

**T.C.**  
**İstanbul Üniversitesi**  
**Sosyal Bilimler Enstitüsü**  
**Psikoloji Anabilim Dalı**

**Doktora Tezi**

**KRONİK AĞRI YAŞANTISI VE AĞRI**  
**İNANÇLARI: AĞRI İNANÇLARI ÖLÇEĞİ'NİN**  
**TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK**  
**ÇALIŞMASI**

**Hanife Özlem SERTEL BERK**

**2502010086**

**Tez Danışmanı**  
**Prof. Dr. Güler Bahadır**

**İstanbul 2006**

**KRONİK AĞRI YAŞANTISI VE AĞRI İNANÇLARI: AĞRI  
İNANÇLARI ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE  
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**  
Hanife Özlem SERTEL BERK

**ÖZET**

Son yıllarda kronik ağrı alanındaki çalışmalar ağrının kronikleşme ve tedavi sürecinde ağrı inançlarının önemli rolünü ortaya koymaktadır. Türkiye’de bu konuda çalışmalara rastlanmadığı gibi, ağrı inançlarını ölçen bir materyal de bulunmamaktadır. Bu çalışmanın temel amacı, Edwards ve arkadaşlarının geliştirdiği ve ağrının kaynağına ve sonucuna dair psikolojik ve organik inanç atıflarını değerlendiren “Ağrı İnançları Ölçeği”nin Türkçe adaptasyonunu gerçekleştirmek ve ağrı inançları kavramını “Yenilenmiş Bilişsel-Davranışçı Model” ışığında bir grup kronik ağrı hastasında incelemektir. Bu araştırma, kronik ağrı ve kontrol grubunda 48’er, öğrenci grubunda 187 ve ağrılı öğrenci grubunda da 76 olmak üzere toplam 359 kişiden oluşan dört çalışma grubuyla yapılmıştır. Gruplara çeviri çalışmaları uzman psikologlarca yapılmış Ağrı İnançları Ölçeği’nin (AİÖ) yanı sıra, Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Kısa Form-36 Sağlık Taraması uygulanmıştır. Genel sağlık durumu, demografik ve ağrı ile ilgili bilgiler için de yarı-yapılandırılmış bilgi formları kullanılmıştır. Faktör analizinde, orijinal formdaki gibi “organik” (AİÖ-O) ve “psikolojik” inançlar (AİÖ-P) olmak üzere iki faktör elde edilirken, gruplararası karşılaştırmaların orijinal çalışmanın bulgularını, yalnızca bel ağrısı olanların AİÖ-P puanları açısından desteklediği görülmüştür. Ölçüt-bağımlı geçerlik kapsamında ise yalnızca AİÖ-O’nun araştırmanın öngörülerini karşıladığı gözlenmiştir. Güvenirlilik çalışmasında da Cronbach alfa ve test-tekrar test güvenirliliği AİÖ-P için sırasıyla .71 ve .74, AİÖ-O içinse .66 ve .51 olarak saptanmıştır. AİÖ-P puanlarının ağrı türü, eğitim düzeyi ve medeni duruma, AİÖ-O puanlarının da cinsiyet ve ağrı özelliklerine göre değiştiği bulgulanmıştır. Sonuçlar, ağrı inançları literatüründe çoğu çalışmada dikkate alınmayan bu değişkenler ve kültürel farklılıklar açısından tartışılmış ve ağrı inançlarını değerlendirirken, bu değişkenlerle birlikte Türk toplumunun kültürel özelliklerini de dikkate alan materyallerin gerekliliği üzerinde durulmuştur.

**THE EXPERIENCE OF CHRONIC PAIN AND PAIN  
BELIEFS:THE TURKISH VALIDATION STUDY OF THE PAIN  
BELIEFS QUESTIONNAIRE**

Hanife Özlem SERTEL BERK

**ABSTRACT**

According to current studies in chronic pain, it is becoming increasingly apparent that pain beliefs play an important role in maintenance and management of pain. In Turkey, there are no studies and no tools on pain beliefs. The main purpose of this study is to conduct the Turkish validation of The Pain Beliefs Questionnaire, developed by Edwards and his colleagues, that covers beliefs about the cause and consequences of pain, and to further evaluate the concept of pain beliefs within the framework of “Revised Cognitive-Behavioral Model” in a group of chronic pain patients. 359 people in four groups of chronic pain, control, healthy students and students with pain were the participants. Each group were presented with the Turkish version of The Pain Beliefs Questionnaire (PBQ), Automatic Thoughts Questionnaire, Short Form-36 Health Survey and semi-structured forms on health status and demographic and pain characteristics. In line with the original study, factor analysis revealed two factors; organic (PBQ-O) and psychological (PBQ-P). In terms of group contrasts, original results were replicated only for PBQ-P scores of people with low back pain. The criterion-related validity study supported only the hypothesis for PBQ-O. Cronbach Alpha and test-retest reliability scores were .71 and .74 for PBQ-P, and .66 and .51 for PBQ-O, respectively. PBQ-P scores were observed to change as a function of pain type, education and marital status, and PBQ-O as a function of gender, and pain characteristics. The necessity of materials on pain beliefs that tab factors specific to Turkish culture were discussed.

## ÖNSÖZ

Bu çalışma “Yenilenmiş Bilişsel-Davranışçı Model” kapsamında ağrı inançları kavramını bir grup kronik ağrı hastası üzerinde incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın temel amacı, kronik ağrı hastalarının ağrılarının sebep ve sonuçlarına dair inançlarını ölçmek için Edwards ve ekibi (1992) tarafından geliştirilmiş olan “Ağrı İnançları Ölçeği”nin Türkçe adaptasyonunu gerçekleştirmek ve ağrı inançları kavramını Türk kültürü açısından değerlendirmektir.

Bu amaçla yola koyduğum zorlu ama bir o kadar da öğretici olan bu süreç sayesinde kendisiyle tanışma fırsatı bulduğum için gurur duyduğum, bu meşakkatli yolun her aşamasında maddi ve manevi desteğini her an yanımda hissettiğim, emeğe değer veren yaklaşımıyla her zaman motive edici olan çok değerli tez danışmanım, hocam Prof. Dr. Güler BAHADIR’a;

İ.Ü. İst.Tıp Fakültesi Ağrı Kliniği’nde geçen 5 yıllık çalışma hayatım boyunca pek çok klinik ve akademik çalışmayı bir arada yürütebilme onurunu yaşadığım, kariyer hayatımda ifade edemeyeceğim kadar büyük katkısı olan mesai arkadaşım, hocam Prof. Dr. Başak YÜCEL’e;

Bana bilimsel ve sağduyulu düşünceyi öğreten, düşünce yapısıyla hayatıma verdiğim yönde önemli etkisi olan ve her ihtiyaç duyduğumda yardımını asla esirgemeyen çok değerli hocam Prof. Dr. Falih KÖKSAL’a;

Bu tezin başından beri iyi niyetli, güven verici ve destekleyici yaklaşımlarıyla her zaman motive edici olan tez komite üyem Yrd. Doç. Dr. Sevtap CİNAN’a ve ikinci tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Yeşim KORKUT’a;

Gerçekçi ve analitik düşünce yapısıyla karşılaştığım her türlü problemi aşmamda yardımcı olan ve emekli olduğu halde ne durumda olduğumla her zaman ilgilediğini bildiğim çok kıymetli hocam Prof. Dr. Nursel TELMAN’a ve klinik ve

akademik kariyer hayatımda tecrübe ve kendime güvenimi kazanmamı sağlayan, dürüst ve yapıcı yaklaşımını her zaman takdir ettiğim ve daha uzun yıllar bu yolda kendisiyle birlikte çalışmaktan onur ve gurur duyacağım çok değerli Prof. Dr. Serdar ERDİNE'ye;

Bu çalışmanın her aşamasında hoşgörölü ve açık yaklaşımıyla bana zamansal ve mekansal her türlü desteği sağlayan Bölüm Başkanımız Prof. Dr. Sibel A. ARKONAÇ'a, beni bütün iyi niyetiyle her zaman destekleyeceğini bildiğim Ana Bilim Dalı Başkanımız Doç. Dr. Pınar ÜNSAL'a, diğer tüm hoca ve arkadaşlarıma;

Veri toplama aşamasındaki yardımlarından dolayı Doç. Dr. Yüksel KIRIMLI'ya ve çok yoğun çalışma tempolarına rağmen her türlü yardım ve desteği sağlayan İ.Ü. İst. Tıp Fak. Ağrı Kliniği'ndeki değerli çalışma arkadaşlarım Prof. Dr. Süleyman ÖZYALÇIN'a, Prof. Dr. Ayşen YÜCEL'e, Doç. Dr. Gül KÖKNEL TALU'ya ve tüm ağrı kliniği çalışanlarına;

Yapıcı ve olgun düşünce yapısına her zaman hayranlık duyduğum ve analiz aşamasında bana destek veren sevgili arkadaşım Yrd. Doç. Dr. Sevim CESUR'a, beraber çıktığımız bu yolda karşılaştığımız problemleri birlikte paylaştığımız sağduyulu arkadaşım Dr. İlknur ÖZALP TÜRETGEN'e, iyi-kötü her türlü nazımı çeken Uzm. Psk. Nuran AYDEMİR ÇAYLI'ya ve bu uzun yoculuktaki en büyük kazanımlarımdan, her türlü sıkıntıyı kafa kafaya verip birlikte çözdüğümüz, zoru eğlenceli hale birlikte dönüştürdüğümüz biricik dostum Dr. İrem ANLI'ya;

Araştırmanın tüm katılımcılarına;

Ve son olarak bütün yükümü sorgusuz sualsiz paylaşan, destek olabilmek için elinden gelen her şeyi yapan bir tanecik hayat arkadaşım, eşim Gürsel BERK'e, evinin ve kalbinin kapılarını daima açık tutan sevgili annem Dr. Ayzit SERTEL'e ve belki de varlığıyla beni motive edip çalışmalarımı mümkün olan en hızlı şekilde tamamlamamı sağlayan dünyadaki her şeyden değerli tek varlığım, oğlum Ahmet Özgür BERK'e yürekten teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b>	iii
<b>ABSTRACT</b>	iv
<b>ÖNSÖZ</b>	v
<b>İÇİNDEKİLER</b>	vii
<b>TABLolar</b>	x
<b>GRAFİKLER</b>	xiii
<b>ŞEKİLLER</b>	xiv
<b>KISALTMALAR LİSTESİ</b>	xv
<b>GİRİŞ</b>	1
<b>1. KRONİK AĞRIYA YÖNELİK ETİYOLOJİK VE EPİDEMİYOLOJİK ÇALIŞMALAR</b>	3
<b>2. LİTERATÜR</b>	6
2.1. Psikanalitik Yönelimli Psikodinamik Yaklaşımlar	6
2.1.1. Psikosomatik Tıp	7
2.2. George Engel ve “Ağrıya Yatkın Hasta” (The Pain-Prone Patient)	9
2.3. Kapı-Kontrol Teorisi	12
2.4. Davranışçı Yaklaşımlar	12
2.4.1. Ağrı Davranışı	13
2.4.2. İkincil Kazançlar	14
2.5. Bilişsel–Davranışçı Yaklaşımlar	15
2.6. Kronik Ağrıda “Yenilenmiş Bilişsel-Davranışçı Model”	16
<b>3. AĞRI İNANÇLARI</b>	21
<b>4. KRONİK AĞRI ALANINDA TÜRKİYE’DE YAPILAN ÇALIŞMALAR</b>	38
<b>5. PROBLEM VE HİPOTEZLER</b>	43
5.1. Genel Hipotez	43
5.2. İşlemsel Hipotezler	44
5.2.1. Ağrı İnançları Ölçeği’nin Güvenirlik Çalışması	44

5.2.1.1. İç Tutarlık (Kuder Richardson Güvenirliği)	44
5.2.1.2. Test-Tekrar Test Güvenirliği	44
5.2.2. Ağrı İnançları Ölçeği'nin Geçerlik Çalışması	44
5.2.2.1. Yapı Geçerliği	44
5.2.2.2. Ölçüt-Bağımlı Geçerlik	45
5.2.3. Yan Amaçlar	45
<b>6. YÖNTEM</b>	47
6.1. Katılımcılar	47
6.1.1. Araştırma Grubu (Kronik Ağrı Grubu)	47
6.1.2. Kontrol Grupları	48
6.1.2.1. Ağrısız-Sağlıklı Öğrenci (Adaptasyon) Grubu	48
6.1.2.2. Ağrılı Öğrenci Grubu	48
6.1.2.3. Ağrısız-Sağlıklı Kontrol Grubu	49
6.2. Materyaller	49
6.2.1. Ağrı İnançları Ölçeği (AİÖ)	49
6.2.1.1. Ağrı İnançları Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması	51
6.2.2. Otomatik Düşünceler Ölçeği	52
6.2.3. Kısa Form-36 Sağlık Taraması (SF-36)	54
6.2.4. DSM Eksen-1 Bozuklukları için Yarı-Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I)	58
6.2.5. Görsel Analog Skalası (VAS-Visual Analogue Scale)	59
6.2.6. Ağrı Değerlendirme Formu	59
6.2.7. Genel Sağlık Tarama Formu	61
6.2.8. Demografik Bilgiler Soru Formu	61
6.2.9. Bilgilendirilmiş Onay Formu	62
6.3. İşlemler	62
6.4. İstatistik	63
<b>7. SONUÇLAR</b>	64

<b>KAYNAKÇA</b>	131
<b>EKLER</b>	155
EK 1. Pain Beliefs Questionnaire (PBQ)	156
EK 2. Ağrı İnançları Ölçeği-Yazarlardan İzin Belgesi	158
EK 3. Ağrı İnançları Ölçeği (AIÖ)	160
EK 4. Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ)	162
EK 5. Kısa Form-36 Sağlık Taraması (SF-36)	164
EK 6. Ağrı Değerlendirme Formu	167
EK 7. Genel Sağlık Tarama Formu	169
EK 8. Demografik Bilgiler Soru Formu	171
EK 9. Bilgilendirilmiş Onay Formu	173
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	175



## TABLÖLAR

Tablo 1.	SF-36 Sağlık Statü Ölçeği'nin Alt Boyutları ve Bu Boyutlardan Alınan Düşük ve Yüksek Puanların Anlamı	56
Tablo 2.	Dört Çalışma Grubunun Demografik Değişkenlere Göre Yüzde Dağılımları	67
Tablo 3.	Dört Grubun Genel Sağlık Soygeçmiş Bildirimlerinin Yüzde Dağılımları	69
Tablo 4.	Dört Grubun AIÖ-P ve AIÖ-O Alt Testlerinden Aldıkları Ortalama Puanlar	70
Tablo 5.	Her Dört Grubun ODÖ ve SF-36'nın PD ve MD Boyutlarından Almış Oldukları Ortalama Puan ve Standart Sapmaları	71
Tablo 6.	Her Dört Grubun SF-36'nın Alt Test Ortalama Puan ve Standart Sapmaları	74
Tablo 7.	Dört Grubun, SF-36'nın RE, MH Alt Testleri ve MD Boyutundan Almış Oldukları Puanlar ile ODÖ Puanları Arasındaki Korelasyonlar	76
Tablo 8.	Ağrısı Olanlar ve Olmayanlarda, SF-36'nın Her İki Boyutu ve Alt Testleri ile Yaş Değişkeni Arasındaki Bağıntılar	78
Tablo 9.	Ağrısı Olan Öğrenci ve Kronik Ağrı Grubunun Yaş ve Ağrının Özellikleri Açısından Ortalamaları ve Standart Sapmaları	80
Tablo 10.	Ağrısı Olan Öğrencilerin ve Kronik Ağrı Grubunun Ağrı Türü, Ağrı Şiddet ve Sıklık Değişkenlerine Göre Yüzde Dağılımları	82
Tablo 11.	Ağrısı Olan Öğrenciler ile Kronik Ağrı Grubunun Ağrı ile İlişkili Psikososyal Değişken Kategorilerindeki Dağılımları	84
Tablo 12.	Ağrısı Olan Tüm Katılımcıların SF-36'nın RP ve SF Alt Testlerinden Almış Oldukları Puanların VAS ve Ağrı Süresi Değişkenleri ile Olan Bağıntılar	85
Tablo 13.	Ana Bileşenler Yöntemi ve Varimax Dönüştürmesi Sonucu Ortaya Çıkan İki Faktör ve Ölçek Madde Yükleri	88

Tablo 14.	AİÖ'nün İkinci ve Üçüncü Maddeleri Çıkarıldıktan Sonra Ana Bileşenler Yöntemi ve Varimax Dönüştürmesi Sonucu Ortaya Çıkan İki Faktör ve Ölçek Madde Yükleri	89
Tablo 15.	AİÖ'nün Her İki Faktörünün ODÖ, SF-36'nın PD ve MD Boyutu ile Diğer Bütün Alt Testleri Arasındaki Bağlılıkları	92
Tablo 16.	Dört Farklı Grup Kriterine Göre AİÖ'nün Her İki Faktörünün ODÖ, SF-36'nın PD ve MD Boyutu ile Diğer Bütün Alt Testleri Arasındaki Bağlılıkları	95
Tablo 17.	AİÖ'nün Her İki Alt Testinin Ağrısı Olan Tüm Katılımcılar Açısından Yaş, Ağrı Şiddeti, Ağrı Başlangıç Yaşı, Ağrının Süresi ve İlaç Kötüye Kullanım Düzeyi ile Olan Bağlılıkları	96
Tablo 18.	Ağrısı Olan Tüm Katılımcıların Ağrı Türlerine Göre AİÖ-P ve AİÖ-O Alt Test Ortalama ve Standart Sapmaları	97
Tablo 19.	Ağrısı Olan Öğrenci ve Kronik Ağrı Hasta Grubunun Ağrı Türlerine Göre AİÖ-P ve AİÖ-O Alt Test Puan Ortalama ve Standart Sapmaları	97
Tablo 20.	Dört Grubun Üç Farklı Ağrı Türüne Göre AİÖ-P Puan Ortalamalarının Karşılaştırmaları	99
Tablo 21.	Ağrı Türlerine Göre SF-36'nın PF Alt Testinden Alınan Puan Ortalamaları ve Standart Sapmaları	100
Tablo 22.	İki Farklı Yaş Grubundaki Ağrılı Kişilerin İki Farklı Ağrı Grubundaki Yüzde Dağılımları	100
Tablo 23.	Dört Grupta Yer Alan Kadın ve Erkeklerin AİÖ'nün Psikolojik İnançlar Alt Testinden Almış Oldukları Puan Ortalamaları ve Standart Sapmaları	102
Tablo 24.	Dört Grupta Yer Alan Kadın ve Erkeklerin AİÖ'nün Organik İnançlar Alt Testinden Almış Oldukları Puan Ortalamaları ve Standart Sapmaları	103
Tablo 25.	AİÖ'nün Alt Test Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre Ortalama ve Standart Sapmaları	104

Tablo 26. AİÖ'nün Alt Test Puanlarının Medeni Duruma Göre Ortalama ve Standart Sapmaları	105
Tablo 27. AİÖ'nün Her İki Alt Testinden Alınan Puanların Hastalık Soygeçmiş Öyküsüne Göre Ortalama ve Standart Sapmaları	106
Tablo 28. AİÖ'nün Her İki Alt Testinden Alınan Puanların Psikopatoloji Soygeçmiş Öyküsüne Göre Ortalama ve Standart Sapmaları	106
Tablo 29. AİÖ'nün Her İki Alt Testinden Alınan Puanların Ağrı Soygeçmiş Öyküsüne Göre Ortalama ve Standart Sapmaları	107
Tablo 30. Ağrısı Olanların Ağrı Şiddet Düzeyine Göre AİÖ-P ve AİÖ-O Puan Ortalamaları	108
Tablo 31. Ağrısı Olanların Ağrı Sıklık Kategorilerine Göre AİÖ-P ve AİÖ-O Puan Ortalamaları	109
Tablo 32. Ağrısı Olanların Ağrı Beklenti Korkusu Yaşantısına Göre AİÖ-P ve AİÖ-O Puan Ortalamaları	109
Tablo 33. Ağrısı Olanların Ağrı ile Baş Etme Yöntemlerine Göre AİÖ-P ve AİÖ-O Puan Ortalamaları	110
Tablo 34. Ağrısı Olanların Sosyal Kaçınma Davranışına Göre AİÖ-P ve AİÖ-O Puan Ortalamaları	111
Tablo 35. Ağrısı Olanların Yakınlarından Gördükleri Tepki Türüne Göre AİÖ-P ve AİÖ-O Puan Ortalamaları	111

## GRAFİKLER

Grafik 1.	İki Grubun Ağrı Türüne Göre AİÖ-P Puan Ortalamaları	98
Grafik 2.	İki Grubun Ağrı Türüne Göre AİÖ-O Puan Ortalamaları	98
Grafik 3.	Kadınlar ve Erkeklerin Gruplara Göre AİÖ-P Puan Ortalamaları	102
Grafik 4.	Kadınlar ve Erkeklerin Gruplara Göre AİÖ-O Puan Ortalamaları	103

## ŞEKİLLER

Şekil 1. Kronik Ağrıya Yönelik Yenilenmiş Bilişsel-Davranışçı Model 18

## KISALTMALAR LİSTESİ

- AIMS:** Artrit Etki Ölçüm Skalası (Arthritis Impact Measurement Scale)
- AİÖ:** Ağrı İnançları Ölçeği (The Pain Beliefs Questionnaire)
- AİÖ-O:** Ağrı İnançları Ölçeği-Organik İnançlar Alt Testi
- AİÖ-P:** Ağrı İnançları Ölçeği-Psikolojik İnançlar Alt Testi
- ASES:** Artrit Kendine Yetme Ölçeği (Arthritis Self-Efficacy Scale)
- BDI:** Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Inventory)
- BP:** Bedensel Ağrı (Bodily Pain)
- BPCQ:** Ağrı Kontrolüne Dair İnançlar Ölçeği (Beliefs About Pain Control Questionnaire)
- CPSS:** Kronik Ağrı Kendine Yetme Ölçeği (Chronic Pain Self-Efficacy Scale)
- DES:** Dissosiyatif Yaşantılar Skalası (Dissociative Experiences Scale)
- GH:** Genel sağlık algısı (General health perception)
- GHQ-12:** Genel Sağlık Soru Formu-12 (General Health Questionnaire-12)
- HAD:** Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Hospital Anxiety and Depression Inventory)
- IASP:** Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (International Association for the Study of Pain)
- MD:** Mental Boyut (Mental Dimension)
- MH:** Genel Zihinsel/Mental Sağlık (Psychological distress and psychological well-being)
- MMPI:** Minnesota Çok Boyutlu Kişilik Envanteri (Minnesota Multidimensional Personality Inventory)
- ODÖ:** Otomatik Düşünceler Ölçeği
- PAIRS:** Ağrı ve Bedensel Hasar İlişkisi Skalası (The Pain and Impairment Relationship Scale)
- PBPI:** Ağrı İnançları ve Algıları Envanteri (Pain Beliefs and Perceptions Inventory)
- PBQ:** The Pain Beliefs Questionnaire (Ağrı İnançları Ölçeği)
- PD:** Fiziksel Boyut (Physical Dimension)

- PF:** Fiziksel Fonksiyon (Physical Functioning)
- RE:** Duygusal/Emosyonel problemlere bağlı rol kısıtlılıkları (Role limitations due to emotional problems)
- RP:** Fiziksel sağlık problemlerine bağlı rol kısıtlılıkları (role limitations due to physical health problems)
- SCID-I:** DSM Eksen-I Bozuklukları için Yarı-Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği
- SDQ:** Somatoform Dissosiyasyon Soru Formu (Somatoform Dissociation Questionnaire)
- SF:** Sosyal Fonksiyon (Social Functioning)
- SF-36:** Kısa Form-36 Sağlık Taraması (Short Form-36 Health Survey)
- SIP:** Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile)
- SOPA:** Ağrı Atıfları Tarama Formu (Survey of Pain Attitudes)
- STAI:** Sürekli-Durumluk Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory)
- TMD:** Temporomandibular Ağrı Bozukluğu
- VAS:** Görsel Analog Skalası (Visual Analog Scale)
- VT:** Vitalite yani Enerji/Yorgunluk (Vitality-energy/fatigue)

## GİRİŞ

Günümüzde kronik ağrı, toplumlarda bireylerin psikososyal durum ve işlevselliklerinin ciddi ölçülerde bozulması açısından evrensel bir problemdir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (International Association for the Study of Pain-IASP) ağrıyı “mevcut veya potansiyel bir doku harabiyetine bağlı, hoş olmayan duysal ve duygusal bir yaşantı” olarak tanımlamaktadır (1988). Başka bir deyişle ağrı yaşantısı, içinde hem bedensel-duysal (sensoryel) hem de duygusal (emosyonel) komponentleri barındırmaktadır.

Ağrı akut olarak ortaya çıkmış bir belirti olduğunda, sıklıkla yaralanma ve doku hasarı söz konusudur ve bunların tedavisi ön plandadır. Bu durumda, genellikle eşlik eden duygular huzursuzluk, kaygı ve korku olabilir ve bunların, ağrı uygun tedaviyle ortadan kaldırıldığında kaybolması beklenir (Sternbach, 1974). Ancak, kronikleşen ağrıda, yani uygun tedaviye rağmen geçmesi gereken sürede geçmeyen ve en az altı aydır devam eden durumlarda (Bonica,1987; Hildebrandt, 1997), psikolojik mekanizmalar ağırlıklı olarak rol oynar ve tıbbi tedaviler öncesinde sıklıkla psikolojik-psikiyatrik değerlendirme gerekli olabilir.

Tam da bu noktada, ağrı pek çok psikiyatrik hastalıkta bir yakınma olarak dile gelebildiği gibi, uzayıp giden ağrı şikayeti olan hastaların bir bölümünde çeşitli psikiyatrik bozuklukların da eşlik ettiği görülebilir. Daha toparlayıcı bir açıdan baktığımızda, kronik ağrı-psikopatoloji ilişkisine yönelik gözlemlerin hemen hepsi aslında üç soru üzerinde durmaktadır;

1. Ağrı psikopatolojinin bir belirtisi olabilir,
2. Psikopatoloji kronik ağrının bir komplikasyonu olabilir,
3. Ağrı ve psikopatoloji bir aradadır fakat ilişkisizdir (Yücel, 2000).

McBeth, McFarlane ve Silman 1953 kişiyle yaptıkları tarama çalışmasında kronik yaygın ağrının, karıştırıcı faktörlerin varlığından bağımsız olarak, gelecekteki



psikolojik problemlerin belirleyicisi olduğunu öne sürmüşlerdir. Ancak araştırmalarının sonucunda kronik ağrının tek başına değil, fizyolojik ve psikolojik komorbiditelerin etkisiyle beraber psikolojik bozuklukların hazırlayıcısı olduğunu bulmuşlardır (McBeth, McFarlane & Silman, 2002). Başka bir deyişle her kronik ağrı yaşıyan hastada psikopatolojiye rastlanmayabilir. Blanchard ve arkadaşları da kronik baş ağrısı olan 492 hastaya verdikleri Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Inventory-BDI), Sürekli-Durumluk Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory-STAI) ve Minnesota Çok Boyutlu Kişilik Envanteri'nin (Minnesota Multidimensional Personality Inventory-MMPI) 1, 2, 3 ve 7. alt testlerinden elde edilen sonuçların analizlerine göre baş ağrısının psikopatolojiye değil, psikopatolojinin baş ağrısına sebep olduğu yönünde bir eğilim tespit etmişlerdir (Blanchard, 1989). Özetle, bu sorulardan yola çıkılarak yapılan kronik ağrı yaşantısı ve kronik ağrı hastaları ile ilgili psikolojik-psikiyatrik araştırmalar iki başlık altında toplanabilir: epidemiyolojik ve etiyolojik.

# 1. KRONİK AĞRIYA YÖNELİK ETİYOLOJİK VE EPİDEMİYOLOJİK ÇALIŞMALAR

Epidemiyolojik çalışmaların büyük bir bölümü, çoğunlukla baş ve bel olmak üzere, vücudunun herhangi bir veya birden fazla bölgesinde uzun süreli ağrı şikayeti tanımlayan hastalarda, sıklıkla psikiyatrik komorbidite üzerinde odaklanmaktadır. Bu çalışmaların genellikle, psikiyatrik durumu ağrının şiddeti, sıklığı, süresi, şekli ile kronik ağrı hastalarının yaş, cinsiyet eğitim gibi demografik özellikleri ile ilişkilendirdiği gözlenmektedir (Breslau ve ark., 1991; Breslau & Andreski, 1995; Brewerton & George, 1993; Guidetti ve ark., 1998; Haythornthwaite, 1993; Juang ve ark., 2000; Merikangas, 1995; Merikangas ve ark., 1990; Merikangas & Angst, 1992; Okasha ve ark., 1999; Stewart ve ark., 1994; Wade ve ark., 1992). Herhangi bir psikiyatrik tanı, özellikle afektif bozukluk tanısı almış hastalarda kronik ağrı yaşayanların sıklığına bakan araştırmalara da rastlanmaktadır (Fasmer, 2001).

Alanda yapılan diğer çalışmalarda ise ağrıya yatkınlık kriterlerini belirleyebilme çabası göze çarpmaktadır. Bunlar, kronik ağrı hastalarının kişilik özellikleri, duygu ifade düzeyleri, çatışma çözme ve baş etme becerileri, ilişki örüntüleri gibi değişkenlere yoğunlaşmaları açısından, etiyolojik araştırmalar adı altında değerlendirilebilir. Sözü geçen çalışmaların pek çoğunda değişkenler arasında, sebep-sonuç ilişkisinden ziyade, korelatif bir ilişki söz konusudur (Fernandez & Turk, 1995; Gamsa & Vikis-Freibergs, 1991; Geisser ve ark., 1994; Holroyd ve ark., 2000; Marcus, 2000; Yücel ve ark., 2001). Örneğin, bu çalışmalardan birinde anksiyete ve depresyonun ağrının sıklığı, şiddeti ve işlevselliğin bozulması ile bağlantılı olduğu hipotezi test edilmiştir. Bunun için, bir üniversite kliniğine baş ağrısı şikayeti ile başvuran hastalara baş ağrısı belirtileri ve psikolojik huzursuzlukları ile ilgili maddeler içeren soru formları verilmiştir. İşlevsellik düzeyi azaldıkça ve ağrı sıklığı arttıkça depresyon düzeyinin de arttığı görülmüştür (Marcus, 2000). Yine, Gamsa ve Vikis-Freibergs tarafından yapılan başka bir araştırmada (1991), ağrı, ağrının başlangıcına eşlik eden yaşam olayları ve ağrı hastalarının psikolojik özellikleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Buna göre,

ergomani (aşırı çalışma) ve daha az düzeyde duygusal bastırmanın ağrı ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Bugüne kadar ağrı alanında çok fazla sayıda psikolojik-psikiyatrik çalışma yapılmış olmasına rağmen, son yıllarda yayınlanan makalelerin bir bölümü bu çalışmalara ilişkin bir ‘özeleştir’ niteliğini taşımaktadır. Yıllardır hakim olan tartışma konusu ‘psikojenik-organik ağrı’ ikilemi iken (Sternbach, 1986), yapılan çalışmalar bizi ağrıya dair *psikososyobiyolojik* ve *multidisipliner* bir bakış açısına götürmüştür. Bununla birlikte, pratikte problemler yaşanmaya devam etmektedir. Ağrının bugünkü uluslararası tanımında büyük katkısı olan Merskey (2000), klinik uygulamada somatizasyon/anksiyete bozukluğu ve depresyon tanılarının kronik ağrı hastaları için, özellikle de organik kaynağı netleşmemiş olanlar için, sıklıkla kullanılan tanımlamalar olduğunu eleştirmiştir. Öte yandan, kapı-kontrol teorisinin öne sürülüşünden tam 34 yıl sonra, Löeser ile beraber kaleme aldığı yazısında Melzack (1999), o günden bugüne ağrı mekanizmaları ve tedavileri ile ilgili bilgede çok fazla gelişmeler kaydedilmesine karşın hala çok sayıda yanlış bakım alan kronik ağrı hastasının varlığına dikkat çekmiştir. Bu gerçekten yola çıkarak, bu yazısında, ağrı ve mekanizmalarıyla ilgili yukarıda da bahsedilen temel bilgileri, 30 yıl sonra, yeniden, aynı şekilde açıklamıştır. Van Houdenhove ise sadece psikolojik testlere dayanmayan, hastaların ‘anlatımlarındaki’ bağlantıları da değerlendiren çalışmaların yetersizliği üzerinde durmuştur (2000).

Görülüyor ki, kronik ağrı hastalarına psikolojik açıdan baktığımızda, ağrılarının ve/veya ağrı şikayetlerinin başlangıcına eşlik eden yaşantıları ve özellikle psikopatolojileri tanımlarken hala çeşitli kavram kargaşalarıyla karşılaşabilmekteyiz.

İster epidemiyolojik, ister etiyolojik olsun, bütün bu çalışmalarda aslında ortak bir “soru”nun cevabının arandığı göze çarpmaktadır: *niçin kronik ağrı?* Tıp alanında kaydedilen bütün teknolojik ilerlemelere rağmen, altta yatan doku hasarı ile ortaya çıkan ağrı şikayeti arasındaki bağların birebir olmayabildiği gözlenebilmekte ve hala tartışılmaktadır (Sharp, 2001). Yani, pek çok insan ağrı oluşturacak düzeyde organik patolojiye sahip olup da ağrı yaşamayabilmektedir. Fordyce’a göre altta

yatan doku hasarının yeterince açıklamadığı çok şiddetli ağrı tablolarına da klinikte sıklıkla rastlanmaktadır (Sharp, 2001). Bu noktada psikolojik açıklamalar devreye girmekte ve kronik ağrı yaşantısının temelleriyle ilgili hipotezlerin dayandığı psikolojik yönelimli teorik bakış açılarının da üzerinde durmak gerekmektedir.

## 2. LİTERATÜR

Günümüzde kronik ağrı hastalarına yönelik araştırma, psikolojik değerlendirme ve tedavi süreçleri sıklıkla bilişsel-davranışçı yaklaşımın prensiplerine dayanmaktadır. Bu bölümde, kronik ağrı yaşantısının, tarihsel bir süreç içerisinde, öncelikle psikanalitik yönelimli psikodinamik-psikosomatik yaklaşımlarda nasıl ele alındığından bahsedilecektir. Ardından kronik ağrı alanında yapılan pek çok çalışmada bilişsel-davranışçı yaklaşımların benimsemesine zemin hazırlayan ve kronik ağrı literatüründe çok önemli bir yere sahip olan George Engel'in değerlendirmelerine (1959) ve Melzack ve Wall'un kapı-kontrol teorisine (1965) değinilecektir. Bütün bu bilgiler ışığında, önce davranışçı, sonra da bilişsel-davranışçı bakış açısıyla kronik ağrının nasıl tanımlandığı bu konuda yapılan araştırmalarla birlikte tartışılacaktır.

### 2.1. Psikanalitik Yönelimli Psikodinamik Yaklaşımlar

Ağrıya yönelik psikodinamik açıklamalar kaynağını Freud'un çalışmalarından alır. Freud, yazılarında dolaylı olarak ele almakla birlikte, ağrının bir konversiyon semptomu olduğunu, diğer bir deyişle bilinçdışı çatışmaların semptom yoluyla çözüldüğünü ifade etmektedir (Freud, 1953-74). Psikodinamik yaklaşımlarda da ağrı bilinçdışı süreçlerdeki çatışmaların bir sembolü olarak değerlendirilir. Yani sıkıntı verici, nahoş ve ifade bulmamış bir duygu bedensel olarak ağrıya dönüştürülmektedir. Ağrı ve bedensel şikayetlerin psişik kaynaklarını sorgularken öncelikle psikosomatik tıbbın temellerine ve ardından kronik ağrı literatürünün gelişiminde önemli rol oynayan George Engel ve onun "ağrıya yatkınlık" kavramına kısaca değinmek faydalı olacaktır.

### 2.1.1. Psikosomatik Tıp

Tıp literatüründe psikosomatik yaklaşımlar, somatik (anatomik, fizyolojik, farmakolojik ve cerrahi) yöntem ve kavramlarla psikolojik yöntem ve kavramların karşılıklı uygulanması prensibine dayanmaktadır. Özellikle psikanalitik tekniğin ortaya çıkışıyla, psikosomatik hastalıklarda rol oynayan psikolojik süreçler çok daha detaylı ele alınabilmiştir. Sonuçta, psikosomatik bakış açısı temellerini Freud'un çalışmalarından almıştır. Freud'un psikolojiye temel yaklaşımı aslında biyolojiktir. Freud, psikolojik süreçleri organizmanın işlevleri olarak ele almış ve bunları hayatta kalma ve üremeye hizmet eden süreçler olarak değerlendirmiştir (Freud, 1953-74). Freud bu biyolojik yönelimi neticesinde, işlevi organizmanın denge ve stabilitesini sağlamak olan "mental aygıt" (mental apparatus) kavramını öne sürmüştür. Mental aygıt bu dengeyi organizmanın biyolojik ihtiyaçlarını (dürtüler) doyurarak ve aynı zamanda organizmayı tehdit edici dış-çevresel uyaranlardan koruyarak sağlar. Mental aygıtın bu işlevleri sayesinde, istemli davranışın *koordinasyonu* ve *kontrolü* mümkün olabilir.

Freud nörotik semptomları mental aygıtın bu fonksiyonlarındaki aksaklıklar olarak değerlendirir. Ortaya çıkan bu nörotik semptomlar (ağrı bunlardan sadece bir tanesidir), organizmanın ihtiyaçlarını karşılamada sıklıkla yetersiz kalacaklarından, içsel gerilim ve anksiyetenin daha da artmasına ve dolayısıyla ikincil çatışma ve gerilimlere yol açacaklardır. Psikosomatik bakış açısında, bu emosyonel gerilimler çeşitli organ sistemlerinde "hazımsızlık", "diyare" veya "kardiyak problemler" gibi kronik fonksiyon bozukluklarına zemin hazırlayan önemli etmenlerdir (Alexander & Szasz, 1952).

Bununla birlikte, psikosomatik tıp alanında yapılan araştırmaların, histerik konversiyon semptomları ile psikolojik uyaranlara verilen vejetatif (otonom organ sistemlerine ait) tepkiler arasındaki farkların tartışmaya açılmasıyla büyük hız kazandığı gözlenmiştir (Alexander & Szasz, 1952). Histerik konversiyon belirtileri, altında yatan emosyonel çatışmanın sembolik, yani yer değiştirmiş ifadesidir. Bu

mekanizma istemli nöromusküler (sinir-kas) ve algı sistemlerinin duyguları ifade etme ve dolayısıyla hafifletme fonksiyonlarını etkilemekle sınırlıdır. Vejetatif (otonom) nöroz ise, vejetatif organın psikojenik disfonksiyonunu içerir. Vejetatif organ istemli nöromusküler sistemin kontrolünde değildir. Dolayısıyla buradaki bir bozukluk herhangi bir birincil psikolojik içeriği ifade etmez. Vejetatif tepkiler, ancak ve ancak duygusal uyaran çözülmemiş çatışmalar sebebiyle sürekli olursa, kronik hale gelir. Bu durum zamanla doku değişimlerine ve neticede organik hastalıklara yol açabilir. Bu yönüyle, organik hastalıkların, kısmen, kronik nörotik çatışmaların sonucu olduğu söylenebilir ki bu ikincil bir durumdur. Öyleyse, organ-nörotik belirtiler birincil bir psişik anlam içermezler.

Alexander, yukarıda temel prensipleri kısaca anlatılan psikosomatik tıp alanında yapılan klinik çalışmalara dayanarak, belli emosyonel durumların belli fizyolojik tepkileri doğurduğu sonucuna varmıştır (Alexander & Szasz, 1952). Mesela şiddetli oral arzuların, gastrik salgı ve tepkilerinde spesifik bir etkiye sahip olduğunu öne sürmüştür. Aynı şekilde, öfkenin, farklı psikolojik temsillerine bağlı olarak, özellikle kan basıncı ve kalp atış hızında vb. artıştan sorumlu adrenoempatik sistemi, nöromusküler, gastrointestinal ve vasküler sistemi etkileyebileceğini ifade etmiştir. Ancak, hangi spesifik psikolojik faktörlerin bir hastada hipertansiyona, diğerinde artrite, bir diğerinde de migren baş ağrısına yol açtığıyla ilgili bilgilerin henüz netleşmediğini eklemiştir.

Bütün bu bilgilerin ışığında, psikosomatik yaklaşımda yaygın olan bakış açısı şu şekilde özetlenebilir:

Her duygulanımın (affect) belirli bir fizyolojik karşılığı vardır. Bu karşılık, kendi içinde patolojik bir tepki değil, bu duygulanımların ayrılmaz bir parçasıdır. Aciliyet (emergency) veya dinlenme durumlarına göre şekillenen bu değişimler vejetatif organların adaptif tepkileridir. Organik bozukluğun temel sebebinde hem bu emosyonel-fizyolojik karşılıklılık hem de etkilenen organın somatik yatkınlığı belirleyicidir.

Bu noktada, hem Freud'un, hem de psikosomatik tıp alanında o dönemde önemli çalışmalara imza atmış olan Alexander'ın yazılarında "ağrı" kavramından çok da fazla söz etmemiş olmalarının altını çizmek gerekir. Nitekim, Alexander ağrı kavramına karşılık gelen vejetatif organ tepkisi olarak bir tek migrenden bahsetmiştir. George Engel ise pek çok kronik ağrı hastasını derinlemesine gözlemek suretiyle derlediği yazılarıyla kronik ağrı literatüründe önemli bir yere sahiptir.

## **2.2. George Engel ve "Ağrıya Yatkın Hasta" (The Pain-Prone Patient)**

Engel, çeşitli tıp fakültelerinde, çok sayıda ağrılı hasta görüp değerlendirmiştir. Bunun yanı sıra, ağrı hastalarıyla çalışmakta ve tıp öğrencilerine yönelik çeşitli eğitim faaliyetlerini de yürütmekte olduğundan, kendisine psikanaliz sürecinde ağrı şikayetleri beliren çok sayıda psikosomatik bozukluk tanısı almış kişi de gönderilmiştir. Bu sayede, bu hastaları derinlemesine inceleme fırsatı bulmuştur.

Engel, gözlemlerinde psikosomatik yaklaşımdan etkilenmiş olmakla birlikte, klinik değerlendirmede en önemli problemin, kişinin ağrıyı nasıl yaşantıladığını anlamak olduğunu vurgulamaktadır. Bu süreçte, öyle hastalarla karşılaşmıştır ki, bu hastalar, ağrıyı, ağrılarının altında periferal bir sebep olsun, olmasın, diğer hastalara kıyasla, çok yoğun şiddet ve sıklıkta yaşamaktadırlar. Hatta ağrıyı yaratan lezyonun bulunması ve tedavisi, bu hastalarda ağrıyı dindirmediği gibi, daha uzun süreler ağrının devamına ve şiddetlenmesine yol açabilmektedir. Başka bir deyişle, psişik faktörlerin, periferal lezyonun varlığından bağımsız olarak, ağrının gelişiminde önemli rol oynadığı belli kişiler vardır. Engel bu kişileri "ağrıya yatkın hastalar" olarak adlandırmaktadır (Engel, 1959). Böyle bakıldığında, Engel, ağrının duygusal niteliğinin psişik gelişim ve işlevsellik açısından büyük önem taşıdığını söyler ve bunların ışığında "ağrıya yatkın hastalar"ı şu şekilde tanımlar:



1. Bu hastalar, çoğunlukla, ardı ardına ya da kronik olarak bir ya da diğer ağrılı bozukluktan muzdariptir.
2. Bu şikayetlerine periferel değişiklikler eşlik ediyor olabilir, ya da olmayabilir.
3. Ağrının özelliklerini tarif edişleri ile bilinen patofizyolojik ve patoanatomik süreçler arasında bir uyumsuzluk söz konusudur. Bu tarifler ne kadar karmaşıkça, nihai ağrı yaşantısının altında yatan psişik süreçler de o denli karmaşıktır.
4. Bu hastalarda başka bedensel duyular yerine ağrının semptom olarak seçilmiş olmasının altında yatan en önemli bilinçdışı faktör suçluluk duygusudur; ağrı suçluluk duygusunu telafi eden bir cezadır.

Engel, hastaların öyküleri incelendiğinde, en göze çarpan özelliğın ağrının ortaya çıkış zamanıyla ilgili olduğuna dikkat çekmiştir.

5. Bu hastaların hayatlarında işler ne zaman iyiye gitse, tam da o zaman şiddetli ağrı yakınmaları başlamaktadır. Hayat şartlarının onları en zorladığı zamanlar ise, sağlıklarının en iyi olduğu zamanlardır.
6. Bu hastaların psikogelişimsel ve ailevi geçmişlerine bakıldığında agresyonun, acı çekmenin ve ağrının (örn. fiziksel veya sözel istismar öyküsü, alkolik baba, zulmeden ebeveyn, ebeveynlerinde ceza-pişmanlık-telafi örüntüsü, sadece hastayken ilgi ve sevgi görme, ailede ağrı-hastalık ve bununla ilintili suçluluk duyguları) aile ilişkilerinde önemli bir rol oynadığı görülür.

“Ağrıya yatkın” olan bu hastalarda incelenmesi gereken başka bir özellik de ağrının lokasyonunun seçimidir. Engel, gözlemlerine dayanarak, ağrıyan bölgenin seçimiyle ilgili iki faktörün öncelikli belirleyen olduğu sonucuna varmıştır.

Bunlardan birincisi, hastanın geçmiş öyküsünde yaşanmış periferik kaynaklı ağrıdır. Bu ağrı, bir yaralanma, operasyon veya fiziksel bir hastalık neticesi ortaya çıkmış olabilir. Ancak, bu ağrının, aynı zamanda, hastanın gelişimsel öyküsünde psikik bir regülasyon rolünü gerçekleştirmesi son derece önemlidir. Yani, bu ağrı bir ceza, ya da bir ilişkinin yeniden oluşturulması işlevine de hizmet etmiş olabilir.

İkinci ve belki de en önemli belirleyici faktör ise, şimdiki ağrının, geçmişte, önemli diğer kişi tarafından yaşanmış olması ya da hastanın öyle hayal etmiş ya da istemiş olması ile ilgilidir. Burada birkaç önemli psikolojik mekanizma işin içine girer. Her şeyden önce, hasta, önemli diğer kişi ile bilinçdışı bir çatışma içindedir. Öte yandan bir identifikasyon (özdeşleşme) mekanizması da, özellikle önemli diğerinden seperasyon (ayrışma) söz konusu ise, odak noktası olabilir. Hasta, bu sayede, bilinçdışında, önemli diğer kişi gibi olur, ya da onun gibi acı çeker. Ancak, Engel bütün bu faktörlerin bilinçdışı olduğunun önemle altını çizerek. Hasta kendi ağrısı ile diğer kişinin ağrısı arasındaki bağlantının farkında değildir (Engel, 1959).

Özetle, Engel, bütün bu değerlendirme ve tecrübelerine dayanarak, çok kabaca, ağrının oluşumunda ve seyrinde erken çocukluğa ait yaşantıların temel rol oynadığını ve ağrının erişkinlikte suçluluk duygusuyla baş etme biçimi veya sevilen kişilerin sevgisini kazanmanın bir yolu olduğunu öne sürmektedir (Engel, 1959). Engel'e göre suçluluk duygusu, ister bilinçli olsun, ister bilinç dışı, ağrıya yatkınlıkta ve ağrının bir belirti olarak ortaya çıkışında en önemli etmendir.

Engel'in formülasyonlarının "bilinç dışı", "çatışma", "suçluluk duygusu" gibi kavramları kullanması açısından psikanalitik kuramın etkisi altında olduğu açıkça görülmektedir. Ancak aynı zamanda kişinin ağrıyı nasıl yaşantıladığının, ağrıya nasıl bir anlam atfettiğinin ve ağrının hangi ailevi ortamlarda ve koşullarda kazanıldığının altını çizmesi bakımından bilişsel-davranışçı açıklamalar için de önemli referans kaynağı olmuştur.

### **2.3. Kapı-Kontrol Teorisi**

Melzack, 1965 yılında Wall ile birlikte, yaptıkları pek çok laboratuvar çalışması neticesinde, 'Kapı-Kontrol' teorisini öne sürerek ağrı alanında, özellikle ağrının psikolojik komponentlerini de fizyolojik düzeyde ilk defa telaffuz etmeleri bakımından, çığır açmıştır (Melzack ve Wall, 1965).

Kapı-kontrol teorisine göre, arka boynuzda (dorsal horn) merkezi sinir sistemine giren uyarıların geçişini sağlayan veya engelleyen fizyolojik bir kapı mekanizması bulunmaktadır. Bu uyarılar perifer sinirler aracılığıyla bu mekanizmaya ulaşarak beyin daha yüksek örgütlü merkezlerine iletilirler. Bu algı merkezlerinde ağrının niteliği belirlenir. Ancak, kapı-kontrol mekanizması sadece çıkan perifer uyarılardan değil, beyin kontrol merkezlerinden inen uyarılardan da etkilenir. Yani, ağrı yaşantısı yalnızca incinme/yaralanma neticesi ortaya çıkan periferik bir uyarıdan kaynaklanmamaktadır. Beyin yüksek algı merkezlerinden iletilen baskılayıcı veya ateşleyici sinir uyarıları da ağrının yaşantılanma biçimini belirleyen faktörlerdendir.

