anlamlı düzeyde düşük bulundu (Tablo 25) ($p<0,05$).

* Ağrı süresine göre yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; fonksiyonel durum puanı ağrı süresi 3 ay-1 yıl olan olgularda 1 yıl üzeri olan hastalardan ileri derecede anlamlı olarak düşük bulundu (Tablo 30) ($p<0,01$).

Esenlik puanı ve global yaşam doyumu puanı ağrı süresine göre anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$); genel sağlık puanı ağrı süresi 3 ay-1 yıl olanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 30) ($p<0,05$).

* Baş bölgesi ile diğer ağrı bölgeleri karşılaştırıldığında; fonksiyonel durum puanı baş bölgesi ağrısında anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 31) ($p<0,05$).

Esenlik puanında baş bölgesi ile diğer ağrı bölgeleri karşılaştırıldığında; esenlik puanı baş bölgesi ağrısında anlamlı düzeyde düşük bulundu (Tablo 31) ($p<0,05$).

Genel sağlık puanı ile global yaşam doyumu puanlarında baş bölgesi ile diğer ağrı bölgeleri karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 31) ($p>0,05$).

* Bel bölgesi ile diğer ağrı bölgeleri karşılaştırıldığında; fonksiyonel durum puanı bel bölgesi ağrısı olanlarda anlamlı düzeyde düşük bulundu (Tablo 32) ($p<0,05$).

Esenlik, genel sağlık ve global yaşam kalitesinde bel b6lgesi ile diğer ağrı b6lgeleri karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 32) ($p>0.05$).

* Baş ve bel ağrısına b6lgesine g6re yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; baş ağrısı olan hastaların fonksiyonel durum puanları bel ağrısı olanlara g6re ileri derecede anlamlı olarak y6ksek bulundu (Tablo 33) ($p<0.01$).

Esenlik ve genel sağlık puanları baş ve bel b6lgesi ağrısına g6re anlamlı farklılık g6stermezken ($p>0.05$), global yaşam doyumunu puanı ise, baş b6lgesi ağrısı olan hastalarda bel b6lgesi ağrısı olan hastalara g6re anlamlı d6zeyde y6ksek bulundu (Tablo 33) ($p<0.05$).

* Daha 6nce ağrı tedavisi g6renler ve g6rmeyenlere g6re yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; fonksiyonel durum puanı, esenlik puanı, genel sağlık puanı ve global yaşam kalitesi puanında istatistiksel olarak farklılık bulunmadı (Tablo 34) ($p>0.05$). Fakat daha 6nce g6r6len tedavilerden radyoterapi ve kemoterapi ile yaşam kalitesi b6l6mleri arasındaki korelasyona bakıldığında; fonksiyonel durum ile radyoterapi arasında negatif y6nl6 ve istatistiksel olarak anlamlı ($r:-0.200$; $p<0.05$), kemoterapi ile ise yine negatif y6nl6 ve istatistiksel olarak ileri d6zeyde anlamlı bir ilişki bulundu ($r:-0.204$; $p<0.01$). Global yaşam doyumunu ile radyoterapi arasındaki ilişki negatif y6nl6 ve 6ok d6ř6k bulunsa da istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Tablo 35) ($r:-0.140$; $p>0.05$).

* GK6 ağrı skoru ile fiziksel fonksiyon ($r:-0.370$; $p<0.01$) ve fiziksel rol fonksiyon ($r:-0.230$; $p<0.01$) arasında negatif y6nl6 ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki bulundu. Sosyal fonksiyon ($r: 0.023$; $p>0.05$) ve sosyal rol fonksiyon ($r:-0.152$; $p>0.05$) arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamadı. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, sosyal fonksiyon ve sosyal rol fonksiyonu alt gruplarını kapsayan fonksiyonel durum ile GK6 arasında negatif y6nl6 istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki bulundu (Tablo 36) ($r:-0.276$; $p<0.01$).

GK6 ağrı skoru ile mental fonksiyonda negatif y6nl6 ($r:-0.242$; $p<0.01$), ağrıda pozitif y6nl6 istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki bulundu ($r: 0.445$; $p<0.01$). Enerji/vitalite ile GK6 arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($r:-0.151$; $p>0.05$). Mental fonksiyon, ağrı ve enerji/vitalite alt gruplarını kapsayan esenlik ile

GKÖ arasında ise pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (Tablo 36) ($r:0,202$; $p<0,05$).

GKÖ ağrı skoru ile genel sağlık puanları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki bulundu (Tablo 36) ($r:0,290$; $p<0,01$) .

GKÖ ağrı skoru ile global yaşam doyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo 36) ($r: -0,048$; $p>0,05$).

* Ağırlı dönemde ağrınıza eşlik eden başka bulgu var mı sorusuna göre yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; evet yanıtı verenlerin hayır yanıtı verenlere göre fonksiyonel durum puanları düşük bulundu (Tablo 38) ($p<0,05$).

Esenlik puanı, genel sağlık puanı ve global yaşam doyumu puanları eşlik eden başka bulgu olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 38) ($p>0,05$).

* Ağırlı dönemde eşlik eden başka bulgu varlığında uykusuzluğa evet cevabı verenlerin yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; uykusuzluk ile fonksiyonel durum ile negatif yönlü ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki bulundu (Tablo 39) ($r:-0,245$, $p<0,01$).

Uykusuzluk ile global yaşam doyumu arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (Tablo 39) ($r:-0,180$, $p<0,05$).

Uykusuzluk ile esenlik ($r: 0,081$; $p>0,05$) ve genel sağlık puanları ($r: 0,086$; $p>0,05$) arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 39) ($p>0,05$).

* Tıbbi tanılara göre yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; tıbbi tanıları kanser olan olgularının fonksiyonel durum puanları baş ağrısı tanısı olanlara ve diğer tanısı alanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulundu (Tablo 40) ($p<0,01$).

Esenlik ve global sağlık kalitesi puanları tıbbi tanılara göre anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 40) ($p>0,05$).

Tıbbi tanıları kanser olan olgularının genel sağlık puanları nöropatik ağrı tanısı alanlara ve diğer tanısı alanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 40) ($p<0,05$).

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulabilir:

* Demografik farklılıkların yaşam kalitesine ve ağrıya olan etkileri göz önüne alınarak bireysel yaklaşımlara önem verilebilir. O bireye özgü davranışların değerlendirilmesine dikkat edilebilir.

* Kadınların özellikle ev hanımlarının daha fazla ağrı problemi ile karşı karşıya geldiği bilinmekte ve sorunun çözümlenmesinde bu grubun eğitimi ve yönlendirilmesi önemlidir. Bu konuda koruyucu sağlık hizmetleri ön plana çıkarılabilir ve çeşitli çalışmalar yapılabilir.

* Kronik ağrının tedavisi önemli ölçüde ekonomik yük getirir. Bu bireylerin sosyal destek gereksinimleri sorgulanarak, ağrı ile izole bir hayat yaşamaları engellenebilir.

* Ağrı ve depresyon, kronik ağrının patolojisinde iç içe geçmiş iki kavram olduğundan, ağrıya bağlı depresyonun tedavisi etkin bir ağrı tedavisine bağlıdır. Ağrı hastalarında psikiyatrik değerlendirmelere daha fazla önem verilerek gerçekçi çözümler bulunabilir.

* Hastaların yaşam kalitelerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve bunlarla başa çıkma yollarının geliştirilmesi önemlidir. Ağrı yönetimine yönelik stratejilerin belirlenmesi, bireysel baş etme yöntemleri belirlenmesi ve uygun baş etme yöntemlerinin öğretilmesi önerilebilir.

* Uykusuzluğun ağrıdaki en önemli bulgulardan biri olduğu ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilediği göz ardı edilmemesi önerilebilir.

9. EKLER

Ek 1. GÖRÜŞME FORMU

Değişken	Kolon No	Kod	Sorular
X1	1	☐	Yaş
X2	2	☐	Cinsiyet 1. Erkek 2. Kadın
X3	3	☐	Eğitim Düzeyi 1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Üniversite 5. Yüksek lisans ve Doktora 6. Yok
X4	4	☐	Mesleki Durum 1. Öğrenci 2. İşçi 3. Memur 4. Ev hanımı 5. Serbest Meslek 6. İşsiz yada Çalışmıyor
X5	5	☐	Çalışma Düzeni 1. Tam Gün 2. Yarım Gün ya da Belirli Saatlerde Çalışma 3. Hiç Çalışmama
X6	6	☐	Hastanın Sosyal Güvencesi 1. E.S 2. S.S.K 3. Bağkur 4. Özel Sigorta 5. Yeşil Kart 6. Yok
X7	7	☐	Geliri Giderini Karşılıyor mu? 1. Karşılıyor 2. Karşılamıyor
X8	8	☐	Medeni Durum 1. Evli 2. Bekar
X9	9	☐	Çocuk var mı? 1. Evet 2. Hayır
X10	10	☐	Varsa Çocuk Sayısı
X11	11	☐	Yaşadığı Yer 1. Kırsal 2. Kentsel
X12	12	☐	Aile Tipi 1. Çekirdek Aile 2. Geleneksel Geniş Aile

			3. Parçalanmış Aile
X13	13	☐	Kendini Dindar Olarak Tanımlıyor mu? 1. Tanımlıyor 2. Tanımlamıyor
X14	14	☐	Ağrının Süresi
X15	15	☐	Ağrı Bölgesi Neresi (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) 1. Baş, Yüz ve Ağız 2. Servikal Bölge 3. Omuz ve Üst Ekstremiteler 4. Toraks Bölgesi 5. Abdominal Bölge 6. Sırt, Bel Bölgesi, Sakrum ve Koksiks 7. Alt Ekstremiteler 8. Pelvik Bölge 9. Anal, Perianal ve Genital bölge 10. Üç Büyük Bölgeden Fazlası
X18	16	☐	Daha Önce Ağrı Tedavisi Gördünüz mü? 1. Evet 2. Hayır
X19	17	☐	Gördüyseniz Hangisi/Hangileri? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) 1. Akupunktur 2. Hipnoz 3. Aile Terapisi 4. Egzersiz 5. Masaj 6. Cerrahi 7. İlaç 8. Fizik Tedavi 9. Radyoterapi 10. Kemoterapi
X22	18	☐	Ağrınızın Sıklığı Nedir? 1. Aynı Şiddette Sürekli veya Neredeyse Sürekli 2. Değişik Şiddette Ama Sürekli 3. Tekrarlayıcı ve Düzensiz 4. Tekrarlayıcı ve Düzenli 5. Aralıklarla Gelen 6. Aralıklarla Gelen Ancak İnatçı
X23	19	☐	Ağrınızı Aşağıdaki İfadelerden En İyi Hangisi Tanımlar? 1. Hafif 2. Rahatsız Edici 3. Şiddetli 4. Çok Şiddetli 5. Dayanılmaz
X24	20	☐	Ağrınızın Olduğu Dönemde Ağrınıza Eşlik eden Başka Bulgular Var mı? 1. Evet 2. Hayır
X25	21	☐	Yanıtınız Evet İse Hangisi/Hangileri? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