O güne kadar tıp literatüründe ağrı yaşantısının sadece fizyolojik özellikleri ile ilgili bulgular ön planda iken, bu model ile birlikte, beyin algı ve duygulanımlarla ilgili merkezleri de denkleme katılarak, ağrı yaşantısının öznel-duygusal özellikli bilişsel süreçlerinin de ele alınmasına olanak sağlanmıştır.

### **2.4. Davranışçı Yaklaşımlar**

Her ne kadar Engel (1959) ve Melzack ve Wall (1965) kronik ağrıda bilişsel temaların altını çizmişse de, bilişsel-davranışçı yaklaşımın bilişsel komponentinin kronik ağrı literatüründe araştırma konusu olmaya başlaması ancak son yıllarda yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu zamana kadar bu alanda yapılan çalışmalara davranışçı kavramlar hakim olmuştur (Sharp, 2001). Bu yüzden, kronik ağrı hastalarının değerlendirme ve tedavisinde önemli yere sahip olan ve kavramları

bilişsel-davranışçı kuram tarafından da sahiplenilmiş olan davranışçı yaklaşımdan daha önce söz etmek yararlı olacaktır.

Kronik ağrıya yönelik davranışçı yaklaşımda her şeyden önce klasik davranışçı ekolün prensipleri geçerlidir. Sadece gözlenebilen ve ölçülebilen davranışlar üzerinde durulur ve bu davranışların hepsi öğrenilmiştir. Duygu, düşünce gibi hiçbir yaşantı değerlendirme ve müdahale sürecine dahil değildir. Bu bakış açısına göre ağrı ölçülemeyen bir kavram değil, bir davranıştır. Çevresel uyaranlarla olan ödül-ceza ilişkisine göre pekişir, öğrenilir. Bundan yola çıkarak, kronik ağrı literatüründe yer alan çeşitli araştırmalarda bu prensipler dahilinde değerlendirilecek iki kavram göze çarpmaktadır: ağrı davranışı ve ikincil kazançlar (Fordyce, 1986).

#### **2.4.1. Ağrı Davranışı**

Edimsel prensipler doğrultusunda, ağrı davranışının ağrı şikayetinin kronikleşmesinde önemli bir rol oynadığı söylenebilir. Ağrı davranışı klinik ortamda birkaç başlık altında değerlendirilebilir (Fordyce, 1986):

1. Ağrı konuşması (hastanın ağrıları hakkında konuşma sıklığı, ağrısını anlatırken seçtiği kelimeler, ünlemler)
2. Analjezik/ağrı kesici kötüye kullanımı (tek bir ağrı krizi için kullandığı ağrı kesici sayısı-sıklığı-etkisi, 1 ayda tükettiği ağrı kesici sayısı)
3. Ağrı şikayeti sebebiyle doktora başvuru sıklığı (şikayetin başlangıcından bu yana görülen tedaviler, yarım kalanlar)
4. Ağrı sebebiyle postür (duruş) ve yüz ifadesinde değişiklikler (örn. Yamuk oturma, topallama, kambur yürüme, kaşların çatılması, depresif-ağlamaklı ifade)

5. Özürlülük (disabilite-günlük işlevsellik düzeyinde beklenenden daha fazla azalma)
6. Çalışılıyor ise işe gidilmeyen gün sayısı (absenteeism).

Genel olarak bakıldığında, ağrı davranışı gösteren kronik ağrı hastaları, altta yatan doku hasarının oluşturması beklenenden daha fazla ağrı davranışı sergilemektedirler. Belli pozisyonlarda ağrı olmaması beklenirken, bu hastalar o pozisyona ilişkin şiddetli ağrı ifade edebilirler. Ağrıları artacak beklenti ve korkusuyla günlük aktivitelerini kısıtladıkları da sıklıkla görülür. Arkadaş toplantılarını iptal edebilirler, işe gitmekten vazgeçebilirler, sürekli yatmayı tercih edebilirler. Çevrelerindeki kişilere sürekli ağrılarından, detaylı olarak bahsedebilirler. Reçete edilenden daha fazla ağrı kesici tüketirler; ilaçlar, ağrıyı azaltma yönünde beklenen pozitif etkiyi göstermez (Yücel, 2000). Bu tür hastalarda, ağrı şikayetiyle ilgili dokuya ait fiziksel patoloji ortadan kalkmasına rağmen, ağrı davranışı genellikle sönmez. Bu durumda ikincil kazançların bu patolojik davranışların devamında önemli rol oynadığının altı çizilmelidir.

### **2.4.2. İkincil Kazançlar**

Davranışçı ekolün bakış açısına göre "pekiştirme" davranışın öğrenilmesi ve yerleşmesinde birinci faktördür. Bu noktada ikincil kazançların, yani hastanın sergilediği ağrı davranışının sonuçlarının bu davranışların ve dolayısıyla ağrının devamında çok büyük rol oynadığı bilinmektedir (Fishbain ve ark., 1995).

Kronik ağrı hastalarının geçmek bilmez ağrıları sebebiyle yakınlarından daha fazla ilgi gördükleri (ödül), gerek aile, gerek iş ortamında bazı sorumluluklardan muaf tutuldukları (kaçınma-ödül), çatışmalı ortamlardan "meşru" olarak uzak kaldıkları (kaçınma) oldukça sık görülür. Bütün bu etmenlerin hepsi ağrının getirileri yani ikincil kazançları adı altında değerlendirilir (Fordyce, 1986).

Burada önemli olan hastanın oynadığı hastalık rolü ve bu rolü takip eden çevresel ödül ve pekiştirenlerdir. Sternbach bu uzayıp giden hastalık rolü-ikincil kazançlar zincirini “anormal hastalık davranışı-abnormal sickness behavior” adıyla tanımlamıştır (Sternbach, 1986).

## **2.5. Bilişsel–Davranışçı Yaklaşımlar**

Davranışçı kurama dayanarak yapılmış tedavilerin verileri alındıkça davranışçı yaklaşım da eleştirilmeye başlanmıştır, çünkü tedavi sonuç çalışmalarına göre ağrı davranışı başarıyla ortadan kalksa bile bir süre sonra ağrı tekrarlayabilmektedir (Turk & Rudy, 1991). Bu yüzden, son yıllarda, kronik ağrı söz konusu olduğunda, adı geçen salt davranışçı parametrelerden ziyade, kişilerin bilişleri, başka bir deyişle ağrı yaşantısını algılayış biçimleri ve ağrıya yükledikleri anlamlar araştırmalara konu olmaya başlamıştır.

Bilişsel-davranışçı bakış açısında bireylerin çevresel uyaranlara yönelik bilginin aktif işleyicisi oldukları temel varsayımlardan biridir. Çevrelerinde gelişen olayları deneyimlerinin şekillendirdiği tavırlara göre süzer ve bu doğrultuda beklentiler oluştururlar. Bununla birlikte duygu, düşünce (inançlar, değer yargıları, atıflar, beklentiler), davranış ve fizyolojik sistemler birbirlerinden bağımsız değildirler. Bu doğrultuda, davranış hem çevre hem de bireyin kendisi tarafından belirlenir. Öyleyse, kronik ağrı yaşantısı da bu öğrenilmiş bilişsel-duygusal-davranışsal ve fizyolojik mekanizmanın etkisi altındadır ve hatta bu dörtlü sistemin bir parçasıdır.

Bu bağlamda, değer yargıları, atıflar (Tait & Chibnall, 1998), olumlu-olumsuz düşünce-duygu yapılanmaları (Arnstein ve ark., 1999; Ashgari & Nicholas, 2001; Fernandez & Turk, 1995; Geisser ve ark., 1994), inançlar (Jensen ve ark., 1999; Walsh & Radcliffe, 2002; Williams & Keefe, 1991; Williams ve ark., 1994), baş etme becerileri (Jensen ve ark., 1991; Jensen ve ark., 1992; Turek ve ark., 1996), bunlarla ilgili davranış örüntüleri ve hepsinin kronik ağrı-kronik ağrı yaşantısı ile

olan ilişkisi bu alandaki çalışmaların temel kavramları olacaktır (Asmundson ve ark., 1999).

## **2.6. Kronik Ağrıda “Yenilenmiş Bilişsel-Davranışçı Model”**

Daha önce de belirtildiği gibi, kronik ağrı değerlendirme ve tedavilerinde son yıllara kadar hakim olan davranışçı yaklaşım prensipleri idi. Bu yaklaşım salt davranışsal örüntülere odaklandığı ve bu tedaviler kronik ağrı hastalarında beklenen sonucu vermediği için bilişsel kavramları ön plana çıkaran bilişsel-davranışçı bakış açısının hakim olmaya başladığından söz edilmişti.

Ancak Sharp, 2001 yılında yayınlanan makalesinde davranışçı yaklaşımın eksiklerini kapatmak için önerilen bilişsel-davranışçı yaklaşımların hala edimsel teori ve prensiplere dayandığını vurgulamaktadır (Sharp, 2001). Bu yeni teorik yapılanma içinde problemin kaynağı olan aynı davranışçı kavramların kullanılmaması gerektiğinin altını çizmektedir. Her şeyden önce ağrı davranışı kavramının ölçülebilirliği tartışmalıdır, çünkü bu kavramın işlemsel tanımı net değildir. Ölçülebilse ve tedavi kriteri olarak kullanılabilse dahi bazı hastalar edimsel prensipli tedavi amaçlarından hoşnut olmamakta ve tedaviyi kabul etmemektedir. Bunun yanı sıra, Türk de tedavi sonrası edinilmiş yeni davranış örüntülerinin devamlılığında da problemler yaşanabildiğini belirtmiştir (Sharp, 2001).

Bütün bunların ötesinde Sharp (2001) ağrı davranışının yakınların bu davranışları pekiştirici muameleleri gibi eşlik eden çevresel faktörlerin değiştirilmesiyle ne düzeyde ortadan kaldırılabilceğini de sorgulamaktadır. Edimsel kuramda, hastaların bu çevresel faktörler ve bunlardaki değişikliklerle ilgili algıları-düşünceleri göz ardı edilmektedir. Bu eleştiri doğrultusunda, Nicholas ve arkadaşları da (1992), Sharp'tan çok daha önce çevresel faktörlere müdahaleye *odaklanmamış* pek çok tedavinin etkinliğinden bahsetmektedir.

Bütün bu veriler ve alanda yapılan yukarda da bahsedilmiş olan diğer çalışmalardan yola çıkarak Sharp, kronik ağrı modelinin içine bilişsel faktörlerin de dahil edilmesi gerektiğini savunmuştur. Her ne kadar kognisyon yani bilişlerin ağrıya birebir yol açtığını öne sürmese de ağrıyla bağlantılı biliş ve inançların hangi baş etme stratejilerinin kullanılacağı ile ilişkili olduğunu söylemiştir. Başka bir deyişle, bu bilişsel faktörler ağrının kişinin hayatını ne denli etkileyeceğini belirlemektedir.

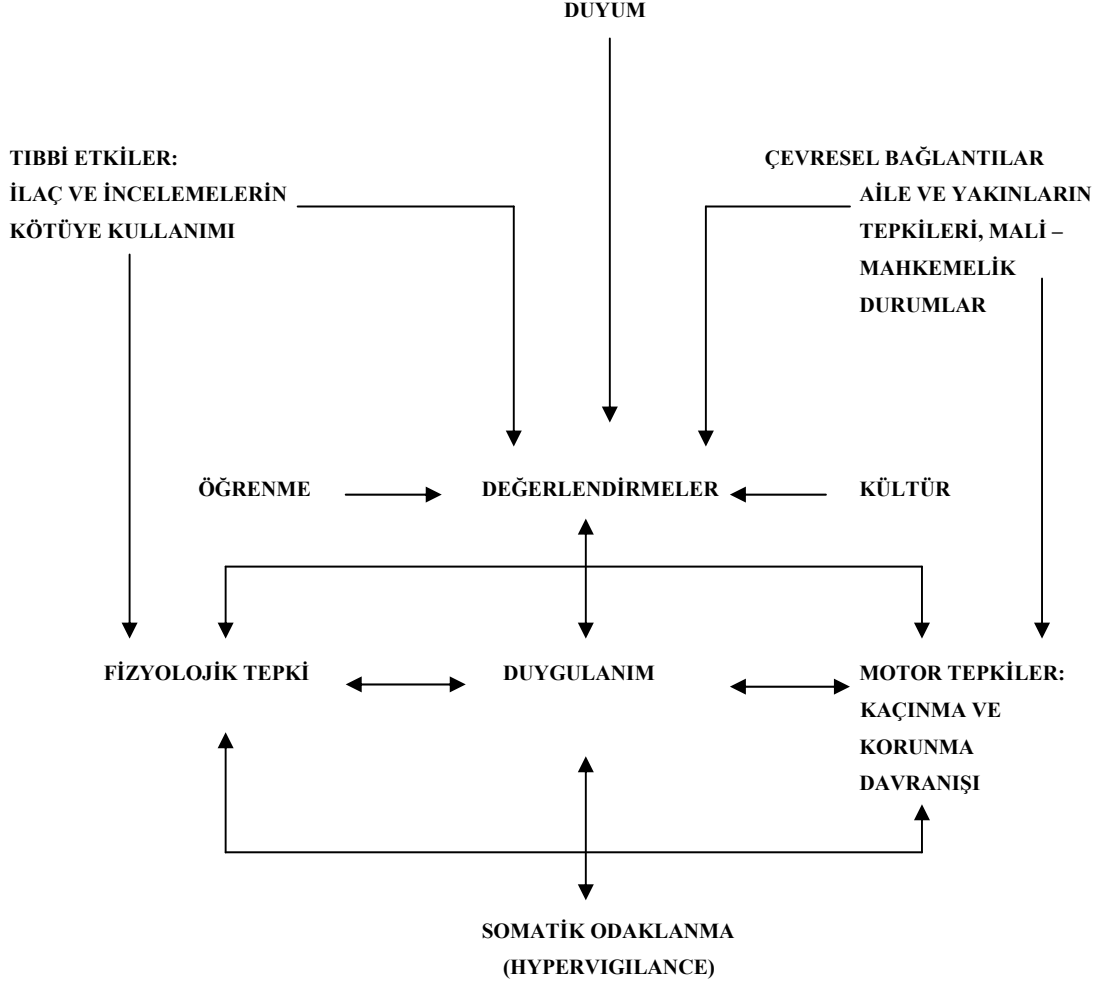
Ancak Sharp biliş ve inançların merkeze alındığı böyle bir yapılanmanın davranışın hiçbir önem taşımadığı anlamına gelmediğini de dile getirmiştir. Bu görüşünü özellikle Salkovskis ve arkadaşlarının (Sharp, 2001) kaygı alanında yaptığı çalışmaların sonucuna dayandırmıştır. Buna göre, kaygıyı devam ettiren davranışlar bilişsel model çerçevesinde ele alınabilir. “Tehdit bilişleri” ile “güvenlik arama davranışları” arasında bir ilişki vardır. Mesela, kaçınma davranışı şartlı kaygı tepkisi olarak değil, ciddi bir tehdit algısından doğan bir tepki olarak değerlendirilmektedir. Sharp, aynı bakış açısı ağrıya da uyarlandığı takdirde tedavilerin daha etkin olacağını ileri sürmektedir ki bu durum Williams ve arkadaşlarının çalışmalarında da desteklenmektedir (Williams ve ark., 1996).

Bütün bu tartışmaların ışığında Sharp’ın geliştirdiği “Yenilenmiş Bilişsel-Davranışçı Model” Şekil 1’de özetlenmiştir.

Bu yenilenmiş bilişsel-davranışçı modelin en temel öngörüsü kronik ağrı ile ilgili problemlerin hastaların ağrıya tepki veriş biçimlerinden kaynaklandığıdır. Bu tepkiler yalnızca gözlenebilen davranışlar değil, ağrıyla ilintili düşünceler, imajları da kapsayan her türlü biliş olabilir. Hastaların huzursuzluk ve özürülük düzeyleri, duyuşsal aktiviteye değil, kendilerinin ağrıyı nasıl değerlendirdiğine göre değişmektedir. Kısaca, hastanın değerlendirmeleri, yani ağrıya yüklediği anlam bu modelde baş rolde yer almaktadır.



Şekil 1: Kronik ağrıya yönelik yenilenmiş bilişsel-davranışçı model (Sharp, 2001)



Şekil 1'deki modelde de görülebileceği gibi bütün değişkenler aslında birbirleriyle etkileşim içindedirler ve birbirlerini beslemeye başlayabilirler. Örneğin, artık duyuşsal uyarın ortadan kalksa dahi, huzursuzluk, özürölülük ve hatta fizyolojik uyarılma hala devam edebilir. Kaçınma ve korunma davranışı belli biliş ve inançların sürekliliğinde rol oynarken bu inançların gerçekliğinin test edilmesine de engel teşkil edebilir. Aynı zamanda, kaygı ve huzursuzluk sebebiyle otonomik uyarılma da sürebilir ve bu durum da ağrının altında organik bir sebep olduğu inancının teyit edilmesine sebep olabilir. Bunun neticesinde hastaların olumsuz düşünce ve bilişsel hataları artabilir. Bu kısıröngünün sonucu olarak kaçınma davranışı güçlenebilir.

Model aynı zamanda stres ve tıbbi faktörlerin de kaygı ve uyarılmayı şiddetlendirebileceği ve belli davranışları pekiştirebileceğini dikkate almaktadır. Bu açıdan modelin Savkovski ve Bass'ın (Sharp, 2001) hipokondriyazis modeline benzerlik gösterdiğinden söz edilmiştir. Tıpkı hipokondriyazis modelinde olduğu gibi, burada da hastaların semptomları hakkındaki inançları ve ikna arama eğilimleri vurgulanmaktadır. Örneğin, pek çok hasta ağrıdan daha fazla zarar görebilecekleri korkusunu yaşarlar ve daha fazla tetkik ve tedaviye ihtiyaç duyduklarına inanırlar. Bu noktada altını çizmek gerekir ki, eski modelde pekiştirildiği düşünülen ağrı davranışdır. Oysa, yenilenmiş modele göre, sağlık ekibinin hastaya verdiği tepkiler hastanın hem kaygısını hem de özürülük düzeyi ile ağrısına yönelik pasif tutum ve inançlarını pekiştirebilir. Ağrı ve ağrı davranışı bu yüzden devam eder, daha fazla tetkik ve tedavi girişimleri de başarısızlıkla sonuçlanabilir. Burada Sharp (2001) Sternbach'ın da (1974) kronik ağrı yaşantısının dinamiklerini tarif ederken dile getirdiği öğrenilmiş çaresizlik yaşantısından söz etmektedir:

“Şu ana kadar hiçbir şey fayda etmedi, başka ne fayda edebilir ki?”

ya da

“hiçbir şey işe yaramayacak”

gibi hastanın taşıdığı olumsuz inanç örüntüleri ne yazık ki klinisyenler tarafından yanlış algılanabilmekte ve hastalar *düşük motivasyonlu* olarak damgalanabilmektedir. Sharp'ın modelinin odaklandığı en güçlü noktalardan birinin bu olduğu söylenebilir, çünkü Sharp burada bu “damgalama” yüzünden hastaların yanlış değerlendirildiği ve onlara yanlış tedaviler önerildiğinin altını çizmektedir. Yeni model doğrultusunda bu hastalar ümitsiz ve gerçek-dışı bilişleri olan bireyler olarak değerlendirildikleri takdirde *bilişsel tedaviye uygun adaylar* konumuna geleceklerdir.

Modelde Sharp ağrıyla ilişkili bu biliş ve inançların nereden kaynaklandığına da gönderme yapmaktadır. Ağrıyla ilgili öğrenilmiş yaşantılar ve kültürel geçmiş kişinin ağrıya yüklediği anlamları etkileyecektir.

Kronik ağrı yaşayan kişinin aile ve yakınlarının verdiği tepkilerin de hastanın inançlarını pekiştirdiği üzerinde ayrıca durulmaktadır. Eğer hastalar ağrıları sebebiyle günlük aktivitelerde yetersiz kalacaklarına inanıyorlarsa ve yakınları da fazla koruyucu ve engelleyici ise-ki burada yakınların inanç sistemlerinin de devreye girdiğinden bahsedilebilir (Romano, 1995)-yakınların bu tepkileri hastanın inançlarının daha da pekişmesine sebep olabilir. Aynı şekilde Sharp ilaç kötüye kullanım gibi davranışsal bir parametrenin bu modelde hastanın,

“Ağrı dayanılmaz.... baş edemiyorum”

benzeri olumsuz inançlarının bir sonucu olarak görülebileceğini söylemiştir. Benzer şekilde bilişler ve davranışlar da karşılıklı etkileşim içindedir. Daha fazla zarar göreceklere korktukları için belli aktivitelerden kaçınan hastalar, kaçınmaya devam ettikçe aksi olumlu bir inanç geliştirme fırsatını yakalayamayacaklar ve ağrıların tehlikeli olduğu inancını devam ettireceklerdir.

Özetleyecek olursak, Sharp, alanda yapılan pek çok bilimsel çalışmaya dayanarak geliştirdiği yenilenmiş bilişsel-davranışçı model önerisinde, davranışlardan ziyade hastanın düşünce ve değerlendirmelerini modelin merkezine yerleştirmiştir. Davranışlar ağrı odaklı bilişlerle olan ilişkileri bakımından önem taşımaktadır.

### 3. AĞRI İNANÇLARI

Sharp'ın da yenilenmiş bilişsel-davranışçı modelinde altını çizmiş olduğu gibi (2001), ağrı inançları, ağrı ile ilgili kavramlar içinde öne çıkan bilişsel yapıların en önemlilerinden biri olarak gözükmektedir.

Kavram olarak kaynağını sosyal psikolojiden alan inançlar, bilişsel bakış açısında kişinin taşıdığı düşünce sisteminin temel yapı taşı olarak kabul edilmektedir. Ellis inançların bilişler, düşünceler, tutumlar veya imajlar olabileceğini ve duyguların da birincil belirleyeni olduğunu ifade etmiştir (Ellis, 1988). İrrasyonel inançların uygunsuz duyguların, rasyonel inançların da uygun duyguların öncülleri olduğunu ileri sürmüştür. Ellis'e göre (1988), inançlar sabit gerçekler değil hipotezlerdir; gözlenebilir, test edilebilir ve değiştirilebilirler. Bu açıdan bakıldığında ağrı ile ilgili inançları gözlenebilir, test edilebilir ve değiştirilebilir hipotezler olarak görmek ağrı tedavilerinde büyük önem taşımaktadır.

Kronik ağrıya dair inançlarla ilgili literatüre bakıldığında, tıpkı ağrıda psikolojik süreçlerin rolünün yeni yeni kavranmaya başlanmış olması gibi, inançlar kavramının da öneminin özellikle son yıllarda takdir edilmeye başladığı göze çarpmaktadır. Nitekim, son 20 yılda bu başlığı kapsayan temel sayılabilecek yaklaşık 30 çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların bir kısmı da yeni ölçekler geliştirme amacıyla yürütülmüştür.

Alanda yapılan çalışmaların büyük bir çoğunluğu farklı ağrı inançları ve bu inançların ağrı şiddeti, işlevsellik düzeyi, ağrı kesici tüketimi, tedavi servis hizmetlerinin kullanım düzeyi gibi ağrıya uyum faktörleri ile ilişkisini sorgulamaktadır. Bunun yanı sıra, multidisipliner ağrı tedavi programlarının ağrı inançlarında ne denli değişim sağladığı da incelenmektedir. Ağrı ile baş etme becerileri, farklı duygu durumları ve psikolojik işlevselliğin bu inançlardan etkilenme düzeyi de alanda yapılan çalışmaların temel konularını oluşturmuştur.

Örneğin, Rainville ve arkadaşlarının (1993) kronik bel ağrısı hastaları için planlanmış işlevselliği artırma odaklı tedavi programında bedensel hasar (impairment) ve ağrı ile ilgili inançların değişimini konu alan çalışmalarında tedaviyi bırakanların olumsuz ağrı inançlarının daha güçlü olduğu ve bu inançların tedavi sırasında azalacağı öngörülmüştür. Çalışmanın bulguları ağrı inançlarının tedaviye uyumu belirlemede minimal düzeyde rolü olduğunu göstermiştir. Ancak bu inançların bel ağrılı hastalarda işlevselliği artırma odaklı tedaviler sırasında değişebileceğini ortaya koyması bakımından önem taşımaktadır.

Williams ve arkadaşları ise 1994 tarihli çalışmalarında ağrıyla ilgili taşınan farklı inançların farklı duygu-durumlarla ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Ağrının devamlılığı inancının kaygı, gizemliliği inancının da huzursuzluk, suçluluk duygusu ve depresif belirtilerle ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (Williams ve ark., 1994).

Turner ve arkadaşları (2000) inançların, baş etme ve katastrofize etme düzeyinin, kronik ağrısı olan kişilerin işlevsellik düzeyini birbirinden bağımsız olarak ne düzeyde etkilediği ile ilgili yeterli sayıda veri olmadığını vurgulamışlardır. Hangi spesifik inançların, bilişsel tepkilerin ve baş etme becerilerinin fiziksel ve psikososyal işlevsellikle ilintili olduğunun belirlenmesinin tedavideki önemi üzerinde durmuşlardır. Bu amaçla, multidisipliner ağrı tedavi programına katılmakta olan 69 kişinin ağrı yakınma düzeylerini, inançlarını, baş etme becerilerini, katastrofize etme düzeylerini, fiziksel özürlülük ve depresyon derecelerini değerlendirmişlerdir. Ana bileşenler analizine göre inançların fiziksel özürlülük ve depresyonu istatistiksel olarak anlamlı ve diğer faktörlerden bağımsız düzeyde öngördüğünü bulmuşlardır. Baş etme skorlarının ise depresyonu değil ama fiziksel özürlülüğü aynı şekilde öngördüğünü, katastrofize etmenin ise sadece depresyonu öngördüğünü tespit etmişlerdir (Turner ve ark., 2000).

Yine aynı ekip, bu çalışmayı takip eden araştırmalarında ise inançlar, katastrofize etme ve baş etme düzeylerindeki değişimlerin bu defa multidisipliner ağrı tedavisini izleyen ilerlemelerle bağlantısını sorgulamışlardır. Bu amaçla, 141

ağrı hastasının ağrıya uyum, ağrı inançları, katastrofize etme ve baş etme düzeylerini ölçmüşlerdir. Bunun yanı sıra, hastaların önemli yakınlarının da tedavi öncesi ve tedavi sonrasındaki 6. ve 12. aylarda hastaların fiziksel işlevselliğini derecelendirmelerini istemişlerdir. Korunma ve dinlenme davranışlarında ve ağrının bir hasarın belirtisi olduğu inancında azalmaların özürlülük düzeyindeki azalma ile ilişkisini saptamışlardır. Ağrı üzerindeki kontrol algısında artış ve katastrofize etme ve özürlü olduğu inancında düşüşlerin hastanın özürlülük bildirim, depresyon düzeyi ve ağrı şiddeti ile de korelasyonu olduğunu bildirmişlerdir. Bu sonuçların kronik ağrıda bilişsel davranışçı modellerden çıkarsanmış olan “multidisipliner ağrı tedavi sonuçlarının hastanın inançları, bilişleri ve baş etme tepkileri ile ilişkili olduğu” hipotezini desteklediğini vurgulamışlardır (Jensen ve ark., 2001).

Öte yandan, ağrı inançları ile ilgili literatüre bakıldığında, “Ağrı Kontrol Odağı İnançları” ağrı inançları başlığı altında üzerinde en yaygın çalışılmış olan kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu kavram ilk olarak Lau’un 1982 yılında yayınlanmış olan makalesinde dile getirilmiştir. Lau’ya göre ağrı kontrol inançlarının kaynağında sağlıkla ilgili taşınan kontrol inançları yer almaktadır. Lau, sağlıkla ilgili kişisel kontrol inançlarının aslında kişinin aile yaşantısındaki hastalık öyküsü ile negatif bir ilişki içinde olduğunu bulgulandığını belirtmiştir. Yani kişinin önceki aile yaşantısında hastalık tecrübesi ne kadar sıkça, sağlığı üzerinde kontrol sahibi olduğu inancı da o kadar zayıf olmaktadır. Aynı şekilde hastalık öyküsünün varlığının kişinin sağlığını şans, kader gibi dış faktörlere atfetme olasılığını da artırdığını ifade etmiştir. Dolayısıyla sağlık kontrol odağı inançlarının yaşamın erken dönemlerinde kazanıldığını ve bu inançların oldukça stabil olduğunu öne sürmektedir (Lau, 1982).

Aslında kontrol odağı kavramı ilk olarak, sosyal öğrenme teorisi çerçevesinde, kişinin tutum ve davranışlarının sonuçları üzerinde kontrol sahibi olmasıyla ilgili genel beklentilerini işaret etmek amacıyla, Rotter tarafından (Moreno ve ark., 1999) önerilmiştir. Daha sonra bu kavram, sağlık alanına içsel ve dışsal olmak üzere iki boyutuyla Wallston ve ekibi tarafından kazandırılmıştır (1976). Öyleyse, kontrol odağı söz konusu olduğunda, iki temel inançtan bahsedilmektedir;

içsel, yani kişinin sağlığı ve ağrısı üzerinde kendi kontrolünün olduğu inancı ve dışsal, yani kişinin sağlığı ve ağrısı üzerinde kendisinin dışındaki faktörlerin kontrolü olduğu inancı. Wallston ve arkadaşları geliştirmiş oldukları Sağlık Kontrol Odağı Skalası'na göre (Health Locus of Control Scale), bu ikinci boyutun iki alt boyutu daha olduğunu göstermişlerdir; başkalarının gücü (power of others) ve şans (luck-chance) (Wallston ve ark., 1976).

Alanda bu inanç ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, iç kontrol odağı olanların dış kontrol odağı olanlara kıyasla, ağrı ile ilintili huzursuzluğu daha düşük düzeyde yaşayacakları, daha aktif baş etme stratejileri kullanacakları ve bilişsel-davranışçı yönelimli tedavilere daha iyi cevap vereceklerinin öngörüldüğü dikkati çekmektedir. Nitekim bu öngörüler çeşitli çalışmalarla desteklenmiştir.

Crisson ve Keefe'in (1988), kontrol odağı ile ağrı ile baş etme becerileri ve psikolojik huzursuzluk arasındaki ilişkileri irdeleyen araştırmaları bu çalışmaların ilk örneklerinden biri sayılabilir. 62 kronik ağrı hastası tarafından doldurulmuş olan Çok Yönlü Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği (Multidimensional Health Locus of Control Scale), Baş Etme Becerileri Ölçeği (Coping Strategies Questionnaire) ve Semptom Kontrol Listesi-90 (Symptom Checklist-90) verilerine göre sonuçların kadere ya da şansa bağlı olduğuna inananların adaptif olmayan ağrı ile baş etme becerileri kullandığı ve ağrıyı kontrol edip azaltabilme becerilerini düşük olarak gördükleri gözlenmiştir. Bu hastalarda ayrıca daha yüksek düzeyde psikolojik huzursuzluğa rastlanmıştır. Bu hastalar aynı zamanda ağrı ile baş etme konusunda ümitsizlik hisleri taşıdıklarını da bildirmişlerdir. Araştırmacılar, bu sonuçlara dayanarak, ağrı hastalarını değerlendiren klinisyenlerin hastaların kontrol odağı inançlarının bilincinde olmaları gerektiğinin altını çizmişlerdir.

Jensen ve Karoly tarafından yürütülmüş olan diğer bir çalışmada da (1991), ağrı kontrolü ile ilgili inançlar, baş etme becerileri ve ağrıya uyum arasındaki ilişkilere bakılmıştır. 118 kronik ağrı hastasının katıldığı bu çalışmanın sonuçları psikolojik işlevsellik, aktivite düzeyi ve tıbbi hizmet kullanımı olarak tarif edilen ağrı

uyumu bileşenlerinden ilk ikisinin ağrının kontrol edilebileceği inancıyla pozitif bir korelasyonu olduğunu göstermiştir.

Bel ağrısı hastalarında kontrol inançları ile ilgili iki çalışma da sırasıyla Harkapaa (1991) ve Harkapaa ve ekibi (1991) tarafından yürütülmüştür. Bunlardan birincisinde Genel Sağlık Soru Formu-12 (General Health Questionnaire-12-GHQ-12) ile ölçülen psikolojik huzursuzluk ve Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği (Health Locus of Control Scale) ile ölçülen sağlık kontrol odağı inançlarının bilişsel ve davranışçı baş etme becerilerinin kullanımıyla olan ilişkisi değerlendirilmiştir. İnanç kontrol odağı daha dışta olanların ve daha yüksek düzeyde psikolojik huzursuzluk belirtisi gösterenlerin daha yüksek düzeyde bel ağrısı şiddeti bildirdikleri görülmüştür. Ayrıca daha aktif davranışsal baş etme stratejilerinin kullanımına, ağrı şiddetinden bağımsız olarak, bel ağrısına dair iç kontrol inancı daha yüksek olanlarda daha sık rastlandığı da gösterilmiştir.

Bunu izleyen diğer çalışmada ise (Harkapaa ve Ark. 1991), kontrollü bir müdahalenin 3 aylık takip sonuçlarına göre sağlık kontrol odağı inançları ve psikolojik huzursuzluğun tedavi sonuçlarının ne denli öncülü olduğu gözlenmiştir. Çalışmada yine bel ağrısı yakınması bulunan %63'ü erkek olmak üzere 35-54 yaşları arasındaki 459 kişi yatarak, ayakta ve tedavisiz kontrol olmak üzere 3 çalışma grubuna ayrılmışlardır. İlk iki grupta, tedavi sonucunda, bel ağrısına bağlı özürüllükte ciddi azalmalar ve bel egzersizlerinin başarılmasında ve uygulanma sıklığında önemli artışlar kaydedilmiştir. Bunun yanı sıra, sağlık kontrol odağı inançlarının olumlu sonuçlarla ilişkili olduğu, başka bir deyişle, iç kontrol inançları daha güçlü olanların tedavi kazanımlarının daha fazla olduğu ve takip döneminde daha sık egzersiz yaptıkları bulunmuştur.

Lipchik ve ekibi de (1993) bir multidisipliner ağrı ile baş etme tedavi programının, sürekli ağrısı olanların kontrol odağı ve ağrı inançları üzerindeki etkisini test etmişlerdir. Yataklı multidisipliner ağrı ile baş etme programına katılmış olan 50 kişilik hasta grubu, ayaktan rutin tedavi gören 46 kişilik bir başka hasta grubu ile tedavi öncesi ve sonrası ağrı kontrol odağı, ağrı inançları, ağrı şiddeti ve



ağrı kesici tüketimindeki değişim açısından karşılaştırılmışlardır. Ayaktan tedavi gören hastalarda bu değişkenler açısından anlamlı bir farklılık görülmezken, yatarak tedavi gören hastalarda önemli değişiklikler saptanmıştır. Bu gruptaki hastalar, ağrı kesici kullanmayı bırakmış oldukları halde ağrı şiddetlerinin azaldığını bildirmişlerdir. Ayrıca bu grupta ağrı üzerindeki kişisel kontrol duygusunda artış ve ağrı kontrolünü diğerlerine ve şans faktörlerine atfetme düzeyinde de belirgin düşüşler görülmüştür. Araştırmacılar, her ne kadar yataklı multidisipliner ağrı ile baş etme programı benzeri bilişsel-davranışçı psikoterapötik müdahalelerin daha etkin olduğunu öne sürmüşlerse de bu sonuca şüphe ile bakmak gerekir. Çünkü çalışmalarının deseni aslında bu sonucun çıkarılmasını olanaklı kılmamaktadır. Başka bir deyişle, hastaların takip yöntemi (ayaktan ya da yatarak) tedavi türüne göre kontrol edilmemiştir.

Primer fibromyalji sendromu olan hastaların ağrı yaşantıları üzerindeki kontrol inançlarını irdeleyen ve bu hastaları diğer kronik romatik hastalıklarla karşılaştırmayı amaçlayan başka bir çalışmada ise (Pastor ve ark., 1993), 32'si fibromiyaljili 137 ayaktan takip gören hastaya Çok Yönlü Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği ve Artrit Etki Ölçüm Skalası (Arthritis Impact Measurement Scale-AIMS) uygulanmıştır. Fibromiyaljili hastaların ağrılarının kontrol edilemeyecek sebeplere bağlı olduğuna ve hastalıklarını kendi başlarına etkileyemeyeceklerine daha fazla inandıkları görülmüştür. Bu hastaların aynı zamanda duygulanım ve belirtiler açısından özürölülük düzeylerinin daha yüksek olduğu da tespit edilmiştir. Fibromiyalji grubunun kendi içinde ise “şans” kontrol odağı yönelimi gösterenler AIMS'in duygulanım ve sosyal etkileşim alt testleri açısından daha fazla özürölülük bildirmiştir.

Bilişsel-davranışçı modelin temporomandibular ağrı bozukluklarında (TMD) uygulanımına bakan bir çalışmada ise, TMD hastalarının ağrı ile ilintili inançlarının ve baş etme düzeylerinin tedavi sürecinde semptomların ve özürölülüğün gerilemesi ile ilişkisine bakılmıştır. Buna ek olarak, hastaların tedavi sonrası inanç ve baş etme düzeylerinin gelecekteki ağrı ve işlevselliği ne denli öngördüğü de incelenmiştir. Çalışmaya, rutin tedaviye ek olarak bilişsel-davranışçı müdahalenin eklendiği ve

eklenmediği iki gruba ayrılan 139 TMD hastası alınmıştır. Hastalar tedavi öncesi ve tedaviden 3 ve 12 ay sonra değerlendirilmiştir. 3.ay takibinde, ağrıyı kontrol edebilme inancında yükselme ve pasif başetmede azalmanın ağrıda, çene açmada ve depresyonda iyileşme ile bağlantısı bulgulanmıştır. Öte yandan, hastaların 3.ay takiplerindeki ağrı inanç ve baş etme düzeylerinin 12. aydaki ağrıyı ya da fiziksel ve psikolojik işlevselliği öngörebileceği gösterilememiştir. Ancak 3. ayda görülen pasif baş etme ve düşük ağrı kontrol inancının aktivite düzeyinde daha yüksek oranda azalmaları öncülleyebileceği saptanmıştır (Turner ve ark., 1995).

2000 yılına ait bir çalışmada ise yine multidisipliner tedavilerin kronik ağrı hastalarında kontrol odağı inançları üzerindeki rolüne bakılmıştır (Coughlin ve ark., 2000). 72 kronik ağrı hastasına tedavi öncesi ve sonrası verilen Ağrı Kontrol Odağı Ölçeği (Pain Locus of Control Scale) ve Ağrı Atıfları Tarama Formu (Survey of Pain Attitudes-SOPA) kontrol alt test verilerine göre hastaların ağrı üzerindeki kişisel kontrol inançlarının tedavi öncesine göre arttığı, ağrı üzerindeki dış kontrol inançlarının da azaldığı bulunmuştur.

Ağrı inançları ile ilgili diğer çalışmalara bakıldığında beklenti inançlarının da önemli bir yer tuttuğu göze çarpmaktadır. Kronik ağrı ile ilintili olabilecek üç tür beklenti inancından bahsedilmektedir. Bunlardan ilk ikisi, kaynağını yine sosyal öğrenme kuramı kapsamında Bandura'dan (Moreno ve ark. 1999) almaktadır: sonuçlarla ilgili beklentiler ve kendine yetme (self-efficacy) beklentileri. Sonuçlarla ilgili beklentiyi Bandura belli davranışların belli sonuçları doğuracağına dair inançlar olarak tarif etmektedir (1994). Bu doğrultuda, söz konusu kronik ağrı olduğunda, kullanılacak başetme becerilerinin işe yaramayacağı inancının bu becerilerin kullanım düzeyini de olumsuz etkileyeceği ön görülmektedir.

Kendine yetme beklentileri ile de kişinin arzu edilen sonuçları elde etmek için gereken davranış örüntülerini gerçekleştirme kapasitesine sahip olup olunmadığı ile ilgili inançları kastedilmektedir (Bandura, 1994).

Diğer bir deyişle, kişinin ağrısını azaltmak, önlemek, ya da ağrı ile baş etmek için hangi davranışları sergileyeceği, hem o davranışın ne denli etkin olacağına dair subjektif inancı (sonuçlarla ilgili beklentiler), hem de o davranışı kendisinin ne denli sergileyebileceğine dair inancı (kendine yetme beklentisi) belirlemektedir. Nitekim Jensen ve arkadaşları (1991), 18-65 yaş arası 114 kronik ağrı hastası ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında, kişilerin hem sonuç beklenti hem de kendi başetme becerilerine dair inançlarının kullandıkları başetme becerileri ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (Jensen ve ark., 1991).

Söz konusu öngörüğü destekler nitelikteki bir başka çalışma ise 1988 yılında Riley ve ekibi tarafından yapılmıştır. Araştırmacılar bu çalışmalarında kronik ağrı ve işlevsellikte bozulma açısından ağrı inançlarının rolünü sorgulamışlardır. Bu araştırmada kronik ağrı hastalarının ağrı yüzünden normal işlevlerini yerine getiremeyecekleri inancını ne ölçüde taşıdıklarını ve bu inançla işlevsellik düzeyindeki ilişkiyi değerlendirebilmek amacıyla Ağrı ve Bedensel Hasar İlişkisi Skalasını (The Pain and Impairment Relationship Scale-PAIRS) geliştirmişlerdir. Ağrının özürüllüğü doğurduğu inancının, ağrının gerçek etkisinden bağımsız olarak, işlevsellikte bozulma ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (Riley ve ark., 1988).

Ağrıya spesifik beklenti inançları, algılanan semptom şiddeti ve kronik ağrıya uyum kavramları arasındaki ilişkiler yine Jensen ve Karoly tarafından bu defa 1992 yılında yapılan bir çalışmanın konusunu oluşturmuştur. Çalışmanın sonuçlarına göre, hastaların özürüllü olduklarına dair inançlarının orta ve yüksek düzeyde ağrı şiddeti bildirenlerin aktivite düzeyiyle ters orantılı bir ilişki içinde olduğu tespit edilmiştir. Aynı inancın psikolojik işlevsellik ve profesyonel hizmetlerin kullanım düzeyi ile de korele olduğu bulunmuştur. Ağrıyı azaltmada kendi davranışlarının işe yaramayacağı ve ağrının tedavisinin tıbbi olacağı inancı ise, yine sağlık hizmetlerinin kullanımı ile pozitif bir ilişki içindedir. Araştırmacılar, kişinin özürüllü olup olmadığı ile ilgili taşıdığı inançların önemini vurgulamışlar ve ağrı şiddetinin inanç-ışlevsellik ilişkisini etkileyen önemli bir moderatör olduğunu tartışmışlardır (Jensen ve Karoly, 1992).

1994 yılında Jensen ve çalışma arkadaşları tarafından düzenlenen çalışmada ise bu defa ağrıya has beklenti inançlarının kronik ağrıya uyum süreci ile olan ilişkisi gözlenmiştir. 241 ağrı hastasına verilen Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile-SIP) ve SOPA'dan elde edilen veriler doğrultusunda düşük ve orta şiddette ağrı bidiren hastalarda ağrı yüzünden özürlü olduğu inancının ise hem psikososyal işlevsellikte bozulma hem de ağrıya bağlı acil servis başvuruları ile ilintili olduğu görülmüştür (Jensen ve ark., 1994).

Jensen ve arkadaşları da (1999), hastanın kronik ağrısı hakkındaki sonuç beklenti ve kendine yetme inançlarının davranışsal ve psikolojik işlevselliği etkileyeceği hipotezini destekleyen bulgular elde etmekle birlikte özellikle davranışsal işlevselliğin ölçüm yöntemlerine eleştiriler de getirerek davranışçı kurama göndermede bulunmuşlardır. Hastaların salt kişisel bildirimlerine dayanan ölçümlere ek olarak yakınların bildirimleri ve doğrudan gözlem yönteminin de bu inançların gelişim ve etkileşim sürecini kavramak açısından gerekli olduğunu öne sürmüşler ve bu çalışmada sözü geçen bu alternatif ölçümleri de kullanmışlardır (Jensen ve ark., 1999).

Öte yandan, Stroud ve ekibi (2000) ağrıya uyumu etkileyen hem biliş hem de kendine yetme inanç unsurlarının genel aktivite düzeyi, afektif huzursuzluk ve ağrıda değişim bileşenleriyle tanımladıkları psikososyal işlevsellik ile ilişkisine bakmışlardır. Bu çalışmanın kronik ağrı grubunu bir ağrı ünitesinde ayaktan takip edilen ve psikolojik açıdan değerlendirilmeleri istenen ardısıra gelen %66'sı kadın 24-79 yaşları arasındaki 163 kişi oluşturmuştur. Araştırmanın sonuçları, ağrı inançlarının ağrıya uyumu etkiliyor olduğunu her ne kadar gösteriyor olsa da, aslında bu çalışma özellikle olumsuz bilişlerin tedavi sonucunu öngörme özelliklerinin daha yüksek olduğunu göstermesi açısından önem taşımaktadır (Stroud ve ark., 2000).

Beklenti inançlarının üçüncüsü olan korku-kaçınma inançları (fear-avoidance beliefs) ise ağrı inançları literatüründe, diğerlerine kıyasla oldukça yeni bir yere sahiptir. Aslında "korku-kaçınma" terimi ilk defa Lethem ve arkadaşları tarafından ileri sürülmüştür (1983). Bu araştırmacılar abartılı ağrı algısını korku-kaçınma

modeli ile açıklamaya çalışmışlardır. Öne sürdükleri bu modele göre ağrıya yönelik iki uç tepki bulunmaktadır: “adaptif tepki” ya da “yüzleşme” ve “adaptif olmayan tepki” ya da “kaçınma”. Yüzleşme tepkisi gösterenler ağrıyı “geçici” olarak algılamakta ve kendilerini bu ağrıyla yüzleşmeye hazır kılmaktadır. Bununla birlikte bu kişilerin iş ya da günlük aktivitelerine dönme motivasyonları daha yüksektir. Bu durumda psikolojik mekanizmaların olumsuz etkileri daha minör düzeyde olacaktır. Öte yandan kaçınma, kişilerin korku duydukları fiziksel özürülük inançlarını artıran hem fiziksel hem de psikolojik sonuçlar doğuracaktır. Böyle bir durumda kaçınma davranışı hem korunmakta hem de sürmektedir (Lethem ve ark., 1983).

Bu modeli destekleyen önemli çalışmalardan biri 2001 yılında gerçekleştirilmiştir. George ve ekibi (2001) bel-omur ve boyun-omur ağrısı olan hastaları korku kaçınma inançları bakımından karşılaştırmışlardır. 163 kişilik örneklemelerinde, servikal ağrısı olanlarda, lomber ağrısı olanlara kıyasla, korku-kaçınma inançları ve özürülük arasında daha zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur. Korku-kaçınma inançlarının cinsiyete ve yakınmaların başlangıç tarihine göre de değiştiği bildirilmiştir (George ve erk., 2001).

Woby ve ekibi de (2004) kronik bel ağrısına uyumun korku-kaçınma inançlarından, katastrofize etme eğiliminden ve kontrol inançlarından etkilenme düzeyini test etmişlerdir. 83 kronik bel ağrılı hasta ile yapılan bu çalışmada, hiyerarşik çoklu regresyon analizi sonuçları hastaların ağrılarını kendi kendilerine azaltabilme becerileri ile ilgili inançlarının ağrı şiddetindeki değişimi düşük ama istatistiksel olarak anlamlı oranda açıkladığını göstermiştir. Buna ek olarak, hastaların hem fiziksel aktivite ve iş yaşamı ile ilgili korku-kaçınma inançlarının hem de katastrofize etme düzeylerinin, özürülük düzeyi ile birbirinden bağımsız olarak ilişkili olduğu bulunmuştur. Ancak, bu üç psikolojik faktörün görece öngörme düzeylerine bakıldığında, içlerinden yalnızca fiziksel aktivite ile ilgili korku-kaçınma inançlarının hastanın özürülüğünü belirgin ölçüde öngördüğü saptanmıştır. Başka bir deyişle, fiziksel aktiviteye yönelik korku-kaçınma inançları daha yüksek olanlar, yaş, cinsiyet ve ağrı şiddeti değişkenleri kontrol edildikten sonra dahi daha yüksek düzeyde özürülük bildirmiştir (Woby ve ark., 2004).

Kontrol odağı ve beklentiler gibi daha önceden tanımlanmış olan yapıların altında yer alan inançlarla ilgili çalışmaların yanı sıra, alanda yer alan çalışmaların bir bölümü de daha spesifik ağrı inançlarının ölçülmesini hedefleyen ölçekler geliştirmeye odaklanmıştır. Bu girişimler ağrı inançları ile ilgili literatürdeki bu açığı kapatmaları bakımından önem taşımaktadır.

Schwartz ve arkadaşlarının 1985 yılında ağrı hastalarının inanç ve tutumlarının doğrudan ölçülmesi ile ilgili gerçekleştirmiş oldukları çalışma bu alan içinde bir ilk niteliği taşımaktadır. Araştırmacılar bu çalışmalarında ağrı hastalarına kronik ağrı hakkında çeşitli bilgileri kısa eğitimsel bir video kaydı aracılığı ile sunmuşlar ve hastalardan bu bilgilere ne denli katılıp katılmadıklarını (inanıp inanmadıklarını) derecelendirmelerini istemişlerdir. Bu derecelendirmeler üzerinde yapılan faktör analizi neticesinde eğitim sonuçlarını etkileyen 4 faktör ortaya çıkmıştır: duyguların ağrıya etkisini kabul düzeyi, sunulan bilgiye atfedilen subjektif önem derecesi, tedavide kişisel sorumluluğun kabul düzeyi ve girişimsel olmayan tedavileri takdir düzeyi. Bu dört faktörün hastaların değerlendirilmesi ve tedavisindeki önemini vurgulamışlar ve hastalardan almış oldukları bu bilgilere dayanarak da Ağrı Bilgi ve İnançlar Soru Formu'nu (Pain Information and Beliefs Questionnaire) geliştirmişlerdir (Schwartz, 1985).

Schwartz ve arkadaşlarının bu çalışmasından sonra, 1987 yılından 1992 tarihine kadar neredeyse her yıl çeşitli ağrı inançlarını ölçmeyi hedefleyen yeni bir ölçek geliştirilmiş ve takip eden yıllarda da bu ölçeklerin bir kısmının alanda kullanımı ile ilgili çok kapsamlı olmadığı göze çarpan kısıtlı sayıda çalışma yer almıştır.

1987 tarihli bir ölçek geliştirme çalışmasında Jensen ve arkadaşları tarafından Ağrı Atıfları Tarama Formu (Survey of Pain Attitudes-SOPA) geliştirilmiştir. Bu formda kronik ağrı yaşantısı ile ilgili atıflar 7 boyutta incelenmektedir; ağrı kontrolü, ağrı ile bağlantılı özürülük, diğerlerinin ilgisi, ağrı ile ilgili tıbbi tedaviler, ağrıya yönelik ilaç tedavisi, duygusallık (duyguların ağrı üzerinde etkisi) ve fiziksel zarar (Jensen ve ark., 1994). SOPA'nın psikososyal özürülük, fiziksel aktivite düzeyi

(Jensen ve Karoly, 1991), profesyonel tıbbi hizmetlerin kullanım sıklığı (Jensen ve Karoly, 1992) ve fiziksel özürllülük (Jensen ve ark., 1994) gibi faktörlerle de ilişkisi olduğu gösterilmiştir.

Riley ve arkadaşları (1988) ise ağrı ve ağrı ile ilintili özürllülüğü ölçmek amacıyla Ağrı ve Bedensel Hasar İlişkisi Skalasını (The Pain and Impairment Relationship Scale-PAIRS) geliştirmişlerdir. Ancak, sadece ağrıya bağlı özürllülüğü ölçüyor oluşundan dolayı kısıtlı bir ölçek olduğu tartışılmıştır (Tait ve Chibnall, 1997).

1989 yılında, artritli olanlarda kendine yetme inançlarını ölçmek amacıyla Lorig ve arkadaşları halihazırda alanda çok yaygın olarak kullanılmakta olan Artrit Kendine Yetme Ölçeği'ni (Arthritis Self-Efficacy Scale-ASES) geliştirmişlerdir. Geçerlik çalışmaları ölçeğin üç alt skalası olduğunu göstermiştir: ağrıya yönelik kendine yetme, işlevselliğe yönelik kendine yetme ve diğer artrit belirtilerine yönelik kendine yetme. Bu ölçeğin fibromyaljili hastalar için de uyarlandığı görülmektedir (Buckelew ve ark., 1994).

Bu çalışmanın ardından, Williams ve Thorn (1989) ağrı inançlarının gelişimine etki eden faktörleri belirlemek ve ağrı inançları ve ağrı yaşantısının davranışsal boyutu arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla bir ölçek geliştirme girişiminde bulunmuşlardır. Ağrı İnançları ve Algıları Envanteri (Pain Beliefs and Perceptions Inventory-PBPI) olarak adlandırdıkları bu ölçeğin, faktör analizi çalışma sonuçlarına göre ağrı inançlarının 3 temel boyutunu ortaya koyduğunu belirtmişlerdir: 1. kendini suçlama, 2. ağrıyı "gizemli" bir yaşantı olarak algılama, 3. ağrının süresi ile ilgili inançlar. Bu üç temel ağrı inancının subjektif ağrı şiddeti, multidisipliner kronik ağrı tedavilerine uyum, benlik saygısı, somatizasyon ve psikolojik huzursuzluk düzeyini etkilediğini ve ayrıca sağlık kontrol odağı ile ilgili atıflarla da bağlantılı olduğunu bulgulamışlardır (Williams & Thorn, 1989).

1990 yılına gelindiğinde, ağrı kontrol inançlarını ölçmeyi hedefleyen ve Skevington tarafından geliştirilen Ağrı Kontrolüne Dair İnançlar Ölçeği (Beliefs

About Pain Control Questionnaire-BPCQ) ile ilgili çalışma dikkati çekmektedir. Bu ölçek, ölçmekte olduğu boyutlar açısından Sağlık Kontrol Odağı Skalası ile benzerlik göstermektedir. Nitekim bu ölçeğin de ağrının kişisel veya içsel kontrolü, ağrının güçlü diğerleri (mesela doktorlar) tarafından kontrol edildiği ve şans faktörleri tarafından kontrol edildiği inancı olmak üzere üç farklı kontrol odağı inancını hedef aldığı görülmektedir. Ancak Skevington bu ölçeği alanda kullanılan diğer ölçeklerden ayıran en önemli özelliğın sadece ağrı hastalarının değil hem alanda çalışan uzmanların hem de ağrısız halkın inançlarını ölçmede kullanılabilirliğı olduğunu vurgulamıştır (Skevington, 1990).

Williams ve Keefe de ağrı inançları ve bilişsel-davranışçı başetme stratejileri arasındaki ilişkileri PBPI aracılığı ile araştırmışlardır (1991). Ağrının ne kadar süreceğı ve gizemli bir yaşantı olup olmadığına dair inançların tedavi programlarının sonuçlarını etkileyebileceğinden yola çıkan araştırmacılar, 120 kronik ağrı hastası ile yürüttükleri bu çalışmada ağrının sürekliliğine ve gizemliliğine inananların, ağrılarını katastrofize etmeye daha yatkın olduklarını, daha az bilişsel baş etme becerileri kullandıklarını ve ağrıya yönelik psikolojik ve tıbbi tedavilere daha az uyum gösterdiklerini bulmuşlardır. Ağrılarının daha kısa süreli ve anlaşılabilir olduğuna inananlarda bunun tersi sonuçlar gözlenmiştir (Williams ve Keefe, 1991).

Strong ve ekibi ise 1992 tarihli makalelerinde Ağrı Atıfları Tarama Formu (SOPA) ile Ağrı İnançları ve Algıları Envanteri'nin (PBPI) iç tutarlılık, diskriminant ve yapı geçerliğı, faktör yapısı ve yaş ve cinsiyete göre duyarlılık açısından psikometrik özelliklerini karşılaştırmışlardır. SOPA'nın özellikle kronik bel ağrılı hastalar için yararlı bir ölçüm aracı olduğu sonucuna varmışlardır. PBPI için ise, daha önceden bildirilmiş olan faktör yapısı tekrarlanmadığından, öte çalışmaların gerekliliğini vurgulamışlardır. Bu farklı sonuçta farklı ağrı türleri ve farklı ağrı sürelerinin etkisini tartışmışlardır (Strong ve ark., 1992).

Hemen bu çalışmanın ardından Edwards ve çalışma arkadaşları da (1992) ağrı hastaları ile çalışırken, hastaların ağrı belirtisinin sebeplerine dair psikolojik ve organik atıflarının etkileşiminin önemini vurgulamışlar ve ağrı inançlarını ölçmeye



yönelik PBPI'a alternatif bir envanter geliştirmişlerdir. Yapmış oldukları faktör analizleri sonucunda Organik İnançlar ve Psikolojik İnançlar olarak niteledikleri iki boyuta ayrılan ve “Ağrı İnançları Ölçeği” (The Pain Beliefs Questionnaire-PBQ) olarak isimlendirdikleri bu soru formu ile uzun süreli ağrıdan muzdarip olan kişilerin ağrının sebep ve sonuçları ve ağrı yaşantılarını etkileyebilecek faktörlerle ilgili taşıyabilecekleri inanç ve atıfları ölçmeyi hedeflemişlerdir. Bu çalışmanın sonucuna göre de kronik ağrı hastaları ve ağrısı olmayan normal grup arasında ağrının sebepleri ile ilgili inanç atıfları açısından anlamlı farklılıklar tespit etmişlerdir. Kronik ağrı hastaları organik faktörleri daha fazla dile getirirken, kontroller ağrı ile ilgili yaşanan problemlerin sorumluluğunu daha büyük oranda psikolojik faktörlere yüklemişlerdir. Bunun yanı sıra, kronik ağrı hastalarında daha fazla görülen organik atıflar ile ağrının dış faktörler tarafından kontrol edildiği inancı arasında da anlamlı korelasyon bulmuşlardır (Edwards ve ark., 1992).

Walsh ve Radcliffe ise (2002) 22-70 yaşları arasında 45'i erkek 84 bel ağrısı şikayeti bulunan hastaların ağrılarının kaynağı ve tedavisiyle ilgili inançlarını Ağrı İnançları Ölçeği'ni (AİÖ) kullanmak suretiyle sorgulamıştır. Bu inançların özellikle fiziksel özürlülük-işlevsellik düzeyi ile ilişkisine bakmışlar ve ayrıca fiziksel özürlülüğü hedef alan tedavi programları neticesinde bu inançlardaki değişim düzeylerini de incelemişlerdir. Özürlülük düzeyini belirlemek için hastalara Roland Morris Özürlülük Ölçeği'ni (Roland-Morris Disability Questionnaire), Kısa Form-36 Sağlık Taramasının (SF-36) Fiziksel Fonksiyon alt testini ve Oswestry Bel Ağrısı Özürlülük Ölçeği'ni vermişlerdir. Fiziksel özürlülük düzeylerinin farklı inanç atıflarına (organik veya psikolojik) göre değiştiğini bulgulayarak, ağrının sebebini organik faktörlere atfedenlerin organik inanç puanlarının tedavi sonrası anlamlı düzeyde düştüğünü bildirmişlerdir. Ağrıya yönelik psikolojik tedavilerde asıl değiştirilmesi gerekenin özürlülük gibi gözlenebilen davranış örüntüleri değil, özürlülük ile ilgili algılayış biçimleri ve Edwards ve arkadaşlarının da üstünde durmuş olduğu gibi (1992) ağrının kökeni ve sonucuna dair özellikle organik inanç atıfları olması gerektiği sonucuna varmışlardır (Walsh ve Radcliffe, 2002).

Anderson ve arkadaşları da 1995 tarihli makalelerinde kronik ağrı hastalarında kendine yetme inançlarını ölçebilmek amacıyla geliştirmiş oldukları Kronik Ağrı Kendine Yetme Ölçeği'nin (Chronic Pain Self-Efficacy Scale-CPSS) bulgularını sunmuşlardır. Bir multidisipliner ağrı tedavi programına katılımları açısından değerlendirilmekte olan hastalar arasından sırayla alınmış 141 kişilik ağrı hastası örnekleminin verilerine göre yapmış oldukları faktör analizi, ölçeğin 3 boyutu olduğunu göstermiştir: ağrı ile baş etmede kendine yetme, ağrının semptomları ile başa çıkmada kendine yetme ve fiziksel işlevsellikte kendine yetme. 136 kişilik ikinci bir kronik ağrı örnekleminde de aynı sonuçların tekrarlandığı bildirilmiştir. Bu ölçekten alınan puanların depresyon, ümitsizlik, somatik odaklanma ve kronik ağrı yaşantısına uyum ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu ölçeğin kronik ağrı hastalarında kendine yetme inançlarını değerlendirmede yeterli geçerlik ve güvenilirliği olduğu öne sürülmüştür. Ancak bu ölçek kullanılarak yürütülen bir diğer araştırmaya rastlanmamaktadır (Anderson ve ark., 1995).

2003 yılında Jensen ve arkadaşları ağrı ile ilgili inançları konu alan ölçeklerin, uzun oluşları bakımından bu konuda çalışan klinisyenleri kısıtladığını ileri sürmüşlerdir. Örneğin, alanda sık kullanılmakta olan Ağrı İnançları ve Algıları Envanteri (PBPI), Ağrı Tutumları Tarama Formu (SOPA) ve Artrit Kendine Yetme Ölçeği (Arthritis Self-Efficacy Scale-ASES) birbiriyle binişik olmayan boyutlar içermesi bakımından bir batarya şeklinde hastalara verilmekte, ancak bu ölçeklerin her birinin madde sayılarının çok fazla oluşu hem hastalara hem de klinisyenlere yük bindirmektedir. Araştırmacılar, bu iddiadan yola çıkarak sık kullanılan bu üç ölçeğin alt testlerinin bir ya da iki maddeden oluşan versiyonlarını hem rasyonel hem de ampirik yöntemler aracılığı ile geliştirme girişiminde bulunmuşlardır (Jensen ve ark., 2003). Çalışma bulgularının bu kısa alt ölçeklerin geçerlik ve güvenilirliğini desteklediğini bildirmiş olsalar da yine bu bir ya da iki maddelik kısa versiyonların kullanıldığı bir çalışma henüz bulunmamaktadır.

Alanda yakın zamanda yapılan çalışmalardan bir diğerinde de, yaşam kalitesindeki azalmanın pek çok kronik ağrıda önemli bir problem teşkil ettiği varsayımıyla, kronik ağrıdan muzdarip kişilerin sağlıkla bağlantılı yaşam kalitesi ve

ağrı inançları arasındaki ilişkiler incelenmiştir (Dysvik ve ark., 2004). Çalışmada 18-67 yaşları arasında, farklı ağrı şikayetleri bulunan 66 kadın ve 15 erkeğe PBPI ve SF-36 verilmiş ve sadece ağrılarının gizemli ya da anlaşılmaz olduğuna inananların SF-36'nın Mental Sağlık alt testinden daha düşük puanlar aldığı görülmüştür. Ancak aynı inancın fiziksel sağlıkta bozulma ile ilişkisi olmadığı bulunmuştur. PBPI'nin diğer inanç boyutlarının fiziksel ve mental fonksiyonla bağlantısı gözlenmemiştir. Çalışmada cinsiyet ve sosyal destek gibi sosyodemografik faktörler ile ağrının şiddet ve süresi gibi tıbbi parametrelerin işlevsellik ve özürlülük açısından en az ağrı inançları kadar önemli olduğu vurgulanmıştır.

Bütün bu çalışmaların yanında, Brown'ın 2004 yılında gerçekleştirdiği çalışma ise ağrı ile ilgili inançlar kavramına farklı bir bakış açısı getirmektedir. Üç farklı kronik ağrı destek grubuyla yapmış olduğu tarama çalışmasında Brown, kronik ağrı hizmetlerini kullananların kronik ağrı hastalarına yönelik belirli tedavi öğelerinin önemi ile ilgili inançlarını sorgulamıştır. Çalışmada aynı zamanda ağrıya dair iç kontrol inançları, ağrının güçlü olan başkalarının kontrol edilebileceği inancı ve ağrının şans öğeleri tarafından kontrol edildiğine dair üç farklı inancı ölçen Ağrı Kontrolüne Dair İnançlar Ölçeği (Beliefs About Pain Control Questionnaire-BPCQ) de kullanılmıştır. Tedavi programları içinde en çok kişisel baş etme ve biyomedikal odaklı yaklaşımlara daha fazla inanıldığı bildirilmiştir. Tercih edilen veya işe yararlılığına inanılan tedavi öğeleri ile BPCQ puanları arasında da anlamlı ilişkiler olduğu belirtilmiştir. Brown, bu çalışmanın sonuçlarına dayanarak tek tip ağrı hastası varsayımı ile yine belirli inançları sorgulayan tek yönlü çalışmaları eleştirmiştir (Brown, 2004).

Tüm bu çalışmaların sonuçlarına bakıldığında, ağrı inançları, baş etme becerileri, olumsuz duygu-düşünce yapılanmaları ya da ağrıya uyum gibi diğer bilişsel ve davranışsal yapıları etkileyen önemli bir moderatör olarak değerlendirilebilir. Ancak, bu çalışmalar her ne kadar içsellik, beklenti, baş etme becerileri ve ağrıya olumlu yönde uyum değişkenleri arasındaki ilişkiyi destekliyor olsa da bu çalışmaların hiçbirinin bu ilişkiler arasındaki nedensel örüntüyü test

etmediğinin de altı çizilmelidir. Üstelik tedavilerin özellikle hangi tür hastalarda ve hangi koşullarda kullanımı ile ilgili yeterli verileri de içermemektedirler.

#### 4. KRONİK AĞRI ALANINDA TÜRKİYE'DE YAPILAN ÇALIŞMALAR

Türkiye'de bu alanda yapılmış olan psikiyatrik ve psikolojik yönelimli çalışmaların yoğunluğu özellikle son yıllarda artış göstermektedir. Bu çalışmaların büyük bir çoğunluğu psikiyatrik morbidite ve psikososyal demografik değişkenlerin bildirimini açısından tanımsal özellikler taşımakla birlikte, ağrı yaşantısına eşlik eden kişilik örüntüleri, aile öyküsü ve olumsuz düşünce sıklığı ve başa çıkma yöntemlerini konu alan araştırmalara da rastlanmaktadır.

Bu çalışmalardan birinde Battal ve ekibi (1987) psikojenik ağrı bozukluklarında kişilik örüntüsünü MMPI uygulayarak ve aile öyküsünü de klinik görüşmeler yaparak incelemişler ve bu değerlendirmeler sonucunda hipokondriyazis, anksiyete ve depresyon eğilimi daha yüksek olanlara uygulanan medikal tedavi ile anksiyete, depresyon ve ağrı düzeylerinde önemli düşüşler olduğunu kaydetmişlerdir (Battal ve ark., 1987).

Bekaroğlu ve çalışma arkadaşları ise (1994) Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri arasından seçilen 18-20 yaşları arasında 65'i erkek toplam 140 öğrencide baş ağrısı sıklığı ve ağrı soygeçmişi, ağrının şiddet, süre, lokalizasyon ve şekli itibari ile özelliklerinin cinsiyete göre dağılımını ve SCL-90'ın tanı grupları ile ilişkisini araştırmışlardır. Öğrencilerin %60.7'sinin haftada 1-2 ve daha fazla sıklıkta ağrıdan muzdarip olduğunu, bu oranın %81'ini kız öğrencilerin teşkil ettiğini bildirmişlerdir. Bunun yanı sıra, SCL-90 Alt Semptom Grupları arasından somatizasyon, kişilerarası duyarlılık ve depresyon ölçek puanlarının baş ağrılı öğrencilerde daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (Bekaroğlu ve ark., 1994).

Ağrı yakınması olan hastalarda psikiyatrik morbiditeyi araştıran bir başka çalışmada ise bir psikiyatri kliniğine sevk edilen toplam 30 ağrı hastasının yaklaşık %90'ının DSM-IV kriterlerine göre psikiyatrik tanı aldığı rapor edilmiştir. Bu tanıları

içinde %30 görülme sıklığı ile majör depresyon birinci sırada yer almıştır (Dilbaz ve ark., 1997).

Kocabaş ve Çelebi de (1997) yaşları 14-18 arasında değişen hemşirelik öğrencilerinden Uluslararası Baş ağrısı Derneği'nin tanı kriterlerine göre migren tanısı almış 45, gerilim baş ağrısı tanısı almış 51 olgunun anksiyete, depresyon ve nörotik eğilim düzeylerini normal kontrol grubununkiler ile karşılaştırmışlardır. Her iki ağrı grubu bu üç özellik bakımından kontrollerden ayrılırken, migren grubu her üç değişkende de gerilim başağrısı grubundan daha yüksek skorlar elde etmiştir.

Fibromiyalji sendromlu 40, kronik bel ağrılı 40 ve 30 sağlıklı kadından oluşan kontrol grubuyla yapılan tanımsal özellikli bir başka araştırmada da ağrıya eşlik eden psikolojik faktörler MMPI kullanılmak sureti ile araştırılmıştır. Her iki ağrı grubunun nevroitik üçlü alt test puanları kontrollere göre daha yüksek bulunurken, ağrı hastalarının ağrı türlerine göre değil ağrı sürelerine göre MMPI alt test puanları açısından birbirinden farklılaştığı gözlenmiştir (Ardıç ve ark., 1997).

Yine fibromiyalji hastalarında bu defa ağrı ile başa çıkma davranışlarını inceleyen bir çalışmada Ataoğlu ve arkadaşları (1998), benzer yakınmaları olan kronik ağrı hastalarının ağrıdan etkilenme düzeylerinin farklı olmasından yola çıkarak bu farklılığın farklı başa çıkma yöntemlerine bağlı olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği'ne göre fibromiyaljili hastaların tıbbi çare arama ve çaresizlik girişimlerini osteoartrozlu hastalardan daha fazla kullandıklarını bulmuşlardır.

Kadınlarda ağrı ile ilgili bir başka tanımsal çalışma ise Alptekin ve ekibi tarafından gerçekleştirilmiştir (1999). Fibromiyalji tanısı almış 21 kadın hasta, 19 kişiden oluşan depresyon, 20 kişiden oluşan somatizasyon ve 20 kişiden oluşan sağlıklı kontrol grubu hassas nokta muayenesine göre hassas nokta sayısı ve DSM-III-R'e göre somatik belirti sıklığı açısından karşılaştırılmışlardır. Araştırmacılar, bulgularının fibromyaljinin ayrı bir sendrom olduğu görüşünü desteklediğini savunmuşlardır.

Karaca ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada ise (1999) hem kronik ağrılı hem de ayrıca migrenli hastalarda yine depresyon düzeylerine bakılırken bir taraftan da ağrı hastalarının Ağrı ile Başaçıkma Ölçeği'nden aldıkları puanlara göre bilinçli bilişsel girişimler, kendi kendine başa çıkma ve çaresizlik değerleri olarak tanımlanan ağrı ile başa çıkma becerileri de denkleme dahil edilmiştir. 28'i migrenli olmak üzere toplam 196 hastayla yapılan bu çalışmanın bulguları migrenli hastaların kendi kendine başa çıkma ve bilinçli bilişsel girişimlerle ilgili yöntemleri kronik ağrı tanısı almış diğer hastalara göre daha az oranda kullandıkları yönündedir. Hastaların depresyon düzeyleri arttıkça çaresizlik değerlerinde de belirgin bir artış olduğu da ayrıca gözlenmiştir (Karaca ve ark., 1999).

Aslan ve Nazlıel, bir nöroloji kliniğinde gerilim tipi baş ağrısı tanısı almış, 22-46 yaşları arasındaki 39'u kadın toplam 52 kişiyi yine anksiyete, depresyon düzeyi ve tanısal açıdan değerlendirdikleri makalelerinde (2002), vakalarda en yaygın görülen tanının %30.4 ile ağrı bozukluğu olduğunu bildirmişlerdir. Bu tanı grubunu %28.9 ile depresif bozukluk ve %13.5 ile somatizasyon bozukluğu takip etmiştir. Araştırmacılar, depresyon tanısı alan hastaların ağrı ile ilgili belirti şiddetinin somatoform bozukluk tanısı almış olanlardan daha yüksek olduğunu da bulgulamakla birlikte gerilim tipi baş ağrısının sözü geçen psikopatolojilerin bir parçası ve belirtisi olabileceğini tartışmışlardır (Aslan ve Nazlıel, 2002).

Yücel ve arkadaşları ise 2002 yılında gerçekleştirdikleri çalışmalarında (Yücel, 2002b) kronik baş ağrısı ve bel ağrısı olan kadınların dissosiyatif yaşantıları ile çocukluk çağına ait travmatik olaylar arasındaki ilişkiyi test etmişlerdir. 41'i baş ağrısı, 32'si de bel ağrısı olmak üzere iki gruba Dissosiyatif Yaşantılar Skalası (Dissociative Experiences Scale-DES), Somatoform Dissosiyasyon Soru Formu (Somatoform Dissociation Questionnaire-SDQ) ve Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ve İhmal Soru Formunu (Childhood Abuse and Neglect Questionnaire) vermişlerdir. Çocukluk çağı cinsel, fiziksel ve duygusal kötüye kullanım öyküsü ile genel kötüye kullanım ve ihmal öyküsü açısından iki grubun birbirinden farklılaşmadığını saptamışlardır. İki grup arasında DES skorları açısından da fark olmadığını görmüşlerdir. SDQ skorlarının çocukluk çağı ihmal öyküsü açısından iki grubu

birbirinden ayırdığını tespit etmişlerdir. Bu sonuçlara dayanarak SDQ'nun ihmal öyküsü açısından duyarlılığının incelenmesi gerektiğini tartışmışlardır.

Yücel ve arkadaşları tarafından aynı yıl yapılmış olan bir diğer çalışmada da (2002a), gerilim baş ağrısı tanısı almış 105 kişinin depresyon düzeyi, otomatik düşüncelerin görülme sıklığı, aleksitimi ve kendini ortaya koyma düzeyleri 70 kişiden oluşan sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Gerilim baş ağrısı olanların depresyon, aleksitimi ve otomatik düşüncelerin sıklığı açısından sağlıklı kontrollerden daha yüksek, kendini ortaya koyma açısından ise daha düşük puan aldıkları görülmüştür. Kronik gerilim tipi baş ağrısı olanların da depresyon ve otomatik düşünceler puanları epizodik gerilim tipi baş ağrısı olanlardan daha yüksek bulunmuştur (Yücel ve ark., 2002a).

2003 tarihinde yürütülmüş olan bir başka çalışmada ise kronik ağrı hastalarında yine anksiyete ve depresyonun bu defa yaşam kalitesine etkisi araştırılmıştır (Yazıcı ve ark., 2003). Çalışmanın kronik ağrı grubunu en az 6 aydır bel, boyun veya diz ağrısı olan 36-50 yaşları arasında 111'i kadın 130 kişi oluşturmuştur. Kontrol grubuna ise herhangi bir organik veya psikiyatrik rahatsızlığı bulunmayan sağlıklı kişiler alınmıştır. Çalışmanın sonuçları, kronik ağrı grubunun Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'ne (Hospital Anxiety and Depression Inventory-HAD) göre anksiyete ve depresyon puanlarının kontrollerden yüksek olduğunu göstermiştir. Bunun yanı sıra Görsel Analog Skalası ile ölçülen ağrı şiddetinin Kısa Form-36 Sağlık Taramasının (Short Form-36, SF-36) fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık ve enerji/vitalite alt ölçekleri ile ters orantılı bir ilişkisi olduğunu bildirmişlerdir. Hastaların HAD puanları ile SF-36'nın bütün alt ölçek puanları arasında da negatif bir korelasyon bulmuşlardır. Bu sonuçlara göre kronik ağrı hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini ve bu hastalarda psikiyatrik değerlendirme ve müdahalenin yaşam kalitelerinin artmasını sağlayacağını ileri sürmüşlerdir.

Bu çalışmalara genel olarak bakıldığında psikiyatrik bakış açısının hakimiyeti dikkati çekmektedir. Kronik ağrı alanında Türkiye'de gerçekleştirilmiş olan bu



çalışmaların büyük bir çoğunluğu kronik ağrı-psikopatoloji arasındaki ilişkileri ya direkt ya da ağrı şiddeti, süresi, ağrı türü ve kişilik özellikleri gibi ara değişkenlerin etkisini dikkate alarak incelemiştir. Bu çalışmalarda, ağrıya eşlik eden psikopatolojilerin türü ve sıklığı açısından dünya literatürüyle uyumlu sonuçlar elde edilmişse de, 5 çalışma dışında (Ataoğlu ve ark., 1998; Karaca ve ark., 1999; Yazıcı ve ark., 2003; Yücel ve ark., 2002a; Yücel ve ark., 2002b) henüz Sharp'ın (2001) yeniden yapılandırılmış bilişsel-davranışçı modelinde ileri sürmüş olduğu değişkenleri kapsamlı bir şekilde araştıran çalışmalara rastlanmamaktadır. Bu beş çalışma da kullanılan materyaller ve ağrı yaşantısı ile ilgili sorulan sorular açısından farklılaşmaktadır.

Bunun yanı sıra, Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği, SF-36 ve Otomatik Düşünceler Ölçeği dışında ağrı alanında kullanılabilirliği olan, hatta bizzat ağrı yaşantısını irdeleyen ve bilişsel-davranışçı yaklaşım adına veri bütünlüğünü sağlayacak geçerli ve güvenilir ölçeklerin eksikliği de göze çarpmaktadır. Bu çalışmalarda kullanılan materyallerin büyük bir çoğunluğu psikopatolojileri ayıran materyallerdir.

Öte yandan, Türk toplumunda ağrı inançlarını irdeleyen herhangi bir çalışma görülmediği gibi bu inançların ayırt edilmesi ya da ölçülmesine olanak sağlayacak herhangi bir envanter çalışması da henüz gerçekleşmemiştir. Ancak, Şahin ve arkadaşları, henüz tamamlandığına dair bir bulgu olmasa da, "Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği"'nin Türkçe uyarlama çalışmasına 2002 yılında başlamışlardır (Şahin, 2005). Bu ölçeğin Türkçe'ye kazandırılması, ağrı ile ilgili atıfların incelenme sürecine de kuşkusuz hız kazandıracaktır.

## 5. PROBLEM VE HİPOTEZLER

Bu çalışma Sharp'ın (2001) yenilenmiş bilişsel-davranışçı modelinde ileri sürdüğü ve tartıştığı ağrı inançları kavramını, aynı modelin bileşenleri kapsamında, bir grup kronik ağrı hastası üzerinde incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Ancak Türkiye'de, bu kuram ışığında ağrı inançlarını değerlendiren herhangi bir çalışma olmadığı gibi ağrı inançlarını ölçmeyi sağlayacak bir materyal de bulunmamaktadır. Bu doğrultuda, çalışmanın temel amacı, kronik ağrı hastalarının ağrılarının sebep ve sonuçlarına dair inançlarını ölçmek için Edwards ve ekibi (1992) tarafından geliştirilmiş olan "Ağrı İnançları Ölçeği"nin (AİÖ) Türkçe adaptasyonunu gerçekleştirmektir.

Bu temel amacın dışında, yine Sharp'ın yenilenmiş bilişsel-davranışçı modelinde ele aldığı bileşenler ve ağrı inançları arasındaki ilişkiler doğrultusunda, bu çalışmanın yan amaçları:

- Ağrının şiddeti, başlangıç yaşı, süresi, ilaç kötüye kullanım düzeyi gibi ağrı özellikleri ve yaş ile ağrı inanç atıfları arasındaki ilişkileri saptamak,
- Ağrı ile ilgili inanç atıflarının çalışma gruplarında ağrı türüne, yaşa, cinsiyete, eğitime, medeni duruma ve hastalık, psikopatoloji ve ağrı soygeçmiş bildirimine ve ağrının şiddet ve sıklığı ile ağrı ile ilgili davranış ve tutum örüntülerine göre nasıl değiştiğini incelemektir.

Çalışmanın temel amacı doğrultusunda geliştirilen hipotezler aşağıdaki gibidir:

### 5.1. Genel Hipotez

"Ağrı İnançları Ölçeği" kronik ağrı hastalarının ağrının kaynağına ve sonucuna yönelik organik ve psikolojik inanç atıflarını ölçen geçerli ve güvenilir bir ölçektir.

## **5.2. İşlemsel Hipotezler**

### **5.2.1. Ağrı İnançları Ölçeği'nin Güvenirlik Çalışması**

#### **5.2.1.1. İç Tutarlık (Kuder Richardson Güvenirliği)**

Ağrı İnançları Ölçeği-Organik İnançlar alt testinin (AİÖ-O) maddeler arası tutarlık (iç tutarlık) Cronbach Alpha katsayısı yüksek olacaktır.

Ağrı İnançları Ölçeği-Psikolojik İnançlar alt testinin (AİÖ-P) maddeler arası tutarlık (iç tutarlık) Cronbach Alpha katsayısı yüksek olacaktır.

#### **5.2.1.2. Test-Tekrar Test Güvenirliği**

AİÖ-O alt testinin 15 gün arayla elde edilen puanları arasındaki Pearson Momentler çarpımı korelasyon değişmezlik katsayısı yüksek olacaktır.

AİÖ-P alt testinin 15 gün arayla elde edilen puanları arasındaki Pearson Momentler çarpımı korelasyon değişmezlik katsayısı yüksek olacaktır.

### **5.2.2. Ağrı İnançları Ölçeği'nin Geçerlik Çalışması**

#### **5.2.2.1. Yapı Geçerliği**

##### **a. Faktör Analizi**

Faktör analizi sonucunda Ağrı İnançları Ölçeği'nin maddeleri, orijinal formda olduğu gibi, Organik (AİÖ-O) ve Psikolojik (AİÖ-P) olmak üzere iki faktörde toplanacaktır.

## **b. Araştırma ve Kontrol Grupları Arasındaki Karşılaştırmalar**

AIÖ-O'dan alınan puanlar: Kronik ağrı grubunda, öğrenci ve ağrısız kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olacaktır.

AIÖ-P'den alınan puanlar: Kronik ağrı grubunda, öğrenci ve ağrısız kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha düşük olacaktır.

### **5.2.2.2. Ölçüt-Bağımlı Geçerlik**

#### **a. AIÖ-O puanları yükseldikçe:**

Otomatik Düşünceler Ölçeğinden (ODÖ) alınan puanlar da yükselecektir.

Kısa Form-36 Sağlık Taraması'nın (SF-36) Fiziksel Boyutu (PD), Fiziksel Fonksiyon (PF), Fiziksel sağlık problemlerine bağlı rol kısıtlılıkları (RP) ve Bedensel Ağrı (BP) alt testlerinden alınan puanlar düşecektir.

#### **b. AIÖ-P puanları yükseldikçe:**

ODÖ puanları düşecektir.

SF-36'nın Mental Boyutu (MD), Duygusal/Emosyonel problemlere bağlı rol kısıtlılıkları (RE) ve Genel Zihinsel/Mental Sağlık (MH) alt testlerinden alınan puanlar da yükselecektir.

### **5.2.3. Yan Amaçlar**

Çalışmanın yan amaçları doğrultusunda şu sorular sorulmuştur:

1. Ağrının Görsel Analog Skalası ile ölçülen şiddeti, başlangıç yaşı, süresi, ilaç kötüye kullanım düzeyi gibi ağrı özellikleri ve yaş ile Ağrı İnançları Ölçeği'nin Psikolojik ve Organik İnançlar alt testlerinden alınan puanlar arasında anlamlı bağıntılar var mıdır?

2. a. Ağrı İnançları Ölçeği'nin Psikolojik İnançlar ve Organik İnançlar alt testlerinden alınan puanlar bel ağrısı, baş ağrısı ve kol-omuz-bacak-yüz gibi diğer türde ağrısı olanları birbirinden ayırt etmekte midir?
- b. Ağrı İnançları Ölçeği'nin Psikolojik İnançlar ve Organik İnançlar alt testlerinden alınan puanlar yaşa, cinsiyete, eğitim, medeni durum ve hastalık, psikopatoloji ve ağrı soygeçmiş bildiriminin kategorilerine göre farklılaşmakta mıdır?
- c. Ağrı İnançları Ölçeği'nin Psikolojik İnançlar ve Organik İnançlar alt testlerinden alınan puanlar ağrının şiddet ve sıklık kategorilerine göre değişmekte midir?
- d. Ağrı İnançları Ölçeği'nin Psikolojik İnançlar ve Organik İnançlar alt testlerinden alınan puanlar ağrı beklenti korkusu, sosyal kaçınma davranışı, ağrı ile baş etme ve yakınların ağrıya tepkileri olarak tanımlanan ağrı davranış ve tutum örüntü kategorilerine göre farklılık göstermekte midir?

## 6. YÖNTEM

### 6.1. Katılımcılar

#### 6.1.1. Araştırma Grubu (Kronik Ağrı Grubu)

İ.Ü., İstanbul Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Anabilim Dalı, Algoloji Bilim Dalı-Ağrı Polikliniği'ne ağrı şikayetiyle başvuranlardan aşağıda belirtilen işleme kriterlerine uyan 48 kişi bu gruba dahil edilmiştir:

İşleme Kriterleri;

\* Gerekli fiziksel, nörolojik, radyolojik ve labarotuar tetkikleri sonucunda ağrı şikayetleri dışında *Kronik Hepatit Hastalığı, Romatoid Artrit, Kronik Diabet ya da Kardiovasküler hastalıklar* gibi başka herhangi bir kronik-sistemik hastalığı bulunmayan

\* 18-65 yaş arası

\* Verilen form ve ölçekleri okuyup anlamalarına yetecek mental kapasiteye sahip

\* En az ilkokul mezunu

\*Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı'nın (IASP) kronik ağrılar sınıflaması ışığında (1988) ağrı uzmanları tarafından yapılan medikal değerlendirme ve gerekli fiziksel, nörolojik, radyolojik ve labarotuar tetkikleri sonucunda herhangi bir kronik ağrı tanısı almış, çalışmaya katılmaya istekli, ardı sıra yönlendirilen 48 kişi bu gruba dahil olmuştur.

Dışlama Kriterleri:

\* DSM IV'ün tanı ölçütlerine göre şu an itibariyle herhangi bir majör psikopatoloji tanısı alan ve psikiyatrik-psikolojik tedavi gören ve

\*Ağrı şikayetine yönelik medikal tedavisine başlanmış olan kronik ağrılı kişiler çalışma grubuna dahil edilmemiştir.

## **6.1.2. Kontrol Grupları**

### **6.1.2.1. Ağrısız-Sağlıklı Öğrenci (Adaptasyon) Grubu**

Yaşları 17-27 arasında değişen İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi 1. ve 2. sınıf öğrencileri, İ.Ü. Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü 3. ve 4. sınıf öğrencileri ile İ.Ü. Edebiyat Fakültesi Antropoloji Bölümü 3. ve 4. sınıf öğrencilerinden oluşan, çalışmaya katılmaya istekli 187 kişi çalışmanın geçerlik ve güvenirlik grubunu oluşturmuştur.

Doldurulan Ağrı Değerlendirme Formu ve Genel Sağlık Tarama Formu'na göre herhangi bir ağrı şikayeti veya sistemik ve psikiyatrik hastalığı olup da halihazırda tedavi gördüğünü bildirenler çalışma grubuna dahil edilmemiştir.

### **6.1.2.2. Ağrılı Öğrenci Grubu**

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi 1. ve 2. sınıf öğrencileri, İ.Ü. Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü 3. ve 4. sınıf öğrencileri ile İ.Ü. Edebiyat Fakültesi Antropoloji Bölümü 3. ve 4. sınıf öğrencilerinden vücudunun herhangi bir bölgesinde en az 6 aydır ağrısı olduğunu bildiren ve yaşları 18-28 arasında değişen, çalışmaya katılmaya istekli 76 kişi bu grubu oluşturmuştur.

Doldurulan Sağlık Tarama Formu'na göre sistemik ve psikiyatrik hastalığı olup da halihazırda tedavi gördüğünü bildirenler ağrılı öğrenci grubuna dahil edilmemiştir.

### 6.1.2.3. Ağrısız-Sağlıklı Kontrol Grubu

- \* Doldurulan Genel Sağlık Tarama Formu'na göre herhangi bir kronik-sistemik hastalığı ve/veya psikiyatrik bozukluğu bulunmayan
  - \* Verilen form ve ölçekleri okuyup anlamalarına yetecek mental kapasiteye sahip
  - \* En az ilkokul mezunu
  - \* DSM IV'ün tanı ölçütlerine göre şu an itibariyle herhangi bir majör psikopatoloji tanısı almayan
  - \* Herhangi bir kronik ağrı şikayeti bulunmayan
- çalışmaya katılmaya istekli 48 kişi bu grubu oluşturmuştur. Kontrol grubundaki katılımcılar yaş, cinsiyet, eğitim ve medeni durum değişkenleri açısından kronik ağrı grubuyla eşleştirilmiştir.

## 6.2. Materyaller

### 6.2.1. Ağrı İnançları Ölçeği (AİÖ)

Ağrı İnançları Ölçeği (AİÖ) (The Pain Beliefs Questionnaire-PBQ) 1992 yılında Edwards ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Araştırmacılar, kronik ağrının sebebinin kontrol edilemez-dış-organik faktörlerle ilintili olduğuna inanılmasının tedavilerin etkinliğini de olumsuz etkilediğini öne sürmektedirler. Ölçeği geliştirmelerinin en önemli amacının da kronik ağrı hastalarının o güne kadar araştırılmamış olan ağrının kökenine ilişkin psikolojik ve organik atıflarını anlamak olduğundan bahsetmektedirlerdir (Edwards ve ark., 1992).

Bu ölçeğin orijinal formunda ağrının kaynakları ve tedavi şekliyle ilgili inançları kapsayan toplam 20 madde bulunmaktadır. Araştırmacılar ilk olarak 100 kronik ağrı hastası ve 194 üniversite öğrencisinden oluşan ağrısız kontrol grubu olmak üzere toplam 294 kişiye bu formu vermişlerdir. Yapılan faktör analizi sonucunda toplam değişimin %68.15'ini açıklayan 2 faktör bulunmuştur. Buna göre



iki alt test oluşturulmuştur: 8 maddeden oluşan Organik İnançlar alt testi ve 4 maddeden oluşan Psikolojik İnançlar alt testi (Edwards ve ark., 1992) (Ek 1).

Testin yapı geçerlik çalışmasında kronik ağrı hastalarının cevapları ağrısız kontrol grubunun cevaplarıyla karşılaştırılmıştır. Ağrı hastaları Organik İnançlar alt testinden daha yüksek puanlar alırken, ağrısız kontrol grubunun Psikolojik İnançlar alt test puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ölçeğin ölçüt bağımlı geçerlik çalışmasında ise Organik İnançlar alt testinden alınan puanlar Çok Yönlü Sağlık Kontrol Odağı testinin (Multidimensional Health Locus of Control-MHLC) Şans (Chance) ve Güçlü Diğerleri (Powerful Others) alt testleriyle karşılaştırılmış ve anlamlı doğru orantılı korelasyonlar bulunmuştur (sırasıyla  $r = 0.43$ ,  $p < .001$  ve  $r = 0.41$ ,  $p < .001$ ). Psikolojik İnançlar alt testinden alınan puanlar ise aynı testin İçsel (Internal) alt testiyle karşılaştırılmış ve aralarındaki korelasyon yine anlamlı bulunmuştur ( $r = 0.39$ ,  $p < .05$ ).

Her alt testin madde numaraları şu şekilde sıralanmaktadır:

Organik İnançlar: 1, 2, 3, 5, 7, 8, 10, 11. maddeler

Psikolojik İnançlar: 4, 6, 9, 12. maddeler

Testi alanlardan 1. “hiçbir zaman” ile 6. “her zaman” arasında değişen 6 seçenekten kendileri için en uygununu işaretlemeleri istenir. Puanlar her madde için 1 ile 6 arasında değişir. Her alt test için toplam puan o alt testteki maddelerden alınan puanların toplamı o alt teste ait madde sayısına bölünmesi suretiyle hesaplanır.

Ölçeğin güvenirlik çalışmasında ise iç tutarlılık skorları Cronbach Alpha katsayısı ile ölçülmüş ve bu katsayı Organik İnançlar alt testi için 0.71 ve Psikolojik İnançlar alt testi için de 0.73 olarak bulunmuştur.

Literatürde Ağrı İnançları Ölçeği ile yapılmış yalnızca tek bir çalışma bulunmaktadır. Bu bakımdan ölçeğin ölçtüğü iddia edilen iki inanç boyutunun oldukça bakir ve araştırılmaya açık olduğu düşünülebilir. Bu tek çalışmaya göre

(Walsh ve Radcliffe, 2002), AIÖ'nün 22-70 yaşları arasındaki 45'i erkek 84 kişiden oluşan bel ağrılı grup için faktör yapısının tekrarlandığı ve her iki alt testin de iç tutarlığının yüksek olduğu bildirilmiştir (Cronbach alpha: psikolojik ağrı inançları için .76, organik ağrı inançları için .75). Bunun yanı sıra, organik ağrı inançları skorlarının SF-36'nın fiziksel fonksiyon skorları ile anlamlı korelasyon gösterdiği de bulunmuştur. Başka bir deyişle, ağrının kökenine yönelik organik inanç atıfları daha yüksek olanların fiziksel özürüllüğü de daha yüksektir. Ayrıca araştırmacılar organik ve psikolojik inançlar alt testleri arasında herhangi bir anlamlı ilişki bulunmamış olmasını da her iki alt testin farklı boyutları geçerli bir şekilde ölçmesi biçiminde yorumlamışlardır. Sonuç olarak araştırmalarının bulgularının ölçeği geliştiren Edwards ve ekibinin (1992) bulgularını desteklediğini öne sürmüşlerdir.

### **6.2.1.1. Ağrı İnançları Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması**

Ağrı İnançları Ölçeği'nin Türkçe adaptasyon çalışmasının yapılmasına karar verildiğinde, ölçeğin orijinal formunu geliştiren yazarlar ile irtibat kurulmuş ve gerekli izin ve ölçek ile ilgili bilgiler alınmıştır (Ek 2).

Ölçek Türkçe'ye, İngilizce diline hakim 3 uzman psikolog tarafından ayrı ayrı çevrilmiştir. Türkçe formun metni, her üç çeviri de incelenip içlerinden en uygun maddeler seçilmek suretiyle oluşturulmuştur. Daha sonra, bu Türkçe formun geri çevirisi de yine İngilizce diline üst düzeyde hakim olan farklı iki uzman psikolog tarafından yapılmıştır. Bu iki geri çevirinin de orijinal forma çok yakın olduğu görülmüştür. Bu yüzden geri çevirisi yapılmış olan Türkçe Form adaptasyon çalışmasına başlanmak üzere kabul edilmiştir (Ek 3).

Ölçeğin Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışması 187 kişiden oluşan öğrenci grubu, 76 kişiden oluşan ağrılı öğrenci grubu, 48 kişiden oluşan kronik ağrı grubu ve kronik ağrı grubu ile cinsiyet, medeni durum, yaş ve eğitim değişkenleri açısından eşleştirilmiş olan yine 48 kişilik ağrısız sağlıklı kontrol grubu ile gerçekleştirilmiştir.

Ölçeğin geçerlik çalışması kapsamında faktör analizi yapılmış, yine yapı geçerliği açısından dört grubun AIÖ-O ve AIÖ-P alt testlerinden almış oldukları puanlar karşılaştırılmıştır.

Ölçeğin ölçüt-bağımlı geçerliğini değerlendirmek amacıyla, Sharp'ın Bilişsel Davranışçı modelinin merkezine yerleştirmiş olduğu bilişsel değerlendirmeler ve duygu durum arasındaki ilişkiler bağlamında (Sharp, 2001) ve Karaca ve çalışma arkadaşları ile Stroud ve ekibinin (2000) çalışmaları doğrultusunda, AIÖ'nün her iki alt testinden alınan puanların, kişide otomatik düşüncelerin görülme sıklığını ölçen Otomatik Düşünceler Ölçeği'nden (ODÖ) alınan puanlarla ilişkisine bakılmıştır .

Ayrıca, yine Sharp'ın modeli ile birlikte Yazıcı ve arkadaşları (2003) ve Dysvik ve ekibinin (2004) çalışmaları baz alınarak, AIÖ'nün alt test puanları ile SF-36'nın Fiziksel, Mental boyutları ile ayrı ayrı diğer bütün alt testleri ile olan ilişkileri incelenmiştir.

Ölçeğin Kuder Richardson güvenilirlik katsayısı, madde-toplam puan korelasyonları ve test-tekrar test değişmezlik katsayıları da ölçeğin güvenilirlik çalışması kapsamında araştırılmıştır.

### **6.2.2.Otomatik Düşünceler Ölçeği**

1980 yılında Hollan ve Kendall tarafından depresyonla ilişkili olumsuz otomatik düşüncelerin ortaya çıkma sıklığını ölçmek amacıyla geliştirilmiş olan ve kişinin kendi başına cevaplayabileceği bu ölçekte 30 madde bulunmaktadır. Her madde için “hiç bir zaman”, “bazen”, “oldukça sık”, “sık sık” ve “her zaman” sıklıklarından birinin seçilmesi istenir. Cevaplar 1 ile 5 arasında değişen puanlarla değerlendirilir. Ölçekten alınan yüksek puanlar otomatik düşüncelerin sıklığının da yüksek olduğunu göstermektedir (Hollan ve Kendall, 1980) (Ek 4).

Ölçeğin orijinal formu 788 üniversite öğrencisinden elde edilen bir düşünce listesinden 100 maddenin seçilmesi ile oluşturulmuştur. Seçilen bu 100 madde 312 öğrenciden oluşan başka bir örnekleme uygulanmış ve depresif ve depresif olmayan grupları ayırt edebilen 30 madde seçilerek ölçek son halini bulmuştur.

Ölçeğin güvenirlik çalışmasında, depresif, depresif olmayan psikopatolojik ve diğer hastalar olmak üzere üç ayrı grupta bakılan iç tutarlık cronbach alpha katsayısı sırayla .94, .89 ve .91 olarak bulunmuştur. Yarıya bölme güvenirliği ise depresif grup için  $r=.91$ , psikopatolojik grupta  $r=.59$  ve diğer hastalarda da  $r=.87$ 'dir.

Ölçeğin ölçüt-bağımlı geçerlik çalışması da ölçeğin Beck Depresyon Envanteri ve MMPI-D skalası ile korelasyonuna bakılarak yapılmıştır. Bu korelasyon katsayılarının sırasıyla .87 ve .85 olduğu görülmüştür.