			1. Göz Yaşarması 2. Bulantı 3. Kusma 4. İştahsızlık 5. Uykusuzluk 6. Cinsel İsteksizlik 7. Çift görme 8. BaşDönmesi 9. Kabızlık 10. Nefes Darlığı
X28	22	☐	Neler Ağrınızı Artırır?
X31	23	☐	Neler Ağrınızı Azaltır?
X34	24	☐	Ağrınızı Geçirmek İçin Neler Yaparsınız?
X37	25	☐	Tıbbi Tanınız Nedir ?
X38	26	☐	Başka Bir Hastalığınız Var mı? 1. Evet 2. Hayır
X39	27	☐	Evet İse Nedir?

Ek 2. TÜRKÇE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bu çalışma sağlığınıza ilişkin görüşlerinizi öğrenmek amacıyla hazırlandı. Sizden istenen, her soruyu uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretlemenizdir. Soruyu nasıl cevaplandıracağınızdan emin olamıyorsanız, verebileceğiniz en uygun cevabı işaretleyin ve sorunun sol tarafındaki boşluğa bir açıklama yapınız.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim...

1. Genel olarak sağlığınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Bir öncesi ile karşılaştırdığınızda, şimdiki sağlığınızı genel olarak nasıl buluyorsunuz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi	1
Bir yıl öncesinden biraz daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl öncesinden biraz daha kötü	4
Bir yıl öncesinden çok daha kötü	5

SAĞLIĞINIZ VE GÜNLÜK AKTİVİTELERİNİZ

3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa, ne kadar engelliyor? (her satırda uygun rakamı işaretleyiniz)

AKTİVİTELERİNİZ	Evet çok engelliyor	Evet biraz engelliyor	Hayır pek engellemiyor
a.koşu ağırlık kaldırma ve ağır sporlar	1	2	3
gibi <u>büyük çaba gerektiren aktivitelerde</u>	1	2	3

b.Masayı, elektrik süpürGESİNİ İtmek gibi <u>orta/hafif aktivitelerde</u>	1	2	3
c.Paket veya çanta taşıırken	1	2	3
d. <u>Birkaç</u> kat merdiven çıkarken	1	2	3
e. <u>Bir</u> kat merdiven çıkarken	1	2	3
f.Eğilirken, çömelirken	1	2	3
g. <u>Bir kilometreden fazla</u> yürürken	1	2	3
h. <u>Birkaç yüz metre</u> yürürken	1	2	3
i. <u>Yüz metrelik mesafeyi</u> yürürken	1	2	3
j.Giyinirken veya yıkanırken	1	2	3

4. Geçen hafta boyunca, işinizde veya rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak, aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu? (evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz)

	<u>EVET</u>	<u>HAYIR</u>
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden <u>çalışma zamanınızı azalttı mı?</u>	1	2
b. işlerinizde <u>amaçladığınızdan daha az</u> mı verimli oldunuz?	1	2
c. İş ve aktivitelerinizi <u>zahmetsiz (kolay) olanlarla</u> sınırladınız mı?	1	2
d. iş ve aktivitelerinizi gerçekleştirirken <u>zorluk</u> <u>çektiniz mi?</u> (örneğin ekstra çaba harcadınız mı?)	1	2

5. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak, (örneğin sinirli veya stresli), aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı? (evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz)

	<u>EVET</u>	<u>HAYIR</u>
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden <u>çalışma zamanınızı</u> azalttınız mı?	1	2
b. işlerinizde <u>amaçladığınızdan daha az</u> mı	1	2

verimli oldunuz?

c. İşlerinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden 1 2
daha az dikkatli mi yaptınız?

6. Geçen 4 hafta boyunca, fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi? (sadece bir rakam işaretleyiniz)

Pek etkilemedi	1
Çok az	2
Orta	3
Oldukça	4
Aşırı	5

AĞRI

7. Geçen 4 hafta boyunca, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (sadece bir rakam işaretleyiniz)

Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta	4
Fazla	5
Çok fazla	6

8. Geçen 4 hafta boyunca, ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi? (evde ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere) (sadece bir rakam işaretleyiniz)

Çok değil	1
Az	2
Orta	3
Oldukça fazla	4
Aşırı	5

DUYGULARINIZ

9. Bu sorular geçen ay boyunca, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her soru için, size en uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alın.