Türkçe formula ilgili ilk çalışmalar Aytar (1987) ve Bahadır (1988; 1990) tarafından gerçekleştirilmiş, ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Şahin ve Şahin tarafından 1992 yılında tamamlanmıştır. Ölçek Türkçe'ye dört araştırmacı tarafından ayrı ayrı çevirilmiş, daha sonra bu dört çeviri İngilizce okutmanı olan bir uzman görüşüne sunularak orijinal maddeleri en iyi temsil eden maddeler ölçeğe dahil edilmiştir (Aydın ve Aydın, 1990).

Türkçe formun iç tutarlık güvenirlik çalışması 345 öğrenciyle yapılmış ve Cronbach Alpha .93 olarak bulunmuştur (Şahin ve Şahin, 1992). Aydın ve Aydın tarafından (1990) 57 depresif hasta ve 57 normal kişiden oluşan 114 kişilik bir örnekleme ise bu katsayının .95 olduğu görülmüştür. Ölçeğin Aytar (1987) tarafından 50 kişi depresif, 50 kişi kontrol olmak üzere iki gruba uygulanması sonucu elde edilen Cronbach Alpha güvenirlik katsayıları ise sırasıyla .94, .89 ve .91 olarak bildirilmiştir.

Madde-toplam puan korelasyonları .35 ile .69 arasında bulunmuştur. Yarıya bölme güvenirlik katsayısının ise .91 olduğu belirtilmiştir (Şahin ve Şahin, 1992).

Ölçekle ilgili yapılan geçerlik çalışmasına göre ölçeğin Beck Depresyon Envanteri'ne göre semptomatik olan ve olmayan grupları anlamlı olarak ayırt edebildiği gösterilmiştir (Şahin ve Şahin, 1992). Ölçüt-bağımlı geçerliğine göre Beck Depresyon Envanteri ile korelasyonunun .75 (Şahin ve Şahin, 1992), MMPI-D skalası ile .85 ve Çok yönlü Depresyon Ölçeği ile .60 (Aytar, 1987), Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği ile .27 (Şahin ve Şahin, 1992) olduğu bulunmuştur.

Yapı geçerliği kapsamında yapılan faktör analizi sonucunda ölçeğin “kişinin kendine yönelik negatif duygu ve düşünceleri” (2, 3, 7, 8, 17, 18, 21, 23, 24, 27. maddeler), “şaşkınlık-kaçma fantazileri” (13, 14, 15, 19, 20, 22. maddeler), “kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri” (9, 26, 29. maddeler), “yalnızlık-izolasyon” (1, 4, 10, 28. maddeler) ve “ümitsizlik” (6, 11, 12, 25. maddeler) olmak üzere toplam 5 faktörden oluştuğu bildirilmiştir (Şahin ve Şahin, 1992).

### **6.2.3. Kısa Form-36 Sağlık Taraması (SF-36)**

Kısa Form-36 Sağlık Taraması (SF-36) (MOS 36-item Short Form Health Survey), Tıbbi Sonuçlar Çalışması (Medical Outcomes Study-MOS) kapsamında Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştirilen ve yaşam kalitesini ölçmeyi hedefleyen sağlık durumu ölçeklerinden biridir. Formun geçerlik ve güvenirlik çalışması Ware ve Sherbourne tarafından 1992 yılında yapılmıştır. Tek bir indeks olarak oluşturulmamıştır, bilakis fiziksel ve mental sağlığı ölçen ve farklı ölçeklerin özetini içeren bir sağlık profilidir. 14 yaş ve üzerindeki kişilerin kendi kendilerine doldurabilecekleri bir formdur (McHorney ve ark., 1994) (Ek 5).

Tablo 1’de de görülebileceği gibi sağlıkla ilgili 8 farklı kavramı ölçen tek bir formdan oluşmuştur. Bu kavramlar:

1. Fiziksel Fonksiyon (Physical Functioning-PF)
2. Fiziksel sağlık problemlerine bağlı rol kısıtlılıkları (role limitations due to physical health problems-RP)
3. Bedensel Ağrı (Bodily Pain-BP)
4. Sosyal Fonksiyon (Social Functioning-SF)
5. Genel Zihinsel/Mental Sağlık (Psychological distress and psychological well-being-MH)
6. Duygusal/Emosyonel problemlere bağlı rol kısıtlılıkları (Role limitations due to emotional problems-RE)
7. Vitalite yani Enerji/Yorgunluk (Vitality-energy/fatigue-VT)
8. Genel sağlık algısı (General health perception-GH)

olarak 8 farklı boyutta ele alınmaktadır. Her alt ölçek 0-100 skorları arasında puanlanır; yüksek puanlar daha iyi düzeyde yaşam kalitesini temsil eder. Bu maddelere ek olarak sağlık durumundaki değişimi (health transition) ölçen ancak puanlama dışı tutulan bir madde daha vardır.

**Tablo 1.** SF-36 Sağlık Statü Ölçeği'nin alt boyutları ve bu boyutlardan alınan düşük ve yüksek puanların anlamı

Kavramlar	Madde Sayısı	Puanların Anlamı	
		Düşük Puanlar	Yüksek Puanlar
Fiziksel fonksiyon (PF)	10	Giyinmek ve banyo yapmak da dahil bütün fiziksel aktiviteleri gerçekleştirmekte kısıtlılık	Sağlıkla ilgili hiç bir kısıtlama olmaksızın en yüklü olanlar da dahil her türlü fiziksel aktiviteyi gerçekleştirebilmek
Fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlılıkları (RP)	4	Fiziksel sağlığa bağlı olarak iş ve diğer günlük aktivitelerde problemler	Son 4 haftadır iş ve diğer günlük aktivitelerde fiziksel sağlığa bağlı hiç bir problem yaşamamak
Sosyal fonksiyon (SF)	2	Fiziksel ve duygusal problemlerin normal sosyal aktiviteyi üst düzeyde engellemesi	Son 4 haftadır fiziksel veya duygusal problemlere bağlı hiç bir engellenme ile karşılaşmadan normal sosyal aktiviteyi gerçekleştirmek
Bedensel ağrı (BP)	2	Çok şiddetli ve tamamıyla kısıtlayıcı ağrı	Son 4 haftadır hiç ağrı veya ağrıya bağlı kısıtlanma olmaması
Genel mental sağlık (MH)	5	Her an sinirlilik ve depresyon duyguları	Son 4 haftadır her an huzurlu, mutlu ve sakin hissetmek
Duygusal problemlere bağlı rol kısıtlılıkları (RE)	3	Duygusal problemlere bağlı olarak iş ve diğer günlük aktivitelerde problemler	Son 4 haftadır iş ve diğer günlük aktivitelerde duygusal problemlere bağlı hiç bir problem yaşamamak
Vitalite (VT)	4	Her an yorgun ve tükenmiş hissetmek	Son 4 haftadır her an enerji dolu hissetmek
Genel sağlık algısı (GH)	5	Sağlığın kötü olduğu ve daha da kötüye gideceğine inanmak	Kişisel sağlığın mükemmel olduğuna inanmak

Ölçeğin orijinal formunun test-tekrar test güvenilirlik bulguları  $r=.60$  ile  $r=.81$  arasında değişmektedir. Madde ölçek korelasyonları ise  $.74$  ile  $.93$  arasında değişmektedir. İç-tutarlılık Cronbach Alpha değerlerinin ise  $.73$  ile  $.96$  arasında değiştiği gözlenmektedir. Her üç güvenilirlik bulgusunda da en düşük korelasyon katsayısının SF alt testine ait olduğu görülmüştür (Ware ve Sherbourne, 1992). Ölçüt-Bağımlı geçerliğine bakıldığında SF-36'nın yaşam kalitesini ölçen diğer envanterlerle korelasyonlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (McHorney ve ark., 1994).

Diskriminant güvenilirlik çalışmalarına göre ise SF-36'nın üriner bozukluklar, omuz patolojileri, bel ağrısı, migren, Parkinson Hastalığı, astım, ve depresyon gibi yakınmaları ayırt edebildiği ve ayrıca komorbid durumda olanlar ve olmayanları da ayırtabildiği bulgulanmıştır (McHorney ve ark., 1994).

Ölçek Türkçe'ye Fişek (Demirsoy, 1999) tarafından çevrilmiş ve ölçeğin Türkçe formu Tıbbi Sonuçlar Fonu (Medical Outcomes Trust) tarafından da onaylanmıştır (Demirsoy, 1999).

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği ise Demirsoy tarafından (1999) yapılmıştır. İstanbul Üniversitesi öğrencilerinden 17-29 yaşları arasında, sağlıklı, fiziksel bozukluğu olanlar ve mental bozukluğu olanlar olmak üzere üç gruba ayrılan toplam 238 kişi adaptasyon çalışması grubunu oluşturmuştur. Ölçeğin iç-tutarlılık Cronbach Alpha katsayılarının  $.75$  (RE) ile  $.90$  (MH) arasında değiştiği görülmüştür.

Ana bileşenler yöntemi ile 35 item üzerinden yapılan analizler en zayıf madde yükleri PF altında olmakla birlikte ölçeğin maddelerinin orijinalindeki gibi 8 faktörde toplandığını göstermiştir.

SF-36'nın alt ölçekleri üzerinde yine ana bileşenler yöntemi ile yürütülen analizlerde ise, ölçeğin yine orijinaldeki gibi toplam değişimin %51.5'ini açıklayan mental boyut (MD) ve toplam değişimin %67.6'sını açıklayan Fiziksel Boyut (PD) olmak üzere 2 boyutu olduğunu ve RE ve MH alt testlerinin MD boyutu ve PF, RP



ve BP alt testlerinin de PD ile yüksek düzeyde pozitif korelasyonları olduğunu göstermiştir.

Yapı güvenilirliği için yapılan çift ve tek yönlü varyans analizleri de ölçeğin her 8 alt testi için de yalnızca sağlık durumu ana etkisinin anlamlı olduğunu bulgulamıştır. Diskriminant güvenilirlik çalışmasına göre de, beklendiği üzere, ölçeğin fiziksel bozukluğu olanları mental bozukluğu olanlardan ayırt ettiği bildirilmiştir.

#### **6.2.4. DSM Eksen-I Bozuklukları için Yarı-Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I)**

Kronik ağrı hastaları ve kontrol grubunda herhangi bir majör psikopatoloji tanısının varlığını değerlendirmek amacıyla SCID-I (DSM Eksen-I Bozuklukları için Yarı-Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği) kullanılmıştır.

SCID-I, DSM-IV Eksen-1 (Klinik Bozukluklar) Bozuklukları için yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme formudur. 1996 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği yayını olarak First, Spitzer, Gibbon ve Williams tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde yayınlanmıştır. Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçioğlu tarafından 1999 yılında yapılmıştır. Bu tarama formunun amacı değerlendirme sürecinin standardizasyonunu sağlamak, DSM-IV tanı ölçütlerinin uygulanmasını kolaylaştırmak ve tanıların geçerlik ve güvenilirliğini artırmaktır. SCID-I, hastane ve kliniklerde psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve psikiyatri hemşiresi gibi farklı alanlardaki ruh sağlığı profesyonelleri tarafından uygulanabilir.

SCID-I'de, kişilik bozuklukları hariç, DSM-IV'de belirtilen hastalıklarla ilgili tanı kriterlerini içeren bir uygulama kitapçığı ve bir puanlama cetveli vardır. Kişinin tanımladığı semptomlar puanlama cetveline işlenir ve belirtilen semptomların hastalık tanı kriteri için yeterli olup olmadığına bakılır, yeterliyse tanı konur. Semptomların hangi durumda hangi tanıyı karşıladığı kitapçıkta açıklanmıştır.

### **6.2.5. Görsel Analog Skalası (VAS-Visual Analogue Scale)**

Bu çalışmada ağrının şiddetini belirlemek amacıyla Bryant tarafından da geçerliği test edilmiş olan bir görsel skala kullanılmıştır (Bryant, 1993). Bu skala 100 mm. uzunluğundadır. Skalanın bir ucunda “0” sayısı, diğer ucunda da “10” sayısı bulunmaktadır. 0 noktası “hiç ağrım yok”, 10 noktası ise “olabilecek en şiddetli ağrı” anlamına gelmektedir. Kronik ağrısı olan kişilerden bu skalada ağrılarının ne kadar şiddetli olduğunu en iyi tanımlayan noktaya bir işaret koymaları istenir. Bu sayede VAS skoru elde edilir. VAS pek çok klinik uygulama ve bilimsel araştırmada sıklıkla kullanılan bir değerlendirmedir (Waddell ve ark., 1998; Von Korff ve ark., 2000).

### **6.2.6. Ağrı Değerlendirme Formu**

Katılımcının en az 6 aydır belli aralıklarla devam eden-tekrarlayan ağrı yakınması var ise, bu ağrının türü, süresi, başlangıç yaşı, sıklığı, şiddeti, tedavisi, ağrı kesici tüketimi gibi ağrı şikayetinin özelliklerini ve Fordyce’ın tarif etmiş olduğu ağrı davranış boyutları doğrultusunda (1986) ağrı ile ilgili davranış ve tutumların örüntüsünü belirlemeye yönelik yapılandırılmış bir form kullanılmıştır (Ek 6).

#### **Ağrı Beklenti Korkusu**

Katılımcının bu formda “ağrım olacak ya da artacak korkusuyla yapmaktan kaçtığım aktiviteler.....” şeklindeki açık uçlu soruya verdiği cevaba göre “var” ya da “yok” olarak değerlendirilmiştir. Kişi ağrısı olmasa dahi ağrı olacak korkusuyla okul, iş, sosyal faaliyetler gibi rutin aktivitelerden kaçınıyorsa, Ağrı Beklenti Korkusu “var” olarak kabul edilmiştir.

## **Sosyal Kaçınma Davranışı**

Katılımcı bu formda “Ağrım varken yapamadıklarım...” şeklindeki açık uçlu soruya “okula gitmiyorum, işten izin alıyorum, sosyal aktivitelerimi iptal ediyorum” vb. cevaplar veriyor ise kaçınma davranışı “var” olarak değerlendirilmiştir.

## **Ağrı ile Başetme**

Bu formda “Ağrım başlar başlamaz ne yapıyorum?” şeklindeki açık uçlu soruya “yatıyorum, bütün işleri bırakıp eve dönüyorum, ağrı kesici alıyorum, masaj yaptırıyorum, ağlıyorum, söyleniyorum” vb. cevaplar daha sık veriliyorsa “pasif baş etme”,

“Dışarı çıkıp temiz hava alıyorum, müzik dinliyorum, arkadaşlarımı ziyaret ediyorum, işime devam ediyorum, kendimi gevşetiyorum” vb. cevapların sıklığı ise “aktif baş etme” olarak değerlendirilmiştir.

## **Yakınların ağrıya tepkileri**

Aşırı korumacı: Hemen acile götürmek, kişinin bütün sorumluluklarını devralmak, ilaç vermek, masaj yapmak gibi davranış ve tutumların yakınlar tarafından sergilendiğinin bildirimi.

İhmalkar: Ağrısı olan kişi ile hiç ilgilenmeme, dinlememe, ağrısı yokmuş gibi davranma gibi davranış ve tutumların yakınlar tarafından sergilendiğinin bildirimi.

Reddedici: Ağrının varlığına inanılmadığına dair sözlü-sözsüz tepkiler, ağrı varlığında aşırı kızgınlık-öfke tepkileri, ağrılı kişiden ağrısına rağmen sorumluluklarla ilgili yüksek beklentiler gibi davranış ve tutumların yakınlar tarafından sergilendiğinin bildirimi.

Sağlıklı destekleyici: Ağrılı kişinin ağrısına rağmen sosyal-mesleki-günlük faaliyetlerini yürütmesi için destek olmak, ağrının olası sebeplerini bir arada incelemek, ağrı ile ilgili tedavilere uyumu desteklemek vb. gibi davranış ve tutumların yakınlar tarafından sergilendiğinin bildirimi.

### **6.2.7. Genel Sağlık Tarama Formu**

Bu çalışmada, genel sağlıkla ilgili özgeçmiş Demirsoy'un kendi çalışması için oluşturmuş olduğu (1999) "Genel Sağlık Tarama Formu" kullanılmak suretiyle sorgulanmıştır (Ek 7).

Formda genel sağlık ile ilgili öz geçmiş 2 yönden incelenmektedir:

1. Formda belirtilmiş söz konusu hastalıklardan herhangi biri veya birkaçı için bir uzman tarafından tanı alınmış olduğunun bildirimi.

2. Yine formda bildirilmiş olan yakınmalardan herhangi bir ya da birkaçının son bir ay içinde var olduğunun bildirimi.

### **6.2.8. Demografik Bilgiler Soru Formu**

Bu çalışmada kişinin yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, meslek, ailevi özellikler (eş, çocuklar, anne, baba), ağrı, hastalık ve psikopatoloji soygeçmişi gibi sosyodemografik özellikleri ile ilgili bilgileri içeren araştırmacı tarafından yapılandırılmış bir form kullanılmıştır (Ek 8).

#### **Hastalık Soygeçmişi**

Kişinin birinci dereceden akrabalarında veya halihazırda birlikte yaşamakta olduğu aile üyelerinin herhangi birinde tanısı konmuş ve tedavi görmüş veya

görmekte olduğu herhangi bir sistemik/kronik hastalık öyküsünün varlığı sorgulanmaktadır.

### **Psikopatoloji Soygeçmişi**

Kişinin birinci dereceden akrabalarında veya halihazırda birlikte yaşamakta olduğu aile üyelerinin herhangi birinde tanısı konmuş ve tedavi görmüş veya görmekte olduğu herhangi bir psikopatoloji öyküsünün varlığı sorgulanmaktadır.

### **Ağrı Soygeçmişi**

Kişinin birinci dereceden akrabalarında veya halihazırda birlikte yaşamakta olduğu aile üyelerinin herhangi birinde tanısı konmuş ve tedavi görmüş veya görmekte olduğu herhangi bir kronik ağrı (en az 6 aydır belli aralıklarla ya da sürekli devam eden ağrı şikayeti) öyküsünün varlığı sorgulanmaktadır.

## **6.2.9. Bilgilendirilmiş Onay Formu**

Bu çalışmada yer alan her katılımcının bilgilendirilmiş onayı alınmıştır. Katılımcılara verilen ve araştırmanın amacı ile ilgili bilgiler de içeren Bilgilendirilmiş Onay Formu Ek 9'da görülebilir.

## **6.3. İşlemler**

Bütün formlar katılımcılara yorgunluk (fatigue) etkisini ve ölçeklerin birbiri üzerinde olası etkisini kontrol etmek amacıyla karışık sıra ile verilmiştir.

Öğrenci ve Ağrılı Öğrenci Grubu: Uygulama grup halinde yapılmıştır. Öğrenciler bütün formları kendi başlarına doldurmuştur.

Kronik Ağrı ve Kontrol Grubu: Uygulama bireysel olarak bizzat katılımcı ile yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Her iki gruba da SCID-I uygulaması araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Kronik ağrı grubu Ağrı Değerlendirme Formu dışındaki bütün ölçek ve formları kendi başına doldurmuştur. Ağrı Değerlendirme Formu'nun cevapları bu gruptaki katılımcılara bireysel görüşme formatında tek tek sorularak değerlendirmeye alınmıştır.

Kontrol grubu da bütün formları kendi başlarına yanıtlamışlardır.

Test-Tekrar Test Güvenirliği: AİÖ öğrenci ve kronik ağrı grubuna 2 hafta ara ile uygulanmıştır.

#### **6.4. İstatistik**

Grupların demografik-kategorik değişkenler açısından frekans yüzde dağılımları ki kare testleri ile karşılaştırılmıştır. Her dört grubun farklı ölçekler açısından puanları arasındaki karşılaştırmalar ise parametrik ölçümlerde tek yönlü ve iki yönlü varyans analizi, parametrik olmayan ölçümlerde ise Kruskal Wallis testi uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Demografik-kategorik değişkenlere göre ölçek puanlarının ikili karşılaştırmaları ise parametrik ölçümlerde t-testi, parametrik olmayan ölçümlerde ise Mann-Whitney U testi aracılığı ile yapılmıştır.

AİÖ'nün test-tekrar test güvenirliği, madde-toplam puan korelasyonları ve ölçüt bağımlı geçerliği için Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı, içtutarlığı için Cronbach alpha içtutarlık katsayısı hesaplanmıştır. Ölçeğin Faktör Analizi çalışması Ana Bileşenler Yöntemi ve Varimax dönüştürmesi ile yapılmıştır.

Bütün analizler SPSS 11.5 lisanslı versiyonunda yürütülmüştür.

## 7. SONUÇLAR

Bu araştırma, kronik ağrı ve kontrol grubunda 48'er, öğrenci grubunda 187 ve ağrılı öğrenci grubunda da 76 olmak üzere toplam 359 kişiden oluşan dört çalışma grubuyla yapılmıştır. Öğrenci grubunu kısa semptom envanterine göre herhangi bir kronik hastalığı ve ağrısı bulunmayan İstanbul Üniversitesi'nin farklı fakülte ve bölümlerinden öğrenciler, ağrılı öğrenci grubunu yine İstanbul Üniversitesi'nin farklı fakülte ve bölümlerinden en az 6 aydır ağrısı olduğunu bildiren öğrenciler, kronik ağrı grubunu en az 6 aydır kronik ağrı şikayetinden muzdarip olup ilgili uzmanlarca yapılan tüm tetkiklerin neticesinde kronik ağrı tanısı almış kişiler ve kontrol grubunu da kronik ağrı grubuyla yaş, eğitim, cinsiyet ve medeni durum değişkenleri açısından eşleştirilmiş ancak herhangi bir kronik hastalığı ve kronik ağrı şikayeti bulunmayan sağlıklı bireyler oluşturmuştur.

Bu dört gruba ilişkin demografik bulgular Tablo 2'de özetlenmiştir.

Öğrenci grubundakiler 17-27 yaşları arasında olup, yaş ortalaması 19.70 ve standart sapması da 1,86'dır. Ağrılı öğrenci grubu ise 18-28 yaşları arasındadır ve yaş ortalamaları 20.44, standart sapması da 2.04'dür. Kronik ağrı hastalarının yaş ranjı 18-59, yaş ortalaması 39.70 ve standart sapması da 9.8'dir. Kronik ağrı grubuyla yaş değişkeni açısından eşleştirilmiş olan kontrol grubundakiler ise 18-60 yaşları arasında yer almaktadırlar ve yaş ortalamaları 39.39, standart sapmaları da 9.5'dir. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucuna göre dört grup arasında yaş değişkeni açısından anlamlı bir fark bulunmuş ( $F=322.64$ ,  $df=3-355$ ,  $p<.001$ ) ve post-hoc teste göre de öğrenci ve ağrılı öğrenci grubunun yaş ortalamasının diğer iki gruba göre anlamlı derecede daha düşük olduğu bulgulanmıştır (Tablo 2).

Öğrenci grubundakilerin %50.3'ü kadın ( $n=94$ ) ve %49.7'si erkektir ( $n=93$ ). Ağrısı olan öğrencilerin %69.7'si kadın ( $n=53$ ), %30.3'ü de erkektir ( $n=23$ ). Cinsiyet faktörü açısından da birebir eşlenmiş olan kronik ağrı ve kontrol grubundakilerin ise %66.7'si kadın ( $n=32$ ), %33.3'ü de erkektir ( $n=12$ ). Dört grubun cinsiyet dağılımları

arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $X^2=11.82$ ,  $df=3$ ,  $p<.01$ ) (Tablo 2). Gruplar arasında cinsiyet açısından bu farklılığın ağrı ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Ağrısı olmayan öğrenci grubunda kadın ve erkeklerin oranı neredeyse eşit düzeyde seyretmekte iken, kadınların oranı her iki ağrı grubunda da benzer şekilde daha yüksektir. Kronik ağrıda cinsiyet farklılıkları ile ilgili araştırmalara bakıldığında, kadınların sağlık hizmet servislerini erkeklerden daha fazla kullandığı göze çarpmaktadır (Weir ve ark., 1996). Ayrıca, kadınlarda ağrı bildiriminin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu bilinmektedir ve bu çalışmanın bu bulgusu bu açıdan literatürle uyumludur (Unruh, 1996). Toplumsal ve epidemiyolojik yayınların sonuçlarına göre kadınların erkeklere oranla daha şiddetli, daha sık, daha uzun süreli ağrıdan şikayet ettikleri ve vücutlarının daha fazla bölgesinde ağrı yakınmaları hissettikleri bildirilmiştir (Berkley, 1997). Bu durumun kadınlarda ağrı sıklığının daha fazla görülmesine sebep olan faktörlerden bazıları olduğu düşünülmektedir (Berkley ve Holdcroft, 1999). Türkiye’de yapılan bir çalışmaya göre de, kadınların hem ağrı sıklığı açısından hem de ağrısı olanlar içindeki oranlarının erkeklere göre daha fazla olduğu görülmüştür (sırasıyla %70 ve %55) (Erdine, 2005).

Öğrenci grubundakilerin biri dışındakilerin (lisansüstü öğrencisi-%0.5) hepsi halihazırda üniversitede okumaktadırlar (%99.5). Ağrılı öğrencilerin ise %97.4’ü üniversite öğrencisi ( $n=74$ ), %2.6’sı ise ( $n=2$ ) lisansüstü öğrencisidir. Kronik ağrı grubunun %45.8’i ilk ve ortaokul mezunu ( $n=22$ ), %27.1’i lise ( $n=13$ ), %4.2’si üniversite öğrencisi ( $n=2$ ) ve %22.9’u da üniversite ve üstü eğitime sahiptir ( $n=11$ ). Kontrol grubunun da benzer şekilde %37.5’i ilk-orta ( $n=18$ ), %33.3’ü lise ( $n=16$ ), %4.2’si üniversite öğrencisi ( $n=2$ ) ve yine %22.9’u da üniversite ve üstündeki ( $n=11$ ) eğitim düzeyindedir (Tablo 2). İstanbul Tıp Fakültesi, Ağrı Kliniği’ne başvurup da kronik ağrı tanısı almış olan 114 kişi ile yapılan tanımsal bir çalışmada ise, benzer şekilde, grubun %47’sinin ilk-orta, %22’sinin lise ve %31’inin de üniversite ve üstü eğitim düzeyinde olduğu gözlenmiştir (Sertel, 1998). Ağrı ile ilgili literatürde kronik ağrı ile eğitim düzeyini ilişkilendiren çalışmalara nadir rastlanmaktadır. Psikiyatrik hastalarda kronik ağrı sıklığını inceleyen çalışmalardan birinde Chaturvedi (1987a), sebebi belirlenemeyen kronik ağrının yüksek eğitimlilerde daha sık görüldüğünü belirtmiştir. Öte yandan, Pietri-Taleb ve arkadaşları ise kronik bel ağrısının düşük



eğitimi olan erkek işçilerde daha yaygın olduğunu bildirmiştir (1995). Bu konudaki kültürel farklılıklar araştırmaya açıktır.

Ayrıca her dört grubun da gelir düzeyi dağılımlarının benzer olduğu yapılan ki kare testinde tespit edilmiştir ( $X^2=7.20$ ,  $df=3$ ,  $p>.05$ ). Buna göre ğrenci grubunun %10.7'si düşük ( $n=20$ ), %57.7'si orta ( $n=108$ ), %31.6'sı da ( $n=59$ ) yüksek gelir düzeyinde olduklarını bildirmişlerdir. Ağrısı olduğunu bildiren öğrencilerin ise %6.6'sı düşük ( $n=5$ ), %64.5'i orta ( $n=49$ ), %28.9'i de yüksek ( $n=22$ ) gelir düzeyindedir. Kronik ağrı hastalarının %14.6'sı alt ( $n=7$ ), %60.4' orta ( $n=29$ ), %25'i de ( $n=12$ ) yüksek gelir düzeyinde yer almıştır. Kontrol grubunun da %20.8'inin düşük ( $n=10$ ), %54.2'sinin orta ( $n=26$ ) ve %25'inin de yüksek ( $n=12$ ) gelir düzeyinde olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Bu bulgulara benzer şekilde Erdine de (2005), Türkiye'de, ağrısı olanlar ile olmayanların gelir dağılımlarının birbirinden farklı olmadığını belirtmiştir.

Bu çalışmada yer almış olan öğrencilerin %1.6'sı ( $n=3$ ) evli, geri kalan %98.4' de ( $n=184$ ) bekar dır. Ağrılı ğrenci grubunun biri hariç ( $n=1$ ) hepsi bekar dır (%98.7,  $n=75$ ). Kronik ağrısı olanların %79.2'si ( $n=38$ ), eşleştirilmiş kontrollerin de %77.1'i ( $n=37$ ) evli, hem ağrı hastaları, hem de kontrollerin %14.6'sı bekar ( $n=7$ ) ve kronik ağrı grubunun %6.3' ( $n=3$ ), kontrollerin de %8.3' ( $n=4$ ) ya boşanmış, ya dul, ya da eşinden ayrı yaşamaktadır (Tablo 2). Yine kronik ağrı hastaları ile yürütülmüş olan betimsel bir çalışmada (Sertel, 1998), kronik ağrının evli çiftlerde görülme sıklığının daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Yine aynı çalışmada evli olan kronik ağrı hastalarının yaklaşık %95'i evlilikle ilgili şiddetli çatışmaları olduğunu bildirmiştir. Buna göre, evlilikte çatışma düzeyi ile ağrı sıklığı arasındaki ilişki de tartışılmıştır. Fişek ise (1998) kadınların aile içindeki statüleri, evlilik uyumları ve genel sağlık düzeyleri arasındaki ilişkileri inceleyen araştırmasında, bu bulgular paralelinde, evlilik memnuniyeti arttıka bedensel ağrının da azaldığını göstermiştir. Ancak söz konusu bulgularla ilgili cinsiyet farklılıklarını da denkleme katan çalışmalara gerek duyulmaktadır.

**Tablo 2.** Dört çalışma grubunun demografik değişkenlere göre yüzde dağılımları

	Öğrenciler	Ağrılı Öğrenciler	Kronik Ağrı	Kontrol	İstatistiksel Test
<b>Yaş</b>					
X	19.97	20.44	39.70	39.39	F=322.64**
SS	1.86	2.04	9.8	9.5	
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	94 (%50.3)	53 (%69.7)	32 (%66.7)	32 (%66.7)	$\chi^2=11.82^*$
Erkek	93 (%49.7)	23 (%30.3)	16 (%33.3)	16 (%33.3)	
<b>Eğitim</b>					
İlk-orta	0 (%0.0)	0 (%0.0)	22 (%45.8)	18 (%37.5)	
Lise	0 (%0.0)	0 (%0.0)	13 (%27.1)	16 (%33.3)	
Ünv.öğr.	186 (%99.5)	74 (%97.4)	2 (%4.2)	2 (%4.2)	
Ünv.ve üstü	1 (%0.5)	2 (%2.6)	11 (%22.9)	12 (%25.0)	
<b>Gelir</b>					
Düşük	20 (%10.7)	5 (%6.6)	7 (%14.6)	10 (%20.8)	$\chi^2=7.20$
Orta	108 (%57.7)	49 (%64.5)	29 (%60.4)	26 (%54.2)	
İyi	59 (%31.6)	22 (%28.9)	12 (%25.0)	12 (%25.0)	
<b>Medeni Dur.</b>					
Evli	3 (%1.6)	1 (%1.3)	38 (%79.2)	37 (%77.1)	
Bekar	184 (%98.4)	75 (%98.7)	7 (%14.6)	7 (%14.6)	
Diğer	0 (%0.0)	0 (%0.0)	3 (%6.3)	4 (%8.3)	

\*p&lt;.01

\*\*p&lt;.001

Her dört çalışma grubunda yer alan katılımcıların genel sağlık soygeçmişleri de ayrıca sorgulanmıştır. Bu bulgular Tablo 3’de görülebilir.

Kronik ağrı hastalarının soygeçmişlerinde herhangi bir sistemik-kronik hastalığın var olduğunu bildirenlerin oranı %47.9 iken (n=23), bu oran öğrencilerde %15.1 (n=28), ağrılı öğrencilerde %22.4 (n=17), kontrollerde ise %25 (n=12) olarak bulunmuştur. Ki kare testi bu farkın anlamlı olduğunu bulgulamıştır ( $\chi^2=23.98$ , df=3, p<.001). Kronik ağrı grubu hariç diğer üç grubun hastalık soygeçmişleri açısından

sıklık dağılımları farklı olmadığından ( $X^2=3.58$ ,  $df=2$ ,  $p>.05$ ), kronik ağrı grubunun sıklık dağılımının diğer üç gruptan farklı olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Soygeçmişlerinde psikopatoloji olduğunu bildirenlerin oranı öğrencilerde %5.4 (n=11), ağrısı olan öğrencilerde %5.1 (n=4), kronik ağrı grubunda ise %20.8'dir (n=10). Kontroller ise ailelerinde herhangi bir psikopatoloji öyküsü olmadığını beyan etmiştir. Ailede psikopatoloji bildiriminden dolayı dört grup arasında yine anlamlı bir fark bulunmuştur ( $X^2=19.36$ ,  $df=3$ ,  $p<.01$ ) ve yine kronik ağrı hariç üç grubun psikopatoloji soygeçmişindeki dağılımları farklı olmadığı için ( $X^2=3.63$ ,  $df=2$ ,  $p>.05$ ), 4 grup arasındaki bu farkın kronik ağrı grubundan kaynaklandığı bulgulanmıştır (Tablo 3).

Soygeçmişlerinde ağrı bildirimlerinin dağılımı da gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $X^2=34.23$ ,  $df=3$ ,  $p<.001$ ). Hem kontrol hem de öğrenci grubunda bu oran birbirine yakın seyrederken, yani ailelerinde ağrı şikayeti olduğunu belirtenlerin oranı öğrenci grubunda %11.3 (n=21) ve kontrollerde de %20.8 iken (n=10) ( $X^2=3.03$ ,  $df=1$ ,  $p>.05$ ), bu oran kronik ağrı hastaları ve ağrılı öğrenci grubunda çok benzerdir (sırasıyla, %39.6-n=19; %39.5-n=30) (Tablo 3).

Kronik ağrı literatüründe bu değişkenler ile ağrı yaşantısı arasındaki ilişkileri irdeleyen çalışmalara nadiren rastlanmaktadır. Chaturvedi tarafından yürütülen bu çalışmalardan birinde (1987b), ağrısı olanların ailelerinde psikiyatrik morbidite oranının %30, ağrısı olmayan psikiyatrik hastalarda ise yaklaşık %33 olduğu bildirilmiştir. Psikiyatrik hastaların ailelerinde şizofreni ve afektif bozukluklara daha sık rastlanırken, ağrısı olanların ailelerinde ise Engel'in gözlemlerine paralel olarak, alkolizm, psikosomatik bozukluklar ve kronik ağrının daha yaygın olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 3.** Dört grubun genel sağlık soygeçmiş bildirimlerinin yüzde dağılımları

	<b>Öğrenciler</b>	<b>Ağrılı Öğrenciler</b>	<b>Kronik Ağrı</b>	<b>Kontrol</b>	<b>İstatistiksel Test</b>
<b>Hastalık Soygeçmiş</b>					
Var	28 (%15.1)	17 (%22.4)	23 (%47.9)	12 (%25.0)	$X^2=23.98^{**}$
Yok	158 (%84.9)	59 (%77.6)	25 (%52.1)	36 (%75.0)	
<b>Psikopatoloji Soygeçmiş</b>					
Var	11 (%5.4)	4 (%5.3)	10 (%20.8)	0 (%0.0)	$X^2=19.36^*$
Yok	175 (%94.6)	72 (%94.7)	38 (%79.2)	48 (%100.0)	
<b>Ağrı Soygeçmiş</b>					
Var	21 (%11.3)	30 (%39.5)	19 (%39.6)	10 (%20.8)	$X^2=34.23^{**}$
Yok	165 (%88.7)	46 (%60.5)	29 (%6.4)	38 (%79.2)	

\*p<.01

\*\*p<.001

Her dört çalışma grubunun Ağrı İnançları Ölçeği'nin (AİÖ) Psikolojik İnançlar (AİÖ-P) ve Organik İnançlar (AİÖ-O) alt testlerinden almış oldukları puan ortalamaları tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Bulgular Tablo 4'te verilmiştir.

Buna göre, dört grubun AİÖ-P ölçeğinden almış oldukları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $F=2.22$ ,  $df=3-355$ ,  $p>.05$ ). Dört grubun AİÖ'nün Organik İnançlar alt testinden almış oldukları ortalama puanlar karşılaştırıldığında ise bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir ( $F=3.29$ ,  $df=3$ ,  $355$ ,  $p<.05$ ). Yapılan post-hoc teste göre ise bu farkın ağrısı olan öğrenciler ile kronik ağrı grubu arasında olduğu görülmüştür (Tablo 4).

**Tablo 4.** Dört grubun AİÖ-P ve AİÖ-O alt testlerinden aldıkları ortalama puanlar

	<b>Öğrenciler</b> (n=263)	<b>Ağrılı</b> <b>Öğrenciler</b> (n=76)	<b>Kronik</b> <b>Ağrı</b> (n=48)	<b>Kontrol</b> (n=48)	<b>İstatistiksel</b> <b>Test</b>
<b>AİÖ-P</b>					
X	4.51	4.55	4.30	4.23	F=2.22
SS	.82	.78	1.05	.91	
<b>AİÖ-O</b>					
X	4.04	3.81	4.22	3.96	F=3.29*
SS	.68	.70	.74	.96	

\*p<.05

Dört araştırma grubunun Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ) ve Kısa Form-36 Sağlık Taraması'nın Fiziksel Fonksiyon (PF), Fiziksel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılıkları (RP), Bedensel Ağrı (BP) alt testlerini içeren Fiziksel Boyut (PD) ve Emosyonel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılıkları (RE), Mental Sağlık (MH) alt testlerini içeren Mental Boyut (MD) puan ortalamaları da non-parametrik Kruskal-Wallis testi uygulanmak suretiyle karşılaştırılmış ve bulgular Tablo 5'te sunulmuştur.

Öğrenci grubunun otomatik düşünceler ölçeğindeki puan ortalaması 51.14, ağrısı olan öğrencilerin 56.33, kronik ağrı grubunun 51.85, kontrol grubunun da 47.17 olarak hesaplanmıştır. Yürtülen non-parametrik Kruskal-Wallis testi gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğunu göstermektedir ( $H=10.12$ ,  $df=3$ ,  $p<.05$ ) (Tablo 5). Ağrılı öğrenci grubunun puanlarının kronik ağrı grubundakinden farklılaşmadığı ( $z=-1.37$ ,  $df=1$ ,  $p>.05$ ), ancak öğrenci ve kontrollerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla,  $z=-2.10$ ,  $df=1$ ,  $p<.05$ ;  $z=-3.02$ ,  $df=1$ ,  $p<.05$ ). Öğrenciler, kontrol grubu ve kronik ağrı grubunun ODÖ puanlarının birbirinden farklı olmadığı da ayrıca bulgulanmıştır ( $H=4.00$ ,  $df=2$ ,  $p>.05$ ).

SF-36'nın PD boyutundan alınmış olan ortalama puanlar açısından da dört grup arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $H=90.07$ ,  $df=3$ ,  $p<.001$ ) (Tablo 5). Kronik ağrı grubunun bu boyuttaki ortalama skorları her üç gruptan da düşük çıkmıştır. Bunun yanı sıra ağrılı öğrencilerin bu alt testten almış oldukları puan

ortalamalarının öğrenci ve kontrollerden anlamlı düzeyde daha düşük olduğu da bulgulanmıştır ( $H=19.40$ ,  $df=2$ ,  $p<.001$ ).

Gruplar aynı testin MD boyutundan aldıkları ortalama puanlar açısından da farklılaşmaktadır ( $H=16.78$ ,  $df=3$ ,  $p<.01$ ) (Tablo 5). Her dört grubun skorları da çok yüksek olmamakla birlikte, hem kronik ağrı hem de ağrılı öğrenci grubunun puanlarının benzer şekilde diğer iki gruptan da daha düşük olduğu göze çarpmaktadır. Kontrol grubu ve öğrenciler arasında Mann-Whitney U testi yürütülerek yapılan ikili karşılaştırma ise öğrencilerin Mental Boyuttaki skorlarının kontrollerden daha düşük olduğunu göstermiştir ( $z=-2.46$ ,  $df=1$ ,  $p<.05$ ).

**Tablo 5.** Her dört grubun ODÖ ve SF-36'nın PD ve MD boyutlarından almış oldukları ortalama puan ve standart sapmaları

	<b>Öğrenciler</b> (n=187)	<b>Ağrılı Öğrenciler</b> (n=76)	<b>Kronik Ağrı</b> (n=46)	<b>Kontrol</b> (n=48)	<b>İstatistiksel Test</b>
<b>ODÖ</b>					
X	51.14	56.33	51.85	47.17	$H=10.12$ ,*
SS	15.02	19.68	16.24	13.97	
<b>SF-36 / PD</b>					
X	83.64	72.77	42.83	85.62	$H=90.07$ ***
SS	16.83	20.74	24.45	16.27	
<b>SF-36 / MD</b>					
X	57.28	49.49	49.10	66.90	$H=16.78$ **
SS	26.43	26.18	29.69	25.19	

\* $p<.05$

\*\* $p<.01$

\*\*\* $p<.001$

SF-36'nın Fiziksel Fonksiyon (PF), Fiziksel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılıkları (RP), Bedensel Ağrı (BP), Duygusal Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılıkları (RE), Mental Sağlık (MH), Enerji/Vitalite (VT), Sosyal Fonksiyon (SF) ve Genel Sağlık (GH) alt testlerinden almış oldukları puan ortalamaları da non-parametrik Kruskal-Wallis ve

Mann-Whitney U testi ve tek yönlü varyans analizi ile ayrıca karşılaştırılmıştır. Bu ölçeklerden alınmış olan puan ortalamaları Tablo 6'da görülebilir.

PF alt ölçeğinde Kronik ağrı hastalarının almış olduğu ortalama puanın öğrenciler, ağırlı öğrenciler ve kontrollerden daha düşük olduğu görülmektedir ( $H=89.72$ ,  $df=3$ ,  $p<.001$ ). Öğrenciler ise hem ağırlı öğrencilerden ( $z=-3.92$ ,  $df=1$ ,  $p<.001$ ) hem de kontrol grubundakilerden ( $z=-2.86$ ,  $df=1$ ,  $p<.05$ ) daha yüksek puan almışlardır (Tablo 6).

Aynı şekilde RP alt ölçeğinden kronik ağrı hastalarının almış olduğu puan her üç gruptan da belirgin bir şekilde düşüktür ( $H=65.73$ ,  $df=3$ ,  $p<.001$ ). Öğrencilerin ve kontrollerin puanları birbirinden farklı bulunmazken ( $z=-1.12$ ,  $df=1$ ,  $p>.05$ ), ağırlı öğrencilerin skorlarının hem öğrenci hem de kontrol grubundakilerden daha düşük olduğu saptanmıştır ( $H=12.52$ ,  $df=2$ ,  $p<.01$ ) (Tablo 6).

BP alt ölçeğinde de kronik ağrı grubunun daha düşük puanlar almış olduğu gözlenmektedir ve bu farklar anlamlı bulunmuştur ( $H=101.21$ ,  $df=3$ ,  $p<.001$ ). Yine öğrenci ve kontroller BP puanları açısından farklılaşmazken ( $z=-1.69$ ,  $df=1$ ,  $p>.05$ ), ağırlı öğrencilerin BP alt testinden öğrenci ve kontrollere göre daha düşük puanlar aldıkları tespit edilmiştir ( $H=24.47$ ,  $df=2$ ,  $p<.001$ ) (Tablo 6).

SF alt testinden de kronik ağrı grubunun almış olduğu puanlar diğer üç gruba kıyasla daha düşüktür ve bu fark da anlamlıdır ( $H=39.05$ ,  $df=3$ ,  $p<.001$ ). Diğer üç grubun puanları ise birbirinden farklı değildir ( $H=4.96$ ,  $df=2$ ,  $p>.05$ ) (Tablo 6).

VT ve GH alt testlerinden alınmış olan ortalama puanlara bakıldığında da dört grubun puanlarının birbirinden istatistiksel düzeyde farklı olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla;  $F=12.15$ ,  $df=3-348$ ,  $p<.001$  ve  $F=11.54$ ,  $df=3-348$ ,  $p<.001$ ). Yapılan post-hoc analize göre öğrenci ve kontrol grubunun VT puanlarının hem kronik ağrı hem de ağırlı öğrencilerden yüksek olduğu görülmüştür. Kronik ağrı grubunun GH puan ortalaması ise her üç gruptakinden anlamlı derecede düşük iken, ağrısı olduğunu

bildiren öğrencilerin GH puanlarının da sadece kontrol grubundakilerden düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

SF-36'nın mental boyutuna giren iki alt testten biri olan MH alt testinin sonuçlarında da gruplar arasında anlamlı farklar bulunmuştur ( $F=8.80$ ,  $df=3-348$ ,  $p<.001$ ). Kronik ağrı ve ağrılı öğrenci grubunun skorlarının diğer iki gruptan da farklı olduğu bulgusu yinelenmiştir (Tablo 6) .

RE alt testinden alınmış olan skorlarla ilgili analizlerin sonuçları ise yukarıdakilerden farklılık göstermektedir. Bu alt testte de dört grubun puan ortalamaları birbirinden farklı bulunmuşsa da ( $H= 8.70$ ,  $df=3$ ,  $p<.05$ ), öğrencilerin, kronik ağrı grubundakilerin ve ağrılı öğrencilerin bu alt testten almış oldukları puanlar benzer olduğu için ( $H=1.19$ ,  $df=2$ ,  $p>.05$ ), kontrollerin her üç gruptan da yüksek puanlar elde ettiği sonucuna varılabilir (Tablo 6).



**Tablo 6.** Her dört grubun SF-36'nın alt test ortalama puan ve standart sapmaları

	<b>Öğrenciler</b> (n=187)	<b>Ağrılı</b> <b>Öğrenciler</b> (n=76)	<b>Kronik Ağrı</b> <b>Hastaları</b> (n=47)	<b>Kontrol</b> <b>Grubu</b> (n=48)	<b>İstatistiksel</b> <b>Test</b>
<b>PF</b>					
X	93.58	87.68	60.95	88.83	$H= 89.72^{**}$
SS	12.93	15.69	27.39	17.04	
<b>RP</b>					
X	78.73	62.00	29.08	82.29	$H= 65.73^{**}$
SS	31.21	40.46	36.77	32.19	
<b>RE</b>					
X	51,88	45.48	47.22	67.34	$H= 8.70^*$
SS	43.10	41.50	45.52	36.06	
<b>VT.</b>					
X	56.41	46.62	42.27	61.25	$F=12.15^{**}$
SS	18.66	19.67	18.53	22.82	
<b>MH</b>					
X	63.22	54.27	52.11	66.46	$F=8.80^{**}$
SS	17.58	20.05	20.55	18.77	
<b>SF</b>					
X	76.52	71.96	51.33	80.32	$H= 39.05^{**}$
SS	21,67	22.47	26.86	21.61	
<b>BP</b>					
X	78.74	68.36	37.34	83.44	$H= 101.21^{**}$
SS	18.30	18.86	23.43	16.23	
<b>GH</b>					
X	61.28	54.80	47.53	66.17	$F=11.54^{**}$
SS	17.21	20.31	16.80	14.54	

\*p&lt;.05

\*\*p&lt;.001

Bu sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde, kronik ağrı grubundakilerin ODÖ, SF-36'nın her iki boyutu ve bütün alt testlerinden almış oldukları puanların, beklenildiği üzere eşleştirilmiş kontrollerden daha düşük olduğu görülmektedir. Bu bulguların literatürle genel olarak uyumlu olduğu düşünülebilir (Elliott ve ark., 2003; Skalska ve ark., 2000). Üstelik bu gruptakilerin BP ve RP alt test puanlarının diğer alt test puanlarına göre daha düşük olduğu da göze çarpmaktadır. Bu bulgu Yazıcı ve

arkadaşlarının çalışmalarındaki bulgularla paralellik göstermektedir (2003). Bu araştırmacıların çalışmalarının kronik ağrı grubunu oluşturan katılımcılar da, SF-36'nın bütün alt testlerinde kontrol grubundan daha düşük skorlar elde etmişlerdir. Bunun yanı sıra en düşük skorları da RP (yaklaşık 30 puan) ve BP (yaklaşık 40 puan) alt testlerinden almışlardır.

Dört grup bir arada ele alındığında ise, gruplar arasındaki farklılıkların ölçek ve alt testlere göre değişkenlik gösterdiği görülmektedir.

Bu çalışmada ODÖ puanları açısından tartışılmayı hakeden bulgu, en yüksek puanları, kronik ağrılılar değil, beklenebileceğinin aksine ağrılı öğrencilerin elde etmiş olduğudur. Bunun yanı sıra, ağrısı olmayan öğrencilerde otomatik düşüncelere en az kronik ağrısı olanlar kadar sık rastlanması da dikkat çekicidir. Depresyon tanısı alan ağrılı kişilerde otomatik düşüncelerin görülme sıklığının depresif özellikleri olmayan kronik ağrılılar ve sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olduğu bilinmektedir (Ingram ve ark., 1990). Bu çalışmada kronik ağrı ve kontrol grubunda psikopatolojisi olanlar SCID-I kullanılmak suretiyle elenmiştir. Ancak öğrenci grubunda veriler grup uygulaması sonucu toplanmıştır ve öğrencilerde psikopatolojiyi SCID-I aracılığı ile değerlendirmek bu yüzden mümkün olmamıştır. Bütün öğrenciler salt Genel Sağlık Tarama Formundaki psikolojik semptom bildirimlerine göre ayrıştırılmıştır. Bu açıdan ağrılı öğrencilerin ODÖ puanlarının daha yüksek olmasının altında, Genel Sağlık Tarama Formu ile belki de sağlıklı bir biçimde elenmesi mümkün olamayan depresif özellikleri rol oynamış olabilir.

Öte yandan, bu çalışmanın bulgularına bakıldığında, MD puanları ile ODÖ puanları arasında her iki öğrenci grubunda yüksek düzeyde, kronik ağrı ve kontrol grubundakilerde ise orta düzeyde ters orantılı ilişkiler olduğu bulgulanmıştır. SF-36'nın MD boyutunu oluşturan RE ve MH alt test puanlarının da aynı şekilde her iki öğrenci grubunda ODÖ ile yüksek düzeyde ters orantılı bir ilişki içinde olduğu gözlemlenmiştir. Aynı ilişki kronik ağrı ve kontrol grubunda da söz konusu olsa da daha düşük düzeyde bağıntılar söz konusudur (Tablo 7).

**Tablo 7.** Dört grubun, SF-36'nın RE, MH alt testleri ve MD boyutundan almış oldukları puanlar ile ODÖ puanları arasındaki korelasyonlar

	ODÖ			
	Öğrenciler (n=187)	Ağrısız Öğrenciler (n=76)	Kronik Ağrı (n=48)	Kontrol (n=48)
RE	-,459***	-,368**	-,314*	-,393*
MH	-,457***	-,664***	-,643**	-,474*
MD	-,535***	-,541***	-,457**	-,458*

\*p<.05

\*\*p<.01

\*\*\*p<.001

Bu yüzden, ODÖ puanlarını SF-36'nın MD boyutu ile RE ve MH alt testlerinden alınmış olan puan ortalamaları ile bir arada değerlendirmekte fayda vardır. MD boyutu ve RE ve MH alt testlerinden alınan puanlar açısından gruplar arasında farklılıklar olmakla birlikte, her dört grubun da bu üç alt testteki puan ortalamalarının oldukça düşük olduğu dikkati çekmektedir. Başka bir deyişle, bu çalışmada yer almış olan katılımcıların son zamanlarda kendilerini sıklıkla depresif ve huzursuz bir ruh hali içinde algılama ve bu sebepten iş ve günlük aktivitelerinde problem yaşama düzeyleri oldukça fazladır. Aynı şekilde, her ne kadar grupların ODÖ'den almış oldukları puanlar arasında istatistiki anlamda çeşitli farklılıklar olsa da, aslında dört grubun da puanlarının genel olarak yüksek olduğu düşünülebilir. Yani dört grupta da otomatik düşüncelere oldukça sık rastlanmaktadır. Üstelik ağrısı olmayan öğrencilerin MD ve RE puanları kontrollerden anlamlı derecede düşük bulunmuş, kontroller ve ağrısız öğrencilerin ODÖ ve MH puanları arasında anlamlı bir fark olmasa da, ağrısız öğrencilerin ODÖ puanlarının kontrollerden daha yüksek, MH puanlarının da daha düşük olma eğiliminde olduğu görülmüştür.

Üniversite öğrencilerinin yaşam kaliteleri ile ilgili çalışmalara bakıldığında bu bulguların genel olarak literatürü desteklediği göze çarpmaktadır. Örneğin İngiltere'de yüksek öğrenim görmekte olan öğrencilerin toplumun diğer kesimlerindeki bireylere göre duygusal stres düzeylerinin daha yüksek ve duygusal

faktörlerden etkilenen yaşam kalite düzeylerinin de daha düşük olduğu bulunmuştur (Stewart-Brown ve ark., 2000). Bundan bir yıl önce yapılmış olan ve benzer bulguları olan bir başka çalışma ise, bu sonuçların öğrencilerin maddi ve mesleki kaygı düzeyleri ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Roberts ve ark., 1999). Ancak her iki çalışma da öğrencilerin sağlık ve ağrı statülerini ayırtmamıştır. Bu çalışmada ise, ağrılı öğrencilerin her iki test puanlarının ağrısız öğrencilerden daha düşük olmasında rol oynayan faktörlerden birinin de ağrı olduğu öne sürülebilir. Bu konu araştırmaya açıktır.

PD boyutu ile ölçülen genel olarak fiziksel kısıtlılıklardır. Bu açıdan bakıldığında kronik ağrısı olanların fiziksel yaşam kalitelerinin daha olumsuz etkilenmesi beklenir (Dysvik ve ark., 2004). Bu gruptakilerin PD boyutu ve bu boyutu oluşturan PF, RP ve BP alt testlerinden her üç gruba göre de belirgin düzeyde daha düşük puanlar almaları beklentiler doğrultusundadır. Ağrısı olan öğrencilerin de fiziksel işlevsellik dışında, fiziksel problemlere ve ağrıya bağlı kısıtlılık düzeyleri kronik ağrısı olanlar kadar olmasa da, aynı beklenti doğrultusunda, oldukça düşük bulunmuştur. Ancak kronik ağrı grubu ile ağrılı öğrenci grubu arasındaki bu farkın yaş faktöründen etkilendiği ileri sürülebilir. Nitekim ağrısı olanlarda yaş arttıkça aktivite kısıtlılığının daha da arttığı (Cook ve Thomas, 1994; Ferrell ve ark., 1995) veya ağrının ve ağrı ile ilgili aktivitelerin kalite ve dile getirilişinde farklılıklar olabileceği (Gagliese ve Melzack, 1997a) bildirilmiştir. Bu çalışmanın bulguları bu beklentiye doğrulamaktadır, çünkü ağrısı olanlarda yaş arttıkça PD, PF, RP ve BP ve ayrıca SF puanlarının düştüğü tespit edilmiştir. Aynı bağıntılar ağrısı olmayanlar için söz konusu olmamıştır (Tablo 8).

**Tablo 8.** Ağrısı olanlar ve olmayanlarda, SF-36'nın her iki boyutu ve alt testleri ile yaş değişkeni arasındaki bağıntılar

	YAŞ	
	Ağrısı Olmayanlar (n=235)	Ağrısı Olanlar (n=124)
PF	-,121	-,470**
RP	,085	-,345**
RE	,134*	-,047
VT	,095	-,113
MH	,101	-,067
SF	,087	-,376**
BP	,122	-,528**
GH	,143*	-,187*
PD	,080	-,486**
MD	,145*	-,057

\*p<.05

\*\*p<.001

Bununla birlikte, geniş çapraz çalışmalardaki yaş aralığı, ağrı türü, örneklem büyüklüğü, ağrı ölçüm teknikleri ve araştırma yöntemi gibi parametrelerin sonuçları kısıtladığının özellikle altı çizilmiştir (Bressler ve ark., 1999).

Bütün öğrenci grubu içinde (n=263), öğrencilerin %28.9'u (n=76), yani dörtte birinden fazlası Ağrı İle İlgili Demografik Bilgiler formuna göre ağrılarının olduğunu bildirmişlerdir. Bu bulgunun Çakmak ve arkadaşlarının (2004) tarama çalışmalarından elde ettikleri bulgularla uyumlu olduğu görülmektedir. Türkiye'nin çeşitli bölgelerinden 1552 üniversite öğrencisi arasında yapılan bu çalışmada ağrı görülme sıklığının yaklaşık %30 olduğu bildirilmiştir.

Yukarıdaki bulgular eşliğinde ağrısı olan öğrencilerin hem öğrenciler hem de bütün katılımcılar içinde farklı bir alt grubu oluşturduğu ileri sürülebilir. Nitekim, ağrısı olan öğrencilerin özellikle ağrı soygeçmişindeki sıklık dağılımları ve SF-

36'nın MD ve PD boyutları ile PF, RP, BP, VT ve MH puanları açısından ağrısı olmayan öğrencilerden genel olarak farklılaştığı göze çarpmaktadır.

Bu noktada ağrılı öğrencilerin dahil olduğu grubun ağrı ile ilgili özelliklerinin kronik ağrı grubundakilerin ağrı özelliklerinden nasıl farklılaştığı göz ardı edilmemelidir.

Bu öğrencilerin ve Kronik Ağrı grubundakilerin ağrı ile ilişkili parametrelerdeki sıklık dağılımları Tablo 9'da görülebilir.

Yapılan t-testlerinin sonuçlarında iki grubun VAS yani ağrı şiddetleri ve ağrı başlangıç yaşları birbirinden farklı çıkmıştır (sırasıyla  $t=5.42$ ,  $df=1$ ,  $p<.001$ ;  $t=10.18$ ,  $df=1$ ,  $p<.001$ ). Kronik ağrı grubundakilerin ağrı şiddetlerinin ağrılı öğrencilerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir. Ağrılı öğrenciler ise ağrılarının kronik ağrısı olanlara kıyasla daha erken yaşta başladığını bildirmişlerdir.

Uygulanan nonparametrik Mann-Whitney U testlerinde ise iki grubun ağrı süresi ve ilaç tüketim düzeyi açısından da birbirinden anlamlı derecede farklı olduğu bulunmuştur (sırasıyla  $z = -3.35$ ,  $p<.01$ ;  $z = -7.37$ ,  $p<.001$ ) (Tablo 8). Öğrenci grubunda, yaşlarından da beklendiği üzere, ağrı süresi daha azdır. Aylık ilaç tüketim sayısının ise kronik ağrısı olanlarda anlamlı derecede daha yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Paulose-Ram ve arkadaşlarının (2003) yürütmüş oldukları tarama çalışması bu bulguyu desteklemektedir. Bu araştırmacılar ilerleyen yaşla birlikte ağrı kesici tüketiminin de arttığını bildirmişlerdir.

**Tablo 9.** Ağrısı olan öğrenci ve kronik ağrı grubunun yaş ve ağrının özellikleri açısından ortalamaları ve standart sapmaları

	<b>Öğrenciler</b> (n=76)	<b>Kronik Ağrı</b> (n=48)	<b>İstatistiksel</b> <b>Test</b>
<b>VAS</b>			
X	5	7.26	t=5.42**
SS	2.15	2.39	
<b>Başlangıç yaşı</b>			
X	16.68	30.13	t=10.18**
SS	3.64	9.50	
<b>Ağrı süresi (yıl olarak)</b>			
X	3.91	8.57	z = -3.35*
SS	3.70	8.27	
<b>Aylık ilaç tüketimi</b>			
X	2.84	26.54	Z = -7.37**
SS	4.05	25.39	

\*p<.01  
\*\*p<.001

Tablo 10'da ise iki grubun ağrı türleri ile ağrı sıklık ve şiddet dağılımları verilmiş ve bu dağılımlar arasındaki farklara bakılmıştır.

Bu öğrencilerin %44.7'si (n=34) baş ağrısı, %17.1'i (n=13) bel ağrısı ve %38.2'si de (n=29) boyun, omuz, kol ve bacak gibi diğer ağrılardan muzdarip olduklarını bildirmişlerdir. Kronik Ağrı grubunun ise %35.4'ü (n=17) baş ağrısı, %29.2'si (n=14) bel ağrısı, yine %35.4'ü ise (n=17) diğer ağrı tanılarını almışlardır. Ağrılı öğrenciler ve kronik ağrı grubunun ağrı türlerine göre sıklık dağılımlarının benzer olduğu saptanmıştır ( $X^2=2.65$ ,  $df=2$ ,  $p>.05$ ) (Tablo 10).

Ağrılarının hafif şiddette seyrettiğini bildiren öğrencilerin oranı %21 (n=16), ağrı hastalarının oranı ise %4.3'tür (n=2). Orta şiddette ağrı çekenlerin oranının öğrencilerde %43.5 (n=33), ağrı hastalarında ise %23.9 (n=11) olduğu görülmüştür. Öğrencilerin %26.3'ü (n=20), kronik ağrı tanısı almış kişilerin de %32.7'si (n=15)

ağrılarının şiddetli olduğunu belirtmiştir. Çok şiddetli ağrı bildirimini ise öğrencilerde %9.2 (n=7), kronik ağrı hastalarında da %39.1 (n=18) oranında seyretmektedir. Bu iki grubun ağrı şiddeti kategorilerindeki dağılımının eşit olmadığı tespit edilmiştir ( $X^2=21.36$ ,  $df=3$ ,  $p<.001$ ) (Tablo 10).

Öğrencilerin %17.3'ü (n=13) senede en fazla birkaç defa ağrı çektiklerini ifade ederken, kronik ağrı grubunda senede birkaç defadan az ağrı çekenlerin oranının %4.3 (n=2) olduğu gözlenmiştir. Öğrencilerin %33.4'ü (n=25) ayda 1 ya da 2 ağrı atağı yaşarken, kronik ağrı hastalarında bu oran %8.7'dir (n=4). Haftada 1 ila 2 ağrı çekenler öğrenci grubunda %32 (n=24) oranında seyrederken, ağrı hastalarının %32.6'sı (n=15) haftada 1-2 ağrıdan muzdarip olmaktadır. Her gün en az 1 ağrı atağı yaşayanlar öğrenci grubunda %12 (n=9), kronik ağrı grubunda da %15.2 (n=7) oranındadır. Ağrılı öğrencilerin %5.3'ü (n=4) her an ağrı yaşadıklarını bildirmişlerdir. Kronik ağrı hastaları içinde devamlı ağrı bildirenlerin oranı ise %39.2 (n=18)'dir. İki grubun ağrı sıklık kategorilerindeki dağılımının da aynı olmadığı görülmüştür ( $X^2=29.23$ ,  $df=4$ ,  $p<.001$ ) (Tablo 10).

Literatüre bakıldığında, kronik ağrı ile ilgili epidemiyolojik çalışmaların hemen hepsinin 25 yaş ve üstü popülasyonlarda yapılmış olduğu gözlenmektedir (Andersson ve ark., 1993; Bowsher ve ark., 1991; Elliott ve ark., 1999; Smith ve ark., 2001). Literatürde bu değişkenlere yönelik bu bulguları destekleyen ve özellikle de yaş değişkenini kontrol eden kapsamlı ve spesifik çalışmalara rastlanmamaktadır.



**Tablo 10.** Ağrısı olan öğrencilerin ve kronik ağrı grubunun ağrı türü, ağrı şiddet ve sıklık değişkenlerine göre yüzde dağılımları

	Öğrenciler	Kronik Ağrı	İstatistiksel Test
<b>Ağrı türü</b>			
Baş	34 (%44.7)	17 (%35.4)	$X^2=2.65$
Bel	13 (%17.1)	14 (%29.2)	
Diğer	29 (%38.2)	17 (%35.4)	
<b>Şiddet</b>			
Hafif	16 (%21.0)	2 (%4.3)	$X^2=21.36^*$
Orta	33 (%43.5)	11 (%23.9)	
Şiddetli	20 (%26.3)	15 (%32.7)	
Çok şiddetli	7 (%9.2)	18 (%39.1)	
<b>Sıklık</b>			
Senede 1-birkaç	13 (%17.3)	2 (%4.3)	$X^2=29.23^*$
Ayda 1-2	25 (%33.4)	4 (%8.7)	
Haftada 1-2	24 (%32.0)	15 (%32.6)	
Hergün 1-birkaç	9 (%12.0)	7 (%15.2)	
Devamlı	4 (%5.3)	18 (%39.2)	

\*p<.001

Kronik ağrı grubu ve ağrılı öğrencilerin ağrının psikososyal bileşenleri ile ilgili bildirimleri de ayrıca karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırmalar ise Tablo 11’de görülebilir.

Ağrısı olan öğrencilerin %25’inde (n=19), kronik ağrısı olanların ise %70’inde (n=33) ağrı beklenti korkusu olduğu görülmüştür. İki grup arasındaki bu dağılım farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=24.33$ ,  $df=1$ ,  $p<.001$ ) (Tablo 11). Başka bir deyişle “ağrı başlayacak” ya da “ağrı şiddetlenecek” korkusu ile günlük aktivitelerinden kaçındıklarını bildirenler kronik ağrı grubunda daha fazla iken, ağrı beklenti korkusu olmadığını bildirenler öğrenci grubunda daha fazladır.

Ağrısıyla baş etmede pasif yöntemler kullananların oranı öğrencilerde %72.4 (n=55) ve ağrı hastalarında da %89.4 (n=42) olarak bulunmuştur. Öğrencilerin %27.6'sının (n=21), kronik ağrı grubundakilerin de %10.6'sının (n=5) ağrılarını aktif yöntemlerle azaltabildikleri ya da dindirebildikleri gözlenmiştir. İki grubun ağrı ile baş etme kategorilerindeki bu dağılımlarının da eşit olmadığı bulgulanmıştır ( $X^2=5.03$ ,  $df=1$ ,  $p<.05$ ) (Tablo 11). Yani, her iki grupta da ağrı ile baş etmede pasif yöntemler kullananların sıklık oranı aktif yöntemler kullananlara kıyasla daha yüksek iken, bu oran öğrencilerde kronik ağrısı olanlara göre anlamlı derecede daha düşüktür.

Ağrı varken sosyal faaliyet ve yükümlülüklerden kaçınanların oranı ise öğrenci grubunda %52.6 (n=40) iken, bu oranın ağrı hastalarında %87.2 (n=41) olduğu belirlenmiştir. İki grubun bu değişkenin iki düzeyindeki dağılımları arasında da anlamlı bir fark vardır ( $X^2=15.46$ ,  $df=1$ ,  $p<.001$ ) (Tablo 11). Diğer bir ifadeyle, ağrısı olduğu için okul, ev işi ya da çalışma hayatı ile ilgili temel sorumluklarını aksatanlara öğrenci grubunda neredeyse ağrıya rağmen bu sorumlulukları yerine getirmeye devam edenler kadar sık rastlanmaktadır. Oysa sosyal sorumlulardan kaçınanlar, kronik ağrısı olanlarda, kaçınmayanların dört katından daha fazladır.

Ağrılı öğrencilerin %34.2'si (n=26) yakınlarının aşırı kollayıcı, %6.6'sı (n=5) reddedici, %53.9'u (n=41) ihmalkar, %5.3'ü de (n=4) destekleyici tutumlar takındıklarını belirtmişlerdir. Kronik ağrı grubunda, yakınları aşırı kollayıcı olanların oranının %59.7 (n=28), reddedici olanların %10.6 (n=5), ihmalkar olanların oranının %19.1 (n=9) ve destekleyici olanlarınsa %10.6 (n=5) olduğu bulunmuştur. İki grubun yakınlarının ağrıya gösterdikleri farklı tepkiler açısından dağılımları da farklıdır ( $X^2=14.64$ ,  $df=3$ ,  $p<.01$ ) (Tablo 11). Bu bulgulara göre ağrılı öğrencilerin yakınlarının en sık gösterdiği tepkinin ağrıyı göz ardı etmeleri olduğu söylenebilir. Kronik ağrısı olanların yakınlarının en sık sergilediği davranış biçiminin ise aşırı kollayıcılık olduğu göze çarpmaktadır.

**Tablo 11.** Ağrısı olan öğrenciler ile kronik ağrı grubunun ağrı ile ilişkili psikososyal değişken kategorilerindeki dağılımları

	Öğrenciler	Kronik Ağrı	İstatistiksel Test
<b>Beklenti Korkusu</b>			
Var	19 (%25.0)	33 (%70.2)	$X^2=24.33^{***}$
Yok	57 (%75.0)	14 (%29.8)	
<b>Ağrı ile Baş etme</b>			
Pasif	55 (%72.4)	42 (%89.4)	$X^2=5.03^*$
Aktif	21 (%27.6)	5 (%10.6)	
<b>Sosyal Kaçınma</b>			
Var	40 (%52.6)	41 (%87.2)	$X^2=15.46^{***}$
Yok	36 (%47.4)	6 (%12.8)	
<b>Yakınların tepkisi</b>			
Aşırı kollayıcı	26 (%34.2)	28 (%59.7)	$X^2=14.64^{**}$
Reddedici	5 (%6.6)	5 (%10.6)	
İhmalkar	41 (%53.9)	9 (%19.1)	
Destekleyici	4 (%5.3)	5 (%10.6)	

\*p<.05

\*\*p<.01

\*\*\*p<.001

İki grup arasında bu dört değişkenin kategorileri açısından bulguların anlamlı farkları ağrının özellikleri ile ilgili bu çalışmada tespit edilen farklılıklarla ilişkilendirmek mümkün olabilir. Nitekim ağrılı öğrencilerin ağrı şiddet ve sürelerinin daha az olması özellikle ağrı beklenti korku davranışı ve sosyal faaliyetlerden kaçınma davranışını gösterme sıklığı ve yakınlarının ağrularına yönelik ihmalkar tutumlar takınmaları ile ilişkili olabilir. Bu çalışmada kullanılan SF-36'nın RP ve SF alt testleri de sırasıyla fiziksel problemlere bağlı iş ve günlük aktivitelerdeki kısıtlılık düzeyini ve fiziksel ve duygusal problemlerin normal sosyal aktiviteyi engelleme düzeyini ölçmektedir. Burada öne sürülen ilişki bu alt testlerle ağrı şiddet ve süreleri arasındaki ilişki kapsamında incelenebilir. Tablo 12'ye bakıldığında Görsel Analog Skalası (VAS) ile ölçülen ağrı şiddeti ile beklendiği

üzere RP ve SF puanları arasında ters orantılı, ağrı süresi ile de SF ile değil ama RP ile yine ters orantılı anlamlı ilişkiler olduğu dikkati çekmektedir.

**Tablo 12.** Ağrısı olan tüm katılımcıların SF-36'nın RP ve SF alt testlerinden almış oldukları puanların VAS ve Ağrı Süresi değişkenleri ile olan bağıntıları

	VAS (n=120)	AĞRI SÜRESİ (n=105)
<b>RP</b>	-.264**	-.200*
<b>SF</b>	-.334***	-.165

\*p<.05

\*\*p<.01

\*\*\*p<.001

Ağrı ile baş etme davranışı açısından özellikle pasif baş etme yöntemlerinin, öğrencilerde kronik ağrı grubuna kıyasla daha seyrek rastlanmasına rağmen her iki grupta da oldukça yüksek oranda kullanılıyor olması oldukça dikkat çekicidir. Carroll ve arkadaşları aktif ve pasif baş etme yöntemleri ile ilintili faktörleri inceledikleri 2002 tarihli çalışmalarında özellikle ağrı ile ilintili özürülük düzeyinin pasif baş etme yöntemleri ile yüksek düzeyde ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Bu bulguya ek olarak genel sağlık düzeylerinin daha iyi olduğunu bildirenlerde pasif baş etme yöntemlerini kullanma sıklığına daha az rastlandığı da rapor edilmiştir. Bu çalışmadaki katılımcıların hemen hepsinin kişisel sağlık ile ilgili inançları ölçen SF-36'nın GH alt test skorlarının çok da yüksek olmaması , Carroll ve arkadaşlarının (2002) çalışma sonuçları ile tutarlı bir şekilde, pasif baş etme yöntemlerine başvurulması ile ilişkili olabilir.

Bu bulgular doğrultusunda, öğrenci grubunda ağrısı olduğunu bildirenlerin ağrı yaşantılarının, ağrı özellikleri açısından kronik ağrı grubundan farklılaştığı söylenebilmekle birlikte, bu öğrencilerin belli parametrelerde ağrısız öğrencilerden de farklılaştığı göze çarpmaktadır.

Bu sebeple ağrılı öğrenciler Ağrı İnançları Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ayrı bir grup olarak ele alınmak suretiyle gruplararası karşılaştırmalara dahil edilmiştir. Ancak, ölçeğin orijinal çalışmasında, faktör analizi ve iç tutarlılık

analizleri yalnızca ağrısı olmayan öğrencilerle yapıldığından, bu çalışmada da söz konusu analizler, ölçeğin orijinal çalışması doğrultusunda, ağrısı olmayan öğrencilerle gerçekleştirilmiştir.

AIÖ'nün iç tutarlılık analizi için Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları ve madde toplam bağıntıları hesaplanmıştır. Buna göre ölçeğin genel iç tutarlılık katsayısı  $\alpha=.65$  olarak bulunmuştur. Ölçeğin genelinde madde toplam bağıntıları ise .01 değerinde olan 3. madde ve .06 değerinde olan 2. madde haricinde .17 (6.madde)-.47 (8.madde) arasında değişmektedir. 2. ve 3. itemler ölçekten çıkarıldığı takdirde ölçeğin cronbach alfa değerinin .70'e yükseldiği, madde toplam bağıntılarının ise .17 (bu defa 10. madde) ve .48 (8.madde) arasında değiştiği görülmektedir.

Alt ölçeklere bakıldığında, AIÖ-O alt testi için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı .64 bulunmuştur. Madde toplam bağıntıları ise .18 (2.madde)-.44 (8.madde) arasındadır. Bu alt ölçekten 2. madde çıkarıldığı takdirde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının .66'ya yükseldiği, madde toplam bağıntılarının ise .26 (10. madde) ve .47 (8.madde) arasında değiştiği saptanmıştır. Buna göre 2. madde Türkçe formun AIÖ-O alt testine dahil edilmemiştir.

AIÖ-P alt ölçeğinde ise alfa değeri 3. madde dahil olduğunda .51, bu madde çıkarıldığında .71'e yükseldiği için 3. madde de AIÖ-P alt ölçeğinin son haline dahil edilmemiştir. 3. madde çıkarıldıktan sonra AIÖ-P alt ölçeğinin madde toplam bağıntılarının .37 (6.madde)-.60 (9.madde) arasında değiştiği gözlenmiştir.

Ölçeğin orijinal formunu geliştiren Edwards ve arkadaşlarının makalelerinde sundukları bulgulara baktığımızda, her iki alt ölçek Cronbach alfa iç tutarlılık katsayılarının da Türkçe formda bulgularan katsayılardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Orijinal Formda bu katsayılar AIÖ-O için .73, AIÖ-P için ise .70 olarak bildirilmiştir. Orijinal formun madde toplam bağıntıları ile ilgili ise herhangi bir sonuç rapor edilmemiştir.

Hem öğrenci grubu hem de kronik ağrı hastalarına iki hafta arayla yeniden verilen AIÖ'nün sonuçlarına göre, Pearson korelasyon katsayısının AIÖ-P alt ölçeği için  $r = .74$  ( $p < .001$ ) ve AIÖ-O alt ölçeği için de  $r = .51$  ( $p < .01$ ) olduğu tespit edilmiştir ( $n=106$ ).

Orijinal formun güvenilirlik çalışmasında test-tekrar test güvenirligi yapılmamıştır. Yalnızca iç tutarlık analiz sonuçları mevcuttur.

Bir testin güvenilir kabul edilebilmesi için güvenilirlik katsayılarının en az .80'ler düzeyinde seyretmesi gerektiği bilinmektedir (Öner, 1996). Ancak hem iç tutarlık analizi hem de test-tekrar test güvenirligi açısından baktığımızda, Türkçe formun güvenilirlik katsayılarının çok da yüksek olmadığı, bu durumun özellikle de AIÖ-O alt testi için daha fazla geçerli olduğu göze çarpmaktadır.

AIÖ'nün yapı geçerliğini araştırmak amacıyla faktör analizi uygulanmıştır. Ana Bileşenler Yöntemi ve Varimax dönüştürmesi sonucunda ölçeğin orijinal formunun kavramsal yapısından beklendiği gibi, organik ve psikolojik inançlar olmak üzere, her ikisi de ayrı ayrı toplam değişimin %20'sini açıklayan, 2 faktör elde edilmiştir. Orijinal formun faktör analiz sonuçlarının aksine, 2. madde hiçbir faktöre yüklenmezken, 3. madde organik inançlar alt faktörüne değil, psikolojik inançlar alt faktörüne yüklenmiştir. Buna göre, organik inançlar alt ölçeği'ne 6, psikolojik inançlar alt ölçeğine ise 5 madde yüklenmiştir. Tablo 13'de her bir faktörün içerdiği maddeler ve maddelerin yük değerleri verilmiştir.

**Tablo 13.** Ana Bileşenler Yöntemi ve Varimax dönüştürmesi sonucu ortaya çıkan iki faktör ve ölçek madde yükleri.

	FAKTÖR	
	Psikolojik İnançlar	Organik İnançlar
<b>AİÖ 9</b>	.73	
<b>AİÖ 12</b>	.70	
<b>AİÖ 6</b>	.65	
<b>AİÖ 4</b>	.58	
<b>AİÖ 3</b>	-.51	
<b>AİÖ 8</b>		.62
<b>AİÖ 10</b>		.59
<b>AİÖ 5</b>		.59
<b>AİÖ 1</b>		.58
<b>AİÖ 7</b>		.58
<b>AİÖ 11</b>		.55
<b>AİÖ 2</b>		

İkinci ve üçüncü maddeler ölçekten çıkarıldığında ise, organik inançlar faktörünün toplam değişimin %23'ünü, psikolojik inançlar faktörünün de %22'sini açıkladığı görülmüştür. Bu çözülemeye göre ortaya çıkan iki faktör ve maddelerin yük değerleri ise Tablo 14'de görülebilir.

**Tablo 14.** AİÖ'nün ikinci ve üçüncü maddeleri çıkarıldıktan sonra Ana Bileşenler Yöntemi ve Varimax dönüştürmesi sonucu ortaya çıkan iki faktör ve ölçek madde yükleri.

	FAKTÖR	
	Psikolojik İnançlar	Organik İnançlar
AİÖ9	.81	
AİÖ12	.75	
AİÖ4	.68	
AİÖ6	.64	
AİÖ8		.65
AİÖ11		.65
AİÖ5		.61
AİÖ7		.60
AİÖ1		.60
AİÖ10		.52

Edwards ve arkadaşlarının gerçekleştirmiş olduğu orijinal formun faktör analiz çalışmasına bakıldığında (1992), her iki faktörün bir arada toplam varyansın %82.4'ünü açıkladığı görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında, bu ölçekte ortaya çıkan faktörlerin madde skorları arasındaki değişimin ancak %45'ini açıkladığı görülmektedir. Bu açıdan bu değişime etki eden başka faktörlerin de varlığı gözden geçirilmelidir.

Her dört grubun hem AİÖ-P hem de AİÖ-O alt testlerinden aldıkları ortalama puanlar ve standart sapmaları Tablo 4'te görülebilir. Dört grup karşılaştırıldığında, AİÖ-O puanları arasındaki anlamlı farkın AİÖ-P için geçerli olmadığı görülmektedir (Tablo 4). Ağrılı öğrenciler Organik İnançlar alt testinden dört grup içinde en düşük puanı almış olmakla birlikte, AİÖ-O puan ortalamaları yalnızca kronik ağrı grubundan anlamlı derecede düşüktür.



Bu bulgular orijinal çalışmadaki bulgulardan farklılaşması bakımından oldukça dikkat çekicidir. Nitekim Edwards ve arkadaşları (1992), ağrısı olmayan öğrencilerin Psikolojik inanç atıflarının kronik ağrılılardan daha fazla olduğunu ve organik inanç atıflarının da kronik ağrılılarda daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Ancak çalışmalarında cinsiyet, ağrı türü, ağrının özellikleri, eğitim ve medeni durum gibi faktörlerin bulgular üzerindeki olası etkisini incelememişlerdir. Bu söz konusu değişkenler ile ilgili karşılaştırmalar bu çalışmanın yan amaçları kapsamında ayrıca incelenmiştir.

AİÖ'nün ölçüt-bağımlı geçerliğini test etmek amacıyla, ölçeğin her iki faktörünün, öncelikle tüm grup için, Otomatik Düşünceler Ölçeği, SF-36'nın PD ve MD boyutları ile yine SF-36'nın tüm alt testleri ve birbirleriyle olan bağıntılarını tespit etmek için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Bu bulgular Tablo 15'de gösterilmiştir.

Tüm grup açısından değerlendirildiğinde, bu çalışmanın ölçüt bağlantılı geçerliği ile ilgili hipotezlerin AİÖ-P puanları açısından desteklenmediği görülmektedir. Zira AİÖ-P puanları ile ODÖ testinden alınan puanlar arasında ters orantılı bir ilişki beklenmekte idi. Bu iki ölçek arasındaki ilişki anlamlı olmasına rağmen ters orantılı değil, öngörülenin aksine doğru orantılıdır ( $r=.191$ ,  $p<.01$ ) (Tablo 15). Yani, katılımcıların ağrıya yönelik psikolojik inanç atıfları arttıkça bu kişilerde olumsuz otomatik düşüncelerin görülme sıklığı da artıyor görünmektedir. AİÖ-P puanları ile ODÖ arasında görülen benzer ilişkinin SF-36'nın VT alt testi için de geçerli olduğu gözlenmektedir ( $r=-.116$ ,  $p<.05$ ) (Tablo 15). Yani, katılımcıların ağrılarının kaynağını psikolojik faktörlere atfetme eğilimleri arttıkça, yorgun ve tükenmiş hissetme düzeylerinin de arttığı görülmektedir ki, bu bulgu da AİÖ-P puanlarına ilişkin bu çalışmanın öngörülerinin aksi yönündedir.

AİÖ-O puanlarına bakıldığında ise, çalışmanın bu konudaki hipotezlerinin desteklendiği göze çarpmaktadır. Bir başka deyişle, AİÖ-O puanları arttıkça ODÖ puanlarının da artacağı öngörülmekteydi. Çalışmanın bulguları bu hipotez doğrultusundadır ( $r=.206$ ,  $p<.01$ ) (Tablo 15). Ağrının kaynağını organik faktörlere

atfetme düzeyi ile kişide olumsuz düşüncelerin görülme sıklığı arasında ters yönlü bir ilişki bulunmaktadır.

Yine AIÖ-O puanları ile SF-36'nın PD boyutu ve PF, RP ve BP alt testleri arasında negatif anlamlı korelasyonlar beklenmekteydi. Bulguların bu beklentiyle de çelişmediği görülmektedir (sırasıyla,  $r=-.166$ ,  $p<.01$ ;  $r=-.149$ ,  $p<.01$ ;  $r=-.134$ ,  $p<.01$ ;  $r=-.155$ ,  $p<.01$ ) (Tablo 15). Ağrıya yönelik organik inanç atıfları arttıkça, giyinmek ve banyo yapmak da dahil bütün fiziksel aktiviteleri gerçekleştirmekle ilgili kısıtlılık düzeyinde ve fiziksel sağlığa bağlı olarak iş ve diğer günlük aktivitelerde yaşanan problemlerde artış olduğu gözlenmektedir. Bunun yanı sıra organik inanç atıf düzeyindeki artışları ağrıya bağlı kısıtlanmalarda da artışın takip ettiği görülmektedir.

Öte yandan, SF-36'nın MD boyutu ve RE ve MH alt testleri ile AIÖ-P puanları arasında beklenen ilişkinin, AIÖ-P puanları için değil, AIÖ-O puanları için negatif yönde geçerli olduğu görülmektedir. Yani, AIÖ-P puanları ile SF-36'nın MD, RE ve MH alt testleri arasında anlamlı bir bağıntı bulunamamıştır (sırasıyla,  $r=-.089$ ,  $p>.05$ ;  $r=-.087$ ,  $p>.05$ ;  $r=-.051$ ,  $p>.05$ ) (Tablo 15). Ağrıya yönelik psikolojik inanç puanlarındaki artışlar ile genel mental sağlık ve duygusal duruma bağlı iş ve diğer günlük aktivitelerde yaşanan problem düzeyi arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Öte yandan, bu alt testler ile AIÖ-O arasında ise negatif yönde anlamlı bağıntılar olduğu bulgulanmıştır (sırasıyla,  $r=-.140$ ,  $p<.01$ ;  $r=-.113$ ,  $p<.05$ ;  $r=-.110$ ,  $p<.05$ ) (Tablo 15). Diğer bir deyişle, ağrının kaynağının organik sebeplere bağlı olduğu inancı arttıkça, genel mental sağlık düzeyinin düştüğü ve duygusal problemlere bağlı rol kısıtlılıklarında da artışlar olduğu izlenmektedir. Bu çalışmada AIÖ-O puanları açısından görülen negatif yöndeki bu ilişkiler, AIÖ-O'ya ağrı yaşantısı açısından yüklenen negatif anlam düşünüldüğünde, bu çalışmanın organik inanç atıfları ile ilgili beklentilerini desteklemektedir.

AIÖ-O puanları ve SF-36'nın SF ve GH alt testleri arasında da negatif anlamlı bağıntılar olduğu bulunmuştur (sırasıyla,  $r=-.135$ ,  $p<.05$ ;  $r=-.221$ ,  $p<.01$ ) (Tablo 15). Ağrının kaynağına yönelik organik inanç atıfları arttıkça, sosyal

işlevsellik ve genel sağlık düzeyinin de düştüğü görülmektedir. AİÖ-O puanları ile SF ve GH alt testleri arasında bulunmuş olan bu ters yönlü anlamlı ilişkiler de aynı şekilde, organik atıflarla ilgili bu çalışmanın hipotezleri ile çelişmemektedir.

Özetle, bu çalışmanın ölçüt-bağımlı geçerliği ile ilgili bulguları AİÖ-O ile ilgili hipotezleri desteklerken, AİÖ-P ile ilgili beklentileri doğrulamamaktadır. AİÖ-P ile ilgili gözlenen bu sonuçlar, ağrının kaynağını psikolojik sebeplere atfetme yöneliminin, AİÖ-O'dan farklı nitelikte, ama AİÖ-O gibi olumsuz bir yük taşıdığını düşündürmektedir.

**Tablo 15.** AİÖ'nün her iki faktörünün ODÖ, SF-36'nın PD ve MD boyutu ile diğer bütün alt testleri arasındaki bağıntıları

	AİÖ-P (tüm grup) (n=359)	AİÖ-O (tüm grup) (n=359)
<b>AİÖ-P</b>	1	.235***
<b>ODÖ</b>	.191**	.206**
<b>PF</b>	.088	-.149**
<b>RP</b>	-.062	-.134*
<b>RE</b>	-.087	-.113*
<b>VT</b>	-.116*	-.091
<b>MH</b>	-.051	-.110*
<b>SF</b>	-.018	-.135*
<b>BP</b>	-.050	-.155**
<b>GH</b>	-.024	-.221**
<b>PD</b>	-.004	-.166**
<b>MD</b>	-.089	-.140**

\*p<.05

\*\*p<.01

\*\*\*p<.001

Ayrıca, AİÖ'nün her iki faktörünün öğrenci grubu, ağırlı öğrenci grubu, kronik ağrı grubu ve kontrol grubu için birbirleri ile, Otomatik Düşünceler Ölçeği, SF-36'nın PD ve MD boyutları ile ve yine SF-36'nın tüm alt testleri ile olan bağıntıları da Tablo 16'da gösterilmiştir.

Gruplara ayrı ayrı bakıldığında, söz konusu değişkenler arasındaki ilişkiler açısından farklılıklar görünmektedir.

Kronik ağrı grubunda bu çalışma ile ilgili hipotezlerin desteklenmediği görülmektedir. Nitekim AIÖ-P puanları arttıkça, öngörülenin aksine, otomatik düşüncelerin görülme sıklığının da artmakta olduğu gözlenmiştir ( $r=.338$ ,  $p<.05$ ) (Tablo 16). Bunun dışında, AIÖ'nün hiçbir alt testi ile SF-36'nın alt testleri arasında anlamlı korelasyonlar bulunmamıştır. Bu spesifik bulgu, kronik ağrı hastalarının ağrı inançlarını merkeze alan bu çalışmanın beklentileri açısından oldukça şaşırtıcıdır.

Aynı şekilde, kontrol grubunun da AIÖ-P ile AIÖ-O puanlarının hiçbir ölçek ile korele olmadığı görülmüştür (Tablo 16).

Sadece öğrenci grubu ele alındığında, bu çalışmanın AIÖ-P ile ilgili hipotezlerinin yine karşılanmadığı göze çarpmaktadır. AIÖ-P'nin hiçbir değişken ile istatistiksel düzeyde anlamlı bir bağıntısı bulunmamaktadır. AIÖ-O ile diğer tüm değişkenlerin ilişkilerine bakıldığında ise, beklendiği üzere ODÖ ile doğru orantılı anlamlı bir korelasyon söz konusudur ( $r=.151$ ,  $p<.05$ ). Fakat AIÖ-O ile ilgili ikinci hipotez desteklenmemiştir. Yani AIÖ-O ile SF-36'nın PD boyutu ve PF, RP ve BP alt testleri arasında herhangi bir anlamlı korelasyon gözlenmemiştir. Bunun yerine MD boyutu ve RE ile negatif anlamlı korelasyon saptanmıştır (sırasıyla,  $r=-.155$ ,  $p<.05$ ;  $r=-.147$ ,  $p<.05$ ). Ayrıca SF ve GH alt testleri ile de negatif yönde bağıntıların olduğu görülmüştür (sırasıyla,  $r=-.146$ ,  $p<.05$ ;  $r=-.166$ ,  $p<.05$ ) (Tablo 16).

Ağrısı olan öğrenci grubunda aynı ilişkiler dikkate alındığında ise, AIÖ-P ile ODÖ arasında anlamlı bir bağıntı söz konusu olmakla birlikte, bu bağıntı, beklenenin aksine, yine pozitif yöndedir ( $r=.265$ ,  $p<.05$ ). AIÖ-P ile ilgili ikinci hipotez de ağırlı öğrenci grubunun bulgularına göre desteklenmemiştir. MH alt testi hariç, RE alt testi ve MD boyutu arasında anlamlı korelasyon tespit edilmişse de, bu korelasyonlar ters orantılıdır (sırasıyla,  $r=-.269$ ,  $p<.05$ ;  $r=-.257$ ,  $p<.05$ ). Yani, bu gruptakilerin psikolojik inanç atf düzeyleri arttıkça, beklenenin aksine, zihinsel açıdan yaşam kalite düzeyleri düşmekte ve duygusal problemlere bağlı rol kısıtlılıkları da

artmaktadır. Bunların yanı sıra, AIÖ-P ile PD boyutu ve RP alt testi arasında da negatif yönde ilişkiler olduğu ayrıca bulgulanmıştır (sırasıyla,  $r=-.283$ ,  $p<.05$ ;  $r=-.281$ ,  $p<.05$ ). AIÖ-O puanları ile ilgili bulgular ise bu çalışmanın hipotezleri doğrultusundadır. Beklendiği üzere AIÖ-O puanları arttıkça, ODÖ'den alınan puanlar da artmaktadır ve bu ilişki anlamlıdır ( $r=.438$ ,  $p<.001$ ). Yine AIÖ-O puanları arttıkça, genel fiziksel durum ile ilgili yaşam kalite düzeyi ve fiziksel işlevsellik düzeyi düşmekte (sırasıyla,  $r=-.382$ ,  $p<.01$ ;  $r=-.330$ ,  $p<.01$ ), fiziksel duruma bağlı rol kısıtlılıkları ve bedensel ağrı ile ilgili kısıtlanma düzeyi de artmaktadır (sırasıyla,  $r=-.333$ ,  $p<.01$  ;  $r=-.263$ ,  $p<.05$ ). Hipotez doğrultusundaki bu bulguların dışında, AIÖ-O puanlarının GH alt testi ile yüksek düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu ( $r=-.560$ ,  $p<.001$ ), VT ve SF alt testleri ile düşük düzeyde anlamlı negatif korelasyonu bulunduğu (sırasıyla,  $r=-.248$ ,  $p<.05$ ;  $r=-.250$ ,  $p<.05$ ) ve MD alt boyutu ile de yine düşük düzeyde negatif bağıntı içerdiği ( $r=-.259$ ,  $p<.05$ ) görülmektedir ki bu sonuçlar AIÖ-O ile ilgili hipotezlerle kavramsal düzeyde çelişmemektedir (Tablo 16).

**Tablo 16.** Dört farklı grup kriterine göre AİÖ'nün her iki faktörünün ODÖ, SF-36'nın PD ve MD boyutu ile diğer bütün alt testleri arasındaki bağıntıları

	Öğrenci (n=187)		Ağrılı Öğrenci (n=76)		Kronik Ağrı (n=48)		Kontrol (n=48)	
	AİÖ-P	AİÖ-O	AİÖ-P	AİÖ-O	AİÖ-P	AİÖ-O	AİÖ-P	AİÖ-O
<b>AİÖ-P</b>	1	.231**	1	.305**	1	.079	1	.405**
<b>ODÖ</b>	.109	.151*	.265*	.438***	.338*	.246	.138	.112
<b>PF</b>	.023	-.061	-.182	-.330**	.235	-.231	.087	.086
<b>RP</b>	-.062	-.086	-.283*	-.333**	.085	-.051	-.059	.039
<b>RE</b>	-.041	-.147*	-.269*	-.192	-.062	-.100	.065	.051
<b>VT</b>	-.097	-.060	-.109	-.248*	-.126	.035	-.188	-.121
<b>MH</b>	.008	-.092	-.102	-.172	-.140	-.098	-.065	-.161
<b>SF</b>	-.044	-.146*	-.151	-.250*	-.029	-.109	.110	.171
<b>BP</b>	.069	-.069	-.152	-.263*	.174	-.263	-.040	-.043
<b>GH</b>	.018	-.166*	-.201	-.560***	.042	-.054	.102	-.081
<b>PD</b>	-.009	-.095	-.281*	-.382**	-.209	-.194	-.062	.035
<b>MD</b>	-.031	-.155*	-.257*	-.259*	-.105	-.143	.023	-.024

\*p<.05

\*\*p<.01

\*\*\*p<.001

Bu çalışmanın ilk yan amacı olan yaş, VAS'a göre ağrı şiddeti, ağrı başlangıç yaşı, ağrının süresi ve ağrı kesici kötüye kullanımı ile AİÖ-P ve AİÖ-O arasında Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı kullanılarak incelenen bağıntılar farklı ağrı grupları gözetilmeksizin hesaplanmıştır. Bulgular Tablo 17'de verilmiştir.

Buna göre, AİÖ-P puanları ile yaş ve ağrının hiçbir özelliği arasında anlamlı bağıntılar saptanmamıştır. Ancak AİÖ-O puanları ile, ağrı süresi hariç, yaş, VAS, ağrı başlangıç yaşı ve aylık ilaç tüketim düzeyi arasında doğru orantılı anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür (sırasıyla,  $r=,106$ ,  $p>.05$ ;  $r=,278$ ,  $p<.01$ ;  $r=,230$ ,  $p<.01$ ;  $r=,259$ ,  $p<.01$ ;  $r=,218$ ,  $p<.05$ ) (Tablo 17).

**Tablo 17.** AİÖ'nün her iki alt testinin ağrısı olan tüm katılımcılar açısından yaş, ağrı şiddeti, ağrı başlangıç yaşı, ağrının süresi ve ilaç kötüye kullanım düzeyi ile olan bağıntıları

	<b>AİÖ-P</b> (n=124)	<b>AİÖ-O</b> (n=124)
Yaş	-,145	,278**
VAS	-,018	,230**
Ağrı başlangıç yaşı	-,103	,259**
Ağrı süresi (yıl olarak)	-,106	,106
Aylık ilaç tüketimi	-,062	,218*

\*p<.05

\*\*p<.01

Literatüre bakıldığında ağrı inançları ile ilgili yapılan çalışmalarda ya ağrı türü olarak yalnızca bel ağrısı ele alınmış (Walsh ve Radcliffe, 2002) ya da George ve arkadaşlarının (2001) çalışması hariç inançların ağrı türüne göre nasıl değiştiğine bakılmamıştır (Stroud ve ark., 2000).

Bu sonuçların ağrı türü faktöründen ne denli etkilenmiş olduğunu tespit etmek amacıyla, bu çalışmanın ikinci sorusunu içeren ağrısı olan öğrenciler de dahil tüm ağrı hastalarının AİÖ-P ve AİÖ-O puanları, Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılarak farklı ağrı türlerine göre karşılaştırılmıştır. Tablo 18'de bu çalışmada yer alan ve ağrısı olan tüm katılımcıların (ağrılı öğrenciler de dahil) hem AİÖ-P hem de AİÖ-O skorlarının ağrılı öğrenciler ve kronik ağrı grubunda ağrı türlerine göre nasıl değiştiği görülmektedir.

Sonuçlar AİÖ-P puanlarının ağrı türüne göre değiştiğini göstermektedir (F=4.26, df=2-121, p<.05). Uygulanan alt test sonuçlarına göre bel ağrılı grubun psikolojik inanç atıf skorları diğer iki gruptan da anlamlı derecede düşüktür. Aynı durumun AİÖ-O puanları için geçerli olmadığı tespit edilmiştir (F=1.44, df=2-121, p>.05) (Tablo 18).

**Tablo 18.** Ağrısı olan tüm katılımcıların ağrı türlerine göre AİÖ-P ve AİÖ-O alt test ortalama ve standart sapmaları.

	Baş Ağrısı (n=51)	Bel Ağrısı (n=27)	Diğer Ağrılar (n=46)	İstatistiksel Test
<b>AİÖ-P</b>				
X	4.58	4.02	4.57	F= 4.26*
SS	.85	.93	.88	
<b>AİÖ-O</b>				
X	3.84	4.07	4.06	F=1.44
SS	.73	.76	.75	

\*p<.05

Hem AİÖ-P hem de AİÖ-O puanlarının ağrı türü ve gruplara göre nasıl değiştiğine bakmak amacıyla düzenlenen 2 yönlü varyans analizi sonuçları ise, AİÖ-P puanları için “ağrı türü” ana faktörünün, öte yandan AİÖ-O puanları için de “grup” ana faktörünün istatistiksel olarak anlamlı olduğu yönündedir (sırasıyla F=3.82, df=2-118, p<0.05; F=8.68, df=1-118, p<0.001). Post-hoc Tukey testine göre bel ağrısı çekenlerin, diğer ağrılara kıyasla AİÖ-P puanları en düşüktür (Tablo 19). Bu bulgular ayrıca Grafik 1 ve Grafik 2’de de özetlenmiştir.