	<u>Her</u> <u>Zaman</u>	<u>Çoğun</u> <u>lukla</u>	<u>Biraz</u> <u>fazla</u>	<u>Bazen</u>	<u>Çok</u> <u>az</u>	<u>Hiç</u>
a. Tam enerjik (zinde) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli biriydiniz	1	2	3	4	5	6
c. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkındı	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
e. Fazla enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6
f. Moralsiz ve kederli hissettiniz	1	2	3	4	5	6
g. Çok yorgun (bitkin) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
h. Hiç mutlu oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
i. Yorgun hissettiniz	1	2	3	4	5	6
j. <u>Sağlığınız</u> akraba veya arkadaş ziyaretleri gibi <u>sosyal aktivitelerinizi</u> sınırladı mı?	1	2	3	4	5	6

GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

10. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	<u>Kesin</u> <u>likle</u> <u>doğru</u>	<u>Çoğun</u> <u>lukla</u> <u>doğru</u>	<u>Emin</u> <u>değilim</u>	<u>Çoğun</u> <u>lukla</u> <u>yanlış</u>	<u>Kesin</u> <u>likle</u> <u>yanlış</u>
a. Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim	1	2	3	4	5
b. Tanıdığın herhangi biri kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

Ek 3. HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

Değerli Hastalar;

“Kronik Ağrılı Hastalarda Yaşam Kalitesi” konulu bir çalışma yapmaktayız. Günümüzde ağrının, hem ağrıyı çeken kişiler için hem de yakınları için çok ciddi kişisel, psikolojik ve sosyal sonuçları olabildiği, bireyin kişisel toplumsal rollerini olumsuz olarak etkileyip, yaşam kalitelerini bozduğu bilinmekte, sağlıkta yaşam kalitesi giderek artan bir öneme sahip olmaktadır. Bu nedenle vereceğiniz bilgiler sağlık araştırmalarında önemli bir kaynak olacaktır.

Çalışmaya katılıp katılmama konusunda tamamen özgür olacaksınız ve verdiğiniz tüm bilgiler gizli tutulacaktır.

Eren YILMAZ

M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Esasları

Yüksek Lisans Öğrencisi

Ek 4. HASTA ONAY FORMU

“Kronik Ağrılı Hastalarda Yaşam Kalitesi ” konulu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Adınız Soyadınız

İmza





T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

Sayı : Hem. Hiz. Müd. /23

03.03.2005

Konu :

MARMARA ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

İlgi : 18.11.2004 tarih ve 135 sayılı yazı.

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek lisans Programı öğrencilerinizden Eren Yılmaz'ın "Kronik Ağnılı Hastalarda Yaşam Kalitesi" konulu yüksek lisans tezinin çalışmasını Hastanemiz Algoloji polikliniğinde yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Prof.Dr. Deniz SELİMEN
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü

Ek 6.

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ ANABİLİM DALI
Tophanelioğlu Caddesi No:13-15 Altunizade 81190 İstanbul
Tel: 02163271010 Fax: 02163399989

SAYI : Anest.200/9815
KONU : Hem. Eren yılmaz

14/03/2005

MARMARA ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU HEMŞİRELİK
ESASLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

İLGİ: Yüksek lisans tezi

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek lisans Programı öğrencisi Eren Yılmaz'ın "Kronik ağrılı hastalarda yaşam kalitesi" başlıklı yüksek lisans tezinin anket ve ölçeğini Algoloji Polikliniğinde uygulayabileceğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.



Doç. Dr. Zeynep ETİ
Algoloji Bilim dalı Başkanı

10. ETİK KURUL ONAYI

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ARAŞTIRMA ETİK KURULU

Sayı : B.30.2.MAR.0.01.00.02/AEK-343

Konu:

Sayın : Doç. Dr. Şule Ecevit ALPAR
M.Ü Hemşirelik Yüksekokulu
Hemşirelik Esasları ABD

MAR-YÇ-2004- 0183 protokol nolu “ Kronik ağırlı hastalarda yaşam kalitesi ”
isimli projeniz Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.

Prof/Dr. Haner DİRESKENELİ
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Araştırma Etik Kurul Başkanı

11. KAYNAKLAR

1. Abbott F.V., Gray-Donald K., Sewitch M.J., Jonston C.C., Edgar L., Jeans M.E.: The Prevalance of Pain in Hospitalized Patients and Resolution Over Six Months. *Pain*, 50:1, p.15-28, 1992.
2. Abrahm J.: Ölmekte Olan Hastalar İçin Ağrı Tedavisi. *Sendrom*, 14:8, s.100-104, Logos Yayıncılık, 2002.
3. Afra J., Bozsik G., Jelencsik I., Ertsey C., Manhalter N.: Health-Related and Condition-Specific Quality of Life in Episodic Cluster Headche. *Abstract, Cephalalgia*, 24:3, p.188-196, 2004.
4. Afşar F., Pınar R.: Kanser Hastalarında Ağrı ve Ağrıyla Başetme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi. *A. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6:3, s.19-28, 2003.
5. Akarcay V., Alpkaya U., Hayran O., Uzun S., Mungan Ay S., Subaşı F., İnal S.: Yaşlıların Fiziksel Kapasitelerinin ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. *Geriatrici*, 6:3, s.95-99, 2003.
6. Akdeniz C., Akdeniz F., Aydemir Ö., Gülseren Ş., Kültür S.: Sağlık Düzeyi Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Ve Güvenilirliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 9:2, s.104-108, 1999.
7. Akış H., Karlı N., Zarifoğlu M.: Gerilim Tipi Baş Ağrısı Hastalarında Yaşam Kalitesi. *Ağrı*, 15:4, s.53-57, 2003.
8. Akşit R., Barış M., Hepgüler S., Şahin Y., Gonoartrozlu Hastalarda Klinik Bulgularla Çeşitli Yaşam Kalitesi Ölçümleri Arasındaki İlişkiler. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, Sayı.4, s.49-54, 1998.
9. Aldemir T., Erdine S.: Kanser Ağrısında Tedavi Prensipleri. *Sendrom*, 3:3, s.25-28, Logos Yayıncılık, 1991.
10. Altan A., Karahan A., Özyuvacı E.: Cerrahi ve Travma Sonrası Gelişen Kronik Ağrı. *Ağrı*, 16:3, s.48-50, 2004.
11. Arslan S., Bölükbaş N.: Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *A. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6:3, s.38-47, Erzurum, 2003.
12. Ashburn M. A., Staots P.S.: Management of Chronic Pain. *Lancet*, Vol.353, p.1865-1869, 1999.
13. Aşk İ., Tüzüner F.: Ağrı Tanımları ve Terminolojisi. *Galenos*, 5:54, s.3-5, 2001.