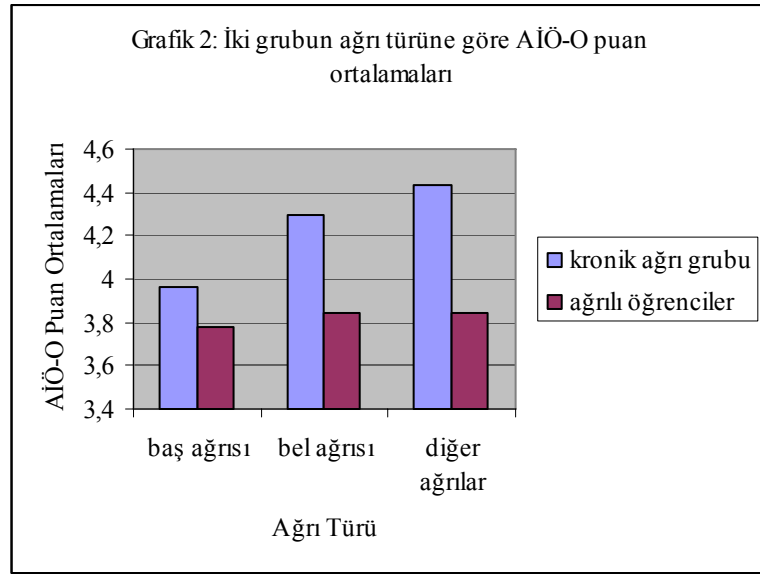
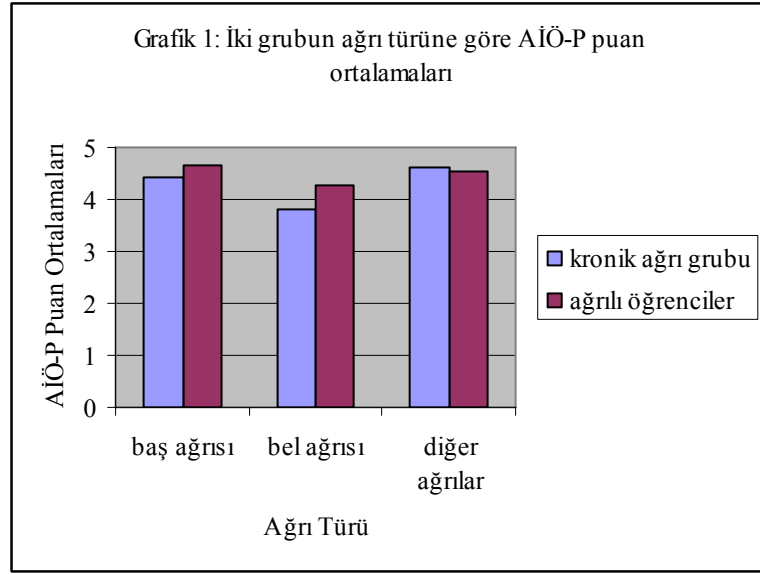
**Tablo 19.** Ağrısı olan öğrenci ve kronik ağrı hasta grubunun ağrı türlerine göre AİÖ-P ve AİÖ-O alt test test puan ortalama ve standart sapmaları.

	KRONİK AĞRI HASTALARI			ÖĞRENCİLER			İstatistiksel Test
	Baş Ağrısı (n=17)	Bel Ağrısı (n=14)	Diğer Ağrılar (n=17)	Baş Ağrısı (n=34)	Bel Ağrısı (n=13)	Diğer Ağrılar (n=29)	
<b>AİÖ-P</b>							
X	4.41	3.79	4.62	4.66	4.27	4.54	F=3.82*
SS	.97	.99	1.08	.78	.84	.75	
<b>AİÖ-O</b>							
X	3.96	4.30	4.43	3.78	3.84	3.84	F=8.68**
SS	.75	.75	.69	.72	.73	.70	

\*p<.05

\*\*p<.001





Nitekim , kronik ağrı grubu ve ağrılı öğrenci grubu içinde sadece bel ağrısı olanların AIÖ-P puanları öğrenci ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, dört grup arasında anlamlı bir fark bulunmuş ( $F=4.33$ ,  $df=3-258$ ,  $p<.05$ ) ve yapılan post-hoc test bu farkın sadece öğrenci grubu ile kronik ağrı grubu arasında olduğunu göstermiştir. Baş ağrısı ve diğer ağrı türleri için ise, AIÖ-P puan ortalamaları açısından böyle bir fark, bu çalışmada tespit edilmemiştir (sırasıyla,  $F=2.11$ ,  $df=3-282$ ,  $p>.05$ ;  $F=1.73$ ,  $df=3-277$ ,  $p>.05$ ) (Tablo 20).

**Tablo 20.** Dört grubun üç farklı ağrı türüne göre AIÖ-P puan ortalamalarının karşılaştırmaları

	Öğrenci	Ağrılı Öğrenci	Kronik Ağrı	Kontrol	İstatistiksel Test
<b>Bel Ağrısı</b>					
X	4.51	4.27	3.79	4.22	
SS	.82	.84	.98	.91	F=4.33*
N	187	13	14	48	
<b>Baş Ağrısı</b>					
X	4.51	4.66	4.41	4.23	
SS	.82	.79	.97	.91	F=2.11
N	187	34	17	48	
<b>Diğer</b>					
X	4.51	4.54	4.62	4.23	
SS	.82	.75	1.08	.91	F=1.73
N	187	29	17	48	

\*p<.05

Tablo 19'a bakıldığında, baş ağrısı ve diğer ağrılarda hep AIÖ-O puanları AIÖ-P puanlarından düşükken, sadece bel ağrılı kronik ağrı hasta grubunda AIÖ-P puanı AIÖ-O'dan düşüktür. Başka bir deyişle, bel ağrısı grubundakilerin ağrılarına yönelik organik inanç atıfları daha yüksek gözükmemektedir. Psikolojik inançlar açısından ağrı türü etkisinin özürülük düzeyiyle ilişkili olabileceği düşünülebilir. Bu gruplar içinde literatür doğrultusunda özürülük düzeyi en yüksek olması beklenen bel ağrısı grubudur (Walsh ve Radcliffe, 2002). Bu çalışmanın bulguları bu beklentiye doğrulamaktadır. Baş ağrısı ve diğer ağrısı olanların PF puan ortalamaları birbirinden farklılaşmazken ( $z=-1.70$ ,  $df=1$ ,  $p>.05$ ), bel ağrılı grubun PF skorlarının her iki gruptan da düşük olduğu görülmektedir ( $H=9.44$ ,  $df=2$ ,  $p<.05$ ) (Tablo 21).

**Tablo 21.** Ağrı türlerine göre SF-36'nın PF alt testinden alınan puan ortalamaları ve standart sapmaları

	<b>Baş Ağrısı</b> (n=50)	<b>Bel Ağrısı</b> (n=27)	<b>Diğer Ağrılar</b> (n=44)	<b>İstatistiksel Test</b>
<b>PF</b>				
X	84.50	64.24	77.12	$H = 9.44^*$
SS	18.47	32.09	22.80	

\* $p < .05$

Bu çalışmanın yine ikinci sorusu doğrultusunda, Organik inançlar açısından ağrısı olanlar içinde grup etkisinde önemli bir faktör de gruplar arasındaki yaş farkı olabilir. Edwards ve arkadaşları (1992) yaşın gruplar arası farklılıkta rolü olmadığını bulgulamışlardır. Ancak bu çalışmada iki grup arasında gruptan ziyade, yaş faktörünün daha etkin olup olmadığını belirlemek mümkün değildir, zira ağrısı olan öğrencilerin hemen hepsi 25 yaş ve altında, kronik ağrı grubundakilerin de, 3 vaka hariç hemen hepsi 26 yaş ve üstündedir. Bir başka deyişle, yaş ve grup değişkeni çakışmaktadır (Tablo 22).

**Tablo 22.** İki farklı yaş grubundaki ağrılı kişilerin iki farklı ağrı grubundaki yüzde dağılımları

	<b>25 yaş ve altı</b> (n=77)	<b>26 yaş ve üstü</b> (n=47)
<b>Ağrısı olan öğrenciler</b>		
%	97.4	2.6
N	74	2
<b>Kronik ağrı grubu</b>		
%	6.3	93.8
N	3	45

Öte yandan, yaş faktörünün olası etkisi, kronik ağrı grubu ile yaş açısından eşleşmiş olan ağrısız kontrol grubunun da dahil olduğu üçlü bir karşılaştırma ile test edilebilir. Bu amaçla yapılan tek yönlü varyans analizine göre, ağrısı olan öğrenci grubu, kronik ağrı grubu ve ağrısız kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmuş

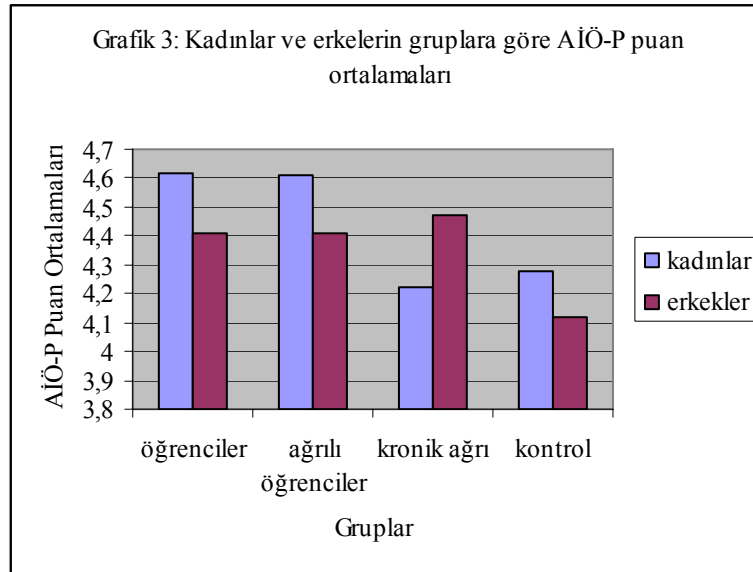
( $F=3.91$ ,  $df=2-171$ ,  $p<.05$ ) ve bu farkın sadece kronik ağrı grubu ve ağrılı öğrenci grubu arasında olduğu tespit edilmiştir. Öyleyse iki grubu AİÖ-O puanlarına göre birbirinden ayıran özelliğin yaştan ziyade, bulguların başında da sunulmuş olan ağrılarının özellikleri ve belki de ağrılarının farklı sebepleri olabileceği düşünülebilir. Nitekim, öğrenci grubunda ağrısı olduğunu bildirenlerin ağrı yakınmaları ağrı uzmanları tarafından değerlendirilmemiştir. Bu yüzden salt ağrı süresi kriterine dayanarak (yani 6 aydan daha uzun zamandır ağrının var olması) bu gruptaki öğrencilerin ağrılarının kronik olduğunu varsaymak doğru olmayabilir. Bu husus incelemeye açıktır.

Ağrı inaçlarında önemli rolü olabilecek bir başka etken de, bu çalışmanın ikinci sorusunu da teşkil eden, cinsiyet olabilir. Literatürde kadınların ağrıya erkeklerden daha yatkın olduğu öne sürülmektedir (Vallerand, 1995; Fillingim, 2000). Bunun yanı sıra, kadınlar ve erkekler arasında kronik ağrı yaşantısı açısından farklar olduğu bilinmektedir (Buckelew ve ark., 1990). Bu noktada cinsiyet faktörünün bu bulgular üzerindeki olası etkisini de değerlendirmek gerekmektedir.

Bu amaçla yürütülen iki yönlü varyans analizi testine göre dört çalışma grubunda da kadınlar ve erkekler arasında AİÖ-P puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $F=1.65$ ,  $df=1-351$ ,  $p>.05$ ) (Tablo 23, Grafik 3).

**Tablo 23.** Dört grupta yer alan kadın ve erkeklerin AİÖ'nün Psikolojik İnançlar alt testinden almış oldukları puan ortalamaları ve standart sapmaları

	Öğrenciler	Ağrılı Öğrenciler	Kronik Ağrı	Kontrol	Toplam	İstatistiksel Test
<b>Kadınlar</b>						
X	4.62	4.61	4.22	4.28	4.50	
SS	.82	.79	1.12	.92	.89	
N	94	53	32	32	211	
<b>Erkekler</b>						
X	4.41	4.41	4.47	4.12	4.39	F=1.65
SS	.82	.76	.92	.90	.82	
N	93	23	16	16	148	



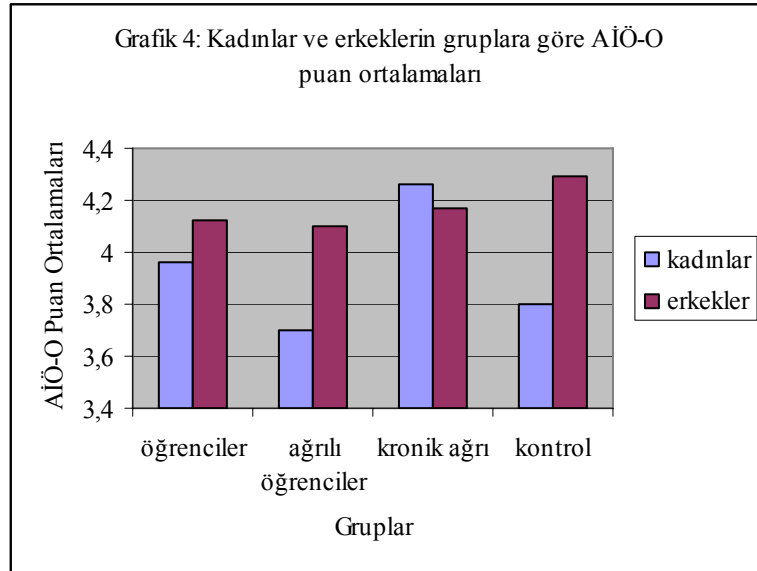
Ancak grup ve cinsiyet faktörlerinin AİÖ-O puanları üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan iki yönlü varyans analizi testi AİÖ-O puanları açısından anlamlı bir fark olduğunu göstermiştir ( $F=3.13$ ,  $df=7-351$ ,  $p<.01$ ). Buna göre cinsiyet-grup kesişimi ve grup ana etkisi anlamlı çıkmazken (sırasıyla  $F=1.53$ ,  $df=3-351$ ,  $p>.05$ ;  $F=1.64$ ,  $df=3-351$ ,  $p>.05$ ), bulgular cinsiyet ana etkisinin anlamlı olduğunu göstermiştir ( $F=6.27$ ,  $df=1-351$ ,  $p<.05$ ). Başka bir deyişle, gruplardan

bağımsız olarak kadınların organik inanç alt test skorları erkeklerden daha düşük bulunmuştur (Tablo 24, Grafik 4).

**Tablo 24.** Dört grupta yer alan kadın ve erkeklerin AIÖ'nün Organik İnançlar alt testinden almış oldukları puan ortalamaları ve standart sapmaları

	Öğrenciler	Ağrılı Öğrenciler	Kronik Ağrı	Kontrol	Toplam	İstatistiksel Test
<b>Kadınlar</b>						
X	3.96	3.70	4.26	3.80	3.91	
SS	.68	.72	.65	.85	.73	
N	94	53	32	32	211	
<b>Erkekler</b>						
X	4.12	4.10	4.17	4.29	4.14	F=6.27*
SS	.67	.60	.92	1.11	.74	
N	93	23	16	16	148	

\*p<.05



Ağrının kaynağı ve sonuçlarına dair inançlar ile ilgili yapılan çalışmalarda cinsiyet faktörünün etkisini irdeleyen bir araştırmaya rastlanmamaktadır. Bu çalışmanın bu bulgusu bu açıdan incelenmeye değerdir.

Bu çalışmanın yine ikinci amacı kapsamında, çalışmaya katılanların AİÖ'nün AİÖ-P ve AİÖ-O alt test puan ortalamalarının eğitime göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi uygulanmıştır.

Farklı eğitim düzeyinde olanların AİÖ-P puanları arasında anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür (F=3.93, df=3-355, p<.001). Uygulanan alt-test sonuçları bu farkın ilköğretim ve üniversite ve üstü eğitim düzeyinde olanlar arasında olduğunu göstermiştir. Bir başka deyişle, eğitim düzeyi yükseldikçe, psikolojik faktörlerin ağrı yaşantısı üzerinde etkin olduğu inancı da artıyor gözükmektedir. Özellikle düşük eğitim düzeyinde olanlarla yüksek eğitim düzeyinde olanlar arasında bu farkın daha belirgin olduğu göze çarpmaktadır. Eğitim düzeyinin farklı kategorileri arasında AİÖ-O puanları açısından ise farklılık olduğu gözlenmemiştir (F=2.29, df=3-355, p>.05) (Tablo 25).

**Tablo 25.** AİÖ'nün alt test puanlarının eğitim düzeyine göre ortalama ve standart sapmaları.

	İlk-Orta (n=40)	Lise (n=29)	Ünv.Öğr. (n=264)	Ünv. ve üstü (n=26)	İstatistiksel Test
<b>AİÖ-P</b>					
X	4.08	4.24	4.52	4.59	F=3.93*
SS	1.07	.84	.82	.89	
<b>AİÖ-O</b>					
X	3.90	3.51	3.58	3.76	F=2.29
SS	.79	.72	.57	.53	

\*p<.001

Farklı medeni statüye sahip olanların AİÖ-P puanları arasında da farklılıklar olduğu saptanmıştır (H=6.15, df=2, p<.05). Bekar olanların AİÖ-P puanları daha yüksektir. Hiç evlilik deneyimi yaşamamış olanların ağrı-psikolojik faktörler arasındaki bağlantıya dair inançlarının diğerlerine göre daha kuvvetli olduğu söylenebilir. Ancak bu noktada yaş faktörü de göz ardı edilmemelidir çünkü bu çalışmada yer alan katılımcılardan bekar olanların büyük çoğunluğu üniversite

öğrencisidir. Fakat, Gagliese ve Melzack'ın 1997 yılında, ağrıda psikolojik ve organik faktörlere ilişkin inançlarda yaşın etkisini araştırmak için yürüttükleri çalışmada, ne ağrısı olan ne de olmayan grubun ağrı inançlarında yaşın etkin olduğu bulgulanmamıştır (Gagliese ve Melzack, 1997b). Medeni durumun farklı kategorileri arasında benzer farklılıklar AIÖ-O puanları açısından tespit edilmemiştir ( $H=.24$ ,  $df=2$ ,  $p>.05$ ) (Tablo 26).

**Tablo 26.** AIÖ'nün alt test puanlarının medeni duruma göre ortalama ve standart sapmaları.

	<b>Evli</b> (n=79)	<b>Bekar</b> (n=273)	<b>Diğer</b> (n=7)	<b>İstatistiksel</b> <b>Test</b>
<b>AIÖ-P</b>				
X	4.24	4.53	4.00	$H=6.15^*$
SS	.95	.81	1.41	
<b>AIÖ-O</b>				
X	4.08	3.98	3.97	$H=.24$
SS	.86	.71	.49	

\* $p<.05$

Bu çalışmanın yine ikinci yan amacı kapsamında, katılımcıların AIÖ'nün her iki alt testinden almış oldukları puanlar hastalık, psikopatoloji ve ağrı soygeçmiş öykülerine göre tek yönlü varyans analizi ve Mann Whitney-U testi uygulanmak sureti ile ayrıca karşılaştırılmıştır.

Buna göre, katılımcıların AIÖ-P ve AIÖ-O puan ortalamalarının ne hastalık soygeçmiş (Tablo 27), ne psikopatoloji soygeçmiş (Tablo 28), ne de ağrı soygeçmiş öykülerine göre (Tablo 29) farklılaşmadığı görülmüştür.



**Tablo 27.** AİÖ'nün her iki alt testinden alınan puanların hastalık soygeçmiş öyküsüne göre ortalama ve standart sapmaları.

	<b>Hastalık Soygeçmiş</b>		<b>İstatistiksel Test</b>
	Var	Yok	
<b>AİÖ-P (n)</b>	78	273	$z = -.96$
X	4.54	4.43	
SS	.90	.86	
<b>AİÖ-O (n)</b>	78	273	$F = .16$
X	4.05	4.00	
SS	.78	.73	

**Tablo 28.** AİÖ'nün her iki alt testinden alınan puanların psikopatoloji soygeçmiş öyküsüne göre ortalama ve standart sapmaları.

	<b>Psikopatoloji Soygeçmiş</b>		<b>İstatistiksel Test</b>
	Var	Yok	
<b>AİÖ-P (n)</b>	24	326	$z = -.88$
X	4.41	4.46	
SS	.83	.87	
<b>AİÖ-O (n)</b>	24	326	$F = .70$
X	4.19	4.00	
SS	.80	.74	

**Tablo 29.** AİÖ'nün her iki alt testinden alınan puanların ağrı soygeçmiş öyküsüne göre ortalama ve standart sapmaları.

	Ağrı Soygeçmiş		İstatistiksel Test
	Var	Yok	
<b>AİÖ-P (n)</b>	78	273	z =-1.68
X	4.60	4.42	
SS	.87	.86	
<b>AİÖ-O (n)</b>	78	273	z =-.91
X	4.10	3.98	
SS	.67	.76	

Bu çalışmanın yine ikinci sorusunun son iki maddesi kapsamında, Ağrı İnançları Ölçeği'nin Psikolojik İnançlar ve Organik İnançlar alt testlerinden alınan puanların ağrının şiddetine, sıklığına ve ağrı davranış ve tutum örüntülerine göre değişip değişmediğini de bu noktada incelemek daha anlamlı olacaktır. Bu karşılaştırmalar kategorilere düşen vaka sayısının yetersizliği sebebiyle kronik ağrı grubu için gerçekleştirilememektedir. Bu sebeple söz konusu değerlendirmeler tüm grup içinde kronik ağrısı olanları da kapsayan tüm ağrısı olanlar arasında yapılmıştır.

Tablo 30'da da görüldüğü gibi ağrısı olanların ağrı şiddet düzeyleri arasında AİÖ-P puanları açısından herhangi bir fark bulunmamaktadır ( $F=.80$ ,  $df=3-118$ ,  $p>.05$ ). Ancak AİÖ-O puanlarına bakıldığında ağrı şiddet düzeyine göre anlamlı bir fark görülmektedir ( $F=2.81$ ,  $df=3-118$ ,  $p<.05$ ). Çok şiddetli ağrısı olanların AİÖ-O puanlarının ağrı şiddeti hafif olanlara kıyasla daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Başka bir deyişle, ağrı şiddetlendikçe, ağrının kaynağının da organik olduğuna dair inançlarda da artış gözlenmektedir. Ancak, bu bulgu orijinal ölçeği geliştiren Edwards ve arkadaşlarının (1992) çalışmalarının bulgusuyla çelişmektedir. Edwards ve arkadaşları ağrı inançlarının ağrı şiddetine göre değişmediğini kaydetmişlerdir. Ağrının ne denli şiddetli olduğunun kişinin ağrısının kaynağı ile ilgili organik inanç atıflarını etkilediğine dair bu çalışmanın bulgusu öte çalışmalarla yeniden doğrulanmalıdır.

**Tablo 30.** Ağrısı olanların ağrı şiddet düzeyine göre

AİÖ-P ve AİÖ-O puan ortalamaları

	<b>AĞRININ ŞİDDETİ</b>				<b>İstatistiksel Test</b>
	<b>Hafif</b> (n=18)	<b>Orta</b> (n=44)	<b>Şiddetli</b> (n=35)	<b>Çok Şiddetli</b> (n=25)	
<b>AİÖ-P</b>					
X	4.28	4.61	4.39	4.47	F=.80
SS	.80	.68	.99	1.04	
<b>AİÖ-O</b>					
X	3.68	4.00	3.83	4.27	F=2.81*
SS	.77	.63	.74	.82	

\*p&lt;.05

AİÖ'nün her iki alt ölçeğinden alınan puanların ağrı sıklığına göre nasıl değiştiği ise Tablo 31'de verilmiştir. Buna göre AİÖ-P puanlarının ağrı sıklık düzeyinden etkilenmediği düşünülebilir (F=1.10, df=4-116, p>.05). Ağrısı olanların AİÖ-O puanları ise ağrı sıklık düzeyine göre farklılık göstermektedir (F=5.36, df=4-116, p<.001). Ağrısının senede bir veya birkaç defa veya devamlı olduğunu bildirenlerin AİÖ'nün organik inançlar alt testinden almış oldukları puan ortalamaları ayda 1 ya da 2 ağrı çektiğini bildirenlerden anlamlı derecede daha yüksektir. Öte yandan, asıl farklılık ağrı sıklık düzleminin iki ucunu oluşturan “senede bir ya da birkaç ağrı” bildirim ve “devamlı” ağrı bildirim arasında, beklenenin aksine, görülmediği gibi, bu iki kategorideki AİÖ-O puan ortalamalarının birbirine çok yakın olduğu dikkat çekmektedir.

**Tablo 31.** Ağrısı olanların Ağrı Sıklık kategorilerine göre  
AİÖ-P ve AİÖ-O puan ortalamaları.

	<b>AĞRININ SIKLIĞI</b>					<b>İstatistiksel Test</b>
	Senede Birkaç defa (n=15)	Ayda 1-2 (n=29)	Haftada 1-2 (n=39)	Hergün Birkaç defa (n=16)	Devamlı (n=22)	
<b>AİÖ-P</b>						
X	4.75	4.59	4.44	4.19	4.33	F=1.10
SS	.76	.87	.72	.62	1.23	
<b>AİÖ-O</b>						
X	4.23	3.58	3.89	3.89	4.41	F=5.36*
SS	.70	.72	.69	.68	.66	

\*p<.001

AİÖ-P puanlarının değil ama AİÖ-O puanlarının ağrı beklenti korkusu yaşayanlar ile yaşamayanları birbirinden ayırttığı da gözlenmektedir (sırasıyla,  $t=.33$ ,  $df=1$ ,  $p>.05$ ;  $t=2.40$ ,  $df=1$ ,  $p<.05$ ) (Tablo 32). Ağrısı olanların içinde, ağrı olacak korkusuyla günlük aktivitelerini kısıtlayanlar, bu korkuyu taşımayanlara kıyasla, ağrılarının sebebini daha yüksek oranda organik faktörlere atfetme eğiliminde görünmektedirler.

**Tablo 32.** Ağrısı olanların Ağrı Beklenti Korkusu yaşantısına göre  
AİÖ-P ve AİÖ-O puan ortalamaları

	<b>Ağrı Beklenti Korkusu</b>		<b>İstatistiksel Test</b>
	<b>Var (n=52)</b>	<b>Yok (n=71)</b>	
<b>AİÖ-P</b>			
X	4.51	4.45	$t=.33$
SS	.89	.86	
<b>AİÖ-O</b>			
X	4.17	3.84	$t=2.40^*$
SS	.73	.74	

\*p<.05

Ağrısı olan katılımcıların AIÖ-O puanları arasında ağrı ile baş etmek için kullandıkları yöntem açısından da anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $t=2.25$ ,  $df=1$ ,  $p<.05$ ) (Tablo 33). Başka bir deyişle ağrı ile baş etmede pasif yöntemleri kullananların ağrı ile ilgili organik inanç atıflarının aktif yöntemler kullananlara göre daha fazla olduğu söylenebilir. Aynı farklılık AIÖ-P puanları açısından söz konusu değildir ( $t=.22$ ,  $df=1$ ,  $p>.05$ ) (Tablo 33).

**Tablo 33.** Ağrısı olanların ağrı ile baş etme yöntemlerine göre AIÖ-P ve AIÖ-O puan ortalamaları

	Ağrı ile Başetme		İstatistiksel Test
	Pasif (n=97)	Aktif (n=26)	
<b>AIÖ-P</b>			
X	4.47	4.51	$t=-.22$
SS	.88	.84	
<b>AIÖ-O</b>			
X	4.05	3.68	$t=2.25^*$
SS	.76	.65	

\* $p<.05$

Yine ağrı sebebiyle sosyal faaliyetlerden kaçınanların AIÖ-O puanları ağrıya rağmen sosyal aktivitelerini kısıtlamayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ( $t=4.64$ ,  $df=1$ ,  $p<.001$ ). Öte yandan, AIÖ-P puanlarının sosyal faaliyet düzeyine göre değişmediği bulgulanmıştır ( $t=1.20$ ,  $df=1$ ,  $p>.05$ ) (Tablo 34).

**Tablo 34.** Ağrısı olanların sosyal kaçınma davranışına göre  
AİÖ-P ve AİÖ-O puan ortalamaları.

	Sosyal Kaçınma		İstatistiksel Test
	Var (n=81)	Yok (n=42)	
<b>AİÖ-P</b>			
X	4.54	4.34	t=1.20
SS	.90	.79	
<b>AİÖ-O</b>			
X	4.18	3.57	t=4.64*
SS	.68	.71	

\*p<.001

Bununla birlikte, tüm grup içinde ağrısı olduğunu bildirenlerin ne AİÖ-P ne de AİÖ-O puanlarının yakınlarının ağrı ile ilgili gösteriyor oldukları tepkilere göre değişmediği de saptanmıştır (sırasıyla, F=1.25, df=3-119, p>.05; F=.73, df=3-119, p>.05) (Tablo 35).

**Tablo 35.** Ağrısı olanların yakınlarından gördükleri tepki türüne göre  
AİÖ-P ve AİÖ-O puan ortalamaları.

	Yakınların Tepkileri				İstatistiksel Test
	Aşırı Korumacı (n=54)	Reddedici (n=10)	İhmalkar (n=50)	Sağlıklı Destekleyici (n=9)	
<b>AİÖ-P</b>					
X	4.50	4.75	4.48	4.00	F=1.25
SS	.96	.51	.85	.57	
<b>AİÖ-O</b>					
X	4.00	4.22	3.94	3.72	F=.73
SS	.73	.77	.77	.70	

Ağrı davranışı ile ilgili bu bulguları genel olarak değerlendirdiğimizde, yakınların tepki türü dışındaki tüm davranış türlerinde, söz konusu ağrı davranışını gösterenler ve göstermeyenler arasında, yalnızca AİÖ-O puanları açısından anlamlı

farklılıklar görülmüştür. Ancak bu bulgulara dayanarak, ağrı davranış örüntüsünün ağrıyı organik sebeplere atfetme düzeyini etkilediğini söylemek çok da doğru değildir. Nitekim Edwards ve arkadaşlarının (1992) ve aynı zamanda Walsh ve Radcliffe'in (2002) makalelerinde de tartıştıkları gibi, organik inanç atıflarının ağrı davranış örüntülerinden etkilenmiş olma olasılığı da vardır. Bu bulgular, bu yönüyle daha derinlemesine incelenmeyi hak etmektedir.

Bu çalışmanın temel amacı orijinal formu Edwards ve arkadaşları tarafından geliştirilen (1992) Ağrı İnançları Ölçeği'nin Türkçe adaptasyonunu gerçekleştirmek ve bu amaçla oluşturulan Türkçe formun güvenilirlik ve geçerliğini test etmektir.

Bu amaçla yürütülen güvenilirlik çalışmasının sonuçlarına göre, ölçeğin iç-tutarlık Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları, toplam puan-madde korelasyonları düşük olan 2. ve 3. maddeler ölçekten çıkarıldıktan sonra, AİÖ-P ve AİÖ-O alt testleri için sırasıyla .71 ve .66'dır. Orijinal form ile ilgili makalede ise bu katsayılar sırasıyla .70 ve .73 olarak bildirilmiştir (Edwards ve ark., 1992). Genel olarak bakıldığında Psikolojik İnançlar alt testinden elde edilen güvenilirlik katsayısının orijinal formdaki ile benzer düzeyde olduğu görülmektedir. Ancak Organik İnançlar alt testinin bulgusu açısından aynı durum söz konusu değildir. Yine de, her iki katsayının birbirinden çok da farklı olmadığı söylenebilir.

Edwards ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği orijinal formun adaptasyon çalışmasında (1992) test-tekrar test güvenilirliği yapılmamıştır. Ancak bu çalışmada formun güvenilirliğini bu açıdan test etmek mümkün olmuştur. Buna göre Psikolojik İnançlar alt testinin test-tekrar test Pearson momentler çarpımı güvenilirlik katsayısı .74 olarak tespit edilirken, aynı katsayı Organik İnançlar alt testi için .51 olarak saptanmıştır.

Bir ölçeğin güvenilir sayılabilmesi için beklenen Cronbach güvenilirlik katsayılarının .80'in üzerinde olmasının tercih edildiği bilinmektedir (Öner, 1996). Her iki alt testin güvenilirlik katsayıları bu beklentinin altında seyretmekle birlikte, Psikolojik İnançlar alt testinin güvenilirlik katsayılarının bu beklentiye daha yakın

olduğu gözlenmektedir. Ancak, Organik İnançlar alt testinin güvenilirliği, bu beklenti doğrultusunda, tereddütle karşılanmalıdır.

Türkçe formun geçerlik çalışması kapsamında yürütülen faktör analizinde, ölçeğin, daha önce de belirtildiği gibi 2. ve 3. maddeler dışındaki maddelerinin, orijinal formdaki maddelerle aynı şekilde, iki faktöre yüklendiği tespit edilmiştir. Fakat, Edwards ve arkadaşlarının çalışmasında (1992) her iki faktör toplam varyansın yaklaşık %82'sini açıklarken, Türkçe formda her iki faktörün bir arada toplam varyansın ancak %45'ini açıkladığı tespit edilmiştir.

Bununla birlikte, 2. ve 3. maddelerin toplam puan korelasyonlarının düşük çıkması sebebiyle ölçekten çıkarılmış olma durumu tartışmaya değer bir bulgudur. Orijinal formun faktör analiz çalışmasında Organik İnançlar alt testine yüklenen bu iki maddenin içeriğine bu noktada göz atmakta fayda vardır (Ek 3) :

2. Madde: “Fiziksel egzersiz ağrıyı daha da kötüleştirir”.

3. Madde: “Kişinin, ağrıyı hafifletmek için kendi kendine bir şeyler yapması imkansızdır”.

Türk Eczacılar Birliği ve Türk Algoloji Derneği tarafından 1999 yılında ülke çapında yürütülen ve ağrı şikayeti olanların baş etme becerilerini belirleme amacı taşıyan bir çalışmada (Erdine, 2005), insanların ağrıdan kurtulmak için geliştirdikleri ilk davranışın ağrı kesici almak olduğu bulgulanmıştır. Bu kişilerin %40.7'sinin de uygun olmayan şekilde (dost-komşu tavsiyesine göre ya da reçetede belirtildiğinin dışında) ağrı kesici kullanmakta olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmaya göre, ağrısı olanların %7'si hiçbir baş etme yöntemi kullanmamakta, %23'ü sadece ağrı kesici kullanmakta, %50'si ise ağrı kesici ile birlikte dinlenme, masaj, sıcak-soğuk uygulama ya da bir sağlık kuruluşuna başvurma gibi pasif olarak nitelendirilen baş etme yöntemlerini tercih etmektedir. Bu popülasyonun sadece %7.2'sinin, o da düzenli olmayan bir şekilde, egzersize başvurduğu görülmektedir. Bu bulgular ışığında 2. ve 3. maddeler değerlendirilecek olursa, 2. maddenin ifade ettiği fiziksel



egzersiz ya da 3. maddenin işaret ettiği aktif baş etme yöntemlerinin kişinin hayatında büyük oranda yer almadığı ve belki de bu yüzden ağrı ile ilgili inanç sistemlerinde de içselleştirilmediği ileri sürülebilir ki bu öngörü test edilmeye açıktır.

Türkçe formun güvenilirlik ve faktör analizi çalışması orijinal formda kullanılan örneklem grubuna sadık kalınarak yapılmıştır. Yani bu çalışmada da orijinal çalışmadaki gibi öğrenci grubu kullanılmış olmakla beraber, elde edilen sonuçlar doğrultusunda özellikle bu çalışmanın yan amaçları kapsamında değerlendirilen karıştırıcı faktörlerin de etkisini tartışmak gerekmektedir.

Edwards ve arkadaşlarının yapı geçerliği kapsamında yürütmüş oldukları gruplararası karşılaştırmalarda öğrenci grubunun Psikolojik İnanç skorlarının ağrı grubundan daha yüksek ve organik inanç skorlarının ise yine anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmektedir. Türkçe formda da öğrenci ve kronik ağrı grubunun psikolojik inançlar alt test skorları arasında benzer farklılıklar olmakla birlikte bu farklılıkların istatistiksel anlamlılık taşımadığı bulgulanmıştır. Ancak, Türkçe formun yapı geçerliğini test ederken, orijinal çalışmada kullanılan öğrenci ve kronik ağrı grubu arasındaki karşılaştırmalara ek olarak iki karşılaştırma grubu daha çalışmaya dahil edilmiştir: ağrılı öğrenciler ve kronik ağrı grubu ile yaş, cinsiyet, eğitim ve medeni durum açısından eşleştirilmiş ağrısız sağlıklı kontrol grubu. Bu açıdan, bu çalışmanın gruplararası karşılaştırmalar doğrultusunda gerçekleştirilen yapı geçerliği bakımından orijinal çalışmadan daha kuvvetli bir alt yapıya sahip olduğu öne sürülebilir. Çünkü bu çalışmada ağrısız öğrenci grubu ağrılı öğrencilerin, ağrısız sağlıklı grup da kronik ağrı grubunun kontrolünü oluşturmaktadır. Fakat, bu iki grup da karşılaştırmalara eklendiği zaman, dört grup arasında anlamlı seyreden tek farkın ağrılı öğrenciler ve kronik ağrı grubunun Organik İnanç skorları arasında olduğu gözlenmiştir; kronik ağrı grubunun ağrının kaynağına yönelik organik inanç atıfları sadece ağrısı olan öğrenci grubundan daha yüksek düzeydedir ki bu da aslında çalışmanın hipotezleri açısından şaşırtıcı, hatta bu konudaki literatür kapsamında orijinal bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Öte yandan, Gibson ve Helme (2000) bir grup kronik ağrı hastasında yaş ve ağrı şiddeti arttıkça Ağrı Kontrol Odağı Ölçeği'ne

(Pain Locus of Control Scale) göre “şans” kontrol odağı puanlarında da artışlar olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmanın yaş ortalamaları kronik ağrı grubundan daha düşük olan ağrılı öğrencilerin organik inanç skorlarının kronik ağrı grubundan anlamlı derecede daha düşük olduğu bulgusunun Gibson ve Helme'nin çalışmalarının (2000) sonuçları ile uyumlu olduğu da düşünülebilir. Ancak bu bulguların yine bu çalışmanın yan amaçları kapsamında ele alınan ağrı inançları ile ağrı türü, cinsiyet, eğitim, medeni durum ve ağrının özellikleri gibi değişkenler arasındaki ilişkiler doğrultusunda gözden geçirilmesi de ayrıca gerekmektedir.

Ölçeğin ölçüt-bağımlı geçerliği ile ilgili bulguları tartışmadan önce yan amaçlarla ilgili bulguları bu noktada tartışmak daha yerinde olacaktır.

Bu çalışmanın yan amaçları doğrultusunda ilk önce ağrının kaynağına ve sonuçlarına dair iki farklı inanç atfının yaş, Görsel Analog Skalası (VAS) ile ölçülen ağrı şiddeti, ağrı başlangıç yaşı, ağrı süresi ve ilaç kötüye kullanım düzeyi ile olan bağıntıları araştırılmıştır. Ağrının özellikleri ile ilgili bu değişkenler ile psikolojik inanç atıfları arasında hiçbir anlamlı ilişki gözlenmez iken, ağrı süresi hariç söz konusu ağrı özelliklerinin tümünün organik inanç atfı düzeyi ile doğru orantılı değiştiği görülmüştür. Bir başka deyişle, yaş, ağrı şiddeti, ağrı başlangıç yaşı ve kullanılan ağrı kesici sayısı arttıkça organik inançlar alt test skorları da artmaktadır. Bu çalışmada yaş değişkeninin medeni durum ve eğitim düzeyi değişkenleri ile çakıştığı göz ardı edilmemelidir. Ayrıca, ağrı başlangıç yaşı ile organik inanç atıfları arasındaki orta düzeyde anlamlı pozitif korelasyon da yine yaş artışıyla açıklanabilir. Edwards ve arkadaşları da (1992) sonuçların ağrı süresi ile ilişkili olmadığını bulgulamakla birlikte aynı zamanda alt testlerin yaş, ağrı şiddeti ve ilaç kötüye kullanım düzeyleri ile de bağıntısı olmadığını tespit etmişlerdir. Fakat Gibson ve Helme ise (2000) yukarıda da bahsedildiği gibi, yaş ve ağrı şiddeti arttıkça Ağrı Kontrol Odağı Ölçeği'ne (Pain Locus of Control Scale) göre “şans” kontrol odağı puanlarında da artışlar olduğunu bildirmişlerdir. Johnston ve ekibi tarafından yürütülen yakın zamanlı bir çalışma ise özellikle yüksek düzeyde ağrı kesici kullanan kronik ağrılı kadınların ağrılarını kendi başlarına kontrol etme istek ve inanç düzeylerinin de düşük olduğunu göstermiştir (Johnston ve ark., 2005). Fakat bu

değişkenler ile çeşitli ağrı inançları arasındaki ilişkileri konu alan literatüre genel olarak göz atıldığında çelişkili sonuçlara rastlanmaktadır (Barlow ve ark., 1999; George ve ark., 2006; Lamé ve ark., 2005; Laursen ve ark., 2005). Bu farklılıkların altında belki de, Laursen ve ekibinin de tartıştığı gibi (2005), özellikle ağrı şiddeti ve ilaç kullanım düzeyi ölçümleri ile ilgili farklı teknik ve kriterler yatıyor olabilir. Bu konu henüz incelemeye açıktır.

Bu çalışmada, yan amaçlar kapsamında, psikolojik inanç atıflarının dört farklı gruba göre değil, ağrı türüne göre değiştiği bulgulanmıştır. Bu doğrultuda yapılan öte analizde ise bel ağrısı olan kronik ağrı hastalarının psikolojik inanç alt test skorlarının hem diğer iki ağrı kategorisinde olanlardan hem de öğrenci grubundan anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlardan ikincisi Edwards ve arkadaşlarının (2002) ölçek geliştirme çalışmalarındaki Psikolojik İnançlar alt testi ile ilgili bulgularını karşılamaktadır. Baş ağrısı ve diğer ağrı türleri için dört gruba yapılan karşılaştırmalarda ise gruplar arasında benzer farklılıklar görülmemiştir.

Bu çalışmanın bel ağrısı olanlarla ilgili bu bulgusu oldukça çarpıcı ve ağrının kaynağına yönelik psikolojik ve organik inanç atıfları ile ilgili literatür de değerlendirildiğinde orijinal sayılabilir. Bu bulguya benzer bir bulguya ağrı inançları literatüründe yalnızca Strong ve ekibinin çalışmasında rastlanmaktadır. Strong ve ekibi (1992) çalışmalarında ağrı inançlarını ölçen iki materyali iç tutarlılık, diskriminant ve yapı geçerliği, faktör yapısı ve yaş ve cinsiyete göre duyarlılık gibi psikometrik özellikleri açısından karşılaştırmışlardır. Bu materyaller Ağrı Atıfları Tarama Formu (SOPA) ile Ağrı İnançları ve Alguları Envanteri'dir (PBPI). Bu çalışmanın sonucu SOPA'nın özellikle kronik bel ağrısı olanlar için hassas bir ölçüm aracı olduğu yönündedir. SOPA 1987 tarihinde Jensen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan ve ağrı inançlarını 7 boyutta ele alan bir ölçektir. Bu boyutlar bu araştırmacılar tarafından ağrı kontrolü, ağrı ile bağlantılı özürülük, diğerlerinin ilgisi, ağrı ile ilgili tıbbi tedaviler, ağrıya yönelik ilaç tedavisi, duygusallık (duyguların ağrı üzerinde etkisi) ve fiziksel zarar olarak isimlendirilmiştir. Ancak bu çalışmada özellikle hangi boyutların bel ağrılı hastaları ayırttığı üzerinde durulmamıştır. Üstelik bu boyutların maddelerinin Ağrı İnançları Ölçeği'nin iki alt

testindeki maddelerle ne kadar örtüştüğü de tartışma konusudur. Yine de, boyutlara genel olarak bakıldığında, kronik bel ağrısı olanları ayrıştırıyor olması şimdiki çalışmanın bel ağrılı hastalar ile ilgili bulgusunu destekler nitelikte kabul edilebilir.

Ağrı inançları ile ilgili yapılan diğer çalışmaların bir kısmında ise sadece bel ağrısı olanlar araştırma gruplarını oluşturmuştur. Örneğin Haarkapa ve arkadaşları (1991) ağrı kontrol odağı inançları ve tedavi uyumu arasındaki ilişkileri inceledikleri çalışmalarında bel ağrılı hastaları örneklem grubuna dahil etmişlerdir. Rainville ve arkadaşları da (1993) tedaviyi bırakanların olumsuz ağrı inançlarının daha güçlü olduğunu tespit ettikleri çalışmalarında yine bel ağrısı olanları değerlendirmişlerdir. Walsh ve Radcliffe ise (2002) bel ağrısı olanlarda ağrının kaynağına yönelik taşınan organik ve psikolojik inanç atıflarının multidisipliner bir ağrı tedavi programı sonunda nasıl değiştiğini incelemekle ve bel ağrılıların tedavi sonrasında organik inanç skorlarında belirgin bir düşüş olduğunu saptamakla birlikte, çalışmalarında bulgularını karşılaştıracakları farklı bir kronik ağrı grubu kullanmamışlardır. 2004 yılına ait yakın zamanlı bir çalışmada ise Woby ve ekibi korku-kaçınma inançları, katastrofize etme eğilimi ve kontrol inançları ile bel ağrısına uyum arasındaki ilişkileri incelemiştir. Ama yine herhangi bir karşılaştırma grubu bulunmamaktadır.

Ağrı inançları literatüründe farklı ağrı türlerinin karşılaştırıldığı iki çalışmaya rastlanmaktadır. Primer fibromyalji sendromu olan hastaların ağrı yaşantıları üzerindeki kontrol inançlarını irdeleyen ve bu hastaları diğer kronik romatik hastalıklarlarla karşılaştırmayı amaçlayan bu çalışma Pastor ve arkadaşları tarafından yürütülmüştür (1993). İkinci çalışma ise George ve ekibi tarafından 2001 yılında gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmacılar çalışmalarında bel-omur ve boyun-omur ağrısı olan hastaları korku-kaçınma inançları bakımından karşılaştırmışlardır. Ancak farklı ağrı türlerinde ağrının kaynağına yönelik ağrı inanç atıflarını inceleyen araştırmalara rastlanmamıştır.

Bunun yanı sıra, bu çalışmada, Organik İnanç atıf skorlarının erkeklerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde ağrının kökeni ile ilgili inanç atıfları ve

cinsiyet/cinsiyet rolleri arasındaki ilişkileri birebir irdeleyen herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak, genel olarak ağrı inançları kapsamında bakıldığında, George ve çalışma arkadaşları (2001) korku-kaçınma inançlarının cinsiyete göre değiştiğini ortaya koymuşlardır. 66 kadın ve 15 erkek üzerinde kronik ağrıda SF-36'ya göre yaşam kalitesi ve ağrı inançları arasındaki ilişkileri inceleyen yakın tarihli bir diğer çalışmada ise (Dysvik ve ark., 2004), cinsiyet, ağrı şiddet ve süresi gibi parametrelerin ağrı inançlarını değil, ağrı inançlarından bağımsız olarak işlevsellik ve özürlülük düzeylerini etkileyen önemli değişkenler olduğu tartışılmıştır. Woby ve ekibinin çalışması ise (2004), fiziksel özürlülüğe yönelik korku-kaçınma inançlarının cinsiyet ve ağrı şiddetinden bağımsız olarak yüksek düzeyde özürlülük ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

Öte yandan Kroenke ve Spitzer (1998) bir grup kronik ağrı hastasıyla yürüttükleri araştırmalarında tıbbi olarak sebebi açıklanamayan semptomlara kadınlarda erkeklerden daha sık rastlandığını bildirmiştir. Erkeklerin bu çalışmada organik inanç atıf düzeylerinin kadınlardan daha yüksek çıkması, yani erkeklerin ağrılarının altında organik sebeplerin yatıyor olduğuna daha fazla inanmaları ile Kroenke ve Spitzer'in (1998) erkeklerin semptomlarının altında organik sebepler bulunma sıklığının kadınlara göre daha yüksek olduğu bulgusu arasında bir ilişki olup olmadığı da ayrıca sorgulanabilir.

Ancak, yukarıda bahsedilen ve özellikle ağrı inançları ve cinsiyet arasındaki ilişkilere dair çalışmalarda bu bulguların çelişkili olduğu göze çarpmaktadır. Bu çalışmalarda değerlendirilen ağrı inanç türlerinin ise birbiriyle ne kadar örtüştüğü tartışmalıdır. Bu çalışmalar dışında ağrı inançlarında spesifik olarak cinsiyetler arası farklılıkları değerlendiren başka araştırmalar da bulunmamaktadır.

Ayrıca, bu çalışma, yüksek eğitimlilerin düşük eğitimlilere göre ve bekar olanların da diğer medeni durum statüsünde bulunanlara göre Psikolojik İnanç atıf skorlarının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Fakat literatürde eğitim ve medeni durum gibi demografik değişkenlerle ağrı inançları arasındaki ilişkileri irdeleyen çalışmalarla karşılaşılmamıştır. Genel olarak kronik ağrı ve eğitim düzeyi

arasındaki ilişkilere bakıldığında ise özellikle kronik bel ağrısı olanların daha düşük eğitim düzeyinde olduğu belirtilmektedir (Pietri-Taleb ve ark., 1995). Aynı durumun Türkiye için de geçerli olduğu bulgulanmıştır (Erdine, 2005). Bunun yanı sıra, Sertel, bir grup baş ve bel ağrılı kronik ağrı hastası ile yürüttüğü çalışmasında (1998), düşük eğitim düzeyinde olanlara her iki grupta da daha sık rastlandığını bildirmiştir. Bu çalışmadaki bel ağrılıların psikolojik inanç atıflarının daha düşük düzeyde olduğu bulgusunda eğitim düzeyinin etkisi de öte çalışmalarda ayrıca değerlendirilmelidir.

Yine Sertel (1998), bir grup ağrı hastasında, ağrı türünden bağımsız olarak evli olanların oranının %70'in üzerinde olduğunu saptamıştır. Kronik ağrısı olan grupta benzer oran bu çalışmada da tespit edilmiştir. Fişek ise, yine 1998 tarihli çalışmasında evlilik içi çatışmalar ve tatminsizliğin bedensel ağrılarla bir arada gittiğini belirtmiştir. Bu açıdan bakıldığında, bu çalışmada evli olanların olmayanlara kıyasla daha düşük düzeyde bulgularanan psikolojik inanç atıflarının evlilik içi dinamiklerle bağlantısı da göz ardı edilmemelidir. Fişek'in özellikle kadınlarda bedensel sağlık ve ağrıda önemli bir moderatör olarak öne sürdüğü evlilik kalitesinin (1998) ağrı inançları ile ilişkisini inceleyen öte çalışmaları gerekmektedir.

Bu bulgulara ek olarak, ağrısı çok şiddetli olanlarda, ağrısı devamlı ya da çok nadir seyredenlerde, ağrı olacak korkusu taşıyanlarda, ağrı ile pasif yöntemlerle baş edenlerde ve ağrı sebebiyle mesleki ve sosyal-günlük aktivitelerini kısıtlayanlarda Organik İnançlar alt test skorlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu çalışmanın bu bulgularının literatür kapsamında beklenenler doğrultusunda olduğu görülmektedir. Örneğin Crisson ve Keefe (1988) ağrı ile baş etmede adaptif olmayan baş etme becerileri kullananların sonuçların kadere ya da şansa bağlı olduğuna daha fazla inandıklarını ve ağrıyı azaltıp kontrol edebilme becerilerini de daha düşük gördüklerini rapor etmiştir. Jensen ve Karoly (1991) ve Haarkapa ve ekibinin çalışmaları da ağrıya yönelik kontrol inançları ile baş etme becerileri arasında ilişkiler olduğunu göstermiştir. Edwards ve arkadaşları ise, AİÖ'nün ölçüt-bağımlı geçerliği kapsamında AİÖ-O alt testi ile Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği'nin Şans ve Önemli Diğerleri alt testleri arasında olumlu korelasyonlar tespit etmişlerdir (1992).

Bu sebepten Organik İnanç alt test puanlarının baş etme becerilerine göre değiştiği bulgusunun literatürle uyumlu olduğu düşünülmektedir.

Yine Haarkapa ve ekibinin çalışmalarının sonuçlarına göre (1991), yüksek düzeyde ağrı şiddeti olan bel ağrısı hastalarının inanç kontrol odaklarının daha dışta olduğu görülmektedir. Öte yandan George ve arkadaşları (2001) korku-kaçınma inanç düzeyleri yüksek olan bel ağrılıların özürülük düzeylerinin de yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Woby ve ekibi de benzer şekilde, hem fiziksel aktivite hem de iş yaşamı ile ilgili korku-kaçınma inançlarının özürülük düzeyi ile pozitif ilişki içinde olduğunu rapor etmişlerdir (2004).

Öte yandan ağrının özellikleri ve ağrı davranış ve tutum örüntülerine ilişkin bu çalışmanın bu bulguları Sharp'ın "yenilenmiş bilişsel-davranışçı model" 'inin de (2001) öngörülerini desteklemektedir. Nitekim Sharp modelinde ağrı duyumu, yani ağrının özellikleri ve ağrı ile ilintili kaçınma-korunma davranışı ya da diğer bir deyişle ağrıya yönelik tutum ve davranışlar ile ağrı inançları arasında ilişkiler bulunduğu bahsetmektedir. Ancak bu çalışmada ağrı inanç atıflarının yakınların ağrı hastasına verdikleri tepki türüne göre değişmediği bulgulanmıştır. Yine ağrı inanç atıflarının hastalık, ağrı, ya da psikopatoloji soygeçmişine göre değişmediği de bulunmuştur.

Oysa ki Sharp, bu yenilenmiş modelde kronik ağrı yaşayan kişinin aile ve yakınlarının verdiği tepkilerin de hastanın inançlarını pekiştirdiği üzerinde durmaktadır. Örneğin kronik ağrı yaşayan kişinin yakınlarının fazla koruyucu veya engelleyici tepkilerinin hastanın ağrı inançları üzerinde etkili olacağını vurgulamıştır. Fakat yakınların tepkileri ve ağrı inanç atıfları ile ilgili bu çalışmanın bu bulgusu ağrısı olanların yakınlarının tepkileri ile ilgili subjektif bildirimlerine dayanmaktadır. Belki de bu noktada ağrı yaşayan kişilerin bizzat yakınlarının bildirimlerinden faydalanmak daha yerinde olacaktır. Nitekim, Jensen ve ekibi de (1999) salt ağrı hastalarının bildirimine dayalı değerlendirmelerin sonuçları kısıtlayabileceğinin altını çizerek, ağrı inançları ve psikolojik işlevsellik düzeyi arasındaki ilişkileri irdeledikleri çalışmalarında, ağrı yakınması olanların yakınlarının

değerlendirmelerine de yer vermişlerdir. Bu değerlendirmelerin, ağrı inançlarının etkileşim ve gelişim sürecindeki etkilerini de bu çalışmalarında ortaya koymuşlardır. Aslında, Sharp da modelinde (2001) yakınların inanç sistemlerinin de devreye girdiğinden bahsetmiştir.

Bunun yanı sıra, Sharp, geçmişten gelen öğrenme deneyimlerinin de inanç atıfları üzerindeki etkisini göz ardı etmemiştir. Ancak bu çalışmada, özellikle bu kapsamda ele alınan hastalık, ağrı ve psikopatoloji soygeçmiş öykü kategorilerinin Sharp'ın modelinde bahsettiği öğrenme parametrelerini karşılama düzeyi şüphelidir. Ağrı inanç atıflarının, bu çalışmada bu değişkenlere göre farklılık göstermemesinin altında yatan sebeplerden biri de bu olabilir. Geçmiş deneyimlerden kaynaklanan öğrenme süreci ile bu inançlar arasındaki ilişkiler belki de Engel'in tarif ettiği (1959) ağrı hastalarının aile ortam özelliklerini dikkate almayı gerektirmektedir. Nitekim, Engel (1959), gözlemlerine dayanarak, kronik ağrısı olanların aile öykülerinde ağrı-hastalık ve bununla ilintili suçluluk duygularının ağrıya yatkınlığı belirleyen faktörler olabileceğini öne sürmüştü ve aile ortamının özelliklerinin bu yatkınlığı belirlediğini tartışmıştır.

Engel'in bu öngörülerini kısmen destekleyen bir çalışmada, annede kronik bel ağrısı olan aileler ile annede kronik baş ağrısı olan ailelerin aile ortamları ağrı olmayan ailelerle karşılaştırılmış (Kopp ve ark., 1995), başağrılı annenin olduğu ailelerin aile içi paylaşımlarının diğer iki gruptan daha düşük olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra, her iki ağrılı gruptaki ortak aktivitelerin de ağrısız gruba kıyasla daha az olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, psikososyal çevrenin ağrı gelişimi ve kronikleşmesi üzerindeki olası etkileri tartışılmış ve bu konuda öte çalışmaların gerekliliği üzerinde durulmuştur.

Yakın zamanda, Bruehl ve çalışma arkadaşları tarafından yürütülen bir araştırma ise (2005), kronik ağrısı olanların ailelerinde ağrı sıklığı bildirimlerinin göreceliğini incelemiştir. Nitekim, bu çalışmada, ağrısı olanların ebeveynleri ile de görüşülmüş ve ebeveynlerin kendilerinde ağrı bildirimlerinin, ağrılı çocuklarının bu bildirimlerinden daha az oranda olduğu bulgulanmıştır. Bruehl ve arkadaşlarının söz



konusu araştırmalarının sonuçları doğrultusunda, bu çalışmadaki genel sağlık soygeçmiş bulgularına ihtiyatlı bakmak gerekmektedir. Bu bulgular özellikle, Sharp'ın davranışçı kuram ile ilgili eleştirileri de göz önüne alındığında (2001) bilişsel kuram ve davranışçı kuramın prensiplerinin karşılaştırılması açısından önem taşımaktadır. Bu yüzden, bu değişkenler ile ağrı inançları arasındaki ilişkileri inceleyen daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Edwards ve arkadaşlarının çalışmasında ise (1992) kronik ağrı grubunun ağrı türü, ağrının diğer özellikleri, cinsiyet, eğitim ve medeni durum gibi demografik değişkenler ile ağrı, hastalık ve psikopatoloji soygeçmiş parametrelerindeki özelliklerine dair herhangi bir bulguya rastlanmamaktadır. Aslında Strong ve ekibinin (1992) yukarıda bahsedilen ve SOPA'nın bel ağrılı hastalar için hassas bir ölçek olduğunu bulgulayan karşılaştırmalı çalışmaları dışındaki hiçbir ölçek geliştirme çalışmasında da bu söz konusu parametreler hakkında yeterli veri bulunmamaktadır. Literatürdeki psikometrik çalışmalardaki bu eksiklik oldukça dikkat çekicidir.

Ölçeğin Türkçe formunun ölçüt-bağımlı geçerlik çalışması ise karşılaştırma amacıyla kullanılan formlar açısından orijinal çalışmadan farklılaşmaktadır. Orijinal formda kullanılan ‘Sağlık Kontrol Odağı leği’ nin (Health Locus of Control Scale) geçerlik ve güvenirliği yapılmış Türkçe formu bulunmamaktadır. Bu açıdan, Walsh ve Radcliffe'in (2002) ve Dysvik ve arkadaşlarının (2004) alışmalarına dayanarak SF-36 kullanılmıştır. Olumsuz düşünceler ve ağrı inançları arasındaki ilişkileri işaret eden literatüre dayanarak (Stroud ve ark., 2000), ayrıca Otomatik Düşünceler leği de araştırmanın bu bölümüne dahil edilmiştir. Genel olarak bakıldığında, ölçekler arasındaki ilişkiler, bu çalışmanın organik inanç atıfları açısından öngörülen beklentilerini desteklemektedir. Ancak, sonuçların Psikolojik İnanç atıfları ile ilgili beklentilerin tersi yönünde olduğu görülmektedir. Bir başka deyişle, bu çalışmanın öngörülerinde Psikolojik İnanç atıflarına yüklenen pozitif anlamın Otomatik Düşünceler leği ile, beklenenin aksine, orta derecede görülen doğru orantılı ilişkiler bakımından desteklenmediği göze çarpmaktadır. Bu bulgu, ağrının kaynağında psikolojik faktörlerin etkili olabileceği inancının ağrı yaşantısı

üzerinde, en azından bu çalışmada kullanılan örneklem gruplarında organik inanç atıflarına benzer şekilde, olumsuz bir etkisi olabileceğini düşündürmektedir.

Öte yandan, Psikolojik İnançlar alt testinin, SF-36'nın kişinin son haftalarda hissettiği genel enerji düzeyini ölçen VT alt testi dışındaki hiçbir boyutu ve alt testi ile ilişkisinin olmadığı bulgusu da düşündürücüdür. Oysa, bu çalışmada ağrının kökenine yönelik psikolojik inanç atıfları arttıkça SF-36'nın özellikle duygusal boyutunu oluşturan zihinsel sağlık ve emosyonel problemlere bağlı kısıtlılığı ölçen MH ve RE alt test puanlarının da artması beklenmekteydi. Bu bulgular Ağrı İnançları Ölçeği'nin Psikolojik İnançlar alt testinin ölçmesi beklenen boyutun dışında başka bir kavrama işaret edebileceğini düşündürmektedir. Nitekim, ODÖ ile olan pozitif yönlü ilişki de bu hipotezi güçlendirmektedir. Bunun yanı sıra, Ağrı İnançları Ölçeği'nin iki alt testinin de birbiriyle olan orta düzeyde pozitif ilişkisi de (Tablo 28) ağrı inançlarının kaynağı ile ilgili organik ve psikolojik inanç atıflarının belki de ağrı inançları ile ilgili farklı bir değişkenin iki alt boyutu olabileceğini akla getirmektedir. Bu durumda, Türk Popülasyonunda ağrının kaynağına yönelik inançların psikolojik boyutunun daha kapsamlı araştırılması yerinde olur.

Çalışmanın ölçüt-bağımlı geçerliği bu araştırmadaki dört farklı grup açısından da ayrıca ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Bu açıdan bakıldığında, ağrısı olmayan öğrenci grubundaki bulgular genel bulgularla benzerlik göstermektedir. Ağrılı öğrenci grubunda da AIÖ-O alt testi ile diğer testler arasındaki ilişkiler de genel bulgularla çelişmemektedir, ancak AIÖ-P alt testinin, tüm grubun değerlendirildiği bulgulardan farklı olarak, SF-36'nın bazı alt testleri ile olumsuz yönde düşük düzeyde ilişkili olduğu görülmektedir. Kronik ağrı ve bu gruba eşleştirilmiş sağlıklı kontrol grubunda ise söz konusu korelasyonlar büyük ölçüde farklılaşmaktadır. Kronik ağrı grubunda AIÖ-P ile ODÖ arasında saptanan doğru orantılı düşük düzeyde anlamlı korelasyon dışında, her iki grupta da hiç bir alt test ile anlamlı korelasyon bulunmamıştır. Bu sonuçlar, gruplar arasında bazı farklılıkların göz ardı edilmemesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Gruplar arasında, ölçeklerle AİÖ'nün boyutları arasında görülen farklı ilişkilerde, ağrının varlığından bağımsız olarak, yaş faktörünün rolü olabilir. Yaş ilerledikçe zihinsel süreçlerde, dolayısıyla ölçek sorularını cevaplama ve algılama becerilerinde farklılaşmalar bu sonuçlarda rol oynayabilir (Andersson ve ark., 1993; George & Helme, 2000). Ancak Edwards ve arkadaşları kendi çalışmalarında ağrı inanç atıfları ile ilgili sonuçların yaşa göre değişmediğini bulmuşlardır (1992). Öte yandan, bu çalışmada her iki öğrenci grubu da, kronik ağrı ve kontrol grubundan eğitim düzeyi açısından farklılaşmaktadır. Bugüne kadar, ağrı inançları literatüründe yer alan hiç bir çalışmada eğitim faktörünün ve eğitim farklılıklarından kaynaklanabilecek bilişsel ve sosyo-kültürel süreçlerin ağrı inançları üzerindeki olası etkisi irdelenmemiştir. Bu bulgular ağrı inançları ile ilgili "eğitim" boyutunun en azından Türk popülasyonu kapsamında göz ardı edilmemesi gerektiğini akla getirmektedir.

Bu farklılıklarda rol oynayabilecek bir başka faktör de medeni durum olabilir. Öğrenci grubunun neredeyse tamamı bekar iken, kronik ağrı ve kontrol grubunun büyük bir çoğunluğu ise evlidir. Belki de evli olan grupta, SF-36'nın ölçtüğü parametrelerdeki değişimle birlikte giden, ağrı inanç atıflarının önünde ve üstünde Fişek'in (1998) öngördüğü evlilik tatmini-kalitesi gibi başka değişkenler söz konusu olabilir.

Psikolojik inanç atıflarıyla ilgili bu bulguları etkileyen bir başka önemli moderatör de aleksitimi olabilir. Kronik ağrı hastalarında aleksitimik özelliklerin, bir başka deyişle duygu körlüğü ya da duyguları ifade etme güçlüğüne yaygın olduğu zaten bilinmektedir (Lumley ve ark., 1997). Kreitler ve Niv (2001) kronik ağrı hastalarında aleksitimi ile ilgili çalışmaları derledikleri makalelerinde kronik ağrısı olanların hem sağlıklı kontrollerden hem de başka bir kronik hastalığı olanlardan daha yüksek düzeyde aleksitimik göründüklerini bildirmişlerdir. Buna ek olarak, bu kişilerde aleksitiminin ağrıyı kontrol etme güçlüğü ve pasif baş etme yöntemleri ile ilişkili olduğunu da rapor etmişlerdir. Yücel ve arkadaşları da (2002a) kronik baş ağrısı olan kişilerle yaptıkları çalışmalarda gerilim tipi kronik baş ağrısı olanların

aleksitimi skorlarının sağlıklı kontrollerden daha yüksek seyrettiğini bulgulamışlardır. Ancak Sayar ve arkadaşlarının çalışmalarının bulguları (2001) bu çalışmaların sonuçlarının aksi yönündedir. Bu araştırmacılar, çalışmalarının sonuçlarının Türkiye’deki bir grup kronik ağrı hastasının sağlıklı kontrollerden daha aleksitimik ya da öfke ve diğer olumsuz duygularını bastıran kişilerden oluştuğu önermelerini desteklemediğini ifade etmişlerdir. Diğer bir deyişle, “sağlıklı kontrollerin” de en az kronik ağrısı olanlar kadar aleksitimik olduklarını ve olumsuz duygularını bastırdıklarını saptamışlardır. Yine de Türkiye’deki kronik ağrı hastalarında ve genel olarak Türk toplumunda aleksitimik kişilik özellikleri ve bu özelliklerin ağrı yaşantısı ile ilişkilerini detaylı inceleyen karşılaştırmalı çalışmalar henüz bulunmamaktadır. Üstelik ağrı inançları ve aleksitimi kavramlarını bir arada değerlendiren araştırmalar ağrı inançları literatüründe de yer almamaktadır. Bu boyut araştırmaya açıktır.

Sayar ve arkadaşlarının yukarıda bahsedilen çalışmalarının sonuçları ve özellikle de Psikolojik İnanç atıfları ile ilgili yukarıdaki bulgular değerlendirildiğinde, Sharp’ın (2001) ağrı inançlarını etkileyebilecek faktörler arasında saydığı ve modelinde de yer verdiği kültürel etkileri de göz ardı etmemek gerekmektedir. Bu bağlamda, özellikle Türk göçmenlerle yapılan çalışmalara göz atmakta fayda vardır. Baarnhielm ve Ekblad’ın (2002) İsveç-Stockholm’de 31-48 yaşları arasındaki göçmen Türk kadınlarıyla yürüttükleri niteliksel çalışma, bu kadınların duygusal ve sosyal çatışmalarını çoğunlukla beden diliyle, özellikle de vücudun herhangi bir bölgesinde baskın olan ağrı ile ifade ettiklerini göstermiştir. Üstelik bu kadınlarda ağrıya bağlı özürülük düzeyinin yüksek olduğu da ayrıca vurgulanmıştır. Bu çalışmanın çok önemli olan ve Psikolojik İnanç atıflarının belki de olumsuz anlam taşıdığı öngörüsünü destekleyen bir başka bulgusu da bedensel şikayetlerle ilgili psikolojik atıfların varlığının iyileşmeye bir katkı sağlamadığı ya da bedensel ve duygusal çatışmalar arasındaki bağın farkındalığını artırmadığıdır.

Benzer bulgular Almanya’da ağrısı olan Türk göçmenlerle yapılan çalışmalarda da göze çarpmaktadır. Örneğin David ve ekibi (2004) Türk göçmenlerin Alman vatandaşlarına kıyasla daha fazla sayıda ağrı bildirdiklerini, ağrı

sebebiyle günlük yaşamlarında daha yüksek düzeyde huzursuzluk dile getirdiklerini, ağrılarını daha şiddetli değerlendirdiklerini, baş etme becerileri ile ilgili ölçümlerde ağrı ile tek başlarına baş etme becerilerinin daha düşük olduğunu ve ağrı sebebiyle acil servis hizmetlerini daha yüksek düzeyde kullandıklarını bulmuşlardır. Söz konusu özelliklerin çeşitli müslüman ve alt etnik gruplarda da hakim olduğunu bildiren daha eski tarihli çalışmalar da bulunmaktadır (Bates ve ark., 1993; Bates ve Rankin-Hill, 1994).

Çevik (1999) bir ülkeden diğer bir ülkeye göçün bireyin sağlığını ve kimliğini tehdit eden “biyopsikososyal bir süreci” tetiklediğini ileri sürmektedir. Ona göre yaşanan kayıp ve yabancılık duyguları psikofizyolojik denge ve ruhsal yapılanmayı tehdit edebilmektedir. Çevik bu durumun özellikle Türk göçmenlerde daha da belirgin olduğunu savunmaktadır. Ancak göç kavramı sadece bir ülkeden diğer bir ülkeye göçü değil, aynı zamanda iç göçü, yani ülke içinde bir bölgeden diğer bir bölge ya da şehre, Türk toplumu söz konusu olduğunda ise kırsal kesimden kentsel kesime yerleşmeyi de kapsamaktadır (İlkkaracan & İlkkaracan, 1998). İlkkaracan ve İlkkaracan, 1998 yılında yayınladıkları makalalarında Türkiye’deki iç göç kavramını çeşitli boyutlarıyla incelemişler ve göç edilen mekanla ilgili cinsiyet farklılıkları olduğunu vurgulamışlardır. Örneğin kırsal yaşamında tarlada ve ev dışında çok ağır iş yükü altında olan kimi kadınlar için iç göç bir “ev kadınlaşma”, yani ev idaresi ve karar mekanizmalarında aktif rol alma ve bağımsızlaşma gibi pozitif bir etkiye sahip olabilmektedir; erkekler için ise evin geçimini sağlama kaygı ve baskısını artırabilmektedir. Bazı kadınlar için ise iç göç, kültürel nedenlerle yabancı bir ortamda hareket özgürlüklerinin giderek kısıtlanması veya erkeklere oranla iş gücü piyasalarına katılımlarının daha zor olması ve ev kadını rolünü eskisine kıyasla daha fazla benimsemek zorunda kalmaları bakımından olumsuz bir anlam taşıyabilmektedir. Bu araştırmacılar kırsal yöreden şehre çeşitli nedenlerle göç etmiş ve İstanbul Ümraniye’de ikamet etmekte olan 530 kadının yaklaşık yarısının göç sonrası sağlıklarında bozulma ifade ettiğini ve yine yarıya yakınının da maddi durumlarında gerileme olduğunu bildirdiklerini belirtmişlerdir. Bu kadınların yaklaşık beşte biri göç sonrası eşleri ve çocukları ile ilişkilerinin kötüye gittiğini söylemişlerdir.

Bu çalışmada kronik ağrı grubu ve ağrılı öğrencileri oluşturan kişilerin İstanbul'da ne kadar zamandır ikamet ettikleri, başka bir bölgeden geliyorlarsa bu bölgelerin hangileri olduğu gibi yöresel ve bölgesel özellikleri ile bu özelliklerin belki de bu çalışmanın organik ağrı inançlarında cinsiyetler arası farklar olduğu bulgusu üzerindeki olası etkileri dikkate alınmamıştır. Türk göçmenlerle yapılan çalışmalar ve İkkaracan ve İkkaracan'ın iç göç ile ilgili saptamaları, Çevik'in de (1999) altını çizdiği biyopsikososyal süreç doğrultusunda, belki de bu özelliklerin de önemli faktörler olabileceğini ve incelenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Her ne kadar bu çalışmada SCID-I'e göre somatoform bozukluklar dahil herhangi bir psikiyatrik tanı alan kişiler dışlanmışsa da, bir grup Türk kadını ile göç kavramı üzerinde yapılmış ve yukarıda da bahsedilmiş olan çalışmalar, bu çalışmanın sonuçlarında Türk toplumunda günlük yaşamda somatize etme, diğer bir deyişle duygusal sıkıntıları beden diliyle ifade etme eğiliminin ne denli güçlü olduğunu ve eğer bu eğilim hakim ise bu eğilimin ağrıya yönelik hem psikolojik hem de organik inanç atıflarını ne düzeyde etkileyebileceği sorusunu akla getirmektedir. Gureje ve arkadaşları tarafından yapılan ve bir ayağı da Türkiye-Ankara'da yürütülen ve Somatik Semptom Endeksine göre somatizasyonun yaygınlığını değerlendiren kültürlerarası bir çalışma ise (1997), çalışmada yer alan ülkelerin somatik semptomların görülme sıklığı açısından birbirinden farklılaşmadığını ortaya koymuştur. Ancak söz konusu çalışmadaki somatik semptom sıklığı psikiyatrik açıdan ele alınmış ve somatizasyonun bireysel düzeyde psikiyatrik bir belirtiden ziyade, duygusal çatışmaların beden diliyle ifade bulduğu kültürel bir yatkınlık hatta norm olabileceği öngörüsü değerlendirilmemiştir.

Babacan (2003), beden yoluyla anlatım davranışının sosyal ve kültürel özelliklere göre farklılık gösterdiğini ve özellikle alt sosyo ekonomik ve eğitim düzeylerindeki toplum gruplarında ruhsal sıkıntıların beden yoluyla anlatılma eğiliminin daha yaygın olduğunu gösteren araştırmalar bulunduğunu tartışmıştır. Öyleyse, Türk kültüründe ağrının yeri nedir? Türk insanı genel özellikleri itibari ile ağrıya ne kadar yatkındır? Yanık (2003), her toplumun duygusal sıkıntılarını ya da duygularını farklı biçimde ifade ettiğini ve Türk toplumunun da duygularını

çoğunlukla beden diliyle ifade etmeye daha yatkın olan bir kültürel yapılanmaya sahip olduğunu vurgulayarak, 1998 yılında yürütülen Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasına göre en yaygın psikiyatrik bozukluğun Psikojenik Ağrı Bozukluğu olduğunun altını çizmiştir (Yanık, 2003). Türk toplumunda ağrıya yatkınlık ve bu yatkınlığın ağrının kaynağına yönelik inanç atıfları ile bağlantısı araştırılmayı hak etmektedir.

Kronik ağrı ve kontrol grubunda 48'er, öğrenci grubunda 187 ve ağrılı öğrenci grubunda da 76 olmak üzere toplam 359 kişiden oluşan dört çalışma grubuyla gerçekleştirilen bu çalışmanın en önemli kısıtlılığı örneklem gruplarının seçiminden kaynaklanmaktadır. Her ne kadar sağlıklı ağrısız öğrenci grubu ağrılı öğrencilerin, sağlıklı ağrısız kontrol grubu da kronik ağrı grubunun kontrolü olarak kabul edilse de, ne öğrenci ne de kronik ağrı grubu örneklemeleri rasgele (random) seçilmemiştir. Öğrenci grubunu uygunluk prensibi kapsamında İ.Ü İstanbul Tıp Fakültesi ve Edebiyat Fakültesi öğrencileri oluşturmuştur. Kronik ağrı grubu ise İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Ağrı Kliniği'ne ağrı şikayeti ile ardı sıra başvuran kişilerden oluşmuştur.

Bunun yanı sıra “ağrılı öğrenciler” olarak isimlendirilen grup ise araştırma içinde özel olarak seçilen değil, kendiliğinden ortaya çıkan bir gruptur. Ağrısı olduğunu belirten bu öğrencilerin ağrılarının kronikliği süre açısından doğrulanmış olmakla birlikte, ağrı şikayetleri herhangi bir ağrı uzmanı tarafından değerlendirilmemiştir. Fakat, bu grup kimi analizlerde istatistiksel amaçlarla kronik ağrı grubu ile bir arada değerlendirilmiştir. Sonuçlar ele alınırken ağrının özellikleri açısından bu iki grup arasındaki farklar da göz ardı edilmek zorunda kalmıştır. Sonuçlar genellenirken bu kısıtlılık gözden kaçırılmamalıdır.

Ayrıca, hem sağlıklı öğrenci hem de ağrılı öğrenci grubunda psikopatoloji açısından dışlama öğrencilerin salt genel sağlık tarama formundaki psikopatoloji öykü bildirimlerine göre yapılmıştır. Bu gruplarda klinik anlamda psikopatolojinin

varlığını dışlamak grubun sayısal özellikleri ve uygulama koşulları açısından mümkün olmamıştır.

Bu çalışmada kronik ağrı grubu ve ağrılı öğrencileri oluşturan kişilerin İstanbul'da ne kadar zamandır ikamet ettikleri, başka bir bölgeden geliyorlarsa bu bölgelerin hangileri olduğu gibi yöresel ve bölgesel özellikleri ile bu özelliklerin belki de bu çalışmanın organik ağrı inançlarında cinsiyetler arası farklar olduğu bulgusu üzerindeki olası etkilerinin dikkate alınmamış olması da ayrı bir kısıtlılık olarak düşünülmektedir.

Kronik ağrı hastalarında ağrı inançları ile ilgili bu bulgular doğrultusunda genellemeler yaparken ihtiyatlı olunmalı, bu kısıtlılıkların varlığı da göz ardı edilmemelidir.

Sonuç olarak bu çalışmada Ağrı İnançları Ölçeği'nin Psikolojik ve Organik olmak üzere ağrının kaynağına ve sonuçlarına yönelik iki farklı inanç atfını ölçtüğü tespit edilmiştir.

Ağrının kökenine ve sonuçlarına yönelik psikolojik inanç atflarının bel ağrısı olanları baş ağrısı ve diğer türde ağrısı olanlardan ve ağrısı olmayan sağlıklı öğrencilerden, ağrının varlığından bağımsız olarak da düşük eğitimlileri yüksek eğitim düzeyinde olanlardan ve evli olanları da bekar olanlardan ayırt edebildiği görülmüştür.

Ağrının kaynağı ve sonuçlarına yönelik organik inanç atflarının ise yaş, ağrı şiddeti, ağrı başlangıç yaşı ve ilaç kötüye kullanım düzeyi ile ilişkili olduğu, aynı zamanda da kadınları ağrının varlığından bağımsız olarak erkeklerden ayırdığı saptanmıştır. Bunun yanı sıra, ağrısı çok şiddetli, devamlı veya çok seyrek olanların ağrısı daha az şiddetli ve seyrek olanlardan, ağrısı ile pasif baş edenlerin ağrı ile aktif yöntemlerle baş edenlerden, ağrı beklenti korkusu olanların olmayanlardan ve ağrı sebebi ile sosyal kaçınma davranışı gösterenlerin ağrıya rağmen günlük ve sosyal



aktivitelerini kısıtlamayanlardan organik inanç atıfları açısından farklılaştığı gözlenmiştir.

Ayrıca, bulgular ağrının kaynağı ve sonuçlarına dair taşınan psikolojik inanç atıflarının, tıpkı organik inanç atıfları gibi, kuramsal açıdan beklenenin aksine, en azından bu çalışmanın örneklem grubunu oluşturan katılımcılar açısından olumsuz bir anlam içerdiğini de düşündürmektedir.

Ancak, genel olarak ölçeğin adaptasyon verileri değerlendirildiğinde, bazı hipotezler kısmen desteklenmekle birlikte, beklenen düzeyde seyretmeyen güvenilirlik katsayıları ve çelişkili seyreden gruplararası farklılıklar ve ölçek bağıntıları ölçeğin tutarlılığı ve ağrının kaynağına ve sonuçlarına yönelik taşınan inanç atıflarını ne denli sağlıklı ölçtüğü ile ilgili soruların doğmasına sebep olmaktadır.

Bu sebepten bu ölçeği kronik ağrı hastalarının ağrı inançlarını değerlendiren ve ayırıştırıcı klinik amaçlı bir materyal olarak kabul etmek yerine, daha ziyade ağrı inançları alanında araştırma amaçlı kullanmak daha yerinde olacaktır.

Ancak bu çalışma, ağrı inançlarının cinsiyet, eğitim, medeni durum, ağrı türü ve ağrının özellikleri gibi değişkenlere göre değişebildiğini düşündürmesi açısından ağrı inançları literatüründe önemli, aynı zamanda orijinal bir yer teşkil etmektedir. Yine de bütün bu değişkenlerin önünde ve üstünde, ağrı inançlarının kazanımı ve devamında Sharp'ın da (2001) modelinde yer verdiği kültürel öğeleri de değerlendiren, özellikle kırsal kesimden kentsel kesime göç olarak da tanımlanabilecek iç göç gibi Türk kültürüne has sosyal bir faktör ile birlikte, Türk toplumunda somatize etme eğilimini de göz ardı etmeyen ve Türk kültürüne has belki de farklı ağrı inanç yapılarını ortaya koyacak niteliksel çalışmalara öncelikli olarak gerek duyulduğunun altı çizilmelidir.

## KAYNAKÇA

- ALEXANDER, F., SZASZ, T.S.: 1952 “The Psychosomatic Approach in Medicine”, **Dynamic Psychiatry**, Ed. F. Alexander & H. Ross, Chicago, The University of Chicago Press, 369-400.
- ALPTEKİN, G., ELBİ, H., ERHAN, E., UYAR, M., HEPAGUŞLAR, H., GÖKÇE, B.: 1999 “Kadınlarda Fibromyalji ve Somatizasyon Bozukluğu”, **3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi**, 7/4, 268-273.
- ANDERSON, K.O., DOWDS, B.N., PELLETZ, R.E., EDWARDS, W.T., PEETERS-ASDOURIAN, C.: 1995 “Development and Initial Validation of a Scale to Measure Self-Efficacy Beliefs in Patients with Chronic Pain”, **Pain**, 63, 77-84.
- ANDERSSON, H.I., EJLERTSSON, G., LEDEN, I., ROSENBERG, C.: 1993 “Chronic Pain in a Geographically Defined General Population: Studies of Differences in Age, Gender, Social Class and Pain Localization,” **The Clinical Journal of Pain**, 9/3, 174-182.
- ARDIÇ, F., TORAMAN, F., ÇUBUKÇU, S.: 1997 “Fibromyalji Sendromu ve Kronik Bel Ağrılı Hastalarda MMPI ile Psikolojik Faktörlerin Araştırılması”, **Romatoloji ve Tıbbi Rehabilitasyon Dergisi**, 8/1, 24-28.

- ARNSTEIN, P., CAUDILL, M., MANDLE, C.L., NORRIS, A., BEASLEY, R.: 1999 “Self-Efficacy as a Mediator of the Relationship between Pain Intensity, Disability and Depression in Chronic Pain Patients”, **Pain**, 80, 483-491.
- ASHGARI, A., NICHOLAS, M.K.: 2001 “Pain Self-Efficacy Beliefs and Pain Behaviour. A Prospective Study,” **Pain**, 94, 85-100.
- ASLAN, S., NAZLIEL, B.: 2002 “Gerilim Tipi Baş Ağrısında Anksiyete, Depresyon Düzeyleri ve Tanısal Değerlendirme,” **Yeni Symposium**, 40/1, 10-14.
- ASMUNDSON, G.J., NORTON, P.J., NORTON, G.R.: 1999 “Beyond Pain: The Role of Fear and Avoidance in Chronicity”, **Clinical Psychology Review**, 19/1, 97-119.
- ATAOĞLU, S., ATA OĞLU, A., ÖZKAN, M., SIR, A., ERDOĞAN, F., NAS, K., GÜR, A., SARAÇ, J.: 1998 “Fibromyalji ve Osteartrozlu Hastaların Ağrı ile Başa Çıkma Davranışları”, **Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi**, 1/1, 29-32.
- AYDIN, G., AYDIN, O.: 1990 “Otomatik Düşünceler Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği”, **Psikoloji Dergisi**, 7/4, 51-57.
- AYTAR, G.: 1987 “Depresyondaki Düşünce Bozukluklarının Bilişsel Kuram Açısından İncelenmesi”, **Doktora Tezi**, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Bölümü.

- BAARNHIELM, S., EKBLAD, S.: 2000 “Turkish Migrant Women Encountering Health Care in Stockholm: A Qualitative Study of Somatization and Illness Meaning”, **Cultural medicine and Psychiatry**, 24/4, 431-452.
- BABACAN, S.S.:2003 “Hastalıkta Ruh ve Beden Etkileşimi”, **Kastamonu Eğitim Dergisi**, 11/2, 519-524.
- BAHADIR, G. A.: 1988 “Depresyondaki Bilişsel Çarpıtmaların İncelenmesi”, **XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bildiri Özet Kitabı**, GATA-Ankara, 72-80.
- 1990 “Depresyondaki Bilişsel çarpıtmaların İncelenmesi”, **V. Ulusal Psikoloji Kongresi-İstanbul, Psikoloji Seminer Dergisi Özel Sayısı**, Sayı 8.
- BANDURA, A.: 1994 “Self-efficacy”, **Encyclopedia of Human Behaviour**, Ed. V.S. Ramachaudran, Vol.4, New York:Academic Press, 71-81.
- BARLOW, J.H., CULLEN, L.A., ROWE, I.F.: 1999 “Comparison of Knowledge and Psychological Well-Being between Patients with a Short Disease Duration (< or = 1 Year) and Patients with More Established Rheumatoid Arthritis (> or = 1 Years Duration)”, **Patient Education and Consulting**, 38/3, 195-203.
- BATES, M.S., EDWARDS, W.T., ANDERSON, K.O.:1993 “Ethnocultural Influences on Variation in Chronic Pain Perception”, **Pain**, 52/1, 101-112.

- BATES, M.S., RANKIN-HILL, L.: 1994 “Control, Culture and Chronic Pain”, **Social Science and Medicine**, 39/5, 629-645.
- BATTAL, S., GÜLÇAT, Z., GÜVEN, Z.: 1987 “Psikojenik Ağrı Bozukluklarında Kişilik Örüntüsü, Aile Öyküsü ve Tedavi Yaklaşımı”, **23. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Serbest Bildiri Özetleri Kitabı**, 14-18 Eylül, s:17-18, İstanbul.
- BEKAROĞLU, M., COŞAR, A., LİVAOĞLU, M., ÇİFTÇİ, A.: 1994 “Bir Grup Tıp Öğrencisinde Baş Ağrısı Sıklığı ve Bazı Özellikleri Üzerine Bir Araştırma”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 5/3, 205-208.
- BERKLEY, K.J.: 1997 “Sex Differences in Pain”, **Behavioral and Brain Sciences**, 20, 371-380.
- BERKLEY, K.J., HOLDCROFT, A.: 1999 “Sex and Gender Differences in Pain”, **Textbook of Pain**, Ed. R. Melzack, & P.D. Wall, 4th ed., Churchill Livingstone-Edinburgh, 951-965.
- BLANCHARD, E.B., KIRSCH, C.A., APPELBAUM, K.A., JACCARD, J.: 1989 “The Role of Psychopathology in Chronic Headache: Cause or Effect?”, **Headache**, 29/5, 295-301.
- BONICA, J.J.: 1987 “Importance of the Problem”, **Chronic Non-Cancer Pain**, Ed. S. Anderson, M. Bond, M. Mehta, & M. Swerdlow, Lancaster, MTP Press, 11-14.
- BOWSER, D., RIGGE, M., SOPP, L.: 1991 “PACLE Prevalence of Chronic Pain in the British Population: A Telephone Survey of 1037 Households”, **Pain Clinic**, 4/4, 223-230.

- BRESLAU, N., DAVIS, G.C., ANDRESKI, P.: 1991 “Migraine, Psychiatric Disorders, and Suicide Attempts: An Epidemiologic Study of Young Adults”, **Psychiatric Research**, 37/1, 11-23.
- BRESLAU, N., ANDRESKI, P.: 1995 “Migraine, Personality, and Psychiatric Comorbidity”, **Headache**, 35/7, 380-1.
- BRESSLER, H.B., KEYES, W.J., ROCHON, P.A., BADLEY, E.: 1999 “The Prevalence of Low Back Pain in the Elderly: A Systematic Review of the Literature”, **Spine**, 24, 1813-1819.
- BREWERTON, T.D., GEORGE, M.S.: 1993 “Is Migraine Related to the Eating Disorders?”, **International Journal of Eating Disorders**, 14/1, 75-79.
- BROWN, C.: 2004 “The Beliefs of People with Chronic Pain in Relation to ‘Important’ Treatment Components”, **European Journal of Pain**, 8/4, 325-333.
- BRUEHL, S., FRANCE, C.R., FRANCE, J., HARJU, A., AL’ABSÍ, M.: 2005 “How Accurate are Parental Pain Histories Provided by Offspring?”, **Pain**, 115, 390-397.
- BRYANT, R.A.: 1993 “Memory for Pain and Affect in Chronic Pain Patients”, **Pain**, 54, 347-351.

- BUCKELEW, S.P., “Self-efficacy and Pain Behavior Among Subjects with  
PARKER, J.C., KEEFE, Fibromyalgia”, **Pain**, 59, 377-384.  
F.J., DEUSER, W.E.,  
CREWS, T.M.,  
CONWAY, R.,  
KAY, D.R., HEWETT,  
J.E.: 1994
- BUCKELEW, S.P., “Health Locus of Control, Gender Differences and  
SHUTTY, M.S. JR, Adjustment to Chronic Pain”, **Pain**, 42/3, 287-294.  
HEWETT, J., LANDON,  
T., MORROW, K.,  
FRANK, R.G.: 1990
- CARROLL, L., “A Population-based Study of Factors Associated with  
MERCADO, A.C., Combinations of Active and Passive Coping with Neck  
CASSIDY, J.D., CJTE, P.: and Low Back Pain”, **Journal of Rehabilitation and  
2002 Medicine**, 34/2, 67-72.
- CHATURVEDI, S.: 1987a “Prevalence of Chronic Pain in Psychiatric Patients”,  
**Pain**, 29/2, 231-237.
- 1987b “Family Morbidity in Chronic Pain Patients”, **Pain**,  
30/2, 159-168.
- COOK, A.J., THOMAS, “Pain and the Use of Health Services Among Elderly”,  
M.R.: 1994 **Journal of Aging and Health**, 6, 155-172.

- COUGHLIN, A.M.,  
BADURA, A.S.,  
FLEISCHERT.D., GUCK,  
T.P.: 2000 “Multidisciplinary Treatment of Chronic Pain Patients:  
Its Efficacy in Changing Patient Locus of Control”,  
**Archives of Physical and Medical Rehabilitation**,  
81/6, 739-740.
- CRISSON, J.E., KEEFE,  
F.J.: 1988 “The Relationship of Locus of Control to Pain Coping  
Strategies and Psychological Distress in Chronic Pain  
Patients”, **Pain**, 35/2, 147-154.
- ÇAKMAK, A., YÜCEL,  
B., ÖZYALÇIN, S.N.,  
BAYRAKTAR, B.,  
URAL, H.I., DURUÖZ,  
M.Z., GENÇ, A.: 2004 “The Frequency and Associated Factors of Low Back  
Pain among a Younger Population in Turkey”, **Spine**,  
29/14, 1567-1572.
- ÇEVİK, A.: 1999 “Avrupa'daki Göçmen Türklerde Kimlik Sorunlarının  
Reaktivasyonu ve Bunun Kliniğe Yansıması: Yas,  
Kimlik Sorunları ve Somatizasyon”, **Psikiyatri**, 1/1,  
55-61.
- ÇORAPÇIOĞLU, A.:  
1999 “**SCID-I Klinik Versiyon**”, Hekimler Yayın Birliği  
Matbaası-Ankara.
- DAVID, M., BRAUN, T.,  
BORDE, T.: 2004 “Pain and Ethnicity-Results of a Survey at Three  
Internal/Gynecological First-Aid Stations in Berlin”,  
**Zentralbl Gynakology**, 126, 81-86.
- DEMİRSOY, A.C.: 1999 “The MOS SF-36 Health Survey: A Validation Study  
with a Turkish Sample”, **Yüksek Lisans Tezi**,  
Boğaziçi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,  
İstanbul.



- DİLBAZ, N., ÖZEN, A.R., OZAN, G., GÜZ, H.: 1997 “Ağrı Yakınması Olan Hastalarda Psikiyatrik Morbidite”, **4. Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongresi Bildiri Özet Kitabı**, Ed M. Özkan, 30 Ekim-1 Kasım 1997. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul, 226-234.
- DSM-IV.: 1994 “**Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı**”, Ankara:Hekimler Yayın Birliği.
- DYSVIK, E., LINDSTROM, T.C., EİKELAND, O., NATVIG, G.K.: 2004 “Health-Related Quality of Life and Pain Beliefs among People Suffering from Chronic Pain”, **Pain Management Nursing**, 5/2, 66-74.
- EDWARDS, L.C., PEARCE, C.A., TURNER-STOKES, L., JONES, A.: 1992 The Pain Beliefs Questionnaire: An Investigation of Beliefs in the Causes and Consequences of Pain”, **Pain**, 51, 267-272.
- ENGEL, G.L.: 1959 “Psychogenic Pain and the Pain-Prone Patient”, **American Journal of Medicine**, June, 899-918.
- ELLIOTT, A.M., SMITH, B.H., PENNY, K.I., SMITH, W.C., CHAMBERS, W.A.: 1999 “The Epidemiology of Chronic Pain in the Community”, **The Lancet**, 354, 1248-1252.
- ELLIOTT, T.E., RENIER, C.M., PALCHER, J.A.: 2003 “Chronic Pain, Depression and Quality of Life: Correlations and Predictive Value of the SF-36”, **Pain Medicine**, 4/4, 331-339.

- ELLIS, A.: 1988                      **“Rational-Emotive Therapy with Alcoholics and Substance Abusers”**, Ed. A. Ellis, J.F. McInerney, R. DiGiuseppe & R.J. Yeager, Pergamon Press-New York, 6-7.
- ERDİNE, S.: 2005                      **“Ağrılar”**, (Ed.). S.Erdine, Asır Matbaası-İstanbul.
- FASMER, O.B.: 2001                      “The Prevalence of Migraine in Patients with Bipolar and Unipolar Affective Disorders”, **Cephalalgia**, 21/9, 894-899.
- FERNANDEZ, E., TURK, D.C.: 1995                      “The Scope and Significance of Anger in the Experience of Chronic Pain”, **Pain**, 6/12, 165-175.
- FERRELL, B.A.,  
FERRELL, B.R.,  
RIVERA, L.: 1995                      “Pain in Cognitively Impaired Nursing Home Residents”, **Journal of Pain and Symptom Management**, 10, 591-598.
- FILLINGIM, R.B.: 2000                      “Sex, Gender and Pain: Women and Men Really are Different”, **Current Pain and Headache Reports**. 4, 24-30.
- FISHBAIN, D.A.,  
ROSOMOFF, H.L.,  
CUTLER, R.B.,  
ROSOMOFF, R.S.: 1995                      “Secondary Gain Concept: A Review of the Scientific Evidence”, **The Clinical Journal of Pain**, 11/1, 6-21.
- FIRST, M.B., SPITZER, R.L., GIBBON, M., WILLIAMS, J.B.W., BENJAMIN.: 1996                      **“Structured Clinical Interview for DSM-IV”**, Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute-New York.

- FİŞEK, G.O.: 1998 “**Intrafamily Status, Couple and Family Adjustment and Well-Being in Turkish Women**”, Annual Convention of the American Psychological Association’da sunulmuş bildiri, San Francisco, California.
- FORDYCE, W.P.: 1986 “Learning Process in Pain”, **The Psychology of Pain**, Ed. R.A. Sternbach, New York-Raven Press, 49-56.
- FREUD, S.: 1953-74 “Inhibitions, Symptoms, and Anxiety”, **The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, Ed. J. Strachey, Vol.XX. London, Hogarth Press.
- GAGLIESE, L.,  
MELZACK, R.: 1997a “Age Differences in the Quality of Chronic Pain: A Preliminary Study”, **Pain Research and Management**, 2, 157-162.
- 1997b “Lack of Evidence for Age Differences in Pain Beliefs”, **Pain Research and Management**, 2, 19-28.
- GAMSA, A., VIKIS-  
FREIBERGS, V.: 1991 “Psychological Events are Both Risk Factors in and Consequences of Chronic Pain”, **Pain**, 44, 271-277.
- GEISSER, M.E.,  
ROBINSON, M.E.,  
KEEFE, F.J., WEINER,  
M.L.: 1994 “Catastrophizing, Depression, and the Sensory, Affective, and Evaluative Aspects of Chronic Pain”, **Pain**, 59, 79-83.

- GEORGE, S.Z., FRITZ, J.M., ERHARD, R.E.: 2001 “A Comparison of Fear Avoidance Beliefs in Patients with Lumbar Spine Pain and Cervical Spine Pain”, **Spine**, 26/19, 2139-2145.
- GEORGE, S.Z., FRITZ, J.M., MCNEIL, D.W.: 2006 “Fear-Avoidance Beliefs as measured by the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire: Change in Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire is Predictive of Change in Self-Report of Disability and Pain Intensity for Patients with Acute Low Back Pain”, **Clinical Journal of Pain**, 22/2, 197-203.
- GIBSON, S.J., HELME, R.D.: 2000 “Cognitive Factors and the Experience of Pain and Suffering in Older Persons”, **Pain**, 85, 375-383.
- GUIDETTI, V., GALLI, F., FABRIZI, P., GIANNANTONI, A.S., NAPOLI, L., BRUNI, O., TRILLO, S.: 1998 “Headache and Psychiatric Comorbidity: Clinical Aspects and Outcome in an 8-Year Follow-Up Study”, **Cephalalgia**, 18/7, 455-62.
- GUREJE, O., SIMON, G.E., USTUN, T.B., GOLDBERG, D.P.: 1997 “Somatization in Cross-Cultural Perspective”, **American Journal of Psychiatry**, 154/7, 989-995.
- HARKAPAA, K.: 1991 “Relationships of Psychological Distress and Health Locus of Control Beliefs with the Use of Cognitive and Behavioral Coping Strategies in Low Back Pain Patients”, **Clinical Journal of Pain**, 7, 275-282.