14. Atıcı Ş., Işık G., Özbek H.: Kanser Ağrısı Nedeniyle Başvuran Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi. Ağrı, 12:4, s.36-42, 2000.
15. Aydemir Ö.: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisinde Yaşam Kalitesi Ölçümü: Kısa Form 36 (SF 36). 3P Dergisi, 7(Ek 2), s.14-22, 1999.
16. Aypar Ü., Çeliker R., Orer H., Özer S., Gökçe Kutsal Y., Varlı K., Şahin A., Oruçkaptan H.: Ağrıya Multidisipliner Yaklaşım. Hacettepe Tıp Dergisi, Sayı 36, s.111-128, 2005.
17. Balta E., Domaç M., Erdine S., Hamzaoglu O., Özkan Ö.: Türkiye’de Yetişkinlerin Ağrı Prevalansı. Ağrı Dergisi, 13:2-3, 2001.
18. Başer G., Solak M.: Meme ve Meme Dışı Kanserli Kadın Hastaların Umutsuzluk ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi. Hemşirelik Forumu, 6:6, s.38-47, 2003.
19. Baykal Y., Kocabalkan F., İrfan A.: Yaşlı Hastalarda Ağrı Sorunu. Sendrom, 10:5, s.16-24, Logos Yayıncılık, 1998.
20. Becker N., Thomsen A.B., Olsen A.K., Sjogren P., Bech P., Eriksen J.: Pain Epidemiology and Health Related Quality of Life in Chronic Non-Malignant Pain Patients Referred to a Danish Multidisciplinary Pain Center. Pain, Vol.73,p.393-400, 1997.
21. Bercer E., Ketenci A., Müslümanoğlu L., Özcan E., Soy D.: Kronik Bel Ağrılı 218 Hastanın Özellikleri. Ağrı Dergisi, 6:1, s.29-33, 1994.
22. Berker E.: Bel Ağrısında Konservatif Tedavi. Hipokrat. Vol.53, s.40-44, 1996.
23. Biçer A., Buturak V., Tot Ş., Yazıcı K., Yazıcı A.: Bel ve Boyun Ağrısı Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi. Klinik Psikiyatri, 6:2, s.95-101, 2003.
24. Birtane M., Ekuklu K., Kokina S., Tuna H., Uzunca K., Akçı C.: Edirne Huzurevi Sakinlerinde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenlerin İrdelenmesi. Türk Geriatri Dergisi, 3:4, s.141-145, 2000.
25. Blakely M.G., Brumblay S.N., Gren C., Johnson T.H., Miller M.: Health Outcomes, QOL and Disability Among working Age Black and White Adult Persons With Chronic Pain. The Journal Of Pain, 6:3, Supp 1, p.3, 2005.
26. Bozkurt B., Cengiz Ö., Sülü B., Ünal B., Koçer B., Yıldırım O., Karabeyoğlu M., Eroğlu A.: Erken Evre Meme Kanserli Hastaların SF 36 ile Yaşam Kalitesinin

Değerlendirilmesi: Ameliyet Tipi Yaşam Kalitesini Etkiliyor Mu?. Özet, Cerrahi Tıp Bilimleri, 10:3, 2004.

27. Breitbart W., Chandler S., Egel B., Ellison N., Enck R.N., Lefkowitz M., Payne R.: Kansere Bağlı Ağrıda Transdermal Fentanil Dozajı İçin Alternatif Bir Algoritma. Oncology, 14:5, s.695-705, Mayıs, 2000, Ağrı Bülteni, 1:6, 2002.
28. Broderick J. E., Litcher-Kelly L., Schwartz J. E., Stone A. A.: Associations Among Pain İntensity, Sensory Charecterstics, Affective Qualities and Activity Limitations in Patients With Chronic Pain: A Momentary, Within-Person Perspectice. Abstract, The Journal of Pain, 5:8, p.433-439, 2004.
29. Brody J.E.: Opioidlerle İlgili Yanılgılar ve Gereksiz Yere Çekilen Ağrılar. The New York Times, 22 January 2002.
30. Burchardt C. S.: The Impact of Arthritis on Quality of Life and Social Support in Cancer Patient. Cancer Nursing, 19:3, p.162-169, 1985.
31. Burckhardt C.S., huizar K., Kristofferson A., Kuarnström A., Nordfors L.O., Rasberg K.M.: A Comparison of the SF 36 and Nottingham health Profile in Patients with Chronic Neuropathic Pain. Abstract, European Journal of Pain, 5:4, p.391-403, 2001.
32. Buturak V., Biçer A., Şahin G., Tot Ş., Yazıcı A., Yazıcı K.: Kronik Ağrı Hastalarında Anksiyete ve Depresyonun Yaşam Kalitesine Etkisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 13:2, s.72-77, 2003.
33. Can G., Çakmak B., Sarı H.: Ankilozan Spondilitte fizik Tedavi Ajanlarının Yaşam Kalitesi ve Emosyonel Durum Üzerine Etkisi. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 49:6, s.8-12, 2003.
34. Castillo J., Guiter V., Munoz P., Pascual J.: Quality of Life in Chronic Daily Headache: A Study in A General Population. Abstract, Neurology, April 9, 58:7, p.1062-1065, 2002.
35. Ceceli E., Erdem R.H., Gökoğlu F., Arıncı İncel N., Yorgancıoğlu Z.R.: Yaşlı Popülasyondaki Basınç Ağrı Eşiğinin Analizi. Geriatri, 4:3, s.113-115, 2001.
36. Cerrahoğlu L., Duruöz T., Fırat A., Süsin A.: Primer Fibromiyalji Sendromlu Olgularda FIQ ve SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Değerlendirilmesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 8-10 Nisan, Poster No.83, İzmir, 2004.

37. Chang V.T., Hwang S.S., Kasimis B.: Longitudinal Documentation Of Cancer Pain Management Outcomes: A Pilot Study at a VA Medical Center. Abstract, Journal of Pain and Symptom Management, 24:5, s.494-505, 2002.
38. Chapman C.R., Gavrin J.: Suffering: The Contributions of Continuous Pain. Lancet, Vol.353, p.2233-2237, 1999.
39. Coşkun A., Hotun N.: Fraktürlü Kadınlarda Osteoporotik Risk Faktörleri. Hemşirelik Bülteni, 9:36, s.19-28, İstanbul, 1995.
40. Çağlar N., Esenyel M., Özaras N., Tetik S., Walden G.: Farklı Etyolojilere Bağlı Kronik Ağrıda Ağrıyla İlişkili Sakatlık Ve Depresyon. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, Nisan, 2003.
41. Çakırcalı E.: Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar. 3. Baskı, s.41-46, Nobel Tıp Kitabevi, İzmir, 2000.
42. Çelenk Y., Erdine S., Özyalçın S., Talu G. K., Yücel A.: Kronik Ağrılı Hastaların Epidemiyolojik Değerlendirilmesi. Ağrı, 11:4, s.146, 1999.
43. Delmar C., Laursen B.S., Nielsen L.A., Bajaj P., Olesen A.S.: Health Related Quality of Life and Quantitative Pain Measurement in Females with Chronic Non-malignant Pain. Abstract, European Journal of Pain, 9:3, p.267-275, 2005.
44. Dinçer K., Özgül A., Kalyon A., Taşkınatan M.A., Tan A.K.: Ankilozan Spondilit'te Hastalığın Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Alanlarına Etkisi. Romatizma, 18:2, s.82-91, 2003.
45. Dirimeşe E.: Ağrı Tanılamasında Hemşirenin Rolü ve Kanıta Dayalı Rehberlerin Önerileri. 8. Ulusal Ağrı Kongresi, Kongre Kitabı, s.137, İstanbul, 2005.
46. Doering B.G., Erhan E., Kocabaş S., Uyar M., Yegül İ.: Hastaların Ağrı Nedenleri ve Cinsiyet. Ağrı, 11:4, s.119, 1999.
47. Duarde R.A.: Ağrının Sırları. Ed. Özyalçın S., Ağrı Sınıflaması, s.6-9, Nobel Tıp Kitabevi, 2005.
48. Dysvik E., Eikeland O. J., Lindstrom T. C., Natving G.K.: Health-related Quality of Life and Pain Beliefs Among People Suffering From Chronic Pain. Abstract, Pain Management Nursing, 5:2, p.66-74, 2004.
49. Eliot A.M., Smith B.H., Penny K.I., Smith W.C., Chambers W.A.: The Epidemiology of Chronic Pain in The Community. Lancet, Vol.354, p.1248-1252, 1999.

50. Erdine S., Özyalçın S., Sertel Ö., Talu G.K., Yücel A., Yücel B.: Ağrı Yakınması Olan Hastalarda Psikiyatrik Değerlendirme. Ağrı, 11:4, s.148, 1999.
51. Erdine S.: Ağrı Sendromları ve Tedavisi. 2. Baskı, Gizben Matbaacılık, İstanbul, 2003.
52. Erdine S.: Ağrı Serisi. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
53. Erkan E.: Kanserde Ağrı Sorununun Boyutu. Ağrı Bülteni, Sayı.1, s.1-5, 2002.
54. Eti Aslan F., İşsever H., Işık E., Sabuncu H., Şelimen D., Olgun N., Özyalçın S.: Bireylerin Yaşadıkları Bölgeler ve Ağrı İle Başetme Yöntemleri Arasındaki İlişki. Ağrı, 10:2, s.42-60, 1998.
55. Eti Aslan F., İşsever H., Özyalçın S., Işık E.: Ağrı İle Başetmede Bireysel Yaklaşım ve Toplumsal Eğilim. Ağrı, 9:4, s.11-16, 1997.
56. Eti Aslan F., Uğurlu A. G.: Ağrı Geçirmede Kullanılan Geleneksel Yöntemler. Ağrı, 15:4, s.59-68, 2003.
57. Eti Aslan F.: Acil Bakım. Ed. Şelimen D., Travmada Acil, 3. Baskı, s.384-392, Yüce Yayım, İstanbul, 2004.
58. Eti Aslan F.: Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6:1, s.9-16, Sivas, 2002.
59. Eti Aslan F.: Ağrıya İlişkin Yanılgı ve Gerçekler. Sendrom, 14:4, s.94-98, Logos Yayıncılık, 2002.
60. Eti Aslan F.: Postoperatif Ağrının Bireysel Özelliklerle İlişkisi. Türk Hemşireler Dergisi, 47:6, s.3-8, Erk Yayıncılık, Ankara, 1997.
61. Ferrell B.R.: The Impact of Pain on Quality of Life. Nursing Clinics of North America, 30:4, p.609-616, 1995.
62. Fitzpatrick R., Fletcher A., Gore S., Jones D., Spiegelhalter D., Cox D.: Quality of Life Measures in Health Care I. Applications and Issues in assesment. BMJ, Vol.305, p.1074-1077, 1992.
63. Fitzpatrick R., Fletcher A., Gore S., Jones D., Spiegelhalter D., Cox D.: Quality of Life Measures in Health Care II. Design, Analysis and Interpretation. BMJ, Vol.305, p.1145-1148, 1992.
64. Gatchell R.J., Gardea M.A.: Lower Back Pain. Psychosocial Issues. Neurologic Clin, 17:1, p.150-169, 1999.
65. Given C. W.: The Impact of Age, Treatment and Symptoms on The Physical and Mental Health of Cancer Patients. Cancer Suppl, 74:7, p.2128-2138, 1994.

66. Gureje O., Von Korff M., Simon G.E., Gater R.: Persistent Pain and Well-Being: A World Health Organisation Study in Primary Care. JAMA, Vol.280, p.147-151, 1998.
67. Günel D.İ., Topçuoğlu V., Yönev T.H.: Başağrısı Alt Gruplarının Ağrı Şiddeti, Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması. Ağrı Dergisi, 8:4, s.18-21,1996.
68. Güzeldemir E.: Kanser Ağrısı: Tanımı, Nedenleri, Tedavide Temel Yaklaşımlar. Gata Bülteni, 37, s.401-405, 1995.
69. Güzeldemir M.E.: Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. Sendrom, 7:6, s.11-21, Logos Yayıncılık, 1995.
70. Hallberg I. R., Jakobsson U. Klevsgard R., Westergren A.: Old People in Pain: A Comparative Study. Abstract, Journal of Pain and Symptom Management, 26:1, p.625-636, 2003.
71. Hallberg I. R., Jakobsson U., Westergren A.: Overall and Health Related Quality of Life Among the Oldest Old in Pain. Abstract, Quality of Life Resarche, 13:1, p.125-136, 2004.
72. Hanestad B. R., Miaskowski C., Lerdal A., Paul S., Rustoen T., Wahl A. K.: Gender Differences in Chronic Pain-Findings from a Population-Based Study of Norwegian Adults. Abstract, Pain Management Nursing, 5:3, p.105-117, 2004.
73. Hithcock L. S., Ferrell B. R., Mc Caffery M.: The Experience of Chronic Non Cancer Pain. Absract, Journal of Pain and Symptom Management, Vol.9, p.312-318, 1994.
74. İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası. Endüstrinin 2000 Yılı Verileri, s.20-21. İEİS Aylık Rapor 2001.
75. İnan E.L.; Başağrıları. Acil Durumlarda Tanı ve Tedavi, 2. Basım, s.384-396, Hekimler Yayın Birliği, 1999.
76. Janda M., Newman B., Obermair A., Woelfl H., Trimmel M., Schroeckmayr H., Widder J., Poetter R.: Impaired Quality of Life in Patients Commencing Radiotherapy for Cancer. Abstract, Strahlenther Onkology, 180:2, p.78-83, 2004.
77. Keef M., Patijn J., Peters M.L., Lame I.E., Vlaeyn J.W.S.: Quality of Life in Chronic Pain is More Associated wiht Beliefs About Pain, Than with Pain İntensity. Absract, Europen Journal of Pain, 9:1, p.15-24, 2005.

78. Keefeb F. J., Williamsa D. A.: Pain Beliefs and The Use of Cognitive-Behavioral Coping Strategies. Abstract, Pain, 46:2, p.185-190, 1991.
79. Ketenci A.: Kronik Mekanik Bel Ağrısında Gerçekten Neredeyiz?. Ağrı, 14:1, s.51-54, 2002.
80. Kızılcı S.: Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doktora Tezi, Ankara, 1997.
81. Kiska R., Palermo T.M.: Subjective Sleep Disturbances in Adolescents With Chronic Pain: Relationship to Daily Functioning and Quality of Life. Abstract, The Journal of Pain, 6:3, p.201-207, 2005.
82. Klinik Hemşirelik Uygulamaları. Ed. Ulusoy H. Lemon, Yayın No 608, s.21-32, Ankara, 1998.
83. Kocaman G.: Ağrı Hemşirelik Yaklaşımları. Saray Tıp Kitabevleri, İzmir, 1994.
84. Koçyiğit H., Aydemir Ö., Ölmez N., Memiş A.: SF-36'nın Türkçe İçin Güvenilirliği ve Geçerliliği. Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi, 1999.
85. Loeser J.D., Melzack R.: Pain: An Overview. Lancet, Vol.353, p.1607-1609, 1999.
86. McCaffery M., Bebe A.: Clinical Manual for Nursing Practice. Mosby Company, Toronto, 1989.
87. McCaffery M.: Pain Control. AJN, 99:8, p.18, 1999.
88. Medforth N.: Strategies to Reduce Children's Perception of Pain. Nursing Times, 91:2, p.34-35, 1995.
89. Önal A.: Algoloji. Nobel Tıp Kitabevi, 2004.
90. Özgüroğlu M.: Kanserli Hastalarda Ağrıya Yaklaşım. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi. Sempozyum Dizisi 30, s.225-239, 2002.
91. Özkan S., Turgay M., Yücel B.: Kronik Ağrılı Hastaların Psikiyatrik ve Psikometrik Açıdan Değerlendirilmesi. Ağrı Dersisi, 7:4, s.22-25, 1995.
92. Özkan S.: Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BFEEF. Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi, 7:2, s.5-13, 1997.
93. Pınar R.: Diabetes Mellitus'lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 1994 (Yard. Doç. Dr. B. Yürügen).

94. Pınar R.: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi. Sendrom, 9:9, s.117, Logos Yayıncılık, 1997.
95. Raj P.P.: Ağrı. Ed. Erdine S., Ağrı Taksonomisi, 2. Baskı, s.12-19, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2002.
96. Sarı H., Dönmez Ç., Akarıymak Ü., Onel D.: Osteopenic Degenerative Lumbar Spinal Stenosis in Female Subjects. Doğu Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 3:1-2, s.16-22, 1999.
97. Sertel-Berk H. Ö.: Psikolojik Bakış Açısıyla Kronik Ağrı. Ağrı, 14:2, s.45-47, 2002.
98. Snelling J.: The Effect of Chronic Pain on The family Unit. J Adv Nurs, Vol.19, p.543-551, 1994.
99. Şahin H.: Eski Bir Kavram, Yeni Bir Ölçüt: Yaşam Kalitesi. Toplum ve Hekim, 12:77, s.40-46, İstanbul, 1997.
100. Şahin Ş.: Ağrı ve Cinsiyet:Ağrı, 16:2, s.17-24, 2004.
101. Terzioğlu A.: Tıbbi Deontoloji ve Biomedikal Etik'in Ana Hatları ve Klinik Etiğe Giriş. s.117-123, İstanbul Üniversitesi Basımevi, İstanbul, 1998.
102. Tulunay M., Tulunay F.C.: Ağrı. Ed. Erdine S., Ağrı Değerlendirilmesi ve Ölçümü, s.91-110, Alemdar Ofset, İstanbul, 2000.
103. Twrcross R., Harcourt J., Bergl S.: A Survey of Pain in Patients With Advanced Cancer. Journal of Pain and Symptom Management, 12:5, p.273-282, 1996.
104. Ware J.E., Sherbourne C.D.: The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36). Med Care, Vol.30, p.473-483, 1992.
105. Ware J.E.: User's Manuel/SF 36 Health Status Questionnaire. New England Medical Center Hospitals, 1989.
106. Wells-Federman C.L.: Care of The Patient With Cronic Pain: Part I. Clin Excel Nurse Pract, Vol.3, p.192-204, 1999.
107. Wreje U, Brorsson B. A: Multicenter Randomized Controlled Trial of Injections of Sterile Water and Saline for Chronic Myofascial Pain Syndromes. Pain, Vol.61, p.441-444, 1995.
108. Yücel B.: Kronik Ağrı-Ruhsal Etkileşim: Çok Konuşulan Az Sorgulanan Bağlantı. Ağrı, 15:1, s.33-35, 2003.

109. Yürüden B.: Algoloji (Ağrı) Polikliniklerine Başvuran Hastaların Ağrılarının Tanılanması ve Ağrı-Depresyon İlişkisi. Hemşirelik Bülteni, 9:38, s.31-40, İstanbul, 1995.
110. Zhao S. Z.: Celecoxib Improves Quality of Life in Patients with Osteoarthritis. Osteoarthritis, 2000.



12.ÖZGEÇMİŞ

1976 yılında Manisa’da doğan Eren YILMAZ, ilk, orta ve lise eğitimini Erzincan ve Bolu’da tamamlamıştır. 1993-1997 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu’nda eğitimini sürdürmüş, 1997 yılında Marmara Üniversitesi Göğüs Kalp Damar ve Plastik Cerrahi Servisi’nde çalışmaya başlamıştır ve halen bu üniteye görevine devam etmektedir.





Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı** çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : **28 / 3 / 2006**

İMZA

Tez Danışmanı : Doç.Dr.Şule ECEVİT ALPAR
Üniversitesi : Marmara

.....

Üye : Prof.Dr.Necmiye SABUNCU
Üniversitesi : Marmara

.....

Üye : Doç.Dr.Fatma ETİ ASLAN
Üniversitesi : Marmara

.....

ONAY

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun **06 / 04 / 2006** tarih ve **02** sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof.Dr.Sevim ROLLAS
Müdür