- HARKAPAA, K.,  
JARVIKOSKI A.,  
MELLIN G., HURRI, H.,  
LUOMA, J.: 1991 “Health Locus of Control Beliefs and Psychological Distress as Predictors for Treatment Outcome in Low Back Pain Patients: Results of a 3 Month Follow-Up of a Controlled Intervention Study”, **Pain**, 46, 35-41.
- HAYTHORNTHWAITE,  
J.A.: 1993 “Migraine Headaches and Psychopathology: Future Directions”, **Journal of Psychiatric Research**, 27/2, 183-6.
- HILDEBRANDT, J.: 1997 “Treatment and Rehabilitation of Chronic Pain Patients”, **Anaesthetist**, 46/6, 516-27.
- HOLLAN, S.D.,  
KENDALL, P.C.: 1980 “Cognitive Self-Statements in Depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire”, **Cognitive Therapy and Research**, 4, 383-395.
- HOLROYD, K.A.,  
STENSLAND, M.,  
LIPCHIK, G.L., HILL,  
K.R., O’DONNELL, F.S.,  
CORDINGLEY, G.: 2000 “Psychosocial Correlates and Impact of Chronic Tension-Type Headaches”, **Headache**, 40/1, 3-16.
- İLKKARACAN, P.,  
İLKKARACAN, İ.:1998 “1990’lar Türkiye’sinde Kadın ve Göç”, **Bilanço 98: 75 Yılda Köylerden Şehirlere**, İstanbul:Tarih Vakfı Yayınları, 305-322.

- INGRAM, R.E., "Negative and Positive Cognition in Depressed and  
 ATKINSON, J.H., Nondepressed Chronic-Pain Patients", **Health**  
 SLATER, M.A., **Psychology**, 9/3, 300-314.  
 SACCUZZO, D.P.,  
 GARFIN, S.R.: 1990
- INTERNATIONAL "Classification and Diagnostic Criteria for Headache  
 ASSOCIATION FOR THE Disorders, Clinical Neuralgia, and Facial Pain",  
 STUDY OF PAIN.: 1988 **Cephalalgia**, 8, 1-96.
- JENSEN, M.P., KAROLY, "Control Beliefs, Coping Efforts and Adjustment to  
 P.: 1991 Chronic Pain", **Journal of Consulting and Clinical**  
**Psychology**, 59, 431-438.
- 1992 "Pain-Specific Beliefs, Perceived Symptom Severity  
 and Adjustment to Chronic Pain", **Clinical Journal of**  
**Pain**, 8, 123-130.
- JENSEN, M.P., KAROLY, "The Development and Preliminary Validation of an  
 P., HUGER, R.: 1987 Instrument to Assess Patients' Attitudes toward Pain",  
**Journal of Psychosomatic Research**, 31, 393-400.
- JENSEN, M.P., KEEFE, "One- and Two Item Measures of Pain Beliefs and  
 F.J., LEFEBVRE, J.C., Coping Strategies", **Pain**, 104, 453-469.  
 ROMANO, J.M.,  
 TURNER, J.A.: 2003
- JENSEN, M.P., "Patient Beliefs Predict Patient Functioning: Further  
 ROMANO, J.M., Support for a Cognitive-Behavioral Model of Chronic  
 TURNER, J.A., GOOD, Pain", **Pain**, 81, 95-104.  
 A.B., WALD, L.A.: 1999

- JENSEN, M.P., TURNER, J.A., ROMANO, J.M.: 1991  
 “Self-Efficacy and Outcome Expectancies: Relationship to Chronic Pain Coping Strategies and Adjustment”, **Pain**, 44, 263-269.
- 1992  
 “Chronic Pain Coping Measures: Individual vs. Composite Scores”, **Pain**, 51, 273-280.
- 2001  
 “Changes in Beliefs, Catastrophizing and Coping are Associated with Improvement in Multidisciplinary Pain Treatment”, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 69, 655-662.
- JENSEN M.P., TURNER, J.A., ROMANO, J.M., LAWLER, B.K.: 1994  
 “Relationship of Pain-Specific Beliefs to Chronic Pain Adjustment”, **Pain**, 57, 361-369.
- JOHNSTON, C.C., GAGNON, A.J., PEPLER, C.J., BOURGOULT, P.: 2005  
 “Pain in the Emergency Department with One-Week-Follow-Up of Pain Resolution”, **Pain Research and Management**, 10/2, 67-70.
- JUANG, K.D., WANG, S.J., FUH, J.L., LU, S.R., SU, T.P.: 2000  
 “Comorbidity of Depressive and Anxiety Disorders in Chronic Daily Headache and Its Subtypes”, **Headache**, 40/10, 818-23.
- KARACA, S., DEMİR, F., HERKEN, H., DEMİR, O., AŞKIN, R.: 1999  
 “Kronik Ağrılı ve Migrenli Hastalarda Depresyon Düzeyleri ve Ağrı ile Başa Çıkma Becerileri”, **Düşünen Adam**, 12/4, 31-33.

- KOCABAŞ, Z., ÇELEBİ A.: 1997 “Migren ve Gerilim Baş Ağrısında Anksiyete, Depresyon ve Nörotik Eğilim Düzeyleri”, **Düşünen Adam**, 10/3, 17-21.
- KOPP, M., RICHTER, R., RAINER, J., KOPP-WILFLING, P., RUMPOLD, G., WALTER, M.H.: 1995 “Differences in Family Functioning between Patients with Chronic Headache and Patients with Chronic Low Back Pain”, **Pain**, 63/2, 219-224.
- KREITLER, S., NIV, D.: 2001 “Pain and Alexithymia: the Nature of a Relation”, **The Pain Clinic**, 13/1, 13-38.
- KROENKE, K., SPITZER, R.L.: 1998 “Gender Differences in the Reporting of Physical and Somatoform Symptoms”, **Psychosomatic Medicine**, 60, 150-155.
- LAMÉ, I.E., PETERS, M.L., VLAEYEN, J.W.S., KLEEF, M. V., PATIJN, J.: 2005 “Quality of Life in Pain is More Associated with Beliefs about Pain than with Pain Intensity”, **European Journal of Pain**, 9, 15-24.
- LAU, R.R.: 1982 “Origins of Health Locus of Control Beliefs”, **Personality and Social Psychology**, 42/2, 322-334.
- LAURSEN, B.S., BAJAJ, P., OLESEN, A.S., DELMAR, C., ARENDT-NIELSEN, L.: 2005 “Health Related Quality of Life and Quantitative Pain Measurement in Females with Chronic Non-Malignant Pain”, **European Journal of Pain**, 9, 267-275.



- LETHEM, J., SLADE, P.D., TROUP, J.D.G., BENTLEY, G.: 1983 “Outline of a Fear-Avoidance Model of Exaggerated Pain Perception-I”, **Behaviour Research and Therapy**, 25, 273-279.
- LIPCHIK, G.L., MILLES, K., COVINGTON, E.C.: 1993 “The Effects of Multidisciplinary Pain Management Treatment on Locus of Control and Pain Beliefs in Chronic Non-Terminal Pain”, **Clinical Journal of Pain**, 9, 49-57.
- LORIG, K., CHASTAIN, R.L., UNG, E., SHOOR, S., HOLMAN, H.R.: 1989 “Development and Evaluation of a Scale to Measure Perceived Self-Efficacy in People with Arthritis”, **Arthritis and Rheumatology**, 32, 37-44.
- LÖESER, J.D., MELZACK R.: 1999 “Pain: An Overview”, **The Lancet**, 353, 1607-1609.
- LUMLEY, M.A., ASSELIN, L.A., NORMAN, S.:1997 “Alexithymia in Chronic Pain Patients”, **Comparative Psychiatry**, 38/3, 160-165.
- MARCUS, D.A.: 2000 “Identification of Patients with Headache at Risk of Psychological Distress”, **Headache**, 40/5, 373-76.
- MCBETH, J., MACFARLANE G.J., SILMAN A.J.: 2002 “Does Chronic Pain Predict Future Psychological Distress”, **Pain**, 96/3, 239-45.
- MCHORNEY, C.A., WARE, J.E. JR., LU, J.F., SHERBOURNE, C.D.: 1994 “The MOS-36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). III: Tests of Data Quality, Scaling Assumptions, and Reliability across Diverse Patient Groups”, **Medical Care**, 32/1, 40-66.

- MELZACK, R., WALL, P.D.: 1965 “Pain Mechanisms: A New Theory”, **Science**, 150, 971-79.
- MERIKANGAS, K.R.: 1995 “Association between Psychopathology and Headache Syndromes”, **Current Opinions in Neurology**, 8/3, 248-51.
- MERIKANGAS, K.R., ANGST, J.: 1992 “Migraine and Psychopathology: Epidemiologic and Genetic Aspects”, **Clinical Neuropharmacology**, 15/1, 275-276.
- MERIKANGAS, K.R., ANGST, J., ISLER, H.: 1990 “Migraine and Psychopathology: Results of the Zurich Cohort Study of Young Adults”, **Archives in General Psychiatry**, 47/9, 849-53.
- MERSKEY, H.: 2000 “Beware Somatization”, **European Journal of Pain**, 4, 3-4.
- MORENO, M.I., GARCIA, M.I., PAREJA, M.A.: 1999 “Cognitive Factors in Chronic Pain”, **Psychology in Spain**, 3/1, 75-87.
- NICHOLAS, M., WILSON, P., GOYEN, J.: 1992 “Comparison of Cognitive-Behavioral Group Treatment and an Alternative Non-Psychological Treatment for Chronic Low Back Pain”, **Pain**, 48, 339-347.
- OKASHA, A., ISMAIL, M.K., KHALIL, A.H., ELFIKI, R., SOLIMAN, A., OKASHA, T.: 1999 “A Psychiatric Study of Nonorganic Chronic Headache Patients”, **Psychosomatics**, 40/3, 233-8.

- ÖNER, N.: 1996 “Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler: Bir Başvuru Kaynağı”, II.Basım, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası-İstanbul.
- PASTOR, M.A., SALAS, E., LOPEZ, S., RODRIGUEZ, J., SANCHEZ, S., PASCUAL, E.: 1993 “Patients’ Beliefs about their Lack of Pain Control in Primary Fibromyalgia Syndrome”, **British Journal of Rheumatology**, 32/6, 484-489.
- PIETRI-TALEB, F., RIIHIMAKI, H., VIIKARI-JUNTURA, E., LINDSTRÖM, K., MONETA, G.B.: 1995 “The Role of Psychological Distress and Personality in the Incidence of Low Back Pain among Working Men”, **American Journal of Mental Health**, 85/4, 541-545.
- RAINVILLE, J., AHERN, D.K., PHALEN, L.: 1993 “Altering Beliefs about Pain and Impairment in a Functionally Oriented Treatment Program for Chronic Low Back Pain”, **Clinical Journal of Pain**, 9, 196-201.
- RILEY, J.F., AHERN, D.K., FOLLICK, M.J.: 1988 “Chronic Pain and Functional Impairment: Assessing Beliefs about their Relationship”, **Archives of Physical and Medical Rehabilitation**, 59, 579-582.
- ROBERTS, R., GOLDING, J., TOWELL, T., WEINREB, I.: 1999 “The Effects of Economic Circumstances on British Students’ Mental and Physical Health”, **Journal of American Coll. Health**, 48/3, 103-109.

- ROMANO, J., TURNER, J., JENSEN, M., FRIEDMAN, L., BULCROTT, R., HOPS, H., WRIHT, S.: 1995 “Chronic Pain Patient-Spouse Behavioral Interactions Predict Patient Disability”, **Pain**, 63, 353-360.
- SAYAR, K., BİLEN, A., ARIKAN, M.: 2001 “Kronik Ağrı Hastalarında Öfke, Benlik Saygısı ve Aleksitimi”, **Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi**, 2/1, 36-42.
- SCHWARZT, D.P., DEGOOD, D.E., SHUTTY, M.S.: 1985 “Direct Assessment of Beliefs and Attitudes of Chronic Pain Patients”, **Archives of Physical and Medical Rehabilitation**, 66, 806-809
- SCHWARTZ, K.L., PRATT, L.A., ARMENIAN, H.K., LEE, L.C., EATON, W.W.: 2000 “Mental Disorders and the Incidence of Migraine Headaches in a Community Sample: Results from the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Follow-Up Study”, **Archives of General Psychiatry**, 57/10, 945-50.
- SERTEL, H.Ö.: 1998 “Headache vs. Non-Headache Turkish Chronic Pain Patients: A Descriptive Study About Their Demographic and Psychosocial Characteristics”, **Yüksek Lisans Tezi**, Boğaziçi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- SHARP, T.J.: 2001 “Chronic Pain: A Reformulation of the Cognitive-Behavioral Model”, **Behaviour Research and Therapy**, 39, 787-800.

- SKALSKA, H.,  
SOBOTIK, Z.,  
JEZBEROVA, D.,  
MARES, J.: 2000 “Use and Evaluation of the Czech Version of the SF-30 Questionnaire Self-Reported Health Status of the Medical Students”, **Central European Journal of Public Health**, 8/2, 88-93.
- SKEVINGTON, S.M.: 1990 “A Standardized Scale to Measure Beliefs about Pain Control (BPCQ): A Preliminary Study”, **Psychological Health**, 4, 221-232.
- SMITH, B.H., ELLIOTT, A.M., CHAMBERS, W.A., SMITH, W.C., HANNAFORD, P.C., PENNY, K.: 2001 “The Impact of Chronic Pain in the Community”, **Family Practice**, 18/3, 292-299.
- STERNBACH, R.A.: 1974 “**Pain Patients: Traits and Treatment**”, New York, Academic Press.
- 1986 “**The Psychology of Pain**”, New York:Raven Press.
- STEWART-BROWN, S., EVANS, J., PATTERSON, J., PETERSEN, S., DOLL, H., BALDING, J., REGIS, D.: 2000 “The Health of Students in Institutes of Higher Education: An Important and Neglected Public Health Problem”, **Journal of Public Health and Medicine**, 22/4, 492-499.
- STEWART, W., BRESLAU, N., KECK, P.E.: 1994 “Comorbidity of Migraine and Panic Disorder”, **Neurology**, 44/10, suppl.7, 23-7.

- STRONG, J., ASHTON, R., CHANT, D.: 1992 “The Measurement of Attitudes and Beliefs about Pain”, **Pain**, 48, 227-236.
- STROUD, M.W., THORN, B.E., JENSEN, M.P., BOOTHBY, J.L.: 2000 “The Relation between Pain Beliefs, Negative Thoughts and Psychosocial Functioning in Chronic Pain Patients”, **Pain**, 84, 347-352.
- ŞAHİN, N.H.: 2005 [www.humanity.ankara.edu.tr](http://www.humanity.ankara.edu.tr), Psikoloji Bölümü, Devam Etmekte Olan Projeler.
- ŞAHİN, N.H., ŞAHİN, N.: 1992 “Reliability and Validity of the Turkish Version of the Automatic Thoughts Questionnaire”, **Journal of Clinical Psychology**, 48, 334-340.
- TAIT, R.C., CHIBNALL, J.T.: 1997 “Development of a Brief Version of the Survey of Pain Attitudes”, **Pain**, 70, 299-235.
- 1998 “Attitude Profiles and Clinical Status in Patients with Chronic Pain”, **Pain**, 78, 49-57.
- TURK, D., RUDY, T.: 1991 “Neglected Topics in the Treatment of Chronic Pain Patients - Relapse, Noncompliance and Adherence Enhancement”, **Pain**, 44, 5-28.
- TURNER, J., JENSEN, M.P., ROMANO, J.: 2000 “Do Beliefs, Coping and Catastrophizing Independently Predict Functioning in Patients with Chronic Pain”, **Pain**, 85, 115-125.

- TURNER, J.A.,  
WHITNEY, J.,  
DWORKIN, S.F.,  
MASSOTH, D., WILSON,  
L.: 1995 “Do Changes in Patient Beliefs and Coping Strategies Predict Temporomandibular Disorder Treatment Outcomes”, **Clinical Journal of Pain**, 11/3, 177-188.
- UNRUH, A.M.: 1996 “Gender Variations in Clinical Pain Experience”, **Pain**, 65, 123-167.
- VALLERAND, A.H.: 1995 “Gender Differences in Pain”, **Image Journal of Nursery School**, 27/3, 235-237.
- VAN HOUDENHOVE,  
B.: 2000 “Psychosocial Stress and Chronic Pain”, **European Journal of Pain**, 4, 225-228.
- VON KORFF, M.,  
JENSEN, M.P., KAROLY,  
P.: 2000 “Assessing Global Pain Severity by Self-Report in Clinical and Health Services Research”, **Spine**, 24/25, 3140-3151.
- WADE, J.B.,  
DOUGHERTY, L.M.,  
HART, R.P., COOK, D.B.:  
1992 “Patterns of Normal Personality Structure among Chronic Pain Patients”, **Pain**, 48, 37-43.
- WADDELL, G.,  
NACHEMSON, A.L.,  
PHILLIPS, R.B.: 1998 “Pain and Disability”, **The Back Pain Revolution**, Ed. G. Waddell, Edinburgh, Churchill Livingstone, 27-44.
- WALSH, D.A.,  
RADCLIFFE, J.C.: 2002 “Pain Beliefs and Perceived Physical Disability of Patients with Chronic Low Back Pain”, **Pain**, 97, 23-31.

- WALSTON, B.S.,                    “Development and Validation of the Health Locus of  
WALSTON, K.A.,                    Control (HLC) Scale”, **Journal of Consulting and  
KAPLAN, G.D., MAIDES,        Clinical Psychology**, 44/4, 580-585.  
S.A.: 1976
- WARE, J.E. JR.,                    “The MOS-36-Item Short-Form Health Survey (SF-  
SHERBOURNE, C.D.:                36). I: Conceptual Framework and Item Selection”,  
1992                                    **Medical Care**, 30/6, 473-483.
- WEIR, R., BROWN, G.,            “Gender Differences in Psychosocial Adjustment to  
TUNKS, E., GAFNI, A.,            Chronic Pain and Expenditures for Health Care  
ROBERTS, J.: 1996                Services Used”, **Clinical Journal of Pain**, 12/4, 277-  
290.
- WILLIAMS, D.A.,                    “Pain Beliefs and the Use of Cognitive-Behavioral  
KEEFE, F.C.: 1991                Coping Strategies”, **Pain**, 46, 185-190.
- WILLIAMS,                    A.,                    “Inpatient vs. Outpatient Pain Management Results of  
RICHARDSON,                P.,                    a Randomised Controlled Trial”, **Pain**, 66, 13-22.  
NICHOLAS, M., PITHER,  
C.,        HARDING,        V.,  
RIDOUT, K.,  
RALPHS, J.,  
RICHARDSON, I.,  
JUSTINS, D.,  
CHAMBERLAINE, J.:  
1996
- WILLIAMS, D.A.,                    “Pain Beliefs: Assessment and Utility”, **Pain**, 59, 71-  
ROBINSON, M.E.,                78.  
GEISSER, M.E.: 1994



- WILLIAMS, D.A., THORN, B.E.: 1989 “An Empirical Assessment of Pain Beliefs”, **Pain**, 36, 351-358.
- WOBY, S.R., WATSON, P.J., ROACH, R.K., URMSTON, M.: 2004 “Adjustment to Chronic Low Back Pain-The Relative Influence of Fear-Avoidance Beliefs, Catastrophizing, and Appraisal of Control”, **Behavior Research and Therapy**, 42/7, 761-774.
- YANIK, M.: 2003 “Hafırgan: Kültüre Bağlı Bir Sendrom mu, Yoksa Anksiyetenin Kültüre Özgü Bedensel İfadesi mi?”, **Klinik Psikofarmakoloji Bülteni**, 13, 191-196.
- YAZICI, K., YAZICI, A., BİÇER, A., TOT, Ş., ŞAHİN, G., BUTURAK V.: 2003 “Kronik Ağrı Hastalarında Anksiyete ve Depresyonun Yaşam Kalitesine Etkisi”, **Klinik Psikofarmakoloji Bülteni**, 13, 72-77.
- YÜCEL, B.: 2000 “Ağrılı Hastanın Psikiyatrik Değerlendirmesi”, **Ağrı**, Ed. S.Erdine, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 62-68.
- YÜCEL, B., KORA, K., ÖZYALÇIN, S., ALÇALAR, N., ÖZDEMİR, O., YÜCEL, A.: 2002a “Depression, Automatic Thoughts, Alexithymia, and Assertiveness in Patients with Tension-Type Haeadache”, **Headache**, 42/3, 194-9.
- YÜCEL, B., ÖZYALÇIN, S., SERTEL, H.O., ÇAMLICA, H.O., KETENCİ, A., TALU, G.K.: 2002b “Childhood Traumatic Events and Dissociative Experiences in Patients with Chronic Headache and Low Back Pain”, **Clinical Journal of Pain**, 18/6, 394-401.

## **EKLER**

**EK 1**

**PAIN BELIEFS QUESTIONNAIRE  
(PBQ)**

## THE PAIN BELIEFS QUESTIONNAIRE

For each item please indicate your opinion by underlining one of the following words in each sentence: always, almost always, often, sometimes, rarely, never. There are no right or wrong answers; it is important that you respond according to your actual beliefs, not according to how you feel you should believe, or how you think we want you to believe.

1. Pain is the result of damage to the tissues of the body.  
i. always ii. almost always iii. Often iv. Sometimes v. Rarely vi. Never
2. Physical exercise makes pain worse.  
i. always ii. almost always iii. Often iv. Sometimes v. Rarely vi. Never
3. It is impossible to do much for oneself to relieve pain.  
i. always ii. almost always iii. Often iv. Sometimes v. Rarely vi. Never
4. Being anxious makes pain worse.  
i. always ii. almost always iii. Often iv. Sometimes v. Rarely vi. Never
5. Experiencing pain is a sign that something is wrong with the body.  
i. always ii. almost always iii. Often iv. Sometimes v. Rarely vi. Never
6. When relaxed pain is easier to cope with.  
i. always ii. almost always iii. Often iv. Sometimes v. Rarely vi. Never
7. Being in pain prevents you from enjoying hobbies and social activities.  
i. always ii. almost always iii. Often iv. Sometimes v. Rarely vi. Never
8. The amount of pain is related to the amount of damage.  
i. always ii. almost always iii. Often iv. Sometimes v. Rarely vi. Never
9. Thinking about pain makes it worse.  
i. always ii. almost always iii. Often iv. Sometimes v. Rarely vi. Never
10. It is impossible to control pain on your own.  
i. always ii. almost always iii. Often iv. Sometimes v. Rarely vi. Never
11. Pain is a sign of illness.  
i. always ii. almost always iii. Often iv. Sometimes v. Rarely vi. Never
12. Feeling depressed makes pain seem worse.  
i. always ii. almost always iii. Often iv. Sometimes v. Rarely vi. Never

**EK 2**

**AĞRI İNANÇLARI ÖLÇEĞİ  
“YAZARLARDAN İZİN BELGESİ”**



**EK 3**

**AĞRI İNANÇLARI ÖLÇEĞİ  
(AİÖ)**

## AĞRI İNANÇLARI ÖLÇEĞİ

Lütfen her madde için fikrinizi şu kelimelerin altını çizerek belirtiniz:

- i. her zaman                      ii. neredeyse her zaman                      iii. sık sık  
iv. bazen                              v. nadiren    vi. hiçbir zaman

**Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Önemli olan, neye inanmanız gerektiğine dair hislerinize ya da bizim sizden neye inanmanızı beklediğimizle ilgili düşüncelerinize göre değil, gerçek inançlarınıza göre cevap vermenizdir.**

1. Ağrı vücuttaki dokuların hasar görmesi sonucu oluşur.  
i. her zaman   ii. neredeyse her zaman   iii. sık sık   iv. bazen   v. nadiren   vi. hiçbir zaman
2. Fiziksel egzersiz ağrıyı daha da kötüleştirir.  
i. her zaman   ii. neredeyse her zaman   iii. sık sık   iv. bazen   v. nadiren   vi. hiçbir zaman
3. Kişinin, ağrıyı hafifletmek için kendi kendine bir şeyler yapması imkansızdır.  
i. her zaman   ii. neredeyse her zaman   iii. sık sık   iv. bazen   v. nadiren   vi. hiçbir zaman
4. Kaygılı olmak ağrıyı daha da kötüleştirir.  
i. her zaman   ii. neredeyse her zaman   iii. sık sık   iv. bazen   v. nadiren   vi. hiçbir zaman
5. Ağrı çekmek vücutta bir şeylerin ters gittiğinin işaretidir.  
i. her zaman   ii. neredeyse her zaman   iii. sık sık   iv. bazen   v. nadiren   vi. hiçbir zaman
6. Rahatken ağrıyla baş etmek daha kolaydır.  
i. her zaman   ii. neredeyse her zaman   iii. sık sık   iv. bazen   v. nadiren   vi. hiçbir zaman
7. Ağrılı olmak sizin hobilerinizden ve sosyal yaşamınızdan zevk almanızı engeller.  
i. her zaman   ii. neredeyse her zaman   iii. sık sık   iv. bazen   v. nadiren   vi. hiçbir zaman
8. Ağrının miktarı hasarın miktarına bağlıdır.  
i. her zaman   ii. neredeyse her zaman   iii. sık sık   iv. bazen   v. nadiren   vi. hiçbir zaman
9. Ağrıyı düşünmek onu daha da kötüleştirir.  
i. her zaman   ii. neredeyse her zaman   iii. sık sık   iv. bazen   v. nadiren   vi. hiçbir zaman
10. Ağrıyı kendi başınıza kontrol etmek imkansızdır.  
i. her zaman   ii. neredeyse her zaman   iii. sık sık   iv. bazen   v. nadiren   vi. hiçbir zaman
11. Ağrı bir hastalığın işaretidir.  
i. her zaman   ii. neredeyse her zaman   iii. sık sık   iv. bazen   v. nadiren   vi. hiçbir zaman
12. Depresif hissetmek ağrıyı daha da kötüleştirir.  
i. her zaman   ii. neredeyse her zaman   iii. sık sık   iv. bazen   v. nadiren   vi. hiçbir zaman



**EK 4**

**OTOMATİK DÜŞÜNCELER ÖLÇEĞİ  
(ODÖ)**

## OTOMATİK DÜŞÜNCELER ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin zaman zaman akıllarına gelen bazı düşünceler sıralanmıştır. Lütfen her birini okuyarak, bu düşüncenin sizin aklınıza geçtiğimiz hafta içinde ne sıklıkla geldiğini işaretleyiniz. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyunuz ve cevap kağıdında uygun numarayı aşağıda belirtildiği şekilde işaretleyiniz.

- 1- Hiçbir zaman
- 2- Bazen
- 3- Oldukça sık
- 4- Sık sık
- 5- Her zaman

1-Tüm dünya bana karşıymış gibi geliyor.	1	2	3	4	5
2. Ben hiçbir işe yaramam.	1	2	3	4	5
3. Neden hiç başarılı olamıyorum?	1	2	3	4	5
4. Beni hiç kimse anlamıyor.	1	2	3	4	5
5. Başkalarını düş kırıklığına uğrattığım oldu.	1	2	3	4	5
6. Devam edebileceğimi sanmıyorum.	1	2	3	4	5
7. Keşke daha iyi bir insan olsaydım.	1	2	3	4	5
8. Öyle güçsüzüm ki.	1	2	3	4	5
9. Hayatım istediğim gibi gitmiyor.	1	2	3	4	5
10. Kendimi düş kırıklığına uğrattım.	1	2	3	4	5
11. Artık hiçbir şeyin tadı kalmadı.	1	2	3	4	5
12. Artık dayanamayacağım.	1	2	3	4	5
13. Bir türlü harekete geçemiyorum.	1	2	3	4	5
14. Neyim var benim?	1	2	3	4	5
15. Keşke başka bir yerde olsaydım.	1	2	3	4	5
16. Hiçbir şeyi toparlayamıyorum.	1	2	3	4	5
17. Kendimden nefret ediyorum.	1	2	3	4	5
18. Değersiz bir insanım.	1	2	3	4	5
19. Keşke birden yok olabilseydim.	1	2	3	4	5
20. Ne zorum var benim?	1	2	3	4	5
21. Her şeyde kaybetmeye mahkumum.	1	2	3	4	5
22. Hayatım karmakarışık.	1	2	3	4	5
23. Başarısızım.	1	2	3	4	5
24. Hiçbir zaman başarılı olamayacağım.	1	2	3	4	5
25. Öyle çaresiz hissediyorum ki.	1	2	3	4	5
26. Bir şeyler değişmek zorunda.	1	2	3	4	5
27. Bende bir bozukluk olmalı.	1	2	3	4	5
28. Geleceğim kasvetli.	1	2	3	4	5
29. Hiç değmez.	1	2	3	4	5
30. Hiçbir şeyi bitiremiyorum.	1	2	3	4	5

**EK 5**

**KISA FORM-36 SAĞLIK TARAMASI  
(SF-36)**

## SF-36 SAĞLIK TARAMASI

**YÖNERGE:** Bu tarama formu size sağlığınıza ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinizi ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır. Bütün soruları belirtildiği şekilde cevaplayın. Eğer bir soruyu ne şekilde cevaplayacağımızdan emin olmazsanız, lütfen en yakın cevabı işaretleyin.

- Genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz? (Birinin etrafına daire çizin).  
1. Mükemmel      2. Çok iyi      3. İyi      4. Fena değil      5. Kötü
- Geçen seneye karşılaştırıldığında, şimdi sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?  
1. Bir yıl önceye göre çok daha iyi      2. Bir yıl önceye göre daha iyi      3. Hemen hemen aynı  
4. Bir yıl önceye göre daha kötü      5. Bir yıl önceye göre çok daha kötü
- Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Şu sıralarda sağlığınıza sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar? (Her satırda bir sayının etrafına daire çizin).

FAALİYETLER	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. <b>Kuvvet gerektiren faaliyetler</b> , örneğin ağır eşyalar kaldırmak, futbol gibi sporlarla uğraşmak	1	2	3
b. <b>Orta zorlukta faaliyetler</b> , örneğin masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak	1	2	3
c. Çarşı-Pazar torbalarını taşımak	1	2	3
d. <b>Birkaç</b> merdiven çıkmak	1	2	3
e. <b>Bir kat</b> merdiven çıkmak	1	2	3
f. Eğilmek, diz çökmek, yerden birşey almak	1	2	3
g. <b>Bir kilometre'den fazla</b> yürümek	1	2	3
h. <b>Birkaç yüz metre</b> yürümek	1	2	3
i. <b>Yüz metre</b> yürümek	1	2	3
j. Yıkanmak ya da giyinmek	1	2	3

- Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınıza nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Her satırda bir sayının etrafına daire çizin).

	EVET	HAYIR
a. İş ya da iş dışı uğraşlarınıza <b>verdiğiniz zamanı</b> kısmak zorunda kalmak	1	2
b. Yapmak istediğinizden <b>daha azını</b> yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)	1	2
c. Yapabildiğiniz iş türünde ya da faaliyetlerde kısıtlanmak	1	2
d. İş ya da diğer uğraşları yapmakta zorlanmak	1	2

- Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemleriniz nedeniyle (üzüntülü ya da kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Her satırda bir sayının etrafına daire çizin).

	EVET	HAYIR
a. İş ya da iş dışı uğraşlarınıza <b>verdiğiniz zamanı</b> kısmak zorunda kalmak	1	2
b. Yapmak istediğinizden <b>daha azını</b> yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)	1	2
c. İş ya da diğer uğraşları her zamanki gibi dikkatlice yapamamak	1	2

6. Son bir ay (4 hafta) içerisinde bedensel sağlığınız ya da duygusal problemleriniz, aileniz, arkadaşlarınız, komşularınızla ya da diğer gruplarla normal olarak yaptığımız sosyal faaliyetlere ne ölçüde engel oldu? (Birinin etrafına daire çizin).
1. hiç                      2. biraz                      3. orta derecede                      4. epeyce                      5. çok fazla
7. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde ne kadar bedensel ağrılarınız oldu? (Birinin etrafına daire çizin).
1. hiç                      2. çok hafif                      3. hafif                      4. orta hafiflikte                      5. aşırı derecede                      6. çok aşırı derecede
8. Son bir ay (4 hafta) içerisinde, ağrı normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu? (Birinin etrafına daire çizin).
1. hiç olmadı                      2. biraz                      3. orta derecede                      4. epey                      5. çok fazla
9. Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. (Her satırda bir sayının etrafına daire çizin). Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarı:

	Her zaman	Çoğu zaman	Epeyce	Arada sırada	Çok ender	Hiçbir zaman
a. Kendinizi hayat dolu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi oldunuz?	1	2	3	4	5	6
c. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu?	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve huzurlu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz oldu?	1	2	3	4	5	6
f. Mutsuz ve kederli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
g. Kendinizi bitkin hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu ve sevinçli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
i. Yorgun hissettiniz?	1	2	3	4	5	6

10. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde, bu sürenin ne kadarında bedensel sağlığınız ya da duygusal problemleriniz, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu? (Birinin etrafına daire çizin).
1. Her zaman                      2. Çoğu zaman                      3. Bazen                      4. Çok ender                      5. Hiçbir zaman
11. Aşağıdaki her ifade sizin için ne kadar DOĞRU ya da YANLIŞ? (Her satırda bir sayının etrafına daire çizin).

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çok kere Yanlış	Kesinlikle Yanlış
a. Başkalarından biraz daha kolay hastalandığımı düşünüyorum.					
a. Ben de tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım.					
c. Sağlığımın kötü gideceğini sanıyorum.					
d. Sağlığım mükemmeldir.					

**EK 6**

**AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU**

## AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU

**En az 6 aydır belli aralıklarla devam eden-tekrarlayan ağrı şikayeti:**

1. var 2. yok  
(Not: Yukarıdaki soruya “2. yok” cevabını vermişseniz aşağıdakileri cevaplamayın).

**Ağrının türü (baş, bel, kol, omuz...):**

**Başlangıç yaşı:**

**Ağrının şiddeti:** 1. Hafif 2. Orta 3. şiddetli 4. çok şiddetli 5. dayanılmaz

**Ağrının sıklığı:** 1. senede 1’den az 2. senede birkaç defa 3. ayda 1-2 4. haftada 1-2

5. her gün, günde 1 defa 6. her gün, günde birkaç defa 7. devamlı

**Ağrının şiddeti (sayıyla): 0: hiç ağrı yok, 10: hayatımda yaşadığım en dayanılmaz ağrı ise;**  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Ağrı olacak korkusuyla yapmaktan kaçtığım aktiviteler(okul, iş, sosyal aktiviteler gibi....):.....**

**Ağrı başlar başlamaz ne yapıyorum? (yatmak, eve dönmek, dolaşmak, ilaç almak vb. ....):.....**

**Ağrı varken yapamadıklarım (okul, sınav, ev işi, gezmek vb. ....):.....**

**Yakınlarımla ağrıyla ilgili tepkileri** (kızmak, ilaç vermek, masaj,doktora/acilegötürme, vb.):.....

**Bu ağrı şikayeti ile ilgili tedaviler (yer/tarih/süre/yazılan ilaçlar):**

**Bu ağrı şikayeti ile ilgili şu an kullandığım ağrı kesiciler:**

İsim:

Ayda kaç tane / kutu:

**EK 7**

**GENEL SAĞLIK TARAMA FORMU**



## GENEL SAĞLIK TARAMA FORMU

Tarih: Eğitim:  
Cinsiyet: Meslek:  
Yaş: Medeni Durum:

Bir doktor tarafından, sizde HİÇ şu hastalıklardan biri olduğu söylendi mi?

- hipertansiyon
- yakın geçmişte miyokard enfarktüsü
- kalp yetmezliği
- şeker hastalığı
- angina (koroner kalp hastalığı)
- kanser (cilt kanseri hariç)
- yakın zamanda bir psikiyatrik hastalık (ör: son bir yıl içinde depresyon)
- ve başka (ör: multipl skleroz, guatr gibi)

ŞU SİRALARDA (son bir ay içinde), aşağıdaki sorunlardan biri sizde var mı?

(Bu sorunlardan herhangi biri bu son bir ay içinde bir doktora başvurmanıza yol açmış veya doktora başvurmayı düşündürecek kadar yoğun şikayet konusu ise işaretleyiniz)

- artrit (eklem hastalığı) veya romatizma
- siyatik veya sırt veya bel ağrısı gibi sorunlar
- sık tekrarlayan ve/veya şiddetli baş ağrıları
- kronik akciğer hastalığı
- sindirim sistemi rahatsızlığı (ör: gastrit, ülser, enterit, kolit)
- dermatit veya başka kronik deri döküntüleri
- psikolojik sorun (ör: bir psikiyatrist veya psikoloğa başvurmayı düşündürecek kadar yoğun üzüntü, çöküntü, yoğun kaygı, endişe, sıkıntı,; aşırı alkol alma gibi)
- sık veya sürekli kullanılan ilaç (varsa ilaç adı)
- ve başka.

**EK 8**

**DEMOGRAFİK BİLGİLER SORU FORMU**

## DEMOGRAFİK BİLGİLER SORU FORMU

**Proje No:**

**Doğum Tarihi/Yeri:**

**Yaş:**

**Cins:** 1. Kadın 2. Erkek

**Eğitim:** 1. ilkokul 2. ortaokul 3. Lise 4. Üniversite'de öğr. 5. Üniversite 6. Lisansüstü

**Meslek:**

**Gelir Düzeyi:** 1. Düşük 2. Orta 3. İyi 4. Çok iyi

**Şu an yaşadığı yer/süre:** 1. Aile 2. Akraba (...yıldır) 3. Arkadaşlar (...yıldır)  
4. Yurt (...yıldır) 5. Yalnız (...yıldır)

**Kardeş Sayısı:**

**Kaçıncı Çocuk:**

**Medeni Durum:** 1. Evli (...yıldır) 2. Bekar 3. Dul (.....yıldır)  
4. Boşanmış (.....yıldır) 5. Ayrı yaşıyor (.....yıldır)

**Ailede Kronik Hastalık:** 1. yok 2. var ise → kaç yıldır/tanı/tedavi öyküsü:

**Ailede Psikopatoloji Öyküsü:** 1. yok 2. var ise → kaç yıldır/tanı/tedavi öyküsü:

**Ailede Ağrı Öyküsü:** 1. yok 2. var ise → kaç yıldır/tanı/tedavi öyküsü:

		YAŞ	MESLEK	EĞİTİM	MEDENİ DURUM
ANNE					
BABA					
EŞ					
KARDEŞLER	cinsiyet				
1.					
2.					
3.					
4.					
ÇOCUKLAR	cinsiyet				
1.					
2.					
3.					
4.					

**EK 9**

**BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY FORMU**

## ONAY FORMU

İ.Ü. Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olan H. Özlem Sertel-Berk'in yürütmekte olduğu "Ağrı İnançları Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması" konulu araştırma projesi hakkında bilgilendirildim. Bu projenin amacının kronik ağrı hastalarının ağrı inanç özelliklerini ölçen ve orijinal formu Edwards ve çalışma arkadaşları tarafından 1992 yılında geliştirilen "The Pain Beliefs Questionnaire-Ağrı İnançları Ölçeği" nin geçerlik ve güvenilirliğini araştırmak olduğu bana söylendi.

Eğer bu projeye katılmayı kabul edersem benden 6 adet soru formu doldurmam istenecek ve bu formları doldurmam yaklaşık 45 dakikamı alacak.

Araştırmaya katılmamın özgür irademe bağlı olduğunu ve soruları yanıtlarken kendimi rahatsız hissedersen, herhangi bir ceza ya da zarara maruz kalmaksızın geri çekilebileceğimi biliyorum. Bu çalışmadan çıkacak sonuçların araştırmacı tarafından gizli tutulacağı hakkında bilgilendirildim.

Bu araştırmayla ilgili daha ayrıntılı bilgi almak istediğim takdirde araştırmacıya aşağıdaki adres veya telefondan ulaşabileceğim söylendi:

Adres:İ.Ü. Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, 2.kat, Sosyoloji Koridoru,  
Oda No: 260, Vezneciler, İstanbul.  
Tel: 0212-455 57 00/15995

---

Tarih:

Katılımcının İmzası:

**EK 10**

**ÖZGEÇMİŞ**

HANİFE ÖZLEM SERTEL-BERK  
Halkalı Toplu Konutlar, 3.Etap, B-21  
D:32, 34660, Halkalı, İstanbul  
0532 225 50 22  
[osberk@istanbul.edu.tr](mailto:osberk@istanbul.edu.tr)

**Doğum Tar.:** İstanbul, 14.8.1971

**Medeni Durum:** Evli, 1 çocuk sahibi

**Ünvan:** Uzman Klinik Psikolog- Araştırma Görevlisi

**Eğitim:** **İlkokul-** Hobyarlı Ahmet Paşa İlkokulu, Cerrahpaşa, 1982

**Lise-** İstanbul Kadıköy Anadolu Lisesi, 1989

**Üniversite-** Boğaziçi Ün., Fen-Edb. Fak., Psikoloji Bölümü, 1993

**Yüksek Lisans-** Boğaziçi Ün., Sosyal Bilimler Enst.,  
Klinik Psikoloji, 1998

**Doktora-** İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enst., Uygulamalı  
Psikoloji (Tez aşaması, giriş: Eylül 2001)

**Yabancı Diller:** Advanced English, intermediate German, intermediate Japanese

**Bilgisayar:** Windows, MS Office Uygulamaları, ileri düzeyde, SPSS

**Çalıştığı Kurum:** İstanbul Ün., Edb. Fak., Psikoloji Bölümü, Uygulamalı  
Psikoloji A.B.D. (Sağlık Psikolojisi)-Araştırma Görevlisi  
(Ağustos 2002'den bu yana)

**Mesleki Eğitimler:** \* İstanbul Psikodrama Enst., Ko-Terapist Eğitimi, 1995-2000

\* İstanbul Aile ve Çift Terapileri Eğitimi, İçgörü ve Karizma  
Psikolojik Danışmanlık Merkezi, 1995-1997

\* Pain Management Programme, Walton Centre for Neurology  
and Neurosurgery, Liverpool-İngiltere, Eylül-Kasım 1999

**İş Tecrübeleri:** \* Makro Araştırma Şirketi- alan araştırmalarında danışmanlık, Mart-  
Haziran 1993

\* Boğaziçi Ün., Psikoloji Böl., Araştırma Görevlisi,  
Haziran 1994-1995

\* Boğaziçi Ün., Psikoloji Böl., Psikoloji Araştırma ve Uygulama  
Merkezi, Asistan Klinik Psikolog, Eylül 1994-Ocak 1996

\* Nirengi Psikoterapi ve Psikolojik Danışmanlık Merkezi, Asistan  
Klinik Psikolog, Ocak 1996-1997

\* İstanbul Ün., İstanbul Tıp Fak., Algoloji Bilim Dalı-Ağrı  
Kliniği, Uzman Klinik Psikolog, Eylül 1997-Ağustos 2002

**Mesleki Faaliyetler/Yayınlar:** \* 1990-1994 arası Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji  
Bölümünde Hayvan Öğrenme Laboratuvarı ve Fizyolojik Psikoloji  
Laboratuvarlarının kuruluş aşaması ve deneylerin oluşturulma ve  
yürütülmesinde sorumlu öğrenci asistanlık

\*VII. Türk Psikoloji Kongresinde bildiri sunumu- “İkincil pekiştirenin  
sönme fazında etkileri”, Ö. Sertel, A. Ünel, İ. Uzel, İ. Soylu, Eylül 1992,  
Ankara

- \* VIII. Türk Psikoloji Kongresinde bildiri sunumu-“ Appetitive and consummatory behaviour in Japanese Quail”, F. Köksal, Ö.Sertel, Eylül 1994, İzmir
- \* “Headache vs. non-headache Turkish chronic pain patients: a descriptive study about their demographic and psychosocial characteristics”- Yüksek Lisans tezi/Poster bildirisi- Ö.Sertel, S. Özyalçın, A. Yücel, S. Erdine, 9<sup>th</sup> World Congress on Pain, August 22-27, Vienna 1999
- \* “Ağrı yakınması olan hastalarda psikiyatrik değerlendirme”, G.K. Talu, B. Yücel, S. Özyalçın, A. Yücel, Ö. Sertel, S. Erdine, 5. Ulusal Ağrı Kongresi, 3-6 Ekim, İstanbul-1999, Özet Kitabı
- \* “Kronik Ağrı Hastalarında Grup Psikoterapisi: Ön Çalışma”, U.Sezgin, B.Yücel, H.Ö.Sertel, G.Talu, S.Özyalçın, 5. Ulusal Ağrı Kongresi, 3-6 Ekim, İstanbul-1999, Özet Kitabı
- \* “Relaksasyon ve Biofeedback” (Workshop), B.Yücel, H.Ö.Sertel, 5. Ulusal Ağrı Kongresi, 3-6 Ekim, İstanbul-1999, Özet Kitabı
- \*Kitap bölümü- “Ağrı kontrolünde psikolojik girişimler”, *Ağrı*, S. Erdine (Ed.), İstanbul, 2000
- \* “Childhood traumatic events and dissociative experiences in patients with chronic headache and low back pain” , B. Yücel, S. Özyalçın, Ö. Sertel, G. K. Talu, Poster bildirisi, 2<sup>nd</sup> World Congress of Pain, June 27-30, 2001, İstanbul, Turkey
- \* “Kronik ağrıda psikiyatrik tedaviler”, B. Yücel, K. Doksat, Ö. Sertel-Berk, U. Sezgin, Panel, 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 2-7 Ekim 2001, İstanbul
- \*“Klinik Kavramlar ve Yorumlar: Psikolojik bakış açısıyla kronik ağrı”, H. Ö. Sertel-Berk, *Ağrı*, 14(2), Nisan 2002, 45-47.
- \* “Childhood traumatic events and dissociative experiences in patients with chronic headache and low back pain” , B. Yücel, S. Özyalçın, Ö. Sertel, H. Çamlıca, A. Ketenci, G. K. Talu, *Clinical Journal of Pain*, 18(6), Nov.-Dec., p.p.394-401, 2002.
- \* “An animal model of fetishism”, F. Köksal, A.Kurt, Ö.Sertel, S.Örüng, R.Bowers, G. Kumru, *Behavior Research and Therapy*, Baskıda.
- \* “Sağlık Psikolojisi ve Sağlık Psikolojisinde Klinik Uygulamalar: Kronik Ağrının Psikolojisi ve Epilepside Hayat Kalitesi Kavramı  
Eğitimci: I. Aşama: Yrd. Doç. Dr. Yeşim Korkut, II. Aşama: Uzm.Psk. Arzu Çakar, Uzm. Psk. H.Özlem Sertel-Berk, III. Aşama: Uzm Psk. Nuran Aydemir, Türk Psikologlar Derneği İst.Şubesi, 8-22 Ocak 2004.



\* “Körler Ülkesinde Bir Fil: Kronik Ağrı. Kronik Ağrıda Multidisipliner Yaklaşımlar”, Prof.Dr. S.Özyalçın, Doç.Dr.A.Çakmak, Ar.Gör. Ö.Sertel-Berk, Prof.Dr. B.Yücel. Panel, Türk Nöropsikiyatri Derneği, İTF Çocuk Hast.Kliniği, Reform Anfisi, 18.03.2004.

\*”Çocuklarda Ağrının Hafifletilmesinde Nonfarmakolojik Yöntemler”, Prof. Dr. S. Özyalçın, Ar.Gör. H. Özlem Sertel-Berk. Seminer, İ.Ü. Çocuk Sağlığı ve Hast. A.B.D., 2004-2005 Mezuniyet Sonrası Eğitim Programı, İTF Çocuk Hast.Kliniği, Reform Anfisi, 05.01.2005.

\* Kitap Bölümü-“Kronik Ağrı Tedavisinde Psikolojik Yöntemler”, *Ağrılar*, Ed. S. Erdine, Milliyet-İstanbul, 2006.

\* Çeviri-Kitap Bölümü-“Plasebo Yanıtı”, *Ağrı Tedavisi El Kitabı*, Ed. R.Melzack & D. Wall, Çev.Ed. S. Erdine, Güneş Kitabevi-İstanbul, 2006.

\* Çeviri-Kitap Bölümü-“Gevşeme ve Biyolojik Geribildirim”, *Ağrı Tedavisi El Kitabı*, Ed. R.Melzack & D. Wall, Çev.Ed. S. Erdine, Güneş Kitabevi-İstanbul, 2006.

\* Çeviri-Kitap Bölümü-“Hipnotik Analjezi”, *Ağrı Tedavisi El Kitabı*, Ed. R.Melzack & D. Wall, Çev.Ed. S. Erdine, Güneş Kitabevi-İstanbul, 2006.

\* Çeviri-Kitap Bölümü-“Ağrı Tedavisinde Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım”, *Ağrı Tedavisi El Kitabı*, Ed. R.Melzack & D. Wall, Çev.Ed. S. Erdine, Güneş Kitabevi-İstanbul, 2006